

A LOUCURA CABE NA CIDADE? ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE CORPO, POLÍTICA E CLÍNICA ANTIMANICOMIAL

Renata Guerda de Araújo Santos, Lupicínio Íñiguez-Rueda

O objetivo deste trabalho é fazer algumas considerações sobre o processo da reforma psiquiátrica brasileira e a construção de uma clínica antimanicomial nos diferentes modos de produção do cuidado em saúde mental. Para isso, traçaremos um caminho a partir de uma perspectiva da loucura enquanto desdobramento estético dos diversos modos de habitar a cidade e, neste sentido, performada por um corpo político, que historicamente tem sido objeto de castigo, punição, vigilância e controle. Neste sentido, como dialogar com a atual política de garantia dos Direitos Humanos, considerando que o “louco” representa em sua “natureza” o não humanizado? Portanto, um marginalizado, esquecido e invisível aos projetos de construção política na vida urbana. A loucura foi sendo construída historicamente como um espaço-território de exclusão e marginalização. A manicomialização da loucura é produto de um conjunto de saberes e poderes instituídos pela Psiquiatria, pelos Hospitais Psiquiátricos e pela mercantilização do fenômeno que passa a ser apropriado pelo plano da modernidade como uma doença. De acordo com Canguilhem (2011), no século XIX, a identidade entre os fenômenos vitais normais e patológicos apresentavam-se como um dogma cientificamente endossado pela biologia e pela medicina. No campo da Psicologia, a dicotomia entre o normal e o patológico opera a partir das tecnologias investigativas dos experimentos e testes psicológicos. Ou seja, o teste e o resultado, no padrão da curva normal, se tornam a diferença visível e uma forma particular para validar a loucura com um status patológico. As ciências PSI passam a monopolizar e manipular os corpos na produção de comportamentos desejáveis ao projeto de consolidação do Estado Moderno. De acordo com Rose (2008) as tecnologias humanas, nas quais a Psicologia estava envolvida, não eram tecnologias desumanas. Segundo o autor, a psicologia ganhou seu poder na indústria, na escola, no exército, na prisão, precisamente pela necessidade desses órgãos de administrar seres humanos à luz de um conhecimento de sua natureza, e, fazendo isso, ajudou a dar uma nova legitimidade à autoridade: a autoridade deixou de ser arbitrária. O controle disciplinar das mentes faz nascer uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto mais é útil, e inversamente. O corpo humano foi então submetido a uma “anatomia política” e igualmente a uma “mecânica do poder” que o esquadrinha, desarticula, recompõe. A disciplina fabrica corpos submissos, exercitados, fortes, aumenta sua aptidão e ao mesmo tempo sua dominação (FOUCAULT, 2010). O louco, fora da norma, passa a habitar o espaço que era destinado aos leprosos, sítios geralmente distantes dos centros urbanos e com muros altos. De acordo com Benelli (2004) a violência produzida dentro dos manicômios abafava qualquer resquício de vida que pudesse existir. O hospital manicomializado servia como regulador social, com a função de invisibilizar, excluir e oprimir os marginalizados sociais. Segundo Amarante (2007), ao longo dos séculos XIX e XX, o hospital passa a ter lugar central no desenvolvimento da psiquiatria e o modelo asilar se consolida como estratégia hegemônica e passa a organizar minuciosamente toda produção discursiva, criando espaços complexos (arquitetônicos, funcionais e hierárquicos) no campo da saúde mental. É um modelo que prioriza a ênfase nas determinações orgânicas das doenças mentais; na negação da existência de um sujeito; na dissociação entre o indivíduo doente, seu sofrimento e seus contextos social e cultural. Ou seja, um tratamento eminentemente medicamentoso e dirigido ao organismo doente, neste caso, anormal. Neste projeto, há um investimento numa decomposição precisa dos gestos e movimentos, visando ajustar o corpo aos imperativos da normalidade. Para produzir estes ajustamentos, diversas tecnologias foram criadas e os tratamentos comumente utilizados eram: eletrochoques, lobotomia e camisas-de-força e contenções químicas. Hoje, estes dispositivos estão mais

