

O Processo de desospitalização dos pacientes psiquiátricos e seus possíveis desdobramentos na cidade

Fernando Luiz Zanetti¹

Tiago Cassoli²

Sonia Aparecida Moreira França³

Faculdade de Ciências e Letras da UNESP-Assis

Resumo: Esta pesquisa tem o propósito de considerar como a produção de conhecimento sobre a loucura é apropriada pelas pessoas, na cidade. Para tanto, levantou-se a seguinte problemática: a cidade, em suas relações cotidianas, legitima o paradigma psiquiátrico-psicológico? Ou existem práticas que incitariam a produção e a circulação de outros saberes sobre a loucura? O procedimento adotado para a coleta de dados foram as entrevistas que abordavam os seguintes eixos temáticos: o conceito de loucura; as práticas que circunscrevem a relação louco/cidade e a posição política em relação ao processo de desospitalização psiquiátrica. O campo empírico compunha-se de representantes de diferentes instituições: da rede psiquiátrica, da promotoria pública, da rede municipal de ensino, da rede religiosa, presidentes de associações civis, além de transeuntes e os pacientes psiquiátricos que freqüentavam o CIAPS da cidade. Como resultado, observou-se que as formas de tratamento psiquiátrico, na atualidade, estão aliadas às práticas que se reconhecem a partir de outros campos sociais e de outros saberes tais como: as práticas familiares, religiosas, médicas, psicanalíticas, educacionais, jurídicas, psicológicas e até mesmo culturais e artísticas. Desse encontro complexo de relações de forças emergem novas regras para a gestão da relação entre as formas de aparecer da loucura e os circuitos da cidade, que objetivam a administração de riscos do indivíduo e das populações. Assim, permite-se a presença de andarilhos, de possessos, de mendigos e loucos, na cidade, desde que essa presença esteja demarcada por uma prescrição racional.

Palavras-chave: cidade; loucura; desospitalização;

¹ Mestre em Psicologia pela Faculdade de Ciências e Letras da UNESP-Assis. Trabalha nas áreas da Psicologia Social, da Filosofia e da Estética, atuando principalmente nos seguintes temas: reforma psiquiátrica, gestão de riscos, cidade, oficinas culturais, arte e terceiro setor.

² Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense. Atualmente é doutorando em Psicologia pela Faculdade de Ciências e Letras da UNESP-Assis.

³ Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Atualmente é Professora Colaboradora da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP-Assis. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social. Atuando principalmente nos seguintes temas: projeto da modernidade, saúde, educação, práticas da liberdade.

Introdução

A pesquisa que sustenta este relato, realizada durante os anos de 2000 e 2001, tomou como questão principal as circunstâncias em que a presença dos loucos, nas ruas, tornou-se objeto problemático de vários campos de conhecimento, tais como a Psicologia, a Psiquiatria, o Direito, as Ciências Sociais etc. Com a reforma psiquiátrica e, conseqüentemente, o processo de desospitalização dos pacientes residentes em manicômios e a criação da rede de saúde mental, levantou-se a seguinte problemática científica: a cidade, em suas relações cotidianas, produz, apropria e veicula os conceitos sobre a loucura, legitimados pelo paradigma psiquiátrico-psicológico? Ou existem outras práticas sociais, nos enredos da cidade, que possibilitariam a construção e a circulação de outros saberes sobre a loucura, os quais estariam fora desse paradigma instituído?

O procedimento adotado para a realização da pesquisa foram as entrevistas com os representantes de diversas instituições que oferecem um tecido racional para as tramas da cidade, tais como: a rede psiquiátrica, a promotoria pública, a secretaria municipal de ensino, a rede religiosa, as associações civis, os transeuntes e os pacientes psiquiátricos que freqüentavam o CIAPS da cidade. O roteiro e a análise desses dados foram norteados por dois parâmetros: os modos de habitar a cidade e suas relações com as práticas sociais que circunscrevem as políticas de produção e circulação de saberes sobre a loucura.

A partir desses parâmetros, as entrevistas foram organizadas em três planos: o conceito de loucura veiculado pelos entrevistados; os procedimentos que manejam para se apropriarem das práticas institucionalizadas que estruturam a intervenção sobre a loucura e a relação destas com os circuitos da cidade e, por fim, a posição política destes frente ao processo de desospitalização psiquiátrica. Portanto, os resultados obtidos foram analisados conforme essa orientação.

Além disso, cabe mencionar que a pesquisa se dividiu em duas frentes de trabalho: uma dirigida para as especialidades, tomando como referência o campo de enunciação dos representantes acima mencionados e os transeuntes da cidade, enquanto a outra trabalhou com alguns pacientes psiquiátricos que freqüentavam o CIAPS.

Discussão dos dados

Primeiramente, consideremos os pacientes psiquiátricos entrevistados. Essa experiência do caos, da indeterminação de sentidos da vida, dimensões imanentes à vida humana, é denominada por eles de loucura. Para enunciá-la, referem-se a certos acontecimentos da existência e de um modo singular de experimentá-los: como uma experiência da força do fora (FOUCAULT, 1990), desconhecida e inominável, da qual não é possível sair ileso: “o Ser, a Identidade, o Sujeito, a Memória, a História, e nem, mesmo a Obra” (PELBART, 1993, 96).

Esse processo se inicia assim:

Algo estranho lhes acontece. Algo que eles não entendem, que eles não sabem como conhecer e como tomar pela mão a direção necessária. Algo lhes escapa no domínio da linguagem, do pensamento e da deliberação. Todavia, esse algo se

materializa no corpo, em uma espécie de queda, de desmaios e vertigens, em gestos desencontrados ou atos violentos.

Esses acontecimentos, que invertem um sistema de regras habitual, trazem para os entrevistados um estado de fragilidade que os expõe às ações dos outros, pois não conseguem agenciar as circunstâncias necessárias para dar passagem às formas de expressão e de se manterem em uma situação de diálogo sustentada por um registro já dado.

