

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ENTRE CRONOS E AION:
AS POSSIBILIDADES DE (R)EXISTÊNCIAS NO
PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Viviane Bagile Arêas

NITERÓI-RJ
-2017-

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ENTRE CRONOS E AION:
AS POSSIBILIDADES DE (R)EXISTÊNCIAS NO
PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Viviane Bagile Arêas

Linha de pesquisa: Clínica e Subjetividade

Orientadora: Silvia Helena Tedesco

NITERÓI-RJ
-2017-

VIVIANE BAGILE ARÊAS

Entre Cronos e Aion: as possibilidades de (r)existências no processo de
desinstitucionalização

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Silvia Helena Tedesco.

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

A678 Arêas, Viviane Bagile.
Entre Cronos e Aion: as possibilidades de (r)existências no processo de desinstitucionalização / Viviane Bagile Arêas. – 2017.
80 f.
Orientadora: Silvia Helena Tedesco.

Tese (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Psicologia, Pós-graduação em Psicologia, 2017.

Bibliografia: f. 79-80.

1. Saúde mental. 2. Tempo. 3. Desinstitucionalização. 4. Psicologia clínica. I. Tedesco, Silvia Helena. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

VIVIANE BAGILE ARÊAS

ENTRE CRONOS E AION: POSSIBILIDADES DE (R)EXISTÊNCIAS NO PROCESSO
DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Silvia Helena Tedesco

BANCA EXAMINADORA:

PROF^a. DR^a. SILVIA HELENA TEDESCO
Universidade Federal Fluminense - UFF

PROF^a. DR^a. CLÁUDIA ELIZABTH ABBES BAETA NEVES
Universidade Federal Fluminense - UFF

PROF. Dr. AUTERIVES MACIEL
Pontifícia Universidade Católica – PUC

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, pelo apoio e incentivo para que eu continue no sonho de seguir a carreira acadêmica. Aos meus pais Luiz e Maria, aos meus irmãos Luiz Eduardo e Mariane e à minha pequena que, em breve, acompanhará esta trajetória de perto: à minha filha Valentina;

À orientadora, Prof^a. Dr^a. Silvia Helena Tedesco, pela orientação, pelos esclarecimentos e pela partilha dos conhecimentos que possibilitou a escrita desta dissertação;

Ao Prof. Dr. André do Eirado, por ter topado (e apostado) comigo (n)o desafio de promover o diálogo entre meu campo de trabalho e a filosofia. O auxílio na leitura de textos filosóficos foi fundamental para que eu pudesse refletir meu tema sob outro prisma;

A todos os professores da Universidade Federal Fluminense que inspiram desde a minha graduação. Em especial Silvana Mendes Lima, João Rezende e Cláudia Abbes;

Aos amigos que fiz neste percurso; aos queridos da graduação, da residência e deste mestrado que foram fundamentais; as mágicas: Ludmila, Alessandra, Amanda Musso, Ju Ciocca e, sobretudo, Ju Souza que acompanhou minha trajetória (com todas as alegrias e angústias) da graduação ao mestrado. Da época de residência, aos “mais legais”: Nati, Izabel, Érico, Thiago, Bethania;

Ao amigo-irmão Douglas Paranhos, pelo companheirismo que já se prolonga há quase 15 anos;

E por último, e não menos importante, aos que acompanharam meu percurso profissional, auxiliando nos desafios e ensinando sempre; em especial à Marta Zappa pela inspiração profissional e pela amizade querida; ao companheiro de percurso Nicolás, que com a delicadeza de um olhar doce, abriu a possibilidade de enxergar beleza mesmo nos momentos cinzentos e de extrema dureza.

A todos aqueles que tornaram possíveis estas reflexões, esta escrita e estes ensinamentos.

RESUMO

Palavras-Chave: SAÚDE MENTAL, TEMPO, CRONIFICAÇÃO, DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, CRONOS, AION, CLÍNICA.

Esta dissertação surge como uma proposta de pensar a relação que estabelecemos com o tempo no contemporâneo através de um diálogo entre os saberes dos campos da saúde mental e da filosofia. Nesse primeiro destaco a desinstitucionalização, um dos temas mais relevantes do campo, como o dispositivo que aciona a transformação nas relações de poder, algo que possibilita a quebra do processo de cronificação. Entretanto, como promover a desinstitucionalização diante de um contexto cronificador que paralisa não só àqueles com longos anos de internações psiquiátricas mas, também, a nós profissionais? Como descronificar em um tempo cronificador? A partir destas questões as figuras de Cronos e Aion – a partir da leitura feita por Gilles Deleuze - surgem como apostas potentes para pensarmos os tempos e a clínica na desinstitucionalização a fim de que, com eles, possamos estabelecer relações mais singulares e mais éticas.

ABSTRACT

Keywords: MENTAL HEALTH, TIME, CHRONOLOGY, DEINSTITUTIONALIZATION, CRONOS, AION, CLINIC.

This dissertation appears as a proposal to think about the relationship that we establish over time in the contemporary through a dialogue between the knowledge of the fields of mental health and philosophy. In this first, I emphasize the deinstitutionalization, one of the most relevant themes of the field, as the device that triggers the transformation in power relations, something that allows the break with the process of chronification. However, how to promote deinstitutionalization in the face of a chronological context that paralyzes not only those with long years of psychiatric hospitalizations but also professionals? How to de-cron in a chronification timer? From these questions the figures of Cronos and Aion - from the reading made by Gilles Deleuze - appear as potent bets to think the times and the clinic in the deinstitutionalization so that, with them, we can establish more singular and more ethical relations.

SUMÁRIO

Introdução: Por uma utopia não asséptica.....	8
I – Os sentidos da Desinstitucionalização: da modernização do aparato psiquiátrico ao dispositivo: uma aposta na construção do sujeito ético.....	10
1.1 O(s) sentido(s) da desinstitucionalização.....	12
1.2 O louco, o alienado e o doente mental: a construção do(s) objeto(s) da desinstitucionalização.....	15
1.3 Desinstitucionalização como desospitalização.....	20
1.4 Desinstitucionalização como dispositivo que aciona transformações das Relações de Poder entre instituição e paciente.....	25
1.5 A clínica da desinstitucionalização e a produção do sujeito ético.....	34
II – Entre Cronos e Aion: o tempo e a clínica como possibilidade de (r)existência frente aos processos de cronificação.....	38
2.1 Cronos e Aion: as duas leituras complementares e exclusivas do tempo.....	39
2.2 Do infinito limitado ao finito ilimitado: o movimento nos tempos.....	44
2.3 A ética dos acontecimentos.....	47
2.4 Quando os tempos se cristalizam: o tempo cronológico.....	52
2.5 A clínica hoje: as consequências do tempo cronológico na clínica da desinstitucionalização.....	56
III – Sobre as afetações que produziram a necessidade de pensar a desinstitucionalização, a relação que estabelecemos com o tempo e a clínica e no campo da saúde mental.....	60
3.1 O percurso.....	63
3.2 Militância, história e o esquecimento.....	66
3.3 O encontro com as histórias: relatos de alguns sucessos e fracassos na prática da desinstitucionalização.....	71
3.3.1 Fulano de Tal: entre o tédio e as surpresas.....	71
3.3.2 A overdose de novidades.....	73
3.3.3 O que é autonomia afinal?.....	74
Considerações finais: como resistir sem ressentir?.....	77
Referências bibliográficas.....	79

Introdução: Por uma utopia não asséptica

“A consigna central de um evento favorável a uma sociedade sem manicômios, embora óbvia e cristalina, é das mais espinhosas. A cada vez que se tenta problematiza-la em profundidade, uma vertigem se insinua no discurso, como querer mostrar que talvez se esteja enriquecendo o pensamento, mas paralisando a ação. Risco constrangedor, sem dúvida, o de ver um questionamento radical funcionar como um dormente ideológico. Alguns dirão que essa desmobilização é própria do ofício de pensar. Tolice, obviamente. Quando praticado com audácia, quando há coragem de levar as questões até seu extremo, aí o pensamento necessariamente deixa de ser um sonífero da prática para tornar-se ele mesmo ato político.

A ideia de uma sociedade sem manicômios merecia, enfim, ser problematizada desde a base. Não para que seus termos sejam recusados, mas ao contrário, a fim de que eles sejam radicalizados, isto é, para que ao mesmo tempo se entendam os seus limites e se estenda o seu alcance.” (Pélbart, 1993, p.103)

Começo este trabalho com as palavras de Pélbart (1993): criar uma sociedade sem manicômios é *tarefa das mais espinhosas* porque entendemos que os manicômios não se encerram nas paredes das instituições psiquiátricas. Os manicômios são menos os estabelecimentos e mais as relações: temos (e somos) manicômio quando perdemos de vista os processos da vida, quando trabalhamos em prol das identificações, e isso não é algo simples de se perceber, principalmente quando sucumbimos às acelerações cotidianas. Para quebrar nossos manicômios, é necessário que estejamos atentos, também, aos nossos ritmos diante das nossas demandas de trabalho com nossos usuários de saúde mental. Como podemos desinstitucionalizar, descronificar, enfim, como podemos por fim à sociedade manicomial?

“A questão seria saber como as propostas alternativas em saúde mental pensam preservar a possibilidade de uma temporalidade diferenciada, onde a lentidão não seja impotência, onde a diferença de ritmos não seja disritmia, onde os movimento não ganhem sentido apenas pelo seu desfecho.” (Pélbart, 1993, p.40)

Sustentar uma temporalidade diferenciada pode ser uma das maneiras de não tornar asséptica a utopia de uma sociedade sem manicômios. A utopia é uma abertura ao por vir, um espaço que não está definido, que não é delimitado, justamente por ser um espaço que está aberto ao tempo das transformações:

“...Pois a clínica não está nem completamente aqui nem completamente agora, sob o risco de ser acusada de adaptacionista, utilitária, ortopédica. Entretanto, não podemos também dizer que ela seja uma clínica de lá ou do passado, sob o risco de aprisionar as forças produtivas do desejo seja nas estruturas arqueológicas, seja na história. Se a clínica não está aqui, nem está lá, é porque ela se localiza em um espaço a ser construído. Nesse sentido, podemos dizer que ela habita uma utopia, uma vez que é pela afirmação do não-lugar (*u-topos*) que ela se compromete com os processos de produção da subjetividade. Assim é que ela também não pode ser uma ação do presente ou do passado.” (Passos e Benevides, 2001, 91-92)

A utopia, contudo, só é abertura aos processos quando contaminada pelas forças da vida. Todavia se, por outro lado, não a *questionamos desde sua base* - se não a colocamos nas relações de força que compõem (e decompõem) a vida - cronificamos o lema da sociedade sem manicômios, a transformamos numa utopia asséptica. Por esta razão, faz-se necessário pensar o que é a desinstitucionalização, de que clínica falamos e qual relação com o tempo que queremos sustentar.

I – Os sentidos da Desinstitucionalização: da modernização do aparato psiquiátrico ao dispositivo: uma aposta na construção do sujeito ético

Psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos e todas as categorias profissionais que escolhem a saúde mental como campo de trabalho, há pelo menos 15 anos, fatalmente já ouviram falar em *desinstitucionalização*, ou simplesmente *desinst*¹. E não atoa: a desinstitucionalização é o ponto mais importante de várias experiências de reforma, em especial da Reforma Italiana e da Reforma Psiquiátrica Brasileira², lugares onde ela aparece em sua radicalidade³. Mas o que é a desinstitucionalização? Esta certamente não é uma pergunta de fácil resposta; apesar de países como Inglaterra, Itália, França, Estados Unidos e Brasil, apostarem na desinstitucionalização como meio – ou fim – para suas reformas, é possível afirmar que, em cada um desses países, a desinstitucionalização assumiu facetas distintas. Sendo assim, para responder a pergunta, será necessário entender em que contextos essa palavra aparecerá e em quais sentidos ela pode ser expressa para que, então, seja possível apresentar aqui de que desinstitucionalização se fala e de que maneira ela entrará em questão neste trabalho.

Segundo Rotelli (2001), a partir dos anos 60 começa em alguns países da Europa e os Estados Unidos, uma série de movimentos que questionarão o tratamento oferecido aos doentes mentais⁴. Tais mudanças, para Amarante (2015), já começam a ser esboçadas no fim da segunda grande guerra. A experiência dos campos de concentração, a volta dos soldados abalados pela experiência da guerra, e mesmo as necessidades econômicas de países como Inglaterra, Estados Unidos, Itália e França, fez com que o uso de instituições

¹ É comum ouvir nos dispositivos de saúde mental o termo *desinst.*, forma que os profissionais encontraram para abreviar o nome *desinstitucionalização*. A abreviação, hoje, é um dos jargões do campo.

² Vale comentar que o termo *Reforma Psiquiátrica* não se encerra em uma única modalidade de processo. Diversos países como Estados Unidos, Inglaterra, França e Itália tiveram, ao longo de sua história, diferentes reformas que foram desde uma modernização nas práticas psiquiátricas até a proposta do fim do modelo asilar e a intervenção na cultura. Reforma Brasileira surge no fim dos anos 70, em meio à redemocratização do país e a luta dos trabalhadores de saúde por um sistema único de saúde (SUS). Nossa reforma sofre influências das reformas de outros países, sendo o modelo Italiano àquele que mais inspira a nosso processo de Reforma.

³ Aqui tomo a liberdade de fazer esta afirmação já que nas referidas reformas, a desinstitucionalização é praticada como modificação da concepção da loucura no social e modificações na relação entre saber-poder entre psiquiatria e doente; tais mudanças não foram postas em questão em outras reformas. Tais pontos serão trabalhados ao longo desta dissertação.

⁴ Ao longo do trabalho será feita a distinção entre louco, alienado, doente mental e existência em sofrimento.

asilares para os cuidados com os doentes mentais fosse colocado em questão. A idéia sustentada pelo movimento alienista⁵, que enxergava no tratamento asilar - sob regime de completo isolamento – uma forma de restituir ao homem a liberdade subtraída pela sua alienação (Amarante, 2015, p.29), não mais se sustentaria já que a experiência da guerra nos contará uma história diferente: os horrores do cárcere, os campos de concentração e os regimes totalitários pareciam-se, em muitos aspectos, com a realidade dos asilos. Diante disto, em fins dos anos 50 e início dos anos 60, uma série de mudanças começa a ocorrer no tratamento, nos saberes e mesmo na concepção daquilo que seria a ‘doença mental’⁶.

Após a Segunda Guerra, então, Inglaterra, França, Estados Unidos, Itália começam uma série de mudanças no modo de cuidar do assim chamado doente mental. Nestes países o sentido da desinstitucionalização variou de uma simples modernização nas praticas Psiquiátricas à proposta de extinguir os manicômios a fim de “transformar as relações de poder entre a instituição e os sujeitos” (Rotelli, 2001, p.32). O movimento italiano coloca em questão a Psiquiatria, o hospital enquanto espaço de clausura e controle social, a concepção de ‘doença’, entre outros relevantes questionamentos. Cada um destes países passaram por processos e reformas distintas que marcaram a história da psiquiatria - e do jovem campo da saúde mental – e também influenciaram nosso modo de conceber o objeto alvo de nossos saberes e ações. Por estas razões, falar em desinstitucionalização não é algo óbvio; trazer este tema à discussão exige a disposição de abordar uma temática com sentidos distintos que afetam nossas práticas e saberes de modos diversos.

⁵ O Alienismo, movimento que surge após a Revolução Francesa, foi liderado por Philippe Pinel. Os ideais de Igualdade, Liberdade e Fraternidade inspiram tal movimento que, ao entrar no Hospital Geral, propõe tratamento para aqueles que consideravam sofrer de distúrbios das paixões que por sua vez perturbavam-lhes a razão. (Amarante, 2015) O movimento será melhor comentado ao longo deste capítulo.

⁶ Algumas experiências de Reforma colocarão em análise a concepção da loucura como um tipo de doença.

1.1 O(s) Sentido(s) da Desinstitucionalização

Quando pensamos em instituição, é comum que a primeira imagem que venha à nossas mentes a respeito do assunto seja que o termo “instituição” seria algo vinculado à algum tipo de estabelecimento como hospitais, escolas, igrejas, entre outros. Entretanto, Lourau (1993), dirá que o conceito de instituição é algo mais complexo, ou melhor, algo mais *contraditório*:

“O segundo nível de contradição existe dentro de nossa teoria de instituição. À diferença da Sociologia, e da Psicanálise, não consideramos a instituição um “prédio”. Infelizmente, a ideia de instituição como algo objetivo domina quase todas as ciências sociais. (...) podemos afirmar que uma fábrica é uma instituição, que uma escola é uma instituição, quaisquer quatro paredes/muros ou, mesmo, qualquer forma de organização material ou jurídica é uma instituição. Esse uso abusivo da palavra instituição tem origem na teologia cristã, no meu país e no de vocês também. Para nós, todavia, da Análise Institucional, instituição não é uma coisa observável, mas uma dinâmica contraditória constituindo-se na (e em) história ou tempo. Tempo pode ser, por exemplo, dez anos para a institucionalização de crianças deficientes, ou dois mil anos para a institucionalização da igreja católica. O tempo social-histórico é sempre primordial, pois tomamos instituição com o dinamismo, movimento, jamais com a imobilidade.” (p.11)

Lourau (1993) aponta, ainda, que as instituições possuem um duplo movimento: o movimento instituído e o movimento instituinte, onde o primeiro seria “o *status quo*, atua como um jogo de forças extremamente violento para produzir uma certa imobilidade” (p.11); já o segundo movimento seria aquele que irrompe e faz surgir o novo. Para o autor, produto destes dos movimentos instituídos e dos instituintes é a institucionalização. Esta é aparentemente imóvel, mas, por estar em relação com o tempo sócio-histórico, também é sujeito à transformações. Por esta razão torna-se possível o processo de desinstitucionalização.