sofisticados e a discussão sobre os direitos civis, políticos e sociais dos ditos “loucos” passa a ser um tópico que atravessa o Movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo (AMARANTE, 2010). O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira é inspirado fortemente pelo pensamento de Franco Basaglia e da Psiquiatria Democrática Italiana, constituindo-se numa recusa aos preceitos clássicos da Psiquiatria. A desinstitucionalização caminha em direção às pessoas e não às doenças, inaugurando intervenções políticas e sociais mais amplas para a saúde mental, preconizando ações desenvolvidas no território e articulada a uma rede ampliada de serviço. A reforma psiquiátrica brasileira é ainda um projeto em disputa. Desde a aprovação da lei 10.216/2001 (Brasil, 2001), o país vivencia um processo de transição de um modelo hospitalocêntrico e manicomial, para a constituição de uma rede substitutiva de serviços de base comunitária em saúde mental. Embora todo movimento da reforma tenha sido impulsionado por uma forte mobilização da sociedade civil organizada, que na luta pela democratização do país, no período pós ditadura militar, construiu um projeto antimanicomial e psicossocial, teve a partir da aprovação da lei, uma bifurcação no que se refere às práticas para fazer avançar o projeto: “por uma sociedade sem manicômios”. Entretanto, essa transição tem sido operada com um necessário esforço que envolve um campo técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sócio-cultural. Estes campos funcionam como dispositivos que ora avança numa radicalidade de seus fundamentos ontológicos, epistemológicos, metodológicos e ético-político antimanicomiais, e ora se consolida num avanço potente de uma contra-reforma mercantilizada e higienista (AMARANTE, 2010). O processo de construção da rede substitutiva tem sido lento e os serviços comunitários e de porta aberta, como denomina a legislação, estão sendo operados pela lógica manicomial mantendo presente a exclusão, estigmatização e o aprisionamento dos corpos a partir da medicalização, dos diagnósticos, dos procedimentos e principalmente pela mercantilização e privatização dos serviços públicos. Ou seja, reduziu-se o número de leitos psiquiátricos, ampliou-se a cobertura dos Centros de Atenção Psicossociais, mas, a docilização dos corpos é a primeira prescrição dentro dos protocolos de trabalho e da política estatal para financiamento, gestão, atenção e formação em saúde. Entretanto, o processo de desinstitucionalização sedimenta suas bases a partir da lógica do território, ou seja, na comunidade, em uma rede ampliada e articulada de serviços, implicando o delineamento de estratégias que visam substituir a lógica e o modelo de atenção centrado nos hospitais psiquiátricos, e exige a produção de uma clínica que se funda em seu modo peripatético (Lancetti, 2009), que opera sua sutil diferenciação entre o cuidado necessário [fazer com] e os mecanismos de tutela e tortura que invalida o modo de ser do outro. Desta forma, o corpo passa a ser compreendido a partir do agenciamento presente na relação de cuidado, como uma experiência que se inscreve no corpo e com o corpo. Ou seja, um corpo que reivindica espaço, que por ser invisibilizado pela cultura da “normose” grita e desterritorializa a racionalidade biomédica. O corpo habitado pela loucura exige criação, exige um diálogo que rompe com o enquadramento, torna-se um corpo poetizado, que não encontrando espaço para ser no mundo, sofre. O sofrimento é também uma expressão artística e performativa do corpo. E tal qual como na arte, ele não cabe no museu, ele rompe com o cubo branco, ele precisa ser performance na vida da cidade. Fazer a loucura caber na cidade é produzir visibilidades, é encarar a complexidade do fenômeno presentificado no corpo. Um engendramento em ato que é necessariamente político.

Palavras-chave: Saúde mental. Clínica antimanicomial. Corpo. Política