Essa exposição do outro, no caso, o louco, a um conjunto de forças que orienta uma forma de experiência organizada, dispara uma série de procedimentos com a função específica de pôr em ordem esse “nonsense”. A maneira como se encaminha essa ordenação, quase sempre, é por meio de um familiar, mas poderia ser também por um vizinho, por um transeunte, pela polícia, ou por um bombeiro. Seu destino: o serviço médico-psiquiátrico.

No momento em que se inscreve o louco na rede de saúde, o que se enuncia para essa condição de experiência é o registro da doença. Como ressalta Foucault, em sua obra *A história da loucura* (1987), o entrecruzamento de relações de poder e formas de saber realizado pela instituição médico-psiquiátrica sobre os modos de funcionar os corpos organiza, desde o século XVII, as circunstâncias a partir das quais o indivíduo irá falar de si mesmo, dos modos de agir de seu corpo e de seus adoecimentos.

Esse regime de verdade, sob o aval da ciência, afirma-se como única forma legítima de entendimento e de intervenção sobre a loucura, na medida em que a sustenta no interior do registro da doença, seja ela física, seja mental. E de que doença se trata? Como diz um psiquiatra,

. . .um desvio da forma que (o paciente) tem de contato com a realidade, com os objetos. Um desvio, uma falha da percepção entre o que é seu, e o que esta fora de você. Isso é para mim o que leva uma pessoa a fazer o delírio. Em minha opinião, não existe loucura sem o delírio, o delírio é o que conceitualiza, que faz uma pessoa louca, um psicótico. Existem outros problemas, até graves, comportamentais, mas eles escapam do meu conceito de loucura. O meu conceito de loucura é o delírio, e o delírio, em minha opinião é uma falha de percepção da realidade, do que é você e do que é aquilo fora de você.

Portanto, para a Psiquiatria, a experiência do desarrazoado, desse estranhamento de si próprio e do mundo é o caminho para o delírio. O processo que desliza entre esse não-saber, esse instante de vertigem e indeterminação, poucas vezes é problematizado pela Psiquiatria, pois toma como referência para o corpo um modelo de homem racional/sadio. A noção de doença mental para a Psiquiatria é descritiva e nosográfica, baseada nas faculdades intelectuais, e não se relaciona com esse “mal” que habita o corpo do homem, essa expressão do não determinado, do não científico, essa mistura que impulsiona para virtualidades ainda não realizadas que quebrariam com a exatidão metódica dos procedimentos científicos.

Com o registro de doença baseado no campo do delírio, a Psiquiatria mostra que a doença mental está dentro do corpo, é o outro da razão, e se constitui como objeto de um saber possível que lhe proporciona uma explicação da experiência do desarrazoado, tomando-a como uma totalidade. Uma totalização identitária que transforma a experiência da desrazão em algo inteligível e passível de descrição e intervenção, pois têm a normalidade das condutas como instrumento de referência. Isso acaba por promover um plano discursivo explicativo tanto para o psiquiatra quanto para o paciente psiquiátrico que pensa e nomeia a si próprio a partir desse mesmo plano.

Os pacientes entrevistados, em sua maioria, são hóspedes de situações-limite da experiência humana e, poderíamos dizer, estão expostos às forças do Fora. Desde o momento em que se inscrevem nas práticas médico-psiquiátricas, eles passam por procedimentos que os inventam enquanto sujeitos de uma prática: tornam-se doentes mentais, não são mais nem loucos nem desarrazoados. Então, essa dimensão múltipla, indiferenciada e incompreensível das experiências do pensamento é excluída, e outra materialidade se cria no interior do saber médico-psiquiátrico: a nosografia da doença mental.

Assim, parece-nos que a doença mental emerge como uma nova forma de organização dos estados de um corpo e de sua relação com a alteridade: o Fora. Dessa contingência histórica, manifesta-se uma série de contraposições ou sobreposições entre o que se entende por indeterminação das condições do pensamento pensar e por doença mental.

O que conceituamos como desrazão (experiência do caos) é nomeado por nossos entrevistados como Aquilo que aparece no corpo do louco: o inominável, o indomável, o desconhecido, e o incurável. Para eles, esse quase inumano, essa violência indiferenciada e anônima são impossíveis de convívio social e, por isso, são experiências fadadas ao aprisionamento perpétuo. Dessa maneira, para todos os entrevistados, os pacientes que freqüentam os CIAPS não são loucos, nem desarrazoados, mas doentes mentais. Desse lugar, seus problemas são passíveis de entendimento, de tratamento e correção ou, pelo menos, de aprendizagem e controle.

Assim, quando o paciente é inserido nas práticas psiquiátricas, ele cria e fabrica seus problemas no interior do regime da linguagem psiquiátrica. É como se ocorresse um processo de aprendizagem, uma experiência de educação para a doença.

Entretanto, é importante reafirmar, que sobre essas situações-limite, e o que quer que seja a loucura/desrazão, para os pacientes entrevistados, o saber médico não consegue totalizar suas experiências, porém imprime no que lhes acontece um sentido, uma direção, uma lógica e, por conseguinte, uma possibilidade de agir e de controlar esse *nonsense*.

No entanto, algo ainda escapa e produz vazios e silêncios no discurso psiquiátrico que os pacientes irão preencher a partir deles mesmos, e de suas outras experiências sociais. Para eles, o que lhes acontece porta sempre um desconhecido. Isso se confirma quando os pacientes falam de sua experiência com o que chamam de loucura, e se expressam na base de formas materializadas no corpo, como os desmaios, como as situações de violências, de possessões demoníacas, de um estar fora de si mesmos, dos descontroles da ação e dos comportamentos fora das regras de convivência.