Seguindo nesta linha de pensamento desinstitucionalizar, então, pode nos remeter a ideia de *liberdade*; se toda instituição tende, em certo grau, ao fechamento (Goffman, 2013), desinstitucionalizar poderia, também, significar a produção de rupturas nestes fechamentos; algo que poderia ser entendido com a desinstitucionalização em si, ou

mesmo como o processo de produção de um sujeito autônomo, ético⁷. Entretanto, tais rupturas não comportam em si mesmas possibilidades mais diversificadas de vida para aqueles que tiveram reduzidas suas conexões na medida em que o processo de institucionalização instalava-se. Sendo assim, não é possível afirmar uma relação direta entre desinstitucionalização e liberdade, já que esta, tal qual Foucault (2004) a concebe, está relacionada à ética: as práticas de liberdade em Foucault exprimem o modo como o sujeito se relaciona com o código, com as normas⁸. Mas, assim como a desinstitucionalização não é um conceito claro, a liberdade tampouco segue em linha reta um sentido imutável. Asilamento, tratamento moral, hospital - entre tantos outros sentidos bastante paradoxais - já foram entendidos como sinônimo de liberdade. Inclusive, após o período da Revolução Francesa – revolução esta que levava a marca das palavras *Liberdade, Igualdade e Fraternidade* - a instituição asilar foi concebida como meio para os alienados atingirem a liberdade:

“O primeiro, e mais importante, passo para o tratamento, de acordo com Pinel, seria o isolamento do mundo exterior. O Isolamento – entendia-se a institucionalização\hospital integral – seria assim um imperativo fundamental para que o alienado pudesse ser tratado adequadamente.” (Amarante, 2015, p.31)

O movimento Alienista⁹ acreditava que os loucos não despossuíam a razão, mas sim sofriam de um desequilíbrio nas paixões. Para reequilibrar as mesmas, seria necessário romper o contato com o mundo exterior. Dessa maneira, o espaço ideal para o tratamento era o hospital: os alienistas acreditavam que o isolamento no espaço do asilo restituiria o equilíbrio das paixões e, assim, o alienado recuperaria a liberdade perdida. Sendo assim, as instituições, para os alienistas, configuravam um espaço de liberdade ou, pelo menos, um meio para que esta fosse alcançada. De acordo com Amarante (2015):

“...Na medida em que a alienação mental seria um distúrbio no equilíbrio das paixões, e que o hospital de alienados poderia representar, como afirmava Pinel, um estabelecimento onde seria possível submeter o alienado a ‘regras invariáveis de polícia interior’, o hospital seria, ele próprio, uma instituição terapêutica.” (p.32)

⁷ A concepção de sujeito ético em Foucault será trabalhada adiante neste texto.

⁸ Estas conceituações serão desenvolvidas no fim do capítulo.

⁹ Para maiores informações sobre o movimento alienista, ler: Amarante, P. *Uma instituição para loucos, doentes e sãos*. In Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Fiocruz: Rio de Janeiro-RJ, 2015.

Então, é possível concluir que, no período do Alienismo, o hospital e o confinamento eram, eles próprios, o ‘remédio’ que traria o equilíbrio das paixões restituindo, assim, a liberdade perdida. Este tratamento ficou conhecido como Tratamento Moral e durante muitos anos forjou – com seus saberes e técnicas – o “alienado mental” bem como o seu modo ideal de tratamento.

O ‘louco’, o ‘alienado’, o ‘doente mental’ são produções históricas. No senso comum, é possível conceber estes termos como uma *progressão histórica*. Dito de outra maneira: normalmente temos a concepção de que há uma progressão na história do conhecimento e das ciências. Acreditamos que com o passar dos anos, adquirimos conhecimentos mais refinados graças às evoluções técnico-científicas, por exemplo. Se antes chamávamos de doente mental de alienado ou de louco, era porque não tínhamos conhecimento suficiente sobre os sinais e sintomas específicos desta patologia. Entretanto, há outros olhares possíveis que não este do sendo comum, que coloca os fatos numa ordem cronológica onde o passado é o lugar do ‘erro’ (polo mais diferenciado. o polo das multiplicidades e não previsível) e o futuro o lugar da ordem da previsão¹⁰(polo menos diferenciado, mais homogêneo e, portanto, mais simples de prever).

Michel Foucault (1995) é um autor que, por exemplo, trabalha em outra perspectiva, a *genealogia*. Ele é atento aos discursos, as lutas e tensões que movem – e constituem - os campos das ciências, da saúde e da política, por exemplo. Segundo ele:

“Chamemos provisoriamente genealogia o acoplamento do conhecimento com as memórias locais, que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização deste saber nas táticas atuais. Nesta atividade, que se pode chamar genealógica, não se trata, de modo algum, de opor a unidade abstrata da teoria à multiplicidade concreta dos fatos e de desclassificar o especulativo para lhe opor, em forma de cientificismo, o rigor de um conhecimento sistemático. Não é um empirismo nem um positivismo, no sentido habitual do termo, que permeiam o projeto genealógico. Trata-se de ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência detida por alguns. As genealogias não são portanto retornos positivistas a uma forma de ciência mais atenta ou mais exata, mas anti-ciências.” (p. 170)

¹⁰ Estes temas – bom senso, senso comum, cronologia – serão trabalhados no segundo capítulo desta dissertação.

A genealogia é uma forma possível de olhar os processos de desinstitucionalização como acontecimentos¹¹; com ela é possível perceber que cada Reforma possui uma história e um campo de tensões singulares que resultaram em processos de desinstitucionalização distintos. A genealogia é uma maneira de escrever a história que permite olhar para o funcionamento da desinstitucionalização como um dispositivo¹² que faz ver, falar, que mostra a tensão entre as forças em jogo e que produz – e é produzida por – os sujeitos que por ela passam.

Aqui serão trabalhados, basicamente, dois sentidos: A *Desinstitucionalização como Desospitalização* e a *Desinstitucionalização como dispositivo para a transformação das relações de poder entre instituição e o institucionalizado*. Mas antes, será importante entender quem fora alvo das ações desinstitucionalizantes: quem é o louco, o alienado e o doente mental?

1.2 O louco, o alienado e o doente mental: a construção do(s) objeto(s) da desinstitucionalização

O pensamento foucaultiano nos alerta para o fato de que não há uma verdade absoluta, homogênea, clara e distinta; ao invés disso, o autor aponta para o caráter heterogêneo da realidade, composta por forças que se relacionam, que são protutoras e protudo destas mesmas relações. Para falar deste campo de tensões, Foucault utilizará o termo “de jogos de poder”. Em outras palavras, não há realidade estática, mas processos em constante mutação que equivocam, a todo momento, os sentidos universais. Desta maneira, não é possível afirmar que há a verdade inequívoca sobre a saúde, a doença, a loucura, o normal e o desviante. Tais conceitos são fruto de tensões, de jogos de força, entre saberes e poderes que construíram tais objetos – o louco, o alienado, o doente mental – ao longo da história. Sendo assim, podemos dizer que é falsa a concepção de uma

¹¹ “... O acontecimento não é o que acontece (acidente), ele é no que acontece o puro expresso que nos dá sinal e nos espera. Segundo as três determinações precedentes, ele é o que deve ser compreendido, o que deve ser querido o que deve ser representado no que acontece...” (Deleuze, 2003, p.152). O tema será discutido no próximo capítulo.

¹² O conceito de dispositivo será trabalhado ainda neste capítulo, quando for abordado o sentido da desinstitucionalização como um dispositivo.

metodologia científica neutra, que desvela o real do seu objeto de conhecimento: sujeito e objeto são forçados simultaneamente na medida em entram em relação.

Um ponto importante a ser considerado é que a configuração do Hospital como espaço de cura é algo relativamente recente: inicia-se por volta do fim do século XVIII. Foucault (2004) nos dirá que, antes de tornar-se um espaço terapêutico, o Hospital era – antes de mais nada - um lugar de assistência e exclusão onde os pobres iriam morrer:

“Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre, tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença possível contágio, é perigoso. Por essas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital.” (p.101)

No mesmo espaço: pobres, loucos, prostitutas, doentes e todos aqueles que, de alguma maneira representavam algum tipo de risco à ordem social. O cuidado com esta parcela da população, bem como o controle e a administração do hospital, ficava por conta de religiosos e leigos que desejavam praticar a caridade, que ofertavam cuidados físicos e assistência espiritual; assim, o hospital do século XVIII era o lugar onde, por exelência, eram exercidas as práticas da caridade e do assistencialismo. Tais marcas - ainda que de forma sutil – permanecem no exercício da assistência nos hospitais nos dias atuais, entretanto, em fins do século XVIII o hospital já começa a tomar outras formas: sobre o domínio da medicina ele passa, agora, a configurar-se como local de cura. Importante atentar ao fato de que, nos grandes Hospitais Gerais, as internações eram feitas por males difusos, não específicos: como dito anteriormente, estes eram os pobres doentes a beira da morte que poderiam contaminar a população, as prostitutas, os inválidos e os loucos. Todavia os loucos não configuravam uma categoria a parte; antes do período da Grande Internação¹³, os loucos encarnavam a grande massa de perigos possíveis apenas quando encontravam-se em momentos de crise. Era possível que os loucos circulassem nas

¹³ Para compreender melhor o tema, ler: Foucault, M. *A grande internação*. In: História da Loucura. São Paulo, Perspectiva: 2009.

idades; de certa maneira, encontravam-se livres, já que não possuía um saber e um espaço que os esquadrihassem.

“Antes do século XVIII, a loucura não era sistematicamente internada, e era essencialmente considerada como uma forma de erro ou de ilusão. Ainda no começo da idade clássica, a loucura era vista como pertencendo as quimeras do mundo; podia viver no meio delas e só seria separada no caso de tomar formas extremas ou perigosas. Nestas condições compreende-se a impossibilidade do espaço artificial do hospital em ser um lugar privilegiado, onde a loucura podia e devia explodir sua verdade; tinha nela mesma o poder de dissipar o erro, de fazer sumir as quimeras. As prescrições dadas eram de preferência a viagem, o repouso, o passeio, o retiro, o corte com o mundo vão e artificial da cidade.” (Foucault, 2011, P.120)

Em fins do século XVIII, então, a figura médica entra no hospital a fim de anular seus efeitos nocivos: controlar a desordem entre os próprios internos e evitar que as epidemias pudessem se espalhar para fora do espaço hospitalar. A entrada do médico no hospital modifica a estrutura do mesmo: se antes a figura dos religiosos eram que controlava o hospital, agora – gradualmente – quem exercerá esta função será a figura do médico; se até o século XVIII o hospital funcionava como um grande depósito onde os pobres iriam morrer e receber a ‘salvação’, agora o saber médico esquadrihará os corpos, classificando-os e dividindo-os tendo como meta a cura das doenças e a produção de conhecimento sobre as mesmas.

Neste mesmo contexto e período ocorre a Revolução Francesa. Sob os ideais de *Igualdade, Liberdade e Fraternidade*, figuras importantes da época começam a pensar os conceitos de cidadania e liberdade –, conceitos estes sempre tiveram como norma a razão. Sendo assim, não seria possível a existência de Hospitais Gerais, nos moldes do início do século XVIII, em uma sociedade que preza pela cidadania e pela liberdade. Philippe Pinel, médico e diretor do Hospital Geral de Bicêtre¹⁴, conclui que os doentes deveriam ser libertos das correntes dos Hospitais Gerais, uma vez que nenhum humano sob os ideais da Revolução Francesa deveria ser privado de liberdade. Pinel concebe que os loucos não são sujeitos privados de razão, mas sujeitos onde ela estava prejudicada em função do desequilíbrio paixões. Nasceram, então, os alienados e o Movimento Alienista:

¹⁴ Pinel, foi inspirado pelo pensamento liberal do filósofo Jonh Loke, que “pressupunha uma natureza absolutamente livre e independente dos homens, os quais não devem ser submetidos nem ao absolutismo divino nem ao dos regimes políticos” (Amarante, 2015, p. 28-29)

“ Mas o que significa alienação? Alienação mental era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade. Para Hegel, que analisou o livro de Pinel, a alienação não seria a perda absoluta da razão, mas a simples desordem em seu âmago.” (Amarante, 2015, p.30)

O Alienismo pode ser concebido em dois movimentos/efeitos: em um primeiro olhar, aparece como um movimento de vanguarda, entretanto também configurou-se como um movimento retrógrado; enquanto movimento de vanguarda, o Alienismo liberou a loucura das correntes dos Hospitais Gerais e a concebe como uma desordem passível de cura, mediante um tratamento específico: O Tratamento Moral. Este tratamento é, também, um movimento retrógrado, na medida em que nomeia a loucura como Alienação e propõe a esta uma terapêutica específica, a inscreve nas tramas do saber médico, acorrentando-a aos hospitais terapêuticos. É importante marcar que a loucura – objeto de estudo do campo da filosofia, uma vez que “tratava das questões da alma, das paixões e da moral” (Amarante, 1996, p.42) – com os estudos de Pinel começa, gradativamente, a entrar nos domínios da medicina, o que começa a configurá-la como doença. o Alienismo ainda tabalhará com questões híbridas como a moral, por exemplo. Mas o esquadramento da loucura, pelo espaço do hospital, pelo saber que a configura, bem como a oferta de uma terapêutica específica, já marca uma diferença de concepção naquilo que antes configurava-se como desordens das paixões da alma para aquilo que será uma desordem ao nível da razão, do domínio mental; a desordem das paixões ganha, a partir deste momento, contornos orgânicos. É importante atentar para o fato de que é na medida em que produz-se um saber - e uma terapêutica- para àquele que padece das desordens da paixão, é também produzida – de forma concomitante - a subjetividade do alienado. Esta produção que ocorre num duplo movimento onde o alienado reconhece-se e é reconhecido por outros como tal. É neste momento que começa a constituir-se um corpo alienado.

É difícil não atentar ao paradoxo que diz a forma de restituir a liberdade do Alienado, atormentado pelas paixões, seria o isolamento do mundo externo e o confinamento asilar algo que, em si, representava o remédio ao alienado: “Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los” (Amarante, 2010, p.26). A este respeito, sobre a concepção de espaços de confinamento se configurarem – paradoxalmente - como espaços de tratamento que tinham por finalidade a retomada da

liberdade, tal concepção fora questionada já pelos contemporâneos de Pinel. A superlotação dos asilos, as denúncias de violência e a segregação dos alienados do espaço das cidades foram pontos que levaram os contemporâneos de Pinel a repensar o asilo enquanto espaço terapêutico. Uma das alternativas foi utilizar o Trabalho¹⁵ Terapêutico nas colônias agrícolas. As colônias representavam uma esperança, uma alternativa aos efeitos nocivos recolhidos em pouco tempo de funcionamento dos hospitais de alienados. Configuravam-se como espaços abertos, em grandes áreas agrícolas onde – aparentemente – os colonos viviam em liberdade e restituíam sua sanidade por meio do trabalho terapêutico. Para Amarante (2015), “uma primeira tentativa de resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica ocorreu com a proposta das ‘colônias de alienados’.”(p.38) Entretanto, não tardou e as colônias logo mostraram-se como as antigas instituições asilares. A segregação, as relações tutelares entre funcionários e colônos, entre outras características manicomiais também fizeram-se presente nas colônias. O modelo entrará em falência, por definitivo, após as duas grandes guerras; a experiência dos campos de concentração vividas no período da segunda grande Guerra faz com que os países da Europa e dos EUA questionem os modelos asilares, sempre pautados na segregação e isolamento. Nasce, então, alguns movimentos de reforma que começam, de maneira mais específica, a tratar da desinstitucionalização como meio – ou fim – para a execução das reformas.

¹⁵ O Trabalho era visto como terapêutico por si só; Amarante (2015) conta que, em função de uma lenda Belga – a lenda da jovem princesa Dymfna, que foge de seu pai que tenta desposá-la. na lenda o Rei a encontra e a decapta e um louco que assistira a cena recupera a razão; quem conta a lenda é o alienista francês Geel. A lenda torna a princesa Dymfna, a padroeira dos Insanos. – muitas famílias levavam seus loucos, todos os anos, em romaria à santa padroeira dos Insanos. “Na medida em que muitos não eram curados no primeiro ano, as famílias mais abastardas passaram a pagar os aldeãos para que cuidassem de seus parentes até a festa do ano seguinte. Resumindo a história, a comunidade passou a adquirir um trato muito especial com os alienados que, para a surpresa dos alienistas, passaram a trabalhar, com foices e enxadas, e a se recuperarem, não mais por milagre, mas pelo trabalho. Trabalho terapêutico, concluíram.” (p.39)

1.3 Desinstitucionalização como Desospitalização

Após a segunda guerra, alguns países começam a repensar o cuidado com o doente mental; se o tratamento asilar já começa a dar sinais de falência – seja em sua forma tradicional, o hospital, ou mesmo através da aparente liberdade das colônias de alienados – fez-se necessário repensar o cuidado, as práticas e mesmo os saberes da jovem ciência psiquiátrica. De uma modernização nas formas de cuidar, passando pela necessidade de melhor gerir os recursos administrativos, chegando à negação da psiquiatria, muitos foram os percursos pelos quais passaram as reformas.

Na Inglaterra – por exemplo - com o fim da segunda grande guerra, muitos soldados – jovens em sua maioria – necessitaram recorrer à internação para tratamentos emocionais (Amarante, 2015). O excesso de pacientes, a mão de obra escassa nos hospitais e a necessidade de ter os soldados recuperados e de volta as suas atividades fez com que os Ingleses repensassem o uso do hospital. A solução encontrada foi utilizar o potencial terapêutico dos pacientes no próprio tratamento através de reuniões, discussões, realização de assembleias. Uma marca significativa desta experiência é o objetivo de promover a horizontalidade e a democratização das relações hospitalares. O intuito era evitar, reduzir as situações de violência, abandono ou descuido (Amarante, 2015). A marca da experiência inglesa – a saber, a tentativa de promover a democratização nas relações – esboça uma das tentativas de resistência, de interrogar o tratamento oferecido aos doentes mentais. Tentativa esta com efeitos diminutos e pontuais, sem mudanças efetivas, uma vez que não coloca em questão os saberes que sustentam as práticas asilares.