Talvez esses vazios de discurso, preenchidos pelos pacientes, possibilitem a estes se referirem às suas problemáticas de fora das perspectivas médico-psiquiátricas. Há entrevistados que tratam seus problemas como algo exterior, que tanto pode advir de uma experiência teológica de possessão como por uma ordem das práticas do cotidiano. Como se as relações que eles estabeleceram com as materialidades do mundo e os acontecimentos de suas vidas os levassem a se relacionar com o mundo psiquiátrico por um acidente.

Algo acontece com seus corpos e os faz desmaiarem, apenas não sabem por quê. Expostos à ação dos outros, dos remédios que lhes causam cansaço, apatia ou excitação, afastam-se do mundo das relações afetivas e do trabalho. E, para não se exporem, a ponto de irem para o hospital psiquiátrico, conectam-se aos programas da rede de saúde

mental, que funciona como oferta social organizadora do que lhes acontece, mas não existe apropriação clara, por parte dos pacientes, dos conceitos psiquiátricos e dos procedimentos por eles ofertados sobre a doença.

No entanto, ressaltamos, esse efeito de discurso não se sustentou e não se sustenta apenas através da Psiquiatria. Desde o século XIX, realizaram-se várias alianças entre a Psiquiatria e outras instituições, tais como a Família, a Educação, o Direito, a Medicina, a Estatística, portanto, o discurso psiquiátrico se difunde no mundo social como fonte de verdade na constituição dos processos de subjetivação do homem moderno, com o aval dessas alianças. Tomado como Sujeito da razão, o homem é o detentor de uma estrutura cognitiva e de personalidade que oferecem a ele condições de gerir a si mesmo e instituir os modos de vida necessários para se inscrever nas múltiplas práticas sociais. Nessa perspectiva, o paradigma psiquiátrico é a explicação indispensável para esse outro da razão que não se deixa determinar.

Além da instituição médico-psiquiátrica, a religião é outra instituição que irá organizar procedimentos para intervir e tratar a má orientação do espírito, a partir da interioridade de suas práticas e conceitos e, portanto, produzirá outras materialidades sociais e realizará outras condições de enunciação desse acontecimento: a possessão demoníaca e os problemas espirituais etc.

Entre os pacientes entrevistados, que quase em sua totalidade podemos dizer que são psiquiatrizados, há certos modos de dizer sobre si mesmos que se referem à desrazão como possessão e problemas espirituais. Os pacientes propõem como procedimento de intervenção, a junção de duas instituições de tratamento: a religiosa e a médica, como os hospitais espíritas.

Contudo, pensamos que essas duas instituições – Religião e Psiquiatria – falam de um campo de saber e organizam modos de exercer o poder sobre a desrazão de lugares diferentes, são materialidades diversas que compõem o que é a desrazão para a Psiquiatria – o delírio, a doença – e o que ela é para a Religião – a possessão, ou os enigmas espirituais da alma que devem ser considerados. Para ambas, uma desordem que precisa ser dirigida e corrigida.

Neste trabalho, encontramos uma pessoa que diz ser doente (medicina), porque está possuída (religião). Ela faz o cruzamento das duas instituições em seu corpo, engendrando um paradoxo: o laico e o religioso atravessam o mesmo ponto, a exposição a uma força do Fora. Essa paciente reconhece um lugar social de junção dessas duas instâncias: o hospital espírita. Mas, mesmo que para a paciente o paradoxo esteja resolvido, a questão religiosa se apresenta para a Psiquiatria como um exercício de caridade e benevolência, está mais para o campo moral do que para uma rivalidade terapêutica. Sendo assim, as instituições criaram estratégias e técnicas bem definidas no tratamento da loucura (manicômio), da doença mental (rede) e da possessão (igreja), e essas são tomadas como coisas bem diferentes e delimitadas, porém se relacionam entre si mesmas, ao oferecer dispositivos organizadores dos modos de aparecer a desrazão.

Entretanto, essa forma religiosa que se desenha nos modos de expressão dos pacientes entrevistados, da loucura como possessão demoníaca ou como a ira dos deuses, não se repete no discurso laico dos representantes institucionais. Para além dos enigmas do espírito está a doença.

O padre católico observa a loucura como uma doença que lança o indivíduo para fora de si mesmo e das circunstâncias de agenciamentos das suas ações e, portanto, é

um homem fora do campo moral. A loucura é desmistificada de seus mistérios divinos e lançada em uma objetivação científica: o saber psiquiátrico.

Como diz Joel Birman,

. . . a loucura foi então definitivamente dessacralizada, marca eloqüente que ela ainda tinha no renascimento e que era oriundo da Antigüidade. Essa perda do traço sagrado implicou no esvaziamento de seu poder oracular, isto é, do seu potencial de dizer qualquer coisa, de enunciar o verdadeiro. (Birman, 2000, 38).

Para o pastor protestante, também, a loucura é uma doença que tira do homem a sua capacidade de ajuizar sob seus próprios atos, ou seja, é uma doença que lança o sujeito para fora do campo da consciência e, mais ainda, considera o doente mental como um sujeito regido pelas intempéries da genética e das paixões. Sinaliza, dessa forma, para uma maneira de ser do homem como aquele que não possui as rédeas de seu próprio destino, portanto, precisará ser conduzido. Mas, o que significa essa direção das condutas? Significa que esse homem irá falar de si mesmo e verá a si próprio a partir de um regime de saber médico, psiquiátrico e psicológico, e que se perceberá como um homem descentralizado, sujeito de um desconhecido que é ele próprio.

O padre católico e o pastor protestante tomam para si mesmos os valores e saberes da Medicina, da Psiquiatria e das Ciências Psicológicas, tanto em seus discursos como nas práticas que incitam a respeito da loucura. Ambos desqualificam a loucura em seu aspecto divino e tomam como verdade preceitos científicos que imprimem outra direção ao discurso: a loucura não mais como possessão, mas como doença mental.

Portanto, a instituição religiosa, aqui apresentada, se abstém de enunciar um saber próprio sobre a loucura, não a nomeia como possessão demoníaca, mas organiza um campo moral das relações de vizinhança com a Psiquiatria. Suas práticas sobre o corpo do louco apontam para alguns resquícios dos grandes asilos em que a loucura, a possessão demoníaca, a prostituição, a vadiagem são problemas morais cujos aspectos devem ser equacionados em uma mesma forma de condução das condutas sob sua jurisdição.

Quanto às práticas da Educação, podemos salientar que estas não possuem tecnologias especializadas para tratar o doente mental. Entretanto, propõe procedimentos e prescrições de como estabelecer relações com os pacientes psiquiátricos. Assim como a instituição religiosa, as práticas educacionais visam a desenvolver um conjunto de virtudes para relacionar-se com eles, a fim de minorar o preconceito e a exposição dos doentes frente aos processos de normalização social. Porém, convém ressaltar que a Educação, junto com a Família, acaba por exercer uma função panóptica, de observação e vigilância das condutas, ou seja, elas apontam para o Direito e para a Psiquiatria os possíveis lugares de emergência da doença. A Educação é, nesse registro, um procedimento de gestão virtual dos riscos.

Para o Direito, a loucura é uma doença que impede a pessoa de discernir sobre determinados assuntos, de reconhecer a ilicitude de certas condutas, transformando-a em uma pessoa que está fora das condições dos trabalhos da consciência. O saber jurídico toma o doente mental como um indivíduo inimputável, o qual não é passível de ser penalizado criminalmente. O juiz aplica uma sentença “absolutória imprópria”, já que não há uma penalidade, contudo uma medida de segurança faz-se necessária e, esta será imputada de acordo com o grau da doença e de seu lugar nas curvas de normalidade, isto é, o diagnóstico.

As leis jurídicas fazem parcerias com as práticas psiquiátrico-psicológicas – os laudos – e torna legítima a ação jurídica. O conceito psiquiátrico de doença mental oferece conteúdo para a prática judiciária e, inscreve a capacidade de ação e de discurso do sujeito na categoria de doente mental, portanto este não está sob as mesmas leis e regras que o restante da população de uma dada sociedade. Ele é tomado como cidadão de forma específica pela constituição.

A interdição, uma ação jurídica, é seguida por um dossiê médico-psiquiátrico e psicológico que irá legitimar vários procedimentos: uma internação, ou um tratamento ambulatorial, a tutela etc. Tudo depende do parecer do especialista e da posição da família frente o problema. Portanto, se o doente mental apresentar agressividade e autorias criminais, ele passará por uma internação: o hospital ou o manicômio judiciário. Todavia, se for um doente controlado, segundo seu diagnóstico e o parecer da família⁴, ele é passível de uma convivência social dirigida e vigiada, seja pela medicação, seja por sua inscrição em procedimentos da rede de saúde. Para referendar essa intervenção, as práticas de exame das especialidades “psi” fornecem laudos periódicos ao sistema judiciário, a respeito do quadro clínico do doente mental.

Por conseguinte, quem e o que determina as condições de normalidade para poder habitar a cidade? Tanto os pacientes, quanto as instituições respondem: a periculosidade social.

Para os entrevistados, como também para as regras do Direito, se um paciente é agressivo e perigoso, e coloca em risco a vida e a tranquilidade social, este não pode circular e conviver com as outras pessoas, mas deve ficar preso. Essa tática de gestão das condutas aponta para a existência de um paradoxo que age no interior das práticas psiquiátricas, pois, ao mesmo tempo em que intensificam a avaliação e controle de corpos para o convívio social, comprometem as práticas de tratamento com os dispositivos de segurança na gestão de riscos.

Do ponto de vista do Direito, quando um paciente agressivo pratica um ato violento, o campo de análise a ser considerado não é a ação em si mesma, se ela colocou em risco a ordem pública; o que entra em questão são os modos de aparecer da intencionalidade da consciência, o motivo da ação. Essa interioridade psicológica determinará a característica do crime e o caráter do criminoso. Só então se poderá dizer se esse ato é um risco para a sociedade. Como o paciente não tem intenção, visto que a atividade da consciência está comprometida, não possui, também, o domínio de seus atos, portanto, estes não se configuram enquanto crime.

Assim, o direito e o dever de cada homem de assumir a responsabilidade sobre seus atos frente às direções do mundo, por mais descontrolados e sem intenção que possam parecer, são subsumidos por um domínio médico-psiquiátrico-científico – através do conceito de incapacidade; e por um domínio moral e jurídico – através do conceito de inimputabilidade. Esse ato jurídico coloca a experiência da desrazão em um

⁴ Constatou-se, nesta pesquisa, que a família é um elemento constitutivo desses discursos institucionais, pois os relaciona entre si mesmos ao sustentar as alianças de cooperação entre as diversas práticas que tramam o núcleo familiar. Como, por exemplo, se algum membro da família não se adaptar aos padrões estabelecidos pelos processos de normalização social, tal indivíduo sofrerá avaliações e pareceres dos diversos especialistas. Os exames e as técnicas de direção e correção da consciência são categorias de comportamento sustentadas, legitimadas e veiculadas por meio das práticas familiares. Portanto, a família processará uma interligação entre esses diversos saberes institucionais e suas respectivas práticas de gestão das condutas, para que a doença mental seja controlada e não coloque em risco a vida social da família e da sociedade.

nível de desconhecimento completo na própria relação do paciente com sua problemática. Quando ele se refere, por exemplo, a sua passagem por períodos oscilantes entre autocontrole e descontroles violentos ou desmaios, nota-se que a relação do paciente com esse acontecimento é de certo constrangimento, medo e vergonha. Tudo é, apenas, da ordem de um problema a ser expurgado.

Com relação aos discursos dos representantes das organizações civis e dos transeuntes da cidade, igualmente se remetem às práticas de tratamento psiquiátricas como referência para organizar as problemáticas da doença mental e seus modos de circular pela cidade. Assim, as práticas de vigilância, controle e correção dos corpos adoecidos agenciam-se em redes com as diversas instituições, e o Direito, junto com a Psiquiatria, irá legislar acerca das condições de circulação dos pacientes psiquiátricos na cidade.