Já a França - no mesmo período – encontrava-se devastada, com grave crise social e econômica, decorrente da invasão do exercito nazista, nesse contexto o sentido do hospital enquanto lugar de cura é perdido: “Acreditava, portanto, que a instituição psiquiátrica havia perdido seus ideais e possibilidades de exercer sua verdadeira função terapêutica.” (Amarante, 2005, p.44). Neste contexto, Tosquelles ¹⁶ promove algumas mudanças no hospital: enfatiza a importância de uma equipe no cuidado – algo que amplia o cuidado para além da figura médica -, trabalham com a noção de acolhimento

¹⁶ “François Tosquelles, um catalão que, refugiando-se da ditadura do general Franco na Espanha, acabou por protagonizar a rica experiência que ficou conhecida como Psicoterapia Institucional, embora o seu fundador preferisse a denominação coletivo terapêutico” (Amarante, 2015, p.43)

e com o conceito de “escuta polifônica”. Esta última diz respeito a não redução da escuta a uma única vertente teórica. Com estas modificações, Tosquelles afirmava que o hospital havia transformado-se numa “escola de liberdade” e, por esta razão, não havia motivos para o fechamento dos hospitais. Alguns anos mais tarde – no início da década de 1960 – percebe-se que o cuidado hospitalar, por si só, não era suficiente e que o trabalho da psiquiatria institucional era insuficiente fora do hospital. Começa-se, então, a pensar o cuidado no território, a fim de evitar a reinternação. Assim, é criada na França a ‘Psiquiatria de Setor’. É neste período – início dos anos 60 – que começa-se a pensar no tratamento dos doentes mentais fora do espaço hospitalar. Se na França essa primeira tentativa foi feita pela Psiquiatria de Setor, nos Estados Unidos, em 1955, ela será feita por aquilo que foi denominado como Psiquiatria Preventiva. Esta experiência é um marco importante, uma vez que é onde, pela primeira vez, será usada literalmente a expressão “desinstitucionalização”, entretanto, com um sentido diferente daquele que é alvo deste trabalho.

A reforma americana começa no governo Keneddy (Amarante, 2015), que em 1963, decreta o redirecionamento das políticas de assistência psiquiátrica nos Estados Unidos. Na época, o país enfrentava graves problemas políticos, econômicos e sociais que influenciaram tal mudança. Um ponto relevante é um censo realizado em 1955, onde as condições de assistência dos hospitais psiquiátricos fora colocada em xeque: ganha visibilidade o cenário de maus tratos, violência e precariedade da assistência dos hospitais psiquiátricos. Então, uma série de medidas foram tomadas na tentativa de atualizar o aparato psiquiátrico. Estas se configuravam, basicamente, como um aumento de alternativas para tratamento extra-hospitalar e – a mais significativa das medidas consistia em - *prevenir* a incidência de doenças mentais na comunidade. O cuidado no território começa a ser pensado; o termo desinstitucionalização - pela primeira vez – começa a entrar em cena e, aqui, configura-se como as medidas que orientam a desospitalização.

Vale pontuar que o objeto *doença mental* ainda não é colocado em questão, ao contrário, o caráter preventista da reforma americana – o objetivo de reduzir as doenças mentais na comunidade, a busca de ‘suspeitos’ que poderiam vir a desenvolver algum tipo de doença mental, a internação o curso ‘evolutivo’ da doença – findaram por institucionalizar, ainda mais, a doença fora dos muros dos Hospitais Psiquiátricos e a justificar a necessidade de saber que pudesse dar conta deste objeto: o saber psiquiátrico. Para Rotelli (2001): “... na Europa e nos Estados Unidos a

desinstitucionalização foi reduzida à desospitalização” (p. 18); as reformas Europeias e Americana dos anos 60, em suma, almejavam a superação gradual da internação hospitalar “através da criação de serviços na comunidade, do deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, a prevenção, a reabilitação, etc...” (Rotelli, 2001, p.20). Certamente tais mudanças foram cruciais para a mudança no paradigma asilar e para criar um novo lugar para o doente mental¹⁷. Sobre seus efeitos, é possível dizer que ela fracassa, já que, ao invés de tornar o hospital um equipamento obsoleto conforme o desejado, o *Preventismo Americano* finda por reforçar sua necessidade. Há neste contexto um processo de medicalização e patologização da vida cotidiana que afirma a necessidade da psiquiatria e do hospital psiquiátrico. Isso acontece na medida em que estes serviços territoriais funcionam como espaços de superespecialização que fragmenta o cuidado do sujeito em sofrimento¹⁸. Para Rotelli (2001), “as análises sociológicas e sócio-psiquiátricas têm insistido em apontar os riscos presentes nesta difusão e especialização dos serviços psiquiátricos na comunidade” (p.22); autor irá identificar dois grandes problemas no Preventismo Americano e sua concepção de desinstitucionalização: o abandono e a cronicidade.

Quando ao abandono, Rotelli (2001) atribui tal efeito ao elevado nível de especialização que os equipamentos extra-hospitalares tomam após algumas experiências de reforma, especialmente na Europa e nos Estados Unidos. Segundo o autor, após o processo de desospitalização nestes países, os serviços territoriais especializados acabam por fazer uma espécie de seleção dos pacientes que pertencem ou não à sua área de atuação. Outro efeito deste crescente nível de especialização seria a desconsideração do sofrimento daqueles que não enquadravam-se nos serviços territoriais especializados:

“... O elevado nível de especialização e de refinamento das técnicas de intervenção tem como consequência uma correspondente elevação da seleção de pacientes assumidos, ou seja, os serviços funcionam segundo uma lógica de empresa: selecionam os problemas com base na própria competência e quanto ao restante podem dizer ‘não é problema nosso’. Isto significa em primeiro lugar que os pacientes devem saber colocar requisição coerente com

¹⁷ Aqui o termo “doente” ainda é aplicado, uma vez que, as novas terapêuticas – por mais que estas almejassem a superação do modelo asilar – tinham como alvo a doença. A noção de uma existência em sofrimento ainda não é partes destas experiências de reforma. A noção de saúde e doença só virá a ser questionada na Inglaterra pelo movimento antipsiquiátrico e pela Reforma Italiana, também nos anos 60.

¹⁸ Rotelli (2001) afirma que, a desinstitucionalização que “tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições” (p.18) muda o foco solução-cura, em voga nas ciências biomédicas e que cria o corpo ‘doente’ para ‘a existência-sofrimento dos pacientes’ e sua relação com o corpo social (p. 30). Tal conceituação será melhor trabalhada no subítim a seguir.

o tipo de serviço ou devem ser conscienciosos, ou ao menos devem apresentar problemas pertinentes às prestações oferecidas.

(...)

Ao final, e como consequência, esta forma especializada e seletiva de funcionar dos serviços psiquiátricos faz com que as pessoas sejam separadas, ‘despejadas’, jogadas de um lado para outro entre competências diferentes e definitivamente não sejam responsáveis de ninguém e sim abandonadas a si mesmas.” (p.22)

A especialização excessiva, além do abandono, gera o que o autor vai chamar de uma nova *cronicidade*. O adjetivo *crônico*, nas ciências da saúde, é comumente empregado para alguém que possui uma doença de longa duração que, em muitos casos, não possui cura ou ainda, quando possui, esta não ocorre num período breve de tempo. No campo da saúde mental, esse termo ganha maior complexificação: chamamos de crônicos àqueles que passaram por longos períodos de internação em instituições psiquiátricas e, por este motivo, sofrem os efeitos nocivos do processo de institucionalização. É válido pontuar que o processo de institucionalização ocorre em qualquer instituição, sendo – neste trabalho – considerado como seu caráter *nocivo*, a naturalização e conseqüente cristalização deste dos processos de subjetivação, que marca de forma imutável e inequívoca o corpo cronificado. Sobre o tema, Lourau (2004) irá dizer que: “Desde suas origens, a corrente institucionalista pôs ênfase na relação antagonista entre instituinte e o instituído e nos processos ativos da institucionalização. A alienação social significa a autonomização institucional, a dominação do instituído fundada no esquecimento de suas origens, na naturalização das instituições. Produzida pela história, elas acabam por aparecer como fixas e eternas, como algo dado, condição necessária e trans-histórica da vida das sociedades.” (p. 73). O autor entende que as instituições são dinâmicas¹⁹ e sujeitas à transformações temporais. Sendo assim, o termo institucionalização não comporta uma negatividade em si; a cristalização destes movimentos, aqui entendida como cronificação, é que deve ser alvo das ações de desinstitucionalização. Entendemos como crônicos no campo da saúde mental, por tanto, as pessoas que passaram por longos períodos de tratamento/abrigamento asilar.

¹⁹ Aqui vale pontuar que tais instituições dinâmicas jamais seriam possíveis no espaço das Instituições Totais e, sendo mais específica, no espaço de um hospital psiquiátrico. Nestes, há pouco ou nenhum espaço para as trocas sociais e, a experiência nos mostra que a saúde se produz em meio às relações. Tais “instituições dinâmicas” parecem-se mais com o espaço dos CAPS onde as trocas sociais e a circulação na cidade são possíveis. A experiência nos mostrou que o processo de saúde ocorre em meio as relações sociais, algo que não é possível nos muros hospitalares uma vez que a premissa de tais instituições é o isolamento.

Contudo, Rotelli (2001) apontará um novo processo de formação de crônicos: agora em espaços abertos, fora dos muros manicomial, o processo nomeado pelo autor de *cronicidade* gera os crônicos das políticas desospitalizantes. A proposta de um tratamento extra-hospitalar e de um trabalho preventivo comunitário cuja meta final era tornar obsoleto o espaço hospitalar fracassou já que a alta especialização dos serviços comunitários fragmentando, assim, o cuidado; Se antes os crônicos eram marcados pela estagnação promovida pelo asilamento, os novos crônicos, se forjam em meio a dinâmica da passagem aos moldes da espiral da cronicidade entre os serviços territoriais especializados:

“... Particularmente a imagem do circuito coloca em evidência o fato de eu na psiquiatria reformada a ‘estática’ da segregação em uma instituição separada e total foi substituída pela ‘dinâmica’ da circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas. (...) O circuito é, entretanto, também uma espiral, ou seja, um mecanismo que alimenta o problema e os torna crônicos. Não por acaso, o dilema central e dramático dos sistemas de saúde mental nascidos das reformas não são mais os velhos pacientes crônicos egressos dos hospitais psiquiátricos com a desospitalização, mas os novos crônicos” (p.23).

A desinstitucionalização entendida como práticas de desospitalização funcionavam segundo a lógica do “*revolving door*”²⁰, que produzia o abandono de uma parcela considerável da população – o período de internação era reduzido, os pacientes eram encaminhados aos serviços territoriais e, àqueles que não enquadravam-se nas especialidades dos serviços externos aos manicômios, ou eram abandonados à própria sorte ou eram reinternados – e, também aumentou a incidência da transinstitucionalização: os pacientes que não poderiam mais ficar internados em hospitais psiquiátricos foram transferidos para albergues, casas de repouso e instituições de acolhimento que configuraram uma nova forma de asilamento.

Por estas razões é possível dizer que a desinstitucionalização, quando funciona nos moldes da desospitalização, fracassa em seus ideais – a saber: fazer cair em desuso hospital psiquiátrico –, além de produzir uma espiral que, ao funcionar nos moldes da

²⁰ “A política de desospitalização foi acompanhada por uma redução no período das internações e por um aumento complementar de altas e de recidivas. Em outras palavras, os hospitais psiquiátricos são em parte reorganizados segundo a lógica do ‘revolving door’”. (p.21), Em uma tradução livre, revolving door significaria “porta-giratória”, imagem que ajuda a entender o uso que os hospitais psiquiátricos tiveram no processo de desospitalização.

“porta giratória”, produz novos crônicos. Todas as experiências do período pós-guerra, além de mostrar a urgente necessidade de mudança no tratamento oferecido aos doentes mentais, contribuíram para a reflexão e países como a Inglaterra e a Itália, já nos anos 60. As experiências mostraram que não era suficiente a atualização do cuidado em psiquiatria mas que, a verdadeira desinstitucionalização é “um processo social complexo que tende a mobiliza como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e a instituição.”(Rotelli, 2001, p.18). Sendo assim, fazia-se necessária a desinstitucionalização da psiquiatria enquanto um saber que afirma a necessidade do asilamento e da segregação como prerrogativa terapêutica. Entre os movimentos que questionam o saber psiquiátrico, destacam-se a “Antipsiquiatria” - movimento inglês -, e a “Psiquiatria Democrática Italiana”; estas experiências colocam em questão a naturalização do conceito de doença e dos saberes psiquiátricos.

1.4 Desinstitucionalização como dispositivo²¹ que aciona transformações das Relações de Poder entre instituição e paciente

Diante dos diferentes contextos e experiências que construíram a desinstitucionalização, até aqui foi apresentado os sentidos que forjaram àquela compreendida como processo de desospitalização. Tais experiências foram bastante ricas e trouxeram consigo concepções que foram adotadas em outras experiências posteriores. Um ponto cego destas reformas, identificado por autores como Rotelli (2001) e Amarante (2015), foi o não questionamento do saber psiquiátrico e de seu objeto, a *doença mental*, por estas experiências. Desta maneira, os Estados Unidos e alguns países da Europa, na verdade, modernizaram a forma de cuidado na psiquiatria, algo que não era suficiente para promover mudanças significativas, capazes de transformar as relações de poder entre os doentes e a instituição hospitalar. Neste

²¹ Deleuze (1990), em uma leitura de Foucault, nos diz que os dispositivos são formados por quatro linhas: as de visibilidade, as de enunciação, as linhas de força e as de subjetivação. As duas primeiras linhas, mostram que os dispositivos são “de fazer ver e de fazer falar (p.155). A terceira: “Trata-se da ‘dimensão do poder’, e o poder é a terceira dimensão do espaço interno do dispositivo, espaço variável com os dispositivos. Esta dimensão se compõe, como o poder, com o saber.” (p.156) e a quarta: “Também aqui uma linha de subjetivação é um processo, uma produção de subjetividade num dispositivo: ela está pra se fazer, na medida em que o dispositivo o deixe ou o faça possível. É uma linha de fuga. Escapa às linhas anteriores, escapa-lhes. O si-mesmo não é nem um saber nem um poder” (p.156).

cenário, em fins dos anos 50, Inglaterra e Itália começam dois movimentos que colocam em questão a psiquiatria, a doença e o uso das instituições asilares.

A primeira delas ocorre no início da década de 60, implantando experiências da comunidade terapêutica e da psicoterapia institucional nos hospitais, dois psiquiatras – Laing e David Cooper – começaram a perceber que tais práticas tinham um limite quanto à transformação das relações hospitalares. Observaram, ainda, que “o discurso dos loucos denunciava as tramas, os conflitos, enfim, as contradições existentes na família e na sociedade.” (Amarante, 2015, p.52). Aqui a noção de desinstitucionalização é complexificada: a Antipsiquiatria nega a existência de uma *natureza* da doença; a experiência dos ingleses conclui que a doença é produzida nas relações. Ao desnaturalizar o processo saúde-doença e apontar para a produção da mesma a partir das relações sociais e familiares, o movimento da Antipsiquiatria começa a promover a o questionamento dos saberes que forjavam os doentes mentais. Aqui é rompido o elo entre um saber que domestica o corpo doente:

“A crítica mais profunda à psiquiatria se refere a seu marco teórico-conceitual que, ao adotar o mesmo modelo de conhecimento das ciências naturais, produziria um enorme equívoco metodológico. Cooper considerava que alguns princípios das ciências naturais teriam sido importados para as ciências humanas que teriam uma natureza absolutamente distinta. Já Laing (1988:25) resumia em uma pequena frase o projeto crítico da Antipsiquiatria: ‘o que é cientificamente correto pode ser eticamente errado’.” (Amarante, 2015, p.52-53).

A Antipsiquiatria começa a questionar a naturalidade do conceito de doença e os saberes que sustentam esta suposta naturalidade, entretanto, não propõe uma prática terapêutica para lidar com as relações que produzem as chamadas *doenças*. Outro ponto de críticas feito ao movimento ocorre por conta do nome do mesmo: o termo Antipsiquiatria – nome dado alguns anos mais tarde por Cooper -, para muitos, ligava-se a uma ideia reativa, de mera rebeldia. Por mais que Cooper e Laing propusessem uma antítese à psiquiatria e as suas práticas e almejasse mudar o foco para as relações que nós – corpo social e familiares - temos com a *doença*, a falta de propostas para viabilizar esta prática fez com que, do movimento sobressaltasse, apenas, sua face reativa.

No mesmo período, na Itália, começa o movimento chamado de Psiquiatria Democrática Italiana. Franco Basaglia faz uma visita ao Hospital de Gorizia, acompanhado do coordenador de saúde mental de Trieste, Giuseppe Dell'Acqua, em inícios dos anos 60. Basaglia e os psiquiatras que acompanharam a visita ao hospital de Trieste, chocaram-se com o que viram: a situação em que os pacientes encontravam-se, lembrou as experiências dos campos de concentração. Amarante (2015) diz que há relatos de que Basaglia, ao entrar em Gorizia, lembrou-se de uma fábula que ouvira no período em que foi preso na ditadura de Mussolini. A fábula falava de:

“...uma serpente que entrou pela boca de um homem enquanto este dormia e se alojou em seu estômago. E daí passou a comandar sua vida, seus desejos, seu destino. Para Basaglia, a serpente seria a própria instituição psiquiátrica, seus processos de mortificação e desistoricização” (p.55)

Tal impacto levou Basaglia a dar início ao Movimento Italiano que, a princípio, almejava humanizar as relações no hospital de Gorizia e transformá-lo em um lugar efetivamente terapêutico. Pouco tempo depois Basaglia percebe que tal mudança em si não era suficiente; começa a pensar na superação do aparato manicomial, este último entendido não só como o estabelecimento físico do hospital mas como “o conjunto de saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência e um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (Amarante, 2015, p.56) Basaglia utilizou as influências das Comunidades Terapêuticas e da Psicoterapia Institucional como meios provisórios de desmontagem do aparato manicomial mas, não limitou a desinstitucionalização por aí: criou os CSMs (Centros de Saúde Mental) que configuraram os primeiros dispositivos substitutivos da Itália, propôs a integralidade no cuidado a partir da ideia de “tomada de responsabilidade”, pensou a reinserção social por meio das cooperativas de trabalho, entre outras mudanças que operacionalizavam aquilo que a Inglaterra já sinalizara – a saber, a necessidade de negar o saber psiquiátrico - e que a Itália também propunha em sua experiência de reforma. A negação da Psiquiatria na Itália enquanto ideologia – na Itália - não é algo restrito à mera reatividade, mas é algo que é condição primeira àquilo que Rotelli (2001) irá chamar de verdadeira desinstitucionalização, que:

“... tornou-se Itália um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.” (p.18)

A ideia de desconstruir/abolir o hospital psiquiátrico pode parecer demasiada utópica e, até hoje, soa como ato de rebeldia que, por muitos, é entendido como uma simples *ideologia*. Entretanto, a radicalidade da proposta italiana – proposta esta que inspirou nossa experiência de Reforma – é, na verdade, uma aposta ética de tentar promover novas formas de vida fora do paradigma patologizante – e reducionista – imposto pela medicina tradicional. Se compreendermos o hospital – em especial o hospital psiquiátrico – como locus privilegiado de produção de um saber médico, um saber que é, antes de mais nada, um saber docilizador²² que produz a subjetividade dos sujeitos que nele permanecem. Não é difícil perceber que o espaço hospitalar configura-se como um espaço de controle: hospitais são ambientes fechados, de poucas trocas sociais, onde a alimentação é rigorosamente restrita, onde os nomes – muitas vezes – são substituídos por números de prontuários.