Para os pacientes, a circulação ou não das pessoas pelas ruas da cidade não é tão determinada pelo fato de serem ou estarem doentes, mas por uma questão de como se produzem as configurações da cidade, as formas de aparecer e experienciar os seus circuitos, tanto do ponto de vista econômico, quanto social ou jurídico. Eles dizem que a prisão ou não de uma pessoa, mais do que estar ligada aos procedimentos psiquiátricos – ser louco ou doente mental – é uma questão da ordem criminal e da segurança pública. Os criminosos são aqueles que devem estar presos e os doentes mentais não são criminosos, portanto necessitam de tratamento e não prisão.

Além de essa questão da loucura ser confundida com a criminalidade, os pacientes indicam haver outras sobreposições que geram preconceitos, como a marginalidade e a mendicância. Uma entrevistada se refere à mendicância realizada por alguns pacientes como algo necessariamente ligado à loucura. Isso nos remonta à *História da loucura (1987)*, quando Foucault aponta para a medicalização dos grandes manicômios, em que, entre os loucos propriamente ditos se encontravam, sem escapar obviamente a alguma classificação médica, as prostitutas, os vagabundos, os arruaceiros e os mendigos.

Essa entrevistada, uma pessoa marcada pelas práticas psiquiátricas, evidencia como o discurso higienista do século XVIII ainda hoje se apresenta nas práticas médico-psiquiátricas e no discurso leigo. Apesar de a Psiquiatria não ter por objeto a mendicância como forma de desorganização psíquica, suas práticas ainda o fazem, através do governo das condutas que provocam certa desordem social e de intervir sobre a errância dos indivíduos. E o público leigo acaba por herdar essas categorias nosográficas arcaicas da Psiquiatria do século XVIII, utilizando-as até os dias de hoje.

Sendo assim, a Psiquiatria, nas formas de organizar a circulação da população na cidade, possui uma função reguladora das condutas e se inscreve nos dispositivos de segurança, (Foucault, 2008) porque orienta os procedimentos de controle dos modos de viver de certas populações e oferece regras de convivência do ser humano, no espaço urbano.

Esses acontecimentos, segundo os entrevistados, alimentam os preconceitos presentes nas redes de enunciação que circulam na cidade em relação a eles, pois, no plano social, vincula-se à doença mental um bloco de sentidos como a mendicância, a errância, a agressividade, o perigo, a marginalidade. Nesse sentido, o CIAPS, que deveria se configurar como um lugar para o tratamento da doença mental, torna-se também um lugar para os loucos, que, neste caso, estão vinculados às categorias da marginalidade e da delinquência. Por conseguinte, a maioria dos pacientes entrevistados narra sua vida na cidade relacionada a uma impossibilidade ou a uma desconfiança de se

relacionarem com outras pessoas, de sorte que vivem mergulhados em uma constante experiência de solidão.

Portanto, as práticas ofertadas pela Psiquiatria criam um circuito de ação com efeitos indicatórios sobre a população com que ela trabalha. E, por estarem em jogo nos dispositivos de segurança a vida do indivíduo e a sustentabilidade das formas de organização da sociedade, essa marca da doença mental torna indistintos para a cidade os modos de aparecer do desarrazoado: os mendigos, os marginais, os criminosos, os andarilhos, os desocupados, os drogados, os loucos e os doentes mentais, todos trazem uma contra-senha. Ou seja, a grande internação e sua política manicomial de que nos fala Foucault, em *A história da loucura* (1987), ainda hoje tramam seus enredos, mas em campo aberto. Podemos pensar, por isso, que no momento em que as relações de poder de uma sociedade incitam seus dispositivos de segurança para a gestão dos riscos e o governo das populações, elas o fazem de modo generalizado, sobrepondo imagens, conceitos e modos de estar no mundo.

É importante esclarecermos melhor a posição dos entrevistados em relação aos dispositivos de segurança relacionados ao processo de desospitalização: o hospital psiquiátrico, o ambulatório e os CIAPS. Sobre aquele, os pacientes possuem dois posicionamentos: primeiro, é um lugar de práticas violentas e de solidão que promove um circuito interminável de internações. É também um lugar de aprisionamento para os denominados loucos perigosos, e para punição de pessoas que promovem transgressões jurídicas. Entretanto, o segundo posicionamento dos entrevistados introduz um paradoxo: dizem do hospital psiquiátrico como um lugar de abandono e esquecimento, e que este oferta certo respaldo ao descuido das famílias, mas constitui igualmente um lugar de acolhimento e proteção da falta de zelo familiar e social. Nesse mesmo sentido, dizem que é um território que, além de abrigar as pessoas sem atenção familiar, oferece tratamentos temporários, afirmando, em consequência, que no hospital psiquiátrico há também uma espécie de aprendizado no manejo da doença, porém é deficiente no que se refere à convivência social.

Quanto aos representantes institucionais, eles destacaram duas funções dos manicômios: a primeira, como sendo um dispositivo de segurança social para os loucos perigosos que agem contra a sociedade. Todavia, em relação a esses, convém afirmar que não se aplica uma ação punitiva, mas uma medida de segurança de caráter terapêutico: o tratamento psiquiátrico. Diferença, portanto, em relação aos pacientes que concebem essa medida como acolhimento de alguma espécie de desamparo ou de punição e não como tratamento.

A segunda função dos manicômios, sinalizada pelos representantes institucionais e apontada ainda pelos pacientes, é a de que a sociedade e a família não apresentam as condições necessárias para promover um bom acolhimento dos doentes mentais, pois desconhecem os caminhos da loucura, e produzem e efetivam as práticas de controle das condutas.

De outra parte, em relação aos CIAPS, para os pacientes entrevistados, eles realizam as funções que dizem respeito ao saber médico-psiquiátrico, bem como dispõem de outras funções, perfiladas em uma outra ordem, de caráter mais difuso. Quanto as primeiras, elas se exercem no interior de procedimentos orientados para uma tentativa de controlar os afetos e as experiências de linguagem, porque, conforme já se frisou, em outro momento, a doença mental aparece na prática psiquiátrica como uma maneira de organizar esse descontrole das condições do pensamento e das formas de experiência. E, mesmo com o processo de desospitalização, o que se nota é uma

transferência dessas atividades de controle social, que antes existiam nas práticas manicomialis, para as práticas que funcionam em regime aberto, no campo social.

No entanto, isso se dá de um jeito mais sutil, diluído em uma rede de relações institucionais. Os pacientes entrevistados dizem do CIAPS como um lugar que permite uma evolução necessária para uma racionalidade, um giro nas curvas de normalidade, por meio de um processo de aprendizagem para lidar com os mecanismos da doença e com as formas de organização da sociedade. Assim, através de uma prática específica, que se pode encontrar também nas instituições escolares, penitenciárias, fábricas, famílias etc., esses pacientes se inserem na ordem da racionalidade psiquiátrica.

O que se realiza, nesse ato, é a inscrição desse homem em um tipo de racionalidade que coordena a lógica da utilidade dos indivíduos: a maior e melhor quantidade e qualidade de pessoas aptas para gerirem a si mesmas, dentro de certa forma de existência – um modo de viver, de falar, de sentir, de consumir, de trabalhar. Um padrão na ordem da necessidade.

Em um plano geral, o dizer dos pacientes vem ao encontro de discursos institucionais que dizem que somente o doente controlado, detentor de certa racionalidade e passível de práticas de intervenção e tratamento, poderá viver nas ruas da cidade. As práticas de tratamento da rede de saúde mental, segundo os representantes institucionais, deverão ser aplicadas somente ao doente mental controlado, que está em rumo a esse lugar que promete uma adaptação ou certa dose de cura, que visa à reabilitação de uma função produtiva e moral e, principalmente, que não coloque em risco a sociedade, a família e a si próprio.

Mas, para os pacientes entrevistados, o CIAPS também possui uma outra função, que anteriormente chamamos de mais difusa. Um lugar de aprendizagem dos mecanismos de gestão da doença e de criação de um novo campo de existência e de transformação. As práticas de saúde mental são modos de gerir o complexo loucura/doença mental que, desde o surgimento do Estado Moderno, foram desenvolvidos no interior de certas especialidades, organizadas em torno das práticas de prevenção e segurança.

Segundo Foucault, em *A história da loucura* (1987, 56-70), a criação dos manicômios surgiu de uma demanda de organização, por parte da razão de Estado no governo dos homens, governo este necessário ao bom funcionamento da vida nas cidades. A concentração de uma numerosa população, descontrolada e vagabunda, e a necessária expansão da riqueza exigiram o aparecimento de centros de saber e novos modos de exercer o poder, que começariam a exigir formas de governo que levassem em conta a existência dos homens, quer nas relações de trabalho e de produção, quer nas formas de conduta, dos modos de ser da família etc. E, de certa maneira, a gestão do louco, do mendigo, que na Idade Média era delegada a toda comunidade ou à caridade religiosa, passou a ser uma ação imanente às práticas de poder organizadoras da razão de Estado: a gestão ou a preocupação com a vida do indivíduo, em particular, e da população, como um todo.

Hoje, a rede de saúde mental e o processo de desospitalização revelam uma difusão da gestão da loucura, que antes era concentrada no hospital psiquiátrico, para as famílias e para a comunidade. Nesse sentido, os entrevistados falam do processo de desospitalização dos pacientes psiquiátricos e da construção de rede de saúde, e de suas funções nos procedimentos de gestão, em dois aspectos: um primeiro aspecto se produz quando identificam a rede como um lugar de acolhimento, de diálogo, de respeito, e entendem a medicação como um apoio. Falam também que a maneira de como se

ordenam as práticas permite que suas opiniões sobre as coisas do mundo e a presença de cada um sejam levadas em consideração. Para os pacientes, voltar à atividade e à convivência com os outros minimiza a solidão e o esquecimento em que se encontram.

O outro aspecto é alinhado a um plano político: a presença dos pacientes, no campo social, nos circuitos das ruas, e a multiplicidade de experiências que lhes são inerentes. E isso se confirma quando enfatizam a necessidade do apoio dos meios de comunicação para a concretização desse acontecimento. Uma educação coletiva dos descaminhos do homem e das vicissitudes de sua presença, em um confronto necessário.

Partindo dos dados da pesquisa e tomando em consideração as novas formas de organização política na constituição da sociedade moderna, constata-se que há uma multiplicação das práticas de tratamento e uma posição política a favor da presença do louco nas ruas. Porém, é necessário lembrar que os mecanismos de poder e as formas de saber agem tanto nas práticas manicomialis quanto nas práticas da rede de saúde mental: a individualização e a totalização da vigilância, de controle e correção dos corpos, ou seja, o que está em jogo são as forças do biopoder⁵ (Foucault, 2008).

Nesse sentido, a qualidade de vida da população e do indivíduo é importante para as formas de governo das condutas orientadas por práticas da governamentalidade⁶ (idem). Todos os serviços sociais incentivados pelo Estado e pelo sistema capitalista têm como base política a administração das práticas que tratam dos corpos, quer dizer, uma rede de atenção que diz respeito aos processos da vida, tanto do ponto de vista econômico, como na perspectiva biológica e política.

O processo de desospitalização de pacientes psiquiátricos, como diz Rotelli (1987), não significa a necessária desinstitucionalização da loucura, de uma ruptura de seu engendramento como objeto médico, mas é tão somente uma transferência de espaço físico, de modos de organização das práticas, além de ser uma articulação afirmativa de expansão das relações de poder e de lugares de enunciação das formas de saber sobre a loucura, um regime de regras que, para continuar a existir, institui outras materialidades sociais e outros sujeitos.