Se os hospitais gerais – e mesmo os de especialidades – possuem tais características, os psiquiátricos possuem um agravante: neles o abismo entre o binômio “saúde e doença” é ainda mais nebuloso. Falar em cura é algo raro em psiquiatria; nela falamos em crônicos. Crônicos com uma história que os condenam, diariamente, por longos anos. A história, desde o Renascimento, reserva seus porões aos desprovidos de razão. Até hoje, é difícil imaginar hospitais psiquiátricos como locais de tratamento e “cura”; neles é possível encontrar pessoas internadas por longos anos, ao passo que, as internações em hospitais de outras especialidades médicas não costumam prolongar-se tanto no tempo. Asilamento, tratamento, segregação são praticamente sinônimos nos hospitais psiquiátricos. E, se as relações poder/saber fazem-se presentes de maneira intensiva nas instituições hospitalares, ainda mais fortes estas são nos hospitais psiquiátricos, uma vez que seus internos – ainda hoje – são subjulgados e mesmo infantilizados, já que sua doença afeta aquilo que durante muitos anos foi sinônimo de

²² Como foi trabalhado no início do capítulo, a ideia do espaço hospitalar enquanto espaço de cura é algo relativamente recente, que data por volta de fins do século XVIII. A entrada do médico no hospital produziu efeitos que extrapolavam as medidas terapêuticas, a começar pela própria necessidade de ter médicos nestes espaços: estes foram chamados aos hospitais para controlar as epidemias; separar e controlar os corpos, em última análise, através da disciplina - metodologia moderna que visava a docilização dos corpos – os médicos exerciam o poder que seu saber legitimava sobre o corpo doente.

humanidade: a razão. Neste cenário, as relações de poder entre instituição hospitalar e paciente cristalizam-se; há pouco ou nenhum espaço para resistência e inversão das relações de poder e- neste caso – dominação. Dito de outra maneira: A medicina, desde fins do século XVIII, ocupou o espaço hospitalar, fazendo deste não só um lugar de cura mas, também, de formação do saber médico:

“Constitui-se, assim, um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber. E então que o saber médico que, até o início do século XVIII, estava localizado nos livros, em uma espécie de jurisprudência médica encontrada nos grandes tratados clássicos da medicina, começa a ter seu lugar, não mais no livro, mas no hospital; não mais no que foi escrito e impresso, mas no que é quotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital. E assim que naturalmente se chega, entre 1780/1790, a afirmar que a formação normativa de um médico deve passar pelo hospital. Além de ser um lugar de cura, este é também lugar de formação de médicos. A clínica aparece como dimensão essencial do hospital” (Foucault, 2011, p. 110)

Sendo assim o hospital, a partir de fins do século XVIII, torna-se uma instituição médica, lócus privilegiado de produção de conhecimento sobre o objeto *doença*, sobre o *corpo doente*; a disciplina²³ é a técnica que será utilizada para docilizar os corpos no espaço hospitalar. É o hospital o lugar onde os médicos irão buscar formação técnica, onde irão produzir os saberes e, também, onde a doença será constituída como objeto de estudo. Nas relações de saber, sempre há as dimensões de poder e de produção subjetiva. O corpo doente, estudado pelo médico, fica sob o domínio desses conhecimentos e em contrapartida, aquele que é nomeado de *doente* reconhece-se como tal e age a partir desta nomeação. Em tais circunstâncias, é difícil virar o jogo²⁴ e, frequentemente, encontramos os chamados *estados de dominação*, já que para haver relações de poder é necessário que haja liberdade:

“essas relações de poder são, portanto, móveis, reversíveis e instáveis. Certamente é preciso enfatizar também que só é possível haver relações de poder quando os sujeitos forem livres. Se um dos dois estiver completamente à disposição do outro e se tornar sua coisa, um objeto sobre o qual ele possa

²³ “A disciplina é a técnica de poder que fabrica os indivíduos ao utilizar como plataforma uma anatomia política do corpo. A distribuição e repartição superficial dos corpos em um espaço determinado os tornam úteis e dóceis; mas pela docilização e otimização dos corpos visa-se à constituição de um incorporal, de uma subjetividade docilizada.” (Candiotto, 2012, p.20).

²⁴ Com jogo, aqui, refiro-me aos jogos de poder; o tema será melhor desenvolvido ao longo da dissertação mas, por ora, é possível dizer que Foucault utiliza o termo “jogo” para referir-se aos “jogos de verdade” e aos “jogos de poder”, nestes estamos todos imersos. Nomear estas relações como jogos, permite vislumbrar que é possível uma virada nos mesmos: é possível haver troca de posições entre dominantes e dominados, a não ser que se trate dos “estados de dominação”, estados estes onde as relações de poder encontram-se congeladas, onde não é possível resistir.

exercer uma violência infinita e ilimitada, não haverá relações de poder.”
(Foucault, 2004, p.276)

Não é difícil enxergar na realidade hospitalar tais estados, sobretudo na Psiquiatria, onde o objeto de ação dos saberes médicos tem afetada a *razão*; onde o espaço hospitalar e o isolamento são tomados, em si, como a terapêutica necessária para a restituição da saúde, uma vez que entende-se que a segregação, o isolamento do mundo exterior “regula as paixões”. Neste espaço, é difícil haver outra possibilidade de vida para o sujeito que não passe pelo rótulo *doente mental*. Os prognósticos nunca são favoráveis; no binômio saúde-doença, as afecções mentais dificilmente enquadram-se no primeiro polo. As *doenças mentais*, muitas vezes, são tidas como incuráveis; o primeiro surto (des)escreve toda uma história de vida. Não é raro encontrar relatos de uma vida - ainda que errante - anterior a primeira internação psiquiátrica, vida esta que se perde nos muros da instituição. O *empobrecimento*, o *embotamento afetivo* - entre outras *mortes* ocorridas após o primeiro surto e a consequente entrada no circuito hospitalar - é compreendido como *o curso natural da doença* dentro dos parâmetros que sustentam a psiquiatria. Entretanto, o que foi observado pelas experiências de reforma, após a segunda grande guerra - mesmo àquelas que vislumbravam apenas a desospitalização - permite afirmar que a dita doença orgânica, no espaço hospitalar, sofre os efeitos característicos do processo de asilamento, é o que chamamos de *institucionalização*, ou *cronificação*. Afirmar, por tanto, a necessidade do fim dos manicômios é afirmar a necessidade do fim de espaços favoráveis ao surgimento dos estados de dominação, que reduzem – por todas as razões expostas – as possibilidades de vida. Sustentar o fim das instituições asilares é apostar na possibilidade de um processo de desinstitucionalização que opere a partir da mudança nas relações de poder entre – mais que a instituição - a sociedade e o sujeito em sofrimento.

Nesta perspectiva é possível conceber a desinstitucionalização²⁵ como um dispositivo que permite ver os discursos que operam no espaço hospitalar, que aponta linhas de fuga para estes mesmos processos de captura e que, ainda, permite o espaço necessário à produção de novas subjetividades. Deleuze (1990) fará uma leitura do conceito de dispositivo proposto por Foucault, leitura essa que permite ampliar a discussão proposta por Rotelli (2001) sobre o tema da desinstitucionalização. Pensar o processo de desinstitucionalização proposto por Rotelli através da imagem do

²⁵ A desinstitucionalização que é entendida como “mudança nas relações de poder”.

dispositivo é um movimento potente visto que esse último comporta um duplo movimento: um que tende à sedimentação e outro que tende à criação. Não há como desinstitucionalizar sem, concomitantemente, estabelecer um processo de institucionalização. A questão é se este último possuirá brechas para que também haja espaço para as forças de criação. É esta a tensão que o conceito de dispositivo nos coloca.

Deleuze (1990), então, nos dirá que um dispositivo é “em primeiro lugar é uma espécie de novelo ou meada, um conjunto multilinear” (p.155), que constitui-se, basicamente, por quatro linhas: as linhas de visibilidade, as linhas de enunciação, as linhas de fuga e as linhas de subjetivação; as duas primeiras trazem a historicidade dos dispositivos, já as duas últimas últimas expressam um limite dos dispositivos e ramificam-se em mais duas linhas, as de ruptura e as de fissura. Tais linhas não estão separadas mas emaranhadas; são vetores que atravessam um dispositivo²⁶ em diversas direções. Uma marca importante da temática dos dispositivos é o *repúdio aos universais*; os dispositivos tratam de processos de singularização, objetificação, subjetivação mas, sempre, de *processos*. Sendo assim, não é possível dizer que as linhas que o constituem falam da verdade de um dispositivo ou que um dispositivo é um meio de desvelar a verdade inata de um dado objeto; os dispositivos não falam de um eterno imutável mas de um processo que em alguns momentos configura-se como sedimentação, e em outros como abertura.

Sobre os dois primeiros grupos de linhas²⁷, Deleuze dirá que “os dispositivos são máquinas de fazer ver e falar” (p.155); As linhas dessa natureza dizem dos regimes de *visibilidade* e *enunciação*. Falando da desinstitucionalização como dispositivo, é possível dizer que ela ilumina os discursos e dá visibilidade àqueles que constituem a loucura. Nesta perspectiva é possível afirmar que desinstitucionalização proposta pela reforma Italiana - mais do que uma desinstitucionalização do hospital enquanto estabelecimento - propõe que a construção do objeto da psiquiatria, a doença mental,

²⁶ Aqui é importante marcar que o conceito de dispositivo foi trabalhado primeiramente por Foucault. Ao falar do dispositivo de sexualidade, ele tenta demarcar que um dispositivo é: “... em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos.” (Foucault, 2011, p.244). Deleuze (1990), ao trabalhar o conceito de Foucault fala nas linhas que constituem o dispositivo.

²⁷ Sobre as linhas que compõe um dispositivo é possível dizer que estas, apesar de diferirem em natureza, não atuam de maneira isolada, linear. São emaranhados de linhas que, juntas, constituem um dispositivo.

seja vista e que os discursos que por décadas a sustentaram fossem colocados em questão. Aqui é possível falar no terceiro grupo de linhas que configuram um dispositivo, as *linhas de fuga*. Estas trazem a dimensão dos jogos de poder em um dispositivo. Os regimes de visibilidade e enunciação estão em constante disputa; quando se alguns saberes e práticas ganham visibilidade e dizibilidade, outros ficam fora destes mesmos regimes. É o poder - ou melhor, a relação que ele estabelece entre os termos em disputa – quem vai fazer ver ou falar. Sobre este grupo de linhas, há algumas considerações bastante importantes a se fazer: no momento em que Rotelli (2001) aponta para o fato de que a reforma Italiana caracteriza-se por uma mudança nas *relações de poder*, mudanças significativas entram no jogo. Se antes, o paradigma organicista - fundamentado no binômio saúde-doença – estabelecia para o doente o imperativo de cura, não havia muito a ser feito, dado que e, na maioria dos casos a *doença* mental incurável, *crônica*. O doente mental era assujeitado por um saber que o dominava. Quando este saber é colocado em xeque, o objeto *doença mental* sofre um processo de ruptura. Rotelli (2001) diz que o foco *solução-cura* é deslocado para a *existência-sofrimento dos pacientes*:

“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. O que é, portanto, neste sentido, ‘a instituição’ nesta nova acepção? É o conjunto de aparatos científicos, legislativos administrativos de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto ‘doença’. Mas se o objeto ao invés de ser a ‘doença’ tornar-se ‘a existência-sofrimento dos pacientes’ e sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior.” (p.29-30)

Tal mudança libera o *doente* e faz ver o sujeito em sofrimento que, antes, só conseguia visibilidade através do signo da doença que o marca. Baságliá fala em colocar a doença entre parênteses; para ele, o sujeito e seu sofrimento são vistos em primeiro lugar. Tal postura ética coloca em suspensão os saberes prévios e permite visualizar os processos que constituíram aquele sujeito e seus conflitos. A consequência mais imediata seria uma mudança radical nos três primeiros grupos de linhas de um dispositivo: A mudança na formas de enunciação e visibilidade do que viria a ser ma doença para o sujeito em meio à seus processos e conflitos, permite a passagem das linhas de fuga em um

dispositivo. O saber psiquiátrico, a partir de tal momento, não deterá mais toda a verdade sobre “a doença mental”, primeiramente porque o conceito de “doença” será o primeiro a entrar em questão.

Trazendo o sujeito à cena, então, é possível falar no quarto grupo de linhas de um dispositivo, as *linhas de subjetivação*; estas se bifurcam em *linhas de ruptura* e de *fissura*²⁸; elas dizem de um limite no dispositivo já que o processo de subjetivação – quando este não finda em linhas de sedimentação – implica na atualidade²⁹, na criatividade, na medida em que rompe com os modelos universais. Da afirmação, é possível compreender que quando os processos de subjetivação não se cristalizam – algo que, neste sentido, pode ser compreendido como identificações aos modelos universais e as transcendências, por exemplo – as linhas de subjetivação que compõem um dispositivo comportarão as linhas de ruptura, de fissura e, desta maneira, trarão a dimensão processual da subjetivação. As linhas de ruptura marcam o limite dos processos de cristalização e trazem a possibilidade do novo. Este é o ponto mais importante de um dispositivo; as linhas de subjetivação apontam para os processos que constituem um sujeito e, por essa razão, é possível compreender a afirmação de que a filosofia dos dispositivos *repudia os universais*: as filosofias que trazem os universais – e todos seus sinônimos como o eterno, o imutável, o indivíduo - não conseguem admitir a dimensão processual da constituição subjetiva. Nestas, por exemplo, as linhas de subjetivação jamais comportariam as linhas de ruptura ou fissura, já que estas dizem de uma mudança de estado/qualidade. As linhas de subjetivação, portanto comportam a história – o arquivo que não prediz o futuro mas que permite as análises, aquilo que “fora de nós, nos delimita” (p.161) – e o atual – que não é o que sou mas aquilo que me torno, o devir.

As linhas de subjetivação, portanto, são um grupo bastante importante no dispositivo desinstitucionalização; são elas que – na mudança do foco solução-cura para existência-sofrimento - trarão a possibilidade do sujeito em sofrimento (e todos aqueles que participam do dispositivo desinstitucionalização) constituir para si novas

²⁸ “Alguém se perguntará se as linhas de subjetivação não são o extremo limite de um dispositivo, e se elas não esboçam a passagem de um dispositivo a um outro: neste sentido, elas predispõem as ‘linhas de fratura’ (Deleuze, 1990, -p157)

²⁹ É importante marcar que, aqui, o que Deleuze chama de atualidade, de “atual” não é o mesmo conceito que o autor usará ao se referir aos termos “atual e virtual” na leitura da obra de Bergson. Com atual, neste momento, Deleuze refere-se à novidade, à criação propriamente dita. A distinção faz-se necessária, uma vez que o conceito de “atual”, na leitura da obra Bergsoniana, será trabalhada no segundo capítulo desta dissertação.

possibilidades de existência. Estas apontam para a possibilidade de construção do *sujeito ético*, para a possibilidade de efetivas mudanças frente aos estados de dominação em que os sujeitos que encontram-se sob o domínio do saber psiquiátrico e das instituições asilares. Conceber a desinstitucionalização como dispositivo, é uma aposta possível numa nova clínica onde seja possível apostar não mais em um *curar-se*, mas na possibilidade de um *cuidar-se*.

1.5 A Clínica da desinstitucionalização e a produção do sujeito ético

“Faz-se necessário repetir algo que para nós obvio, mas desconhecido para muitos: a instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio mas a loucura” (Rotelli, 2001, p.89)

Se o conceito de desinstitucionalização carrega consigo um universo de significações, com a ideia de clínica o que acontece não é muito diferente. Falar em clínica é adentrar em um terreno polissêmico e conflituoso. O sentido mais comum atribuído à clínica é aquele que a identifica como o:

“O sentido da clínica, para nós, não se reduz a esse movimento do inclinar-se sobre o leito do doente, como se poderia supor a partir do sentido etimológico da palavra derivada do grego *klinikos* (“que concerne ao leito”; de *klíne*, “leito, repouso”; de *klíno* “inclinar, dobrar”)” (Passos e Benevides, 2001, p.91).