⁵ Biopoder: A partir do séc. XVII o poder se organizou em torno da vida sob duas formas principais que não são excludentes, mas atravessadas por um complexo de relações: por um lado as disciplinas (uma anátoma-política do corpo humano), que tem como objeto o corpo individual, considerado como máquina; por outro lado, a partir do séc. XVIII, uma biopolítica da população, do corpo-espécie, cujo objeto será o corpo vivente, suporte dos processos biológicos (nascimento, morte, saúde, duração da vida). O fato do homem de viver ingressa no campo de controle do saber e das intervenções do poder.

⁶ Governamentalidade: Refere-se as maneiras de governar. O estudo das formas de governamentalidade implica a análise das formas de racionalidade, de procedimentos técnicos, de formas de instrumentalização e das relações do sujeito consigo mesmo, e para Foucault, a arte de governar deverá encontrar os princípios de sua racionalidade naquilo que constitui a realidade mesma do Estado. Para o autor, vivemos desde o séc. XVIII na era da governamentalidade que opera no triângulo soberania-disciplina-gestão governamental e tem como objetivo a população, que utiliza um saber econômico e controla a sociedade por dispositivos de segurança.

Considerações finais

Na fusão das duas frentes de pesquisa – os discursos da Psiquiatria, do Direito, da Religião, da Educação, das associações civis, dos transeuntes, e dos próprios pacientes do CIAPS, podemos considerar que o paradigma médico-psiquiátrico organiza e administra os campos de enunciação e as práticas sociais que têm como tarefa tornar visível e dizível a loucura e a doença mental nos circuitos da cidade. Mas, há estratégias de enfrentamento das forças nas formas de gerir os corpos entre os vários campos institucionais analisados.

Existe uma aliança entre a Psiquiatria e o Direito, que gerencia os modos de aparecer das circunstâncias em que operam as relações entre a loucura e a cidade: em primeiro lugar, quando ambas as instituições legislam sobre a circulação das pessoas, a partir do interior dos procedimentos trazidos pelo processo de desospitalização, e incitam a ação dos elementos dos dispositivos de segurança disponíveis a cada uma das instituições, tais como o exame das funções da consciência e os laudos psiquiátricos que irão apresentar os graus de periculosidade do indivíduo para o judiciário. Em segundo, elas objetivam a administração de riscos do indivíduo e da sociedade.

Esse acontecimento para os pacientes promove uma indeterminação entre os regimes de enunciação publicados no mundo social de quem realmente é o doente mental, e sobrepõem imagens que intensificam o preconceito e sinalizam para os efeitos destas práticas no campo social: os dispositivos de segurança psiquiátricos são mantenedores de um regime de verdade produtor de campos de identificação que funcionam, ao mesmo tempo, de forma totalizante e individualizante, que toma conceitos diversos, como: loucura, mendicância, errância, delinqüência, possessão e tudo aquilo que transita pelo não-dito da desrazão, em um único registro: a doença mental.

Porém, a presença dos loucos na cidade, mesmo que sob a figura da doença mental, é um acontecimento que começa a se compor com as configurações urbanas e suas produções: os manicômios estão sendo esvaziados e os doentes mentais participam agora dos embates urbanos e de suas produções subjetivas. Contudo, para isso, as medidas de segurança da sociedade se materializam em tecnologias que prezam a boa ordem e o equilíbrio das curvas de normalidade. Somente é possível a presença do louco na cidade como doente mental sob controle, submetido às práticas de tratamento, porque esse doente controlado possui certo grau de consciência que lhe possibilitará identificar sua doença e a necessidade de tratá-la.

Como diz Foucault (1979, 215), isso exige uma sociedade que se deixa atravessar por um visível e um legível em cada um de seus quadrantes, sem interditos, para que cada um, do lugar em que está, possa ter em seu campo de visão a sociedade em sua unidade; que os atributos de cada um sejam informados aos outros, para que possam ver e ser vistos sem obstáculos a fim de possibilitar que cada um professe sua razão de ser para e sobre o outro.

É por objetivar tal visibilidade que existem forças políticas que apóiam a multiplicação de práticas de tratamento as quais, muitas vezes, agenciam rituais religiosos, manifestações culturais e artísticas onde o saber psiquiátrico praticamente se dilui, mas para melhor circular. Explicita-se, assim, que as tendências das práticas de tratamento instituídas pelo paradigma vigente são de se multiplicarem, quebrarem-se em partículas cada vez menores e maquiarem-se nas práticas humanitárias das ciências humanas.

As tecnologias de vigilância e controle da doença mental tornam-se cada vez mais rarefeitas. Como nos lembra Foucault (1984), o funcionamento do dispositivo panóptico opera a partir de uma desconfiança total e circulante, sem um ponto absoluto, e exige a vigilância de todos e de cada um.

Atualmente, as formas de tratamento psiquiátricas estão articuladas às práticas sociais que se reconhecem de outros lugares como as instituições familiares, religiosas, médicas, psicanalíticas, educacionais, jurídicas, psicológicas e até mesmo as culturais e artísticas, mas elas têm elementos de poder e arcabouços institucionais vizinhos, ligados por regimes de saber diferentes que podem estabelecer relações estratégicas, mas de modo algum um campo de identidade (Foucault, 1984, 82).

São marcas de como esse paradigma científico multiplica-se em suas ações para aumentar sua potência estratégica de conectar, organizar e administrar os procedimentos atinentes à racionalização das práticas que governam essa dimensão da experiência humana que denominamos loucura.

A posição política favorável da sociedade frente ao processo de desospitalização se orienta a partir dessas redes de poder, nas quais o saber psiquiátrico se alia desde sua invenção. As práticas de tratamento distribuem responsabilidades para todas as instâncias sociais. “Apenas um olhar. Um olhar que vigia e que cada um, sentindo-o pesar sobre si, acabará por interiorizar, a ponto de observar a si mesmo” (Foucault, 1979, 218).