Passos e Benevides (2001) sinalizam para o fato de que a clínica concebida como um desvio³⁰ não se limita ao ato de inclinar-se sobre o leito daquele que padece; esta ideia traz consigo complicações consideráveis na conceituação da clínica, em especial quando trabalhamos a desinstitucionalização como um dispositivo que aciona transformações nas relações de poder. A ideia de “inclinar-se sobre o leito de um doente” e assim exercer uma clínica sobre seu padecimento, é algo bastante próximo daquilo que vemos nas instituições psiquiátricas: um doente restrito a um leito onde as medicações são dispensadas de acordo com os horários estabelecidos, onde as refeições são

³⁰ essa concepção será melhor trabalhada no segundo capítulo desta dissertação.

administradas, onde médicos e terapeutas exercem suas “clínicas”. Todavia, há outros modos possíveis de se conceber - e de se exercer! - a atividade clínica. Uma delas aposta na construção da autonomia, da liberdade, da singularização dos modos de ser e estar na vida. É este modo de conceber e exercer a clínica que possibilita um processo de desinstitucionalização que atua como transformador das relações de poder. Passos e Benevides (2001) comentam, ainda que, no contemporâneo, passamos por experiências de desestabilização que nos convocam ao exercício crítico do instituído e à vivência da experiência de crise. Neste sentido a clínica, mais do que um ato de inclinar-se sobre, de acolhimento de demanda e mais de aposta em desvios dos pontos de repouso e cristalizações: “Mais do que essa atitude de acolhimento de quem demanda tratamento, entendemos o ato clínico como a produção de um desvio...” (p.91). Esta aposta na clínica e na desinstitucionalização sempre se dá em meio à um processo de construção e desconstrução que jamais se encerrará em uma forma; é algo que esta entre aquilo que não mais podemos ser e aquilo que ainda não somos. Deleuze (1990) dirá que o atual “O atual não é o que somos, mas aquilo que vamos nos tornando” (p.160); esta atualidade libera o sujeito da cristalização imposta pelos saberes universais. Nesta perspectiva, o exercício da clínica é o que irá possibilitar a constituição do sujeito ético.

Ao trabalhar com os processos de subjetivação, Foucault, em seus últimos escritos, aponta duas direções possíveis para o processo de subjetivação na produção do sujeito moral: a via do sujeito jurídico e a via do sujeito ético. Em primeiro lugar cabe considerar que entre os termos *moral* e *ética*, Foucault não estabelece uma relação de equivalência. Quando Foucault fala em moral, refere-se aos modos possíveis de entrarmos em relação com os códigos e normas vigentes - o que não implica dizer que esta relação dar-se-á de forma ética. Quando a relação com as normas ocorre “pautada na relação de submissão, de assujeitamento, na medida em que ocorrem por um processo de objetivação dos indivíduos a partir de leis e normas instituídas” (Rodrigues e Tedesco, 2009, p.78), temos o que Foucault nomeou de *sujeito jurídico*. Há práticas clínicas que favorecem a construção do sujeito jurídico, sobretudo àquelas que se processam nas instituições asilares. Nestas há pouco ou nenhum espaço para a construção da autonomia; há um modo de funcionamento muito restrito. Por outro lado, há a possibilidade de um modo de relação com as normas, pelo qual o sujeito moral “a partir de uma relação ética de transversalização do código vigente, pela equivocação das

identidades e da transformação dos sujeitos em uma dada experiência de si” (p.78), faz operar seu processo de subjetivação: aqui estamos falando do sujeito ético.

Sustentar que as linhas de subjetivação percorram as vias de constituição do sujeito ético não é uma tarefa fácil, sobretudo em um campo cujas práticas, cuja história é marcada pela tutela e pelo assujeitamento frente às normas e os saberes. Construir em saúde mental uma clínica que dê passagem aos processos, que permita as práticas de liberdade, é o desafio diário do dispositivo de desinstitucionalização. Outra distinção importante que Foucault irá fazer para entendermos a construção do sujeito ético, se dá entre o que ele chamará de *processos de liberação* e a *prática de liberdade*:

“... quando um povo colonizado procura se libertar de seu colonizador, essa é certamente uma prática de liberação, no sentido estrito. Mas é sabido, nesse caso, aliás, preciso, que essa prática de liberação não basta para definir as práticas de liberdade que serão em seguida necessárias para que esse povo, essa sociedade e esses indivíduos possam definir para eles mesmos formas aceitáveis e satisfatórias da sua existência ou da sociedade política. É por isso que insisto sobretudo nas práticas de liberdade, mais do que nos processos de liberação, que mais uma vez têm seu lugar, mas que não me parecem poder, por eles próprios, definir todas as formas de práticas de liberdade” (Foucault, 2004, p.265-266)

Desta maneira, é possível afirmar que pensar a viabilização das linhas de subjetivação que permitam as práticas de liberdade – práticas estas que permitem a construção do sujeito ético – no dispositivo da desinstitucionalização, é algo que não limita-se à mera liberação dos saberes da medicina organicista ou dos aparatos da psiquiatria. Possibilitar a construção de um cuidado compartilhado – onde o sujeito que sofre é, ao mesmo tempo, paciente e agente deste cuidado - é apostar no exercício da clínica que atua na integração do cuidado e na quebra da espiral da cronicidade nos serviços territoriais, uma vez que tal atitude promove um espaço entre as ações os saberes do campo da saúde mental e a relação que os usuários deste mesmo campo podem vir a estabelecer com os mesmos. Uma clínica que tem por fim a desinstitucionalização precisa oferecer elementos para que àquele que é alvo de suas ações possa vir a constituir-se como um sujeito capaz de relacionar-se de maneira mais singular. Para tal prática, é necessário que haja a aposta na mudança; o alvo de nossas ações de cuidado – o sujeito em sofrimento, a loucura - que podem (e devem) ser vistos para além do código atribuído às suas “doenças” e ao prognóstico das mesmas.

Trabalhar com o foco na doença seria aumentar a cronicidade³¹, dos novos ou antigos crônicos é negligenciar o processo de subjetivação dos mesmos. *A história e o atual* atravessam, a todo momento, nossas práticas clínicas:

“Pertencemos a certos dispositivos e nele agimos. A novidade de um dispositivo em relação aos anteriores é o que chamamos de sua atualidade, nossa atualidade. O novo é o atual. O atual não é o que somos, mas aquilo que vamos nos tornando, o que chegamos a ser, quer dizer, o outro, nossa diferente evolução. É necessário distinguir, em todo dispositivo, o que somos (o que não seremos mais), e aquilo que somos em devir: a parte da história e a parte do atual. A história é o arquivo, é a configuração do que somos e deixamos de ser, enquanto o atual é o esboço daquilo que vamos nos tornando. Sendo que a história e o arquivo são o que nos separa ainda de nós próprios, e o atual é esse outro com o qual já coincidimos.” (Deleuze, 1990, p.160)

Para efetivar esta forma de exercer a prática clínica, é necessário que se tenha em vista que o alvo de nossas ações – a saber, os processos de subjetivação – não é um alvo fixo; nunca o apreenderemos em sua totalidade. O trabalho clínico de produção do sujeito ético é o trabalho que ocorre na fagulha do instante; um trabalho que se exerce na potência daquilo que esta em vias de ser, e que jamais será por completo. Desinstitucionalizar a loucura é entender que a história da mesma serve, sim, de análise mas esta pouco diz de um prognóstico. O trabalho clínico, nesta perspectiva dar-se-á na relação que estabelecemos com a dimensão processual do tempo.

³¹ Temas referentes à cronicidade, à cronificação e ao tempo serão desenvolvidos no segundo capítulo desta dissertação.

II – Entre Cronos e Aion: o tempo e a clínica como possibilidade de (r)existência frente aos processos de cronificação

“... Será que mudei durante a noite? Deixe ver: eu era a mesma quando levantei hoje de manhã? Estou quase jurando que me sentia um pouquinho diferente. Mas, se não sou a mesma, então quem é que eu sou? Ah, aí é que está o problema!” (Carroll, 1980, p.48)

No capítulo anterior, o conceito de desinstitucionalização foi trabalhado em alguns de seus sentidos. Um conceito polissêmico que, com diferentes percursos históricos, norteou reformas psiquiátricas em caminhos diversos. Destas, a *desinstitucionalização compreendida como mudança das relações de poder* é àquela apontada por Franco Rotelli como a norteadora da Reforma Democrática Italiana, a reforma que inspirou os movimentos brasileiros. Este tipo de desinstitucionalização pode ser compreendida como um dispositivo, que irá acionar essa mudança nas relações de poder e terá como aposta principal a construção do sujeito ético. A importância de pensarmos as possibilidades de construção deste sujeito reside em possibilitar a criação de estratégias que visam à quebra da espiral da cronicidade (Rotelli, 2001); faz-se necessária então uma clínica que possibilite a desinstitucionalização dos antigos e novos crônicos. Se a relação do sujeito ético com a norma é a de equivococar identidades, transversalizar códigos e normas vigentes (Rodrigues e Tedesco, 2009), vemos que o sujeito ético se esquivava de toda e qualquer identificação já que ele constrói para si, a todo momento, modos de ser compatíveis com o instante. Mas, pensando em uma clínica atenta aos processos de subjetivação e inserida nas relações temporais, o que seria falar em crônicos e em cronicidade? De que maneira esta clínica entra em relação com os tempos? Tais perguntas trazem a importância de pensarmos nos regimes temporais contemporâneos. Para tal reflexão, contaremos neste momento com algumas figuras temporais e alguns conceitos que se relacionam-se à estas: falaremos de Cronos, Aion, os acontecimentos, o tempo cronológico e desta concepção clínica frente a estes impasses.

2.1 Cronos e Aion: as duas leituras complementares e exclusivas do tempo

“... Alice riu. Ninguém pode acreditar em coisas impossíveis. - Eu diria que você nunca praticou o bastante – disse a rainha.” (Carroll, 1980, p.185)

Em alguns dos capítulos do livro *Lógica do Sentido*, Deleuze (2003) fala em dois modos complementares e exclusivos de ler o tempo: são eles o tempo concebido a partir da leitura de cronos e o tempo compreendido na linha de aion. Este último configura-se como um tempo que, curiosamente, não existe; ele é um tempo que subsiste nos corpos. E como seria possível conceber um tempo sem existência? Neste livro Deleuze recorre ao pensamento estoico para falar da produção de sentido; para os estoicos, a oposição entre aquilo que *existe* e aquilo que *não existe* é uma oposição falsa, um falso problema. Para eles, só existem os corpos e o tempo presente, que é o tempo de Cronos. Todas as demais coisas são efeitos incorporais que surgem à superfície destes corpos na medida em que estes entram em relação. Os efeitos, portanto, insistem nos corpos; o interessante aqui é que o fato de não possuírem existência em si mesmos não é um problema; os efeitos incorporais adquirem existência na medida em que subsistem nos corpos. O oposto de “existir”, aqui, não é o “não existir” mas “existir em outro”. Aion é o tempo que insiste, no breve período de um instante, na superfície dos tempos densos e profundos de Cronos.

Desta maneira os estoicos irão distinguir duas espécies de coisas: a primeira delas seriam os corpos em suas tensões (qualidades físicas, relações, ações, paixões) e estados de coisas correspondentes. Uma característica importante destes é que, entre os corpos, não há relação de causa-efeito, mas apenas de *causas*: todos os corpos entram em relação e nesta relação são causas uns para os outros. O único tempo destes corpos e de seus respectivos estados de coisas é o presente, o presente vivo que é a “extensão temporal que acompanha o ato, que exprime e mede a ação do agente, a paixão do paciente.” (Deleuze, 2003, p.5). Os corpos são as únicas coisas que existem no espaço, o presente é só o que existe no tempo.

A segunda espécie de coisas que os estoicos distinguem são os *efeitos*. Os corpos estabelecem entre si uma relação causal que os estoicos chamam de Destino³². Entretanto, na superfície destes corpos, há efeitos que não são qualidades ou

³² A relação entre os tempos, os Acontecimentos e o Destino será retomada no subcapítulo que fala sobre o tempo cronológico.

propriedades físicas, mas que se configuram como atributos lógicos ou dialéticos. Estes são os efeitos incorporais que não possuem existência, tal como os corpos; eles não existem, mas insistem ou subsistem. Se os corpos, na medida em que existem no presente vivo, são substantivos ou adjetivos, os incorporais são verbos no infinitivo – quando em seu estado puro - ou no gerúndio, quando encarnam em algum corpo. Isso significa dizer que enquanto os corpos no presente vivo vão exprimir qualidades e criar identificações, os efeitos de superfície - como aion puro - serão o infinitivo, verbo desencarnado que não existe. Estes efeitos, por sua vez, podem vir a encarnar-se; quando isto ocorre ele torna-se gerúndio: tornam-se verbo em movimento com um passado, um presente e um futuro. Quando digo “*estou correndo*”, ao mesmo tempo, estou mais distante do meu ponto de partida e menos distante da linha de chegada, isso em relação ao presente que marca o início da corrida. Ao término desta ação, o “*corri*”, expressa a libertação de aion: no “estou correndo”, ele ainda está encarnado na ação de um corpo. Quando digo que “*corri*”, contudo, já o libertei para seu estado infinitivo (inexistente) outra vez. Aion, portanto, é o “ser” (infinitivo não existente) e o “sendo” (que existe em outro). Os efeitos incorporais não são agentes nem pacientes, mas os resultados de ações e paixões. É o tempo ilimitado de Aion, o devir puro, que não cessa de dividir-se em passado e futuro, sempre furtando-se ao presente.

Para exemplificar estes efeitos incorporais, Deleuze cita o filósofo francês Émile Bréhier, que para falar do pensamento estoico usa a imagem do escalpelo que corta a carne; o primeiro corpo produz na carne um novo atributo, não uma nova propriedade. O novo atributo é o de ser cortado; este não é uma qualidade, mas um verbo que exprime uma maneira de ser. Tal atividade não é ativa nem passiva - não é um ser - mas um modo que se encontra na superfície. É um resultado, um efeito não classificável entre o escalpelo e a carne.

Neste pensamento, os estoicos vão distinguir dois planos: o plano do ser profundo e real e o plano dos acontecimentos que se produzirão na superfície do ser. Este plano da superfície institui a multiplicidade infinita dos seres incorporais. Vale pontuar que mesmo distinguindo estes dois planos, os estoicos não produzem com esta distinção uma dicotomia. Os dois planos estão intimamente interligados e a separação entre corpo/efeitos incorporais - cronos/aion - são separações meramente didáticas. Quando fazem esta distinção entre a superfície e a profundidade dos corpos, querem apontar que em seu interior os corpos são constituídos por misturas, misturas estas que determinam

o estado de coisas – quantidades e qualidades. A junção do corpo ferro com o corpo fogo em sua profundidade trará como efeito de superfície – efeito incorporal – o *avermelhar* do ferro. Este último não é atributo do ferro, tampouco do fogo. O avermelhar não possui existência, não é um ser mas algo que se efetua a partir da junção dos corpos que se misturam em sua interioridade. Dessa junção, o avermelhar sobe a superfície; é o efeito que insiste na existência destes dois corpos: “não mais estados de coisas ou misturas no fundo dos corpos, mas acontecimentos incorporais na superfície, que resultam destas misturas” (Deleuze, 2003, p.7).

Desta maneira, então, é possível afirmar as duas formas complementares e exclusivas de ler o tempo: a primeira delas consiste em apreender o presente vivo, que existe; o presente dos corpos que agem e que padecem. Já a segunda, seria apreendê-lo em sua condição paradoxal que abrange, de maneira indissociável, o passado e o futuro; nos efeitos incorporais da superfície dos corpos, da superfície de suas ações e paixões. No momento em que o ferro *avermelha* ele estará sempre mais vermelho do que era e menos vermelho do que está se tornando, essa é a potência de aion que puxa as dimensões do passado e do futuro simultaneamente. Sendo assim, “só o presente existe no tempo e reúne, absorve o passado e o futuro, mas só o passado e o futuro insistem no tempo e dividem ao infinito cada presente.” (Deleuze, 2003, p.6). Não há, portanto, três dimensões estanques e consecutivas no tempo mas duas maneiras complementares de apreendê-lo.

Na leitura de Cronos o único tempo que existe é o tempo presente; tempo circular, inteiro, o tempo do eterno presente divino, o tempo cósmico. Nesta concepção do tempo, o passado e o futuro configuram-se como dimensões dirigidas por um presente vasto e de maior duração. Cronos é este círculo vasto e profundo dos tempos da natureza e Aion é a superfície fugaz do nosso instante; ambos existem simultaneamente:

“Na eternidade, ao contrário, nada passa, tudo é presente, ao passo que o tempo nunca é todo presente. Esse tal verá que o passado é impelido pelo futuro e que todo futuro está precedido de um passado, e todo passado e futuro são criados e dimanam d’Aquele que é sempre presente” (Agostinho, 1999, p.320)

“Precedeis, porém, todo o passado, alteando-Vos sobre ele com a vossa eternidade sempre presente. Dominais todo o futuro porque estais ainda para vir. Quando ele chegar, já será pretérito. ‘Vós, pelo contrário, permanecéis sempre o mesmo, e os vossos anos não morrem’(Agostinho, 1999, p.321)

Os vossos anos não vão e vêm. Porém os nossos vão e vêm, para que todos venham. Todos os vossos anos estão conjuntamente parados porque estão fixos, nem os anos que chegam expulsam os que vão, porque estes não

passam. Quanto aos nossos anos, só poderão existir *todos*, quando já todos não existirem. Os vossos anos são como um só dia, e o vosso dia não se repete de modo que possa chamar de cotidiano, mas é um perpétuo hoje, porque este vosso 'hoje' não se afasta do 'amanhã', nem sucede ao 'ontem'." (Agostinho, 1999, p.321-322)

No círculo do vasto e eterno presente de cronos, passado-futuro e o presente "mais breve" com o qual eles se relacionam, configuram-se como períodos em sua superfície. Cronos é o tempo mais obscuro das profundidades.

"O Deus vive como presente que é futuro-passado para mim, que vivo sobre presentes mais limitados. Um encaixamento, um enrolamento de presentes relativos como Deus por círculo extremo ou envelope exterior, tal é cronos. Sob inspirações estoicas, Boécio diz que o presente divino complica ou compreende passado-futuro" (Deleuze, 2003, p.167)

A frase de Boécio nos fala da complementaridade das leituras de cronos e aion, já que o primeiro *complica ou compreende passado e futuro*. Há um passado e um futuro que se dividem a cada momento no presente no período de um instante, sem espessura ou extensão. A segunda e a terceira hipótese do diálogo Parmênides de Platão, que diz o seguinte: "Não é o futuro e o passado que se subdividem no presente existente, é o instante que perverte o presente em futuro e passado insistentes" (p.170).