Podemos pensar que o processo de desospitalização introduz uma espécie de confronto que opera no interior de um paradoxo: colocar nas ruas um corpo que, ao mesmo tempo, enuncia para o homem a consciência de sua própria finitude e explicita que isso é vivido como caos, desordem e horror.

O medo de relacionar-se com esse corpo em desalinho, que pode fazer qualquer coisa, ser qualquer outro, pensar de outro modo e que faz deslizar territórios identitários, é um dos problemas que o processo de desospitalização do doente mental coloca em evidência.

A presença do louco/doente mental na cidade e suas ruas traz alguns objetos problemáticos para o homem contemporâneo e para a sociedade, organizada pelo biopoder e suas tecnologias de governo: um espectro de terror e medo paira sobre as cabeças urbanas.

Portanto, tomar a desrazão e a loucura como objeto do pensamento é problematizar: 1- esse construto psiquiátrico – a doença mental e suas relações com o verdadeiro e o falso; e em que circunstâncias ele ativa a circulação de suas práticas; 2- quando e como uma dimensão da vida humana – as experiências do pensamento – entram na ordem da racionalidade das práticas.

Assim, se considerarmos esse campo de crítica proposto, o processo de desospitalização e a rede de saúde podem ser tomados como um lugar de disseminação a campo aberto, no mundo social, da política manicomial, do saber médico-psiquiátrico e psicológico, e de suas relações com as práticas jurídicas, educacionais e teológicas. Insiste-se na construção de um corpo doente, a ser administrado e que requer o cuidado especializado.

Para esclarecer, a loucura/desrazão/doença mental/distúrbio neurológico, possessão, como se quer, não são materialidades únicas, essências da natureza do homem, que trocou de aparência através da narrativa histórica. Esse ser psicótico,

esquizofrênico, ou neurótico, sem condições de pensar a si mesmo, é uma forma de ser do homem moderno, é uma construção histórica, é uma política moderna de categorização e organização das materialidades dos corpos. E estas não agem somente sobre o corpo de alguns. Quando enunciamos o corpo-sem-cuidar-se do louco, devemos ver o corpo de qualquer um, que na primeira angústia recorre ao psicólogo para ajudá-lo a compreender-se e a conhecer-se, ou ao psiquiatra para dizer o que tem e ministrar-lhe a medicação, ou ir ao padre para liberar seu fardo. Salvar o homem de si mesmo continua a ser um bom libelo.

Mas, para os entrevistados, a desospitalização pode também ser o início de novas formas de gestão da loucura/doença mental fora dos domínios das especialidades, pode ser uma fonte de ampliação das estratégias de enfrentamento. Circular pelas ruas da cidade é habitar as multiplicidades, é participar de outros fluxos intensivos.

Há, portanto, uma exigência ética e política em relação à cidade, tanto para seus habitantes quanto para os modos de organizar suas instituições, seus enredos, para que uma outra relação com as formas de aparecer do homem encontre passagens.

Quando Rotelli (1987) aborda o processo de desinstitucionalização da loucura, o que salienta é a problematização do próprio conceito de doença mental que circunda essa experiência; enfatiza ainda a criação de um campo social em que a Psiquiatria, como existe hoje, não seja mais necessária. Que o delírio volte a circular por entre as coisas e os homens, como um invisível a pedir passagem, uma aragem, uma brisa leve a precipitar-se por entre a rigidez das formas. Que nos seja possível transitar no indeterminado, fazer soçobrar as identidades, correr riscos, sem nos confinarmos na loucura, na doença mental, ou no horror.

Zanetti, F. L.; Cassoli, T. e França, S. A. M. (2009). The process of deinstitutionalization of psychiatric patients and its possible developments in the city. *Revista de Psicologia da Unesp*, 8(1), 1-16.

Abstract: *This research aims to consider how the production of knowledge about the madness is appropriate for people in the city. To do so, we raised the following issues: the city in their daily life, legitimate the paradigm of psychiatric/psychological? Or there are practices that would encourage the production and circulation of other knowledge about insanity? The procedure adopted for data collection were interviews that covered the following topics: the concept of madness; practices that encompass the relationship crazy/city and political position in relation to the process of psychiatric deinstitutionalization. The empirical field was made up of representatives of different institutions: the psychiatric network, the prosecutor, the municipal education, religious network, presidents of civic associations, as well as walkers and psychiatric patients who attended the CIAPS city. As a result, it was observed that the forms of psychiatric treatment, at present, are coupled with practices that are recognized from other fields and other social knowledge such as: family practices, religious, medicals, psychoanalytically, educational, legal, psychological and even cultural and artistic. From this complex meeting of power relationships, emerging new rules to manage the relationship between forms of madness and the circuits of the city, aiming at the risk management of individuals and populations. Thus, it allows the presence of hikers, of possessed, of beggars and madmen in the city, provided that such presence is marked by a rational prescription.*

Keywords: *city; madness; deinstitutionalization;*

Referências

- Birman, J. (2000). *Entre Cuidado e Saber de Si*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Foucault, M. (1987). *História da Loucura na Idade Clássica*. (J. Coelho Netto, trad.). São Paulo: Perspectiva; (M. T. Costa Albuquerque e J. Guillon Albuquerque, trad.). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do Poder*. (R. Machado, trad.). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1984). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. (L. M. P. Vassallo, trad.). Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (1990). *Pensamento do Exterior*. (N. Falci, trad.). São Paulo: Princípio.
- Foucault, M. (2008). *Segurança, Território, População: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. (Eduardo Brandão, trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Pelbart, P. (1993). *A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago.

Rotelli, F. (1987). Desinstitucionalización: otra via (la reforma psiquiátrica italiana em el contexto de la Europa Occidental y de los “países avanzados”). *Revista Associação Espanhola Neuropsiquiatria*, v. 7, n. 21.

Recebido: outubro de 2008.

Aprovado: fevereiro de 2009.