São esses efeitos incorporais que pousam sobre as coisas e criam o sentido, possibilitado, assim a linguagem: "Pois é ele como veremos, que tira os sons de seus simples estados de ações e paixões corporais; é elo que distingue a linguagem, que a impede de se confundir com o barulho dos corpos." (p.170). Como vimos, Aion é um efeito da relação entre corpos, não possui existência, se não naquilo em que ele paira. Não é atributo de nenhum dos corpos em relação mas deles necessita para se fazerem presentes: "Os acontecimentos puros fundamentam a linguagem porque eles a esperam tanto quanto eles nos esperam e não têm existência pura, singular, impessoal e pré-individual senão na linguagem que o exprime." (p.170)

Sobre a linguagem, ainda, cabe dizer que existe uma fronteira entre as coisas e as proposições, essa fronteira é traçada por Aíon, ele é o meio dos efeitos de superfície, dos acontecimentos. A linguagem, pois, só é possível pela fronteira que a separa das coisas e dos corpos; o sentido é o acontecimento da linguagem. Toda linha de Aion é percorrida pelo instante, que por sua vez é atópico. O instante tem a potência de extrair do presente (assim como das coisas, das pessoas, dos indivíduos que se fazem no

presente) a singularidade: “Os pontos singulares duas vezes projetados, uma vez no futuro, outra vez no passado, formando sob esta dupla equação os elementos constituintes do acontecimento puro: à maneira de um saco que abandona seus espórios” (p.169)

Há uma organização neste “passado e futuro que insistem em um presente” da linha de Aion que começa por um ponto, forma uma linha e, então chega à superfície: Um ponto traça a linha de Aion, esta, por sua vez, faz a fronteira. Assim a superfície se desenvolve e se desdobra em passado e futuro. Sobre o presente, é possível afirmar que ele existe de três maneiras distintas: O agora de Cronos, que se efetua nas formas, também comporta uma desestabilização, uma subversão, que emerge de suas profundezas e que desestabiliza todas estas mesmas formas. Com isso, o presente de Cronos se afasta de toda e qualquer cristalização:

“É neste presente do Aion, que representa o instante, não é absolutamente como o presente vasto e profundo de Cronos: é um presente sem espessura, o presente do ator, do dançarino, do mímico, puro ‘momento’ perverso. É o presente da operação pura e não da incorporação.” (p.172-173)

O presente do ator é o instante; o ator não encena um personagem, mais que isso: ele desenvolve um tema. Neste presente da operação pura é que se torna possível merecer àquilo que me acontece. Nós, como atores, desenvolvemos aquilo que no acontecimento terá sentido. Ao desenvolver um tema, o ator não age nem padece, “é neste sentido que há um paradoxo do comediante: ele permanece no instante, para desempenhar alguma coisa que não para de se adiar e de se atrasar, de esperar e de relembrar” (p.153). Tornar-se o comediante de seus próprios acontecimentos, é contra-efetuar os mesmos. Para Deleuze, o humor é inseparável de uma força seletiva: no que acontece (acidente) o humor seleciona o acontecimento puro. Entretanto, existem regimes identificatórios que fazem com que nos identifiquemos com alguns acontecimentos a tal ponto que dele cristalizamos um sentido. A criação de um tempo que transcenda ao movimento de cronos e aion; a criação do tempo cronológico é um dos exemplos mais amplos deste modo de cronificação, desta cristalização do tempo em regimes universais. Há implicações éticas nesta cristalização e na forma como encarnamos os acontecimentos a partir dela; falemos agora um pouco mais sobre estes temas.

2.2 *Do infinito limitado ao finito ilimitado: o movimento nos tempos*

Aion e Cronos são duas leituras complementares do tempo: enquanto o primeiro é o tempo dos paradoxos, o instante onde as identidades são equivocadas, o segundo é o eterno agora, o presente cósmico. Enquanto Aion é a linha que percorre o campo do menos diferenciado ao campo das multiplicidades, Cronos é a linha que comporta um duplo movimento: se por um lado ele é um tempo de paradas e repousos, por outro é o tempo - também - da diferenciação. Dentro de Cronos, há um devir-louco que o impede de se cristalizar. Este devir-louco no interior de cronos quebra com os nomes próprios e com as identificações. O tempo divino de cronos se apresenta a nós como o eterno presente imutável, apesar de não ser apenas assim. Ocorre que somos períodos na superfície de cronos, nosso tempo é o tempo no instante de aion. É na superfície de cronos que aion habita; aion é composto por instantes que dividem sempre o presente em passado e futuro. É ele quem puxa passado e futuro simultaneamente, mas também é quem dá lugar ao “presente” da contra-efetuação e fazer aparecer o puro acontecimento.

O presente cronos, como dito anteriormente, é corporal; o presente é o tempo das misturas, das incorporações; temperar, temporalizar, é misturar. “O maior presente é o presente divino, é a grande mistura, a unidade das causas corporais entre si. Ela mede a atividade do período cósmico em que tudo é simultâneo: Zeus é tanto Dia, como o A-través, ou o que se mistura, o Incorporador” (Deleuze, 2003, p.170). Cronos é infinito mas não é ilimitado: cronos é o tempo dos corpos, é o que dá limite aos corpos porém é o eterno agora, infinito.

“O maior presente não é, pois, de forma nenhuma ilimitado: pertence ao presente delimitar, ser o limite de medida de ação dos corpos ou a unidade de todas as causas (Cosmos). mas ele pode ser infinito sem ser ilimitado: é circular, no sentido de que engloba todo o presente, ele recomeça e mede um novo período cósmico após o precedente, idêntico ao precedente” (p.168)

Cronos é o movimento regulado dos presentes vastos e profundos, todavia, os presentes profundos, os corpos qualificados, também são afetados por um devir-louco, o que impede que cronos se encerre no movimento de cristalização. O devir-louco vindo das profundezas de cronos é quem garante o movimento de diferenciação deste:

“o devir puro e desmesurado das qualidades ameaça de dentro a ordem dos corpos qualificados. Os corpos perdem suas medidas e não são mais que simulacros. O passado e o futuro como forças desencadeadas se vingam em um e só mesmo abismo que ameaça o presente e tudo o que existe”(p. 168-169)

O devir-louco mostra que as transformações, que os devires não existem apenas na superfície de aion. Quando os corpos efetuam os acontecimentos, eles se diferenciam também. Mas estas diferenciações são singulares: “Um” presente não é igual ao presente cósmico nem a outro presente. Este “um” presente é quem efetua os acontecimentos e se diferencia em superfície de todos os outros presentes. Mas cada presente está sempre em relação com presentes maiores e menores nunca chegando ao instante e sendo sempre limitado a uma “parte” do grande agora que é Cronos. Assim, todo presente tem um passado e um futuro como parte de um grande Agora. Do ponto de vista de Cronos nossa vida é vista como um só presente, mas do nosso ponto de vista ela aparece como tendo um passado (infância) e um futuro (velhice). É esta relação que é vista como problemática já que eu posso ser ao mesmo tempo agraciado com um bom destino ou com um mal destino, com bons e maus acontecimentos, dependendo do arranjo dos outros presentes com aquele que sou. Ora, isso só se justificaria do ponto de vista de Cronos como um todo, do grande ciclo cósmico, mas nunca do meu próprio ponto de vista. Isso cria uma perturbação fundamental ao nível de cada presente e faz com que ele se encontre tomado por um fundo de si mesmo que escapa a sua própria medida: um devir louco que se furta ao presente desse mesmo corpo e se torna indiferenciado com relação ao próprio Cronos).

Quando Deleuze fala de aion é comum que use alguns sinônimos para referir-se a ele: os efeitos de superfície, os paradoxos, os acontecimentos puros, os incorporais e é comum, também, relacionar aion aos devires – ele é o *puro devir* – entretanto, vemos que em cronos, os devires não se manifestam somente em seus efeitos de superfície. O devir que emerge também de suas profundezas, o *devir-louco*, é aquilo que permite com que cronos possa diferenciar-se de si mesmo. Sobre o devires, então, Deleuze (1996) dirá que eles são “geografias, são orientações, direções, entradas e saídas” (p.12). Assim como o paradoxo, que não traz a contradição entre termos – uma vez que não se trata de opor identidades – mas que, ao puxar os dois sentidos – passado e futuro – nos faz assistir à gênese das contradições; esta gênese é pré-individual, nela ainda não há identificações. Os devires são direções que nunca se configuram como identidades; “há

um devir revolucionário que não é idêntico ao futuro da revolução e que não passa forçosamente pelos militantes” (p.12). É possível dizer que os devires são como aion em seu gerúndio. Vale pontuar que Aion não “é” o gerúndio, mas que o gerúndio se confunde com a efetuação de um acontecimento. O gerúndio é Aion delimitado pelo próprio Cronos, o “Bom Cronos”. Mas há um devir louco das profundidades que faz submergir a medida. Por isso, Marco Aurélio vai dizer que nós só somos virtuosos do ponto de vista da contra efetuação que faz vir à tona o acontecimento puro, o infinitivo que é o “verdadeiro” devir que traz consigo uma estranha identificação com um presente só de superfície, um presente paradoxal em Aion: viver o instante e se identificar à quase causa que é viver o devir do acontecimento (Deleuze, 2003, p. 172), estão “sendo”, na medida em que escapam a todo presente, a toda identificação.

Quando Deleuze fala deste devir-louco afirma, ainda, que “*é preciso ser dois pra ser louco*”, com isso quer dizer que cada um destes “*dois*” habita uma direção (passado-futuro); o devir louco equivoca, portanto, os nomes, as identificações uma vez que traz à tona a relação; é ele quem mostra que posso ser maior e menor ao mesmo tempo, por exemplo. Em Alice no País das Maravilhas, O chapeleiro e a Lebre de Março tornaram-se loucos no dia em que massacraram o tempo³³, isto é, quando destruíram a medida, quando suprimiram algumas paradas e repousos que referem a qualidade a alguma coisa de fixo. O sentido, portanto se produz na singularidade pré-individual dos devires face àquilo que me acontece: “O sentido insiste em uma das séries (proposições), ele é o exprimível das proposições, mas não se confunde com as proposições que o exprimem” (p.83). A doação de sentido se faz na linha de Aion, contudo, a atribuição de sentido também comporta um ponto de parada, de cristalização, a significação:

“Mas a doação de sentido não se faz sem que sejam também determinadas condições de significação as quais aos termos das séries, uma vez providos de sentido, serão ulteriormente submetidos em uma organização terciária que os refere as leis das indicações e das manifestações possíveis (bom senso e senso comum)” (p.84)

Desta maneira é possível afirmar que há devires de superfície e os devires profundos. Aion enquanto efeito de superfície é incorporeal, inexistente e pré-individual; é o devir-puro. Já nas profundezas de Cronos há também uma espécie de devir, o devir-louco que esquiva todo o presente com a força de um *agora*, que “opõe seu presente

³³ “Eu e o Tempo tivemos uma briga em março passado. Foi um pouco antes dele endoidecer, você sabe (apontou com a colher de chá para a Lebre de Março)...” (Carroll, 1980, p.88)

tresloucado ao sábio presente da medida.”(p 170). O devir-louco das profundezas de cronos massacra o tempo em suas paradas/repousos e, assim impede que suas identificações sejam eternas; ele promove, também, uma esquiva do presente mas de um modo distinto daquele feito pela superfície de Aion. Se o devir-louco esquiva todo o presente com a potência de um *agora*, a esquiva feita pela superfície se faz na potência de um *instante*; nada sobe à superfície sem mudar de natureza.

“Aion é a verdade eterna do tempo: pura forma vazia do tempo, que liberou seu conteúdo corporal presente e, por aí, desenrolou seu círculo, se alongou em uma reta, talvez tanto mais perigosa, mais labiríntica, mais tortuosa, por esta razão – este movimento de que falava Marco Aurélio, aquele que não se faz nem no alto, nem embaixo, nem circularmente, mas somente à superfície, o movimento da ‘virtude’.” (p.170)

2.3 A ética dos Acontecimentos

Na vigésima primeira série, Deleuze (2003) fala dos Acontecimentos. Sobre eles, afirma que os acontecimentos se efetuam em nós, esperam-nos, nos aspiram, nos fazem sinal. “Minha ferida existe antes de mim, nasci para encarná-la.” (p.151), trata-se aqui de afirmar uma ética, de merecer aquilo que acontece comigo, tornamo-nos a quase causa daquilo que se produziu em nós. “Tudo estava no lugar nos acontecimentos de minha vida antes que eu os fizesse meus; e vivê-los é me ver tentando me igualar a eles como se eles não devessem ter senão de mim o que eles tem de melhor e mais perfeito” (p.151). É uma atitude ética que só a vida ativa³⁴ é capaz de tomar já que a vida reativa³⁵ capta o que acontece como injusto, a partir de uma moral que não a torna dignas daquilo que acontece; é um ressentimento contra o acontecimento ao passo que a vida ativa deseja aquilo que nela acontece.

Mas, o que significa ‘desejar/querer o acontecimento’? Seria aceitar a guerra quando esta vier? Aceitar o ferimento e a morte quando estes chegarem? Assumir uma postura resignada frente àquilo que acontece? Certamente não. Negar e resignar-se

³⁴ No sentido nietzscheano da expressão.

³⁵ Idem.

frente ao que acontece são duas das faces do ressentimento. Querer o acontecimento não é aceitá-lo passivamente mas querer alguma coisa no que acontece: “...que quer agora não exatamente o que acontece, mas alguma coisa no que acontece, alguma coisa a vir de conformidade ao que acontece, segundo as leis de uma obscura conformidade humorística: o Acontecimento (Deleuze, 2003, p.152)

É importante, todavia, marcar que o acontecimento não é aquilo que se passa no mundo e que, passivamente, aceitamos, ou nem percebemos; quando queremos e selecionamos algo naquilo que nos acontece, estamos falando do Acontecimento já que temos nele seu esplendor e seu brilho, temos o sentido:

“O brilho, o esplendor do acontecimento, é o sentido. O acontecimento não é o que acontece (acidente), ele é no que acontece o puro expresso que nos dá sinal e nos espera. Segundo as três determinações precedentes, ele é o que deve ser compreendido, o que deve ser querido o que deve ser representado no que acontece, Bousquet diz ainda: ‘Torna-te o homem de tuas infelicidades, aprende a encarnar tua perfeição e teu brilho’. Não se pode dizer nada mais, nunca se disse nada mais: tornar-se digno daquilo que nos ocorre, por conseguinte, querer e capturar o acontecimento, tornar-se o filho de seus próprios acontecimentos e por aí renascer, fazer para si mesmo um nascimento, romper com seu nascimento de carne. Filho de seus acontecimentos e não mais de suas obras, pois a própria obra não é produzida senão pelo filho do acontecimento.” (p.152).

O brilho do acontecimento é aquilo no que acontece, que merece ser atuado. Nós, como atores, desenvolvemos o que no acontecimento terá sentido. Ao desenvolver, o ator não age nem padece, “é neste sentido que há um paradoxo do comediante: ele permanece no instante, para desempenhar alguma coisa que não para de se adiar e de se atrasar, de esperar e de relembrar” (p.153). Tornar-se o comediante de seus próprios acontecimentos, é contra-efetuar os mesmos. Para Deleuze, o humor é inseparável de uma força seletiva: no que acontece (acidente) ele seleciona o acontecimento puro. Todo acontecimento tem seu momento presente de efetuação mas, também, um outro lado futuro-passado. O acontecimento se efetua, mas só ganha sentido na contra-efetuação do ator. Essa é a face *aionica* do acontecimento.

“O que o ator desempenha, contudo, não é nunca um personagem: é um tema – o tema complexo ou o sentido – constituído pelos componentes do acontecimento, singularidades comunicantes efetivamente liberados dos limites, dos indivíduos e das pessoas

(...)

O ator mantém sua personalidade no instante para abrir-se ao papel impessoal e pré-individual. “O papel está na mesma relação com o ator que o futuro e o

passado com o presente instantâneo que lhes corresponde sobre a linha de Aion: O ator efetua, pois, o acontecimento, mas de uma maneira bem diferente daquela segundo a qual o acontecimento se efetua na profundidade das coisas” (p.153).

Deus – o tempo cósmico - e o ator se opõem em suas leituras do tempo, o que os homens captam como seu passado ou futuro, Deus vive no seu eterno presente. O Deus é cronos, seu presente é um círculo inteiro. O presente do ator é um período; é mais estreito, mais cerrado, mais pontual. O Ator está na linha de Aion: “no lugar do mais fundo e do mais pleno presente, presente que se espalha e que compreende o futuro e o passado, eis que surge um passado-futuro ilimitado que se reflete em um presente vazio não tendo mais espessura que um espelho” (p.153). O ator representa, mas o que ele representa é sempre ainda futuro e já passado. O ator é a contra-efetuação que ocorre na superfície. “Se, por um lado, a parte do acontecimento que se realiza e que se cumpre, do outro lado, ‘a parte do acontecimento que seu cumprimento não pode realizar’. Há pois, duas concretizações, que são como a efetuação e a contra-efetuação” (p.154).

Outro ponto relevante seria a consideração de que não há acontecimentos privados ou coletivos; não há as dualidades individual/universal, particularidades/generalidades. Há singularidades e, portanto, coletivo e privado, particular e universal, sempre os dois sentido simultaneamente. “Qual guerra não é assunto privado, inversamente, qual ferimento não é de guerra e oriundo da sociedade inteira?” (p.155). Só o homem livre, a vida ativa, capta o acontecimento em seu brilho, em sua maior intensidade de sentido. O homem livre não deixa o acontecimento efetuar-se como tal sem nele operar; diferentemente do ressentido que nega ou se resigna frente ao acontecimento:

“É somente verdadeiro a respeito do homem livre, porque ele captou o próprio acontecimento e porque não o deixa efetuar-se como tal sem nele operar, ator, a contra-efetuação. Só o homem livre pode então compreender todas as violências numa só violência, todos os acontecimentos mortais num só Acontecimento, que não deixa mais lugar ao acidente e que denuncia e destitui tanto a potência do ressentimento no indivíduo que a opressão da sociedade” (p.155)

O elo entre as causas corporais é chamado de *Destino* pelos estoicos; o destino está no domínio de cronos e dos corpos, é algo que escapa ao domínio de aion. Já os efeitos são unidos por algo que pode ser chamado de “quase-causa”, jamais por uma causa. Os efeitos não possuem relação causal entre si mas existe um laço que os une, por exemplo, a relação entre um corte e uma cicatriz. Deleuze afirma que, neste

pensamento, a liberdade se vê salva de duas maneiras complementares: com a interioridade do Destino, que liga as causas; e na exterioridade dos acontecimentos como laço dos efeitos. Do ponto de vista de Cronos, tudo está perfeito, nós somos o que somos e isso é a nossa liberdade: ser o que se é contra o que deveria ser de outro modo. Essa é nossa liberdade, esse é nosso destino. Negar o acontecimento é não compreender o destino de Cronos. Quando negamos os acontecimentos, ressentimos, perdemos nossa liberdade. Por outro lado, nós podemos encarnar os acontecimentos sem nos identificarmos com ele a tal ponto de nos ressentir com ele. Quando encarnamos os acontecimentos da nossa vida e apenas buscamos, neles, sustentar o sentido e exprimir o acontecimento puro, estamos merecendo Àquilo que nos acontece. Isso faz com que estejamos sempre atentos ao sentido e não às dores e prazeres da vida, tornando tudo uma só alegria de existir). Destino, então, em nada tem a ver com a concepção fatalista que conhecemos. Para os estoicos, o destino é algo diretamente relacionado com a ética dos acontecimentos, tal como Nietzsche define: “Redimir os passados e transformar tudo, ‘foi’ num ‘assim o quis’: só isto é redenção para mim” (Nietzsche, 2012, p.146).

Como corpos, os Estóicos compreendem estados de coisas, quantidades, qualidades... todos eles são corpos e não são menos “seres” que a substância. Na superfície deste ser, há um “extra-ser” que constitui o incorporal como uma entidade não-existente. É nessa superfície extra-ser que se encontra o ilimitado; este devir ilimitado – o *puro devir* - torna-se, com os estoicos, o acontecimento. O acontecimento é coextensivo ao devir, o devir é coextensivo a linguagem que o delimita. Estes efeitos que puxam os dois sentidos paradoxais, são uma série de proposições interrogativas que procedem por adições e subtrações segundo o devir. Tudo se passa nesta fronteira entre as coisas e as proposições.

“Os acontecimentos são como os cristais, não se transformam e não crescem a não ser pelas bordas. É realmente este o primeiro segredo do gago e do canhoto: não mais penetrar, mas deslizar de tal modo que a profundidade nada mais seja, reduzida ao sentido inverso da superfície” (Deleuze, 2003, p.10)

Esse deslizar consiste em “passar para o outro lado”, o sentido inverso. E nesse ato de deslizar – e não mais escavar – que nas margens se passa, vai dos corpos aos incorporais. Em contato com o fogo é a superfície do ferro que vai avermelhando; avermelhar não é igual a vermelho, pois se assim fosse, a cor “vermelha” seria um atributo do ferro, uma qualidade. O Avermelhar é algo anterior que ocorre na superfície

do ferro. Deleuze, então, cita Paul Valéry que diz que “o mais profundo é a pele”: “Ele sabe que os acontecimentos concernem tanto mais os corpos, cortam-nos e mortificam-nos tanto mais quanto percorrem toda sua extensão sem profundidade” (p.11).

Vivemos e renascemos no brilho daquilo que nos acontece - o sentido – mas subsistimos em um corpo³⁶. Aética reside em merecer e encarnar isto que me acontece, amar aquilo que me acontece³⁷, amar o meu destino, e eu só terei amor ao meu destino na medida em que eu selecionar aquilo que eu nele mereço, aquilo que fará com que eu renasça a partir dele. Amar aquilo que me acontece em nada se parece com a postura passiva de aceitar o “meu destino”. Mas isso só é possível quando encarno o acontecimento na tal qual um ator capaz de encarnar o tema que lhe é proposto assim como Leminski (2001), propõe: “Não discuto com o destino o que pintar eu assino”. A liberdade é algo possível, jamais algo garantido. Ela surge a partir do modo em que me relaciono com aquilo que acontece, assinando assim o Acontecimento.

Pode acontecer de este corpo que encarnar o acontecimento identificar-se a tal ponto, que transforma a efetuação em prisão ao se identificar com o estado de coisas que caracteriza o corpo em uma determinada mistura ou conjunto de ações e paixões. Este sujeito identificado, então, não irá relacionar-se com aquilo que acontece mas reviverá eternamente o acontecido. Essa cristalização é aqui entendida como cronificação que jamais pode ser tida como unicamente individual. O processo de cronificação dar-se-á em duas direções: se por um lado há uma adesão à esta cristalização, por outro há um meio que exige e aponta esta identificação. Este é um processo individual e coletivo. O corpo cronificado é um corpo ressentido que perdeu a capacidade de entrar em relação com outros acontecimentos, ele repete um acontecido eternamente. É bastante comum falar desse processo quando falamos daqueles a quem cuidamos no campo da saúde mental. A desinstitucionalização, em última instância, é uma clínica que tenta quebrar com este processo que se deu no corpo daqueles que sofreram com longos anos de permanência em instituições psiquiátricas de caráter asilar. Mas, se olharmos mais de perto, nós profissionais também estamos sujeitos à

³⁶ Os corpos fazem-se e desfazem-se segundo as misturas de que sofrem. A morte e nascimento, por exemplo, são acontecimentos gerados por certa mistura. Nós não temos real acesso ao corpo que somos porque não há sentido nos corpos; os sentidos habitam a superfície, por isso, vivemos nos acontecimentos. O importante é que na maior parte das vezes não se sabe disso. É um aprendizado e uma transformação de si poder contra efetuar os acontecimentos e exprimir o sentido fora de qualquer representação identificatória.

³⁷ Amor-Fati – conceito nietzscheano que fala sobre amar aquilo que me acontece. Amor ao destino.

estas cristalizações. Mais de perto ainda, podemos ver que todos nós estamos sujeitos à cronificação quando assumimos uma postura ressentida frente àquilo que acontece. Um exemplo mais abrangente deste processo pode ser a tentativa que fizemos na modernidade de produzir paradas nos tempos. Nessa tentativa de controlar cronos e aion, criamos então o tempo cronológico.

2.4 Quando os tempos se cristalizam: o tempo cronológico

“... Alice suspirou enfastiada. – Acho que você deveria ter mais o que fazer – comentou – ao invés de gastar o tempo com adivinhas sem respostas.
 -Se você conhecesse o Tempo tão bem quanto eu conheço – Disse o Chapeleiro – não falaria em gastá-lo como se ele fosse uma coisa. Ele é alguém.
 - Não sei que você quer dizer – Respondeu Alice.
 Claro que não sabe! – disse o Chapeleiro, inclinando a cabeça para trás com desdém. - Diria mesmo que você já falou mais com o Tempo!
 - Talvez não – replico Alice cautelosamente – mas sei que tenho que marcar o tempo quando estudo música.
 - Ah, olhe aí o motivo! – disse o Chapeleiro. – O Tempo não suporta ser marcado como se fosse gado. Mas, se você fizesse com ele boas pazes, ele faria qualquer coisa que você quisesse com o relógio.” (Carroll, 1980, p.88)

Vivemos no sentido mas subsistimos em um corpo que reage aos acontecimentos, padece quando os encarna e identifica-se na medida em que esta encarnação se processa. Os processos identificatórios são comuns quando encarnamos os acontecimentos – o ser tem sempre duas tendências: tendência à diferenciação e tendência à cristalização/identificações - mas sempre que me identifico com um acontecimento, fecho a possibilidade de poder encarnar outros acontecimentos. O “eu”, por exemplo, é um acontecimento que nasce sempre em meio a relações: é o que formamos para nos referenciar e é aquilo que os outros usam para nos fazer referência. As identificações, portanto, possuem um duplo movimento, onde eu me identifico e os outros também me identificam. Se o paradoxo é quem, a partir de uma singularidade pré-individual, quebra com esses nomes próprios, é a *doxa* a responsável por criá-las.

A *doxa* se divide também em duas direções complementares: o bom senso e o senso comum. O bom senso é a afirmação de um único sentido, uma única direção. Ele é a linha que vai do mais diferenciado ao menos diferenciado tornando, com isso,

possível toda e qualquer previsão. O bom senso é quem cria a sucessão ordenada entre passado, presente e futuro, “isto é, com relação a uma fase determinada do tempo escolhida no sistema individual considerado.” (p.78). Se a distribuição do paradoxo é nômade, àquela feita pela doxa é fixa e sedentária. A doxa promove as paradas e os repousos: “A essência do bom-senso é de se dar uma singularidade, para estendê-la sobre toda a linha dos pontos ordinários e regulares que dela dependem, mas que a conjuram e a diluem. O bom senso é completamente combustivo e digestivo.” (p.78). Ele é digestivo na medida em que homogeniza diferentes elementos em algo regular e ordinário, o que facilita prognósticos e previsões. Quando falamos em senso comum, já não falamos mais apenas de uma direção única, mas de um órgão, função, faculdade de identificação. Este órgão, por sua vez, relaciona uma diversidade qualquer à forma do Mesmo, cria uma categoria. Se o bom senso uniformiza uma diversidade para poder prever, o senso comum as identifica e reconhece. “Subjetivamente, o senso comum subsume faculdades diversas da alma ou órgãos diferenciados do corpo e os refere a uma unidade capaz de dizer “Eu”: é um só e o mesmo que percebe, imagina, lembra-se, sabe, etc.” (Deleuze, 2003, p.80). O senso comum, portanto, subsume a diversidade dada e a refere à unidade de uma forma particular de objeto ou de uma forma individualizada de mundo. O bom senso e o senso comum são duas forças que se complementam:

“É preciso que a qualidade seja ao mesmo tempo parada e medida, atribuída e identificada. É nesta complementaridade do bom senso e do senso comum que se estabelece a aliança do eu, do mundo e de Deus – Deus como saída última das direções e princípio supremo da identidade.” (p.81)

Nesta perspectiva, podemos conceber o *tempo cronológico* como a inserção dos tempos de cronos e aion no regime da doxa, ele é a cristalização de um acontecimento, uma marcação arbitrária do tempo que o objetifica e que rege e cronifica as relações. Não vivemos mais referenciados aos dias e noites mas a partir de um tempo padronizado, extraído a partir de um cálculo que distribui os tempos a partir daquilo que ele prevê sobre a rotação da terra. Esse tempo é o Tempo Universal Coordenado (UTC – Universal Time Coordinated). O UTC, o sucessor do Tempo do Meridiano de Greenwich, é o fuso horário de referência a partir do qual se calculam as horas do mundo.

O UTC marca uma tendência moderna de controle dos tempos, é um instrumento de gerência das relações. É uma maneira de universalizar o tempo do mundo, na medida

em que mantido como uma referência para as horas, minutos, segundos, dias, meses... Com ele há uma homogeneização, uma limitação do tempo; é criada uma sucessão entre passado, presente e futuro que não pertence a cronos nem a aion. É possível dizer, então, que a criação do tempo cronológico é uma maneira de inserir o tempo nos regimes do bom senso – na medida em que ordena o tempo de tal maneira que é possível calculá-lo a partir de uma fórmula matemática e, assim, tornando-o previsível -, e do senso comum – na medida em que confere ao tempo uma categoria. A criação de um padrão universal regulador dos tempos é, portanto, a cristalização de um acontecimento. Pensar em tais questões parece algo distante mas, ao contrário, é algo que afeta nossa vida em seus pontos mais íntimos. Vivemos o tempo cronológico como se ele tivesse existência em si, desde que nascemos: tempos a hora certa para aprender a falar, a hora exata para entrarmos no regime escolar, para nos relacionarmos, termos filhos... O tempo cronológico é um tempo artificial, apartado dos ciclos da vida; ele é instrumento civilizatório de gestão das relações mas nós o encarnamos de tal forma que já nos identificamos com ele. Cristalizamos este acontecimento, mas não sem sofrimento, em relação a ele estamos em eterna dívida. Não atoa Alice - personagem de Carroll (1980) que a todo momento tem suas identidades equivocadas pelos acontecimentos do Mundo das Maravilhas – espanta-se ao perceber o movimento, a estranheza do sempre atrasado coelho branco do relógio:

“... Não havia nada de tão notável nisso; nem Alice achou tão extraordinário ouvir o Coelho murmurar, para si mesmo: Ai, meu Deus! Ai, meu Deus! Vou chegar muito atrasado! - (quando pensou nisso bem mais tarde, ocorreu-lhe que deveria ter se espantado; na hora pareceu-lhe muito natural). Mas quando o coelho tirou um relógio do bolso do colete e deu uma espiada, apressando-se em seguida, Alice levantou-se sem demora, pois assaltou-lhe a ideia que jamais na sua vida um coelho de colete e bolso, e muito menos com um relógio dentro.” (p.41)

O coelho é um personagem que em muito se parece conosco a partir da relação que somos convocados a estabelecer com o tempo na modernidade e no mundo contemporâneo. Sempre atrasados, em eterna dívida com esse tempo artificial que surge de uma tentativa reativa de controle daquilo que os estoicos chamam de destino. É a identidade infinita do puro devir - do acontecimento – quem irá quebrar a identidade única do bom senso; é ela quem vai permitir a entrada de um ritmo mais natural em meio a cristalização promovida pelo tempo cronológico. Alice é uma personagem bastante interessante para falar da resistência a estes regimes identificatórios. Deleuze

(2003) vai dizer que ela perde a identidade de si e do mundo na medida em que percorre os dois sentidos ao mesmo tempo. É neste ponto que precede todo bom senso e todo senso comum é que ocorre a doação de sentido. Nenhum presente é fixável no Universo como sistema de todos os sistemas ou conjunto anormal. Ele vai do menos diferenciado ao mais diferenciado; vai das identidades à uma singularidade pré-individual a outra e as retoma umas nas outras. Este devir infinito, puro é paradoxal e, na medida em que afirma as duas direções, o puro devir furta-se ao presente e assume a identificação paradoxal; é nesse ponto que o paradoxo se instaura. O devir é então, simultaneamente: causa e efeito, mais e menos, futuro e passado, ativo e passivo, a véspera e o amanhã, etc. Quem irá fixar os limites deste paradoxo será a linguagem. A história de Alice, a todo momento, encena estes paradoxos:

“... – Que foi que houve? – ela disse, assim que teve a chance de ser ouvida. – Picou-se no dedo?

Não, não me piquei ainda – disse a rainha – mas será daqui a pouco... ai, ai, ai!

- e quando será isso? – Perguntou Alice, sentindo uma vontade doida de rir.

- Quando eu prender meu xale de novo – gemeu a pobre Rainha. – O broche vai-se abrir daqui a pouco. Ai, ai! – Assim que acabou de dizer isso, o broche abriu-se de repente e a Rainha segurou-o freneticamente para tentar fechá-lo.

- Cuidado! – Gritou Alice. – A senhora o está segurando muito errado! E ela mesma tentou endireitar o broche. Mas era tarde: o alfinete tinha saltado e picado o dedo da rainha.

- Isso explica porque estava sangrando – disse ela a Alice sorrindo. – Agora você está entendendo como as coisas acontecem aqui.

- Mas por que a senhora não está gritando agora? - perguntou Alice, preparando-se para tapar os ouvidos.

- Ora, porque já gritei tudo o que tinha de gritar – explicou a Rainha. – De que adianta fazer tudo outra vez? (Carroll, 1980, p.183-184)

No País das Maravilhas e Através do Espelho, Alice fica maior e menor simultaneamente, depara-se com situações que já aconteceram e que acontecerão dadas em um mesmo momento; uma série de inversões se fazem e, para Deleuze, as mesmas tem como consequência a perda da identidade pessoal de Alice, a perda de seu nome próprio:

“Pois o nome próprio ou singular é garantido pela permanência de um saber. Este saber é encarnado em nomes gerais que designam paradas e repousos, substantivos e adjetivos, com os quais o próprio conserva uma relação constante

(...)

Pois a incerteza pessoal não é uma dúvida exterior ao que se passa, mas uma estrutura objetiva do próprio acontecimento, na medida em que sempre vai nos dois sentidos ao mesmo tempo e que esquartera o sujeito esta dupla direção. O paradoxo é, em primeiro lugar, o que destrói o bom senso como

sentido único, mas em seguida, o que destrói o senso comum como designação de identidades fixas.” (Deleuze, 2003, p.3)

É possível aqui estabelecer uma aproximação entre a personagem a equivocação dos processos identificatórios com a atividade clínica em seu sentido mais amplo. Se a concebemos como uma atitude que nos tira das paradas e repousos para que, novamente, possamos escolher com qual acontecimento desejamos entrar em relação e por ele renascer, estamos aqui falando de uma clínica e de uma orientação ética. A atitude clínica, então, será aquela que possibilitará entrar em contato com a dimensão pré-individual do acontecimento, ver todos os acontecimentos em um só Acontecimento; a clínica, quando opera na direção de romper com a cronificação, atua como meio para a liberdade, na medida em que retira a vida dos regimes universais e a coloca, novamente, no campo das relações:

“É no ponto móvel e preciso em que todos os acontecimentos se reúnem assim em um só que se opera a transmutação: contra a morte, em que o morrer é como a destruição da morte, em que a impessoalidade do morrer não marca mais somente o momento em que me perco fora de mim, e a figura que toma vida mais singular para substituir a mim” (p.155-156)

2.5 A clínica hoje: as consequências do tempo cronológico na clínica da desinstitucionalização

As considerações tecidas até o momento são uma tentativa de *descronificar* aquilo que já interiorizamos como *cronificação*. É curioso como o termo é algo tão natural no campo da saúde mental. Frequentemente nos dirigimos àqueles que ao submetidos a nossa clínica desta maneira sem, ao menos, nos questionar sobre nossas práticas. Será que nós também não estamos cronificados? Parece que quarenta anos de lutas – entre as reforma sanitária, constituição, reforma psiquiátrica... – nos legitimou a ter uma caixa de ferramentas imutável e perfeita para lidar com os ditos crônicos e mesmo com aqueles que Rotelli (2001) identificou como os novos crônicos. O autor identificou que, em algumas reformas, o excesso de especialização fragmentou o corpo dos usuários de saúde mental a tal ponto que criou um novo modo de cronificar; se antes entendíamos que a instituição em seu caráter asilar era o que promovia a cronificação, Rotelli (2001)

nos mostra que também é possível cronificar a céu aberto. Há uma nova cronicidade promovida pelo excesso de especialização que ratificou a necessidade de instituições asilares em alguns países da Europa e dos Estados Unidos. Rotelli mostrou que a desinstitucionalização ao se encerra na criação de novos de novos equipamentos extra-hospitalares; ele apontou que desinstitucionalização, na verdade, irá ocorrer na medida em que houver mudança nas relações de poder. Mas como vamos promover tais mudanças se nos identificarmos como “promotores da desinstitucionalização frente aos que precisam ser desinstitucionalizados”?

A lei que rege a nossa reforma psiquiátrica é de 2001, bastante jovem se comparada à reformas ocorridas no mundo e que nos serviram de inspiração. Pouquíssimo tempo; tempo suficiente para um instante se cristalizar. Como vimos, é possível identificar um duplo movimento no ser: um movimento de diferenciação e um movimento de cristalização. A liberdade encontra-se na relação que esse corpo virá a estabelecer com aquilo que nele acontece, selecionando algumas coisas, deixando passar outras; desta maneira eu mereço o que me acontece. Esse é o eterno movimento dos processos de subjetivação. O devir revolucionário é potente na medida em que se configura como um devir: como uma singularidade pré-individual. Quando me rotulo *revolucionário*, entretanto, estou mais próximo daquilo que tanto me esforcei para combater. A liberdade é sempre possível mas, jamais, garantida.

Passos e Benevides (2001) estabelecem uma relação entre o contemporâneo e a clínica. Para eles, o contemporâneo é uma experiência desestabilizadora, que nos convoca a nos deslocarmos de onde estamos e a questionar nossas identificações. O contemporâneo traz consigo uma dupla crítica: uma dirigida ao instituído e a outra a nós mesmos. Agamben (2009) dirá ainda que o contemporâneo é *intempestivo*. Intempestivo porque, a todo momento, esquiva-se da “febre histórica”(p.57) ou, pelo menos, consegue dar-se conta desta tendência. Nesta concepção, Agamben dirá que o contemporâneo não nega ao mesmo tempo que não adere seu tempo; é aquele que dele toma uma distância suficiente para poder enxergar os pontos obscuros de seu tempo. Estes pontos obscuros, indefinidos, só podem ser apreendidos por aquele que se esquiva do presente; aquele que se identifica por completo com seu tempo e que relaciona-se apenas com os fatos claros e distintos de sua época, não é contemporâneo mas alguém preso às identificações e cristalizações de seu tempo.

“Compreendam bem que o compromisso que está em questão na contemporaneidade não tem lugar simplesmente no tempo cronológico, é algo que urge dentro deste e que o transforma. E essa urgência é a

intempestividade, o anacronismo que nos permite apreender o nosso tempo na forma de um ‘muito cedo’ que é, também, ‘muito tarde’, de um ‘já’, que é, também, um ‘ainda não’. E, do mesmo modo reconhecer nas trevas do presente a luz que, sem nunca poder nos alcançar, esta permanentemente em viagem até nós. (Agamben, 2009, p.66)

Esse anacronismo ao qual Agamben se refere, é o que permite bifurcar o presente e trazer a novidade entre aquilo que já não somos e aquilo que estamos nos tornando. Quando somos contemporâneos rompemos com o peso da história enquanto algo que marca irreversivelmente nossos corpos, determinando, assim, nossas ações e nosso destino. O contemporâneo se relaciona com a história de uma maneira distinta daquele que se identifica com o presente: enquanto este último faz da história a causa de suas ações e de si, o contemporâneo faz da história a “força propulsora que nos permite dela desviar” (Passos e Benevides, 2001, p. 92)

Voltemos então à clínica. Quando falamos de uma clínica que guarda consigo semelhanças com a atitude contemporânea, falamos de uma clínica intempestiva que equivoca as identidades, que libera da história o fardo de organizar e predizer o futuro, tornando-o assim homogêneo, livre das diferenças. Ao contrário, a clínica – assim como o contemporâneo – bifurca os percursos, retira a vida de suas paradas e repousos, colocando-a, novamente, no campo das relações imanentes. A clínica, então é também uma experiência de desestabilização que está além do ato de acolher uma demanda de tratamento, a clínica é a experiência do desvio; é nesse sentido que Passos e Benevides (2001) concebem a clínica como o *Clinamen*:

“Mais do que esta atitude de acolhimento de quem demanda tratamento, entendemos o ato clínico como a produção de um desvio (*clinamen*), na acepção que dá a essa palavra a filosofia atomista de Epicuro (1965). Esse conceito da filosofia grega designa o desvio que permite os átomos, ao caírem no vazio em virtude de seu peso e de sua velocidade, se chocarem articulando-se a composição das coisas. Essa cosmogonia epicurista atribui a esses pequenos movimentos de desvio a potência de geração de mundo. É na afirmação desse desvio, *clinamen*, portanto, que a clínica se faz.” (p.92)

Neste sentido, a clínica se faz na experiência do desvio: do desvio das identificações, das cristalizações. Ao bifurcar caminhos, novos mundos se criam, novas possibilidades se desenham porque quando a clínica opera o desvio das formas, liberamos a vida para que esta possa, novamente, eleger os acontecimentos mais potentes para si. Mas, assim como o contemporâneo, a clínica como experiência de desestabilização convoca uma dupla equivocação: a equivocação das formas instituídas, das identificações e, também a equivocação daquilo que nos tornamos, de nós mesmos.

Sendo assim, qual o sentido de dizer que trabalho com a clínica da desinstitucionalização se, nem ao menos, coloco minhas práticas em análise? Um exemplo que chama minha atenção desde que tive meus primeiros contatos com o campo da saúde mental é algo simples, os nomes dos blocos carnavalescos: “Harmonia Enlouquece”, “Tá pirando, tá pirado, pirou”, entre tantos outros que teimam em colocar a loucura no nome. Uma das diretrizes da nossa reforma é de que a loucura ocupe o espaço das cidades para que, assim, nós consigamos descristalizar a imagem que a própria cidade fez dos loucos, quando nós os mantínhamos reclusos nas instituições asilares. Mas, será que o corpo louco não tem nada mais a nos oferecer que sua loucura? Este e outros pontos que pude perceber – e que serão relatados no capítulo a seguir como a relação da saúde com a iniciativa privada, o estabelecimento de metas e prazos nos processos de desinstitucionalização, a dureza e a cronificação nos discursos e práticas dos profissionais e dos usuários – trouxeram estas reflexões a este trabalho. Pensar a cristalização dos tempos nos usuários de saúde mental, nas práticas dos profissionais que os acompanham, na clínica e, sobretudo, na vida, tornou-se uma necessidade para a condução ética do meu trabalho clínico no campo da saúde mental.

III – Sobre as afetações que produziram a necessidade de pensar a desinstitucionalização, a relação que estabelecemos com o tempo e a clínica e no campo da saúde mental.

A necessidade de pensar os sentidos desinstitucionalização e o processo de cronificação a partir da relação que somos convocados a estabelecer com o tempo, não veio por acaso. Atuo no campo da saúde mental há praticamente sete anos e neste percurso tive muitas aflições, inquietações, algumas alegrias... mas também sentia uma certa tristeza que, por vezes, configurava-se como uma paralisação. Tudo isso chegava a mim como sensações que eu não sabia como nomear; lia algumas coisas sobre meu campo de atuação, vivenciava outras bastante diferentes; por mais que eu tentasse em minhas práticas coadunar concepção que eu tinha de saúde mental com as situações práticas do cotidiano, essas estranhas sensações invadiam.

Entrei no campo como estagiária. Em meu primeiro contato estágio, participava de um grupo de acolhimento num ambulatório da cidade do Rio de Janeiro. Por se tratar de um ambulatório, as pessoas - na maioria das vezes - chegavam por demanda espontânea, algo que raramente ocorre em hospitais psiquiátricos. Era interessante ouvir o que levava cada um àquele espaço. Por vezes, via que o interesse e a curiosidade cediam lugar ao inquietamento, algo que chegava a configurar-se como um incômodo; era comum chegarem pessoas com problemas para dormir, demandando benzodiazepínicos³⁸ sem o menor desejo em acompanhar os processos que as faziam perder o sono. Certa vez, ao perguntar sobre a insônia de uma senhora, ouvi: *Não durmo porque não tenho sono, ora. Seja caridosa e manda o médico passar a receita do Rivotril!* Fiquei tão indignada que não esqueci a frase que ouvi há mais de seis anos. O pedido para dormir era o mais frequente mas, não raro, a demanda por medicamentos ia ao encontro daquilo que é diariamente pregado nos programas de saúde/bem estar e nas campanhas publicitárias da TV: no fundo todos queriam ser ‘mais felizes’, ‘dormir melhor’, serem ‘bem sucedidos’ e, para atingir tais objetivos, sempre havia o remédio certo – quase que como uma fórmula mágica! -, às vezes parecia que, finalmente, tinham inventado o *Soma* do Admirável Mundo Novo de Huxley (2009) onde todos viviam no: “mundo infinitamente acolhedor criado pelo soma. Como todos eram bons, e

³⁸ Classe de medicações que ajudam a induzir o sono.

belos, e deliciosamente divertidos”. (p.48). Havia uma demanda para que nós profissionais pudéssemos restituir algo de uma *estabilidade perdida* que não era mais possível; a vida pedia passagem e já não cabia mais nas identificações que tomavam forma e a nós chegavam, em geral, sob a forma de queixas e demandas que sempre encarnavam grande sofrimento. Os profissionais que estavam ao meu lado nesta primeira experiência trabalhavam na direção de produzir desvios; eles entendiam que o trabalho clínico não se resumia ao acolhimento da demanda e na resposta imediata, na “*caridade de apenas receitar um Rivotril*”. Entretanto, nem sempre conseguíamos produzir tais desvios e permitir a passagens de formas outras de vida. Muitos usuários daquele dispositivo questionavam nossas ações. Neste momento eu não sabia se eu estava “trabalhando direito”, se havia um modo “certo” para estar o campo da saúde mental...

Esta sensação ainda permaneceu por mais tempo, alguns anos depois, quando me torno residente. As dúvidas sobre o campo – e sobre minha atuação no mesmo - neste segundo momento permanecem, mas agora por outras forças começam a ganhar visibilidade nesse jogo: por vezes me questionava sobre como eu poderia acionar a desinstitucionalização como um dispositivo, diante de uma demanda judicial que obrigava toda uma equipe a “retirar” um sujeito com mais de vinte anos de internação de uma instituição psiquiátrica e inseri-lo no espaço de uma residência terapêutica em um prazo ínfimo de dez dias? Eu poderia dizer que estava desinstitucionalizando alguém? Via crescer, em muitas situações, o abismo entre o que nos era demandado e o que acreditava ser o trabalho em saúde mental; Tais ações, muitas vezes, eram justificadas por alguns colegas de percurso que constantemente lembravam nossa dívida histórica para com esta população. Foram anos de internações manicomiais e quando os “recursos”³⁹, finalmente, eram disponibilizados - ainda que por demanda judicial e que esta demanda inviabilizasse um trabalho clínico - teríamos mais é que ocupar! Concordava com meus colegas, tínhamos uma dívida a saldar, mas sentia que para entrarmos no processo de desinstitucionalização, de fato, precisaríamos estar em contato com um tempo que não dispúnhamos quando havia a exigência de cumprir os prazos que as gestões impunham, que a justiça obrigava ou que a instituição exigia.

³⁹ No campo da saúde mental é comum que se chame as vagas em residências terapêuticas de recursos.

Neste cenário, em determinado momento, pude perceber que o sofrimento foi a marca da cronificação em meu corpo profissional. Neste percurso eu, enquanto profissional, também fui cronificada na medida em que me esforçava para cumprir metas e prazos esquecendo, assim, muitas vezes, daquilo que aqui tentei definir como clínica. Trabalhar os sentidos da desinstitucionalização – e, também, os da cronificação – a partir da reflexão sobre os tempos nesta dissertação, então, surge como uma tentativa de “descronificar esta cronificação”. Com isso quero dizer que a cronificação não é - de forma alguma! - uma característica exclusiva dos corpos marcados por anos de institucionalização em equipamentos psiquiátricos, a cronificação é um processo mais amplo: nós profissionais, também estamos sujeitos a estes processos. A vida se faz em meio às tendências de diferenciação e de cristalização e, justamente por esse motivo, faz-se necessário que a coloquemos em constante processo exercício clínico. Aqui já é possível afirmar que e a clínica - em seu sentido mais amplo - é aquilo que nos retira das cristalizações, dos processos identificatórios permitindo, assim, que estejamos livres para encarnar e escolher os acontecimentos pelos quais iremos morrer e renascer em nossas vidas. Escrever esta dissertação, então, nasce como uma possibilidade de entrar no acontecimento “*psicóloga do campo da saúde mental*” de uma forma mais intensa, mais ética, com mais sentido. Precisei construir – atuando no campo e escrevendo este trabalho – um corpo e uma maneira mais singular de estar neste campo.

Falando um pouco sobre os caminhos que fizeram este percurso, posso dizer que meu primeiro contato com a saúde mental ocorre em 2010, quando inicio meus estágios na rede da cidade do Rio de Janeiro. Na época tive bons encontros, que produziram o desejo de seguir no campo da saúde mental; todavia, já neste início, pude também deparar-me com as tensões, sempre presentes, no campo da saúde pública do Rio de Janeiro: precarização dos vínculos empregatícios, a falta de recursos, os prazos impostos por questões burocráticas. Tais empecilhos anunciavam-se como formas sutis de implodir àquilo que é fruto de anos de luta de trabalhadores e usuários da saúde.

De 2010 a 2017, então, atuei por alguns dispositivos da saúde mental em duas cidades do estado do Rio de Janeiro. Fui estagiária, residente, acompanhante terapêutica, psicóloga. Sob diferentes ângulos pude entrar em contato com diversas faces e com os muitos discursos que atravessam o campo da saúde mental, da desinstitucionalização, da clínica e da temporalidade; algo que permitiu que as forças em jogo me atravessassem de diversas maneiras nos diversos lugares em que estive. Em

vários momentos via-me entre os ideais - aquilo que almejamos – e aquilo que é possível no cotidiano do trabalho; diante disto, o que fazer para criar modos possíveis de estar (na) e exercer a clínica - mesmo nas instituições mais enrijecidas – tendo no horizonte a chance de criar novas possibilidades de vida para os usuários de nossas redes usuários e para nós mesmos?

3.1 O percurso

Esta caminhada começa em 2010, quando me torno acadêmica bolsista de saúde mental, em um ambulatório da cidade do Rio de Janeiro. Enquanto estagiária, nesta época, tive afetações, incômodos – cheguei na época, inclusive, a escrever sobre alguns deles - mas sentia que os atravessamentos foram sutis. A sutileza, talvez, tenha se dado pelo fato de eu estar poucas vezes na semana nos dispositivos, talvez por uma tentativa de observar o campo em que eu me inseria. Fato é que algo neste início de percurso – identifico que, em especial, os encontros e discussões com a equipe do dispositivo da cidade do Rio de Janeiro – fez com que eu tivesse o desejo de permanecer no campo mesmo já observando que no Rio a gestão das Organizações Sociais (as OSs)⁴⁰ impunham certo ritmo de produção, que por diversas vezes, atropelavam o exercício da clínica nestes dispositivos. Sem contar que, por tratar-se de uma entidade privada em um equipamento público, eram frequentes os embates entre os “funcionários contratados” e os “funcionários concursados”, algo que dificultava o trabalho em equipe, o que é uma das chaves para a quebra da lógica manicomial⁴¹. O clima de insegurança sempre pairava sobre aqueles que estavam sob os regimes das Organizações Sociais. Neste aspecto, a vivência que tive em meu segundo estágio fora ainda mais grave: na cidade em questão, as contratações⁴², em geral, não eram ao menos

⁴⁰ As OSs são: Organizações sociais são entidades privadas sem fins lucrativos que recebem subvenção do governo para prestarem serviços de relevante interesse público. “Trata-se de uma espécie de terceirização dos serviços. Retirado do site < <http://aredacao.com.br/noticias/2422/o-que-sao-os-ou-organizacoes-sociais>> acessado em: 23/01/2017

⁴¹ Uma das direções que foram tiradas em nosso processo de reforma, foi o trabalho em equipe multidisciplinar nos dispositivos territoriais. Tal direção impede que o saber seja dominado por uma especialidade, algo que facilita a dinâmica das relações de poder nas instituições.

⁴² refiro-me ao ano de 2011.

regidas pelas normas da CLT⁴³ - que garante, minimamente, os direitos trabalhistas - o que aumentava ainda mais a sensação de vulnerabilidade entre os profissionais. Um dos resultados mais preocupantes desta precarização dos vínculos empregatícios – em relação ao trabalho realizado – era a vertiginosa rotatividade de profissionais. Neste dispositivo em que realizei meu estágio, permaneci pelo período de um ano; no final deste período eu – ainda uma estagiária - e mais uma funcionária éramos as “mais antigas” naquele lugar. Ou seja: em um ano toda uma equipe havia mudado. Algo que percebemos logo assim que entramos na saúde mental é que nosso trabalho só se torna possível a partir do vínculo que construímos com os usuários. Confiança, vinculação, trocas, trabalho clínico tudo isso – em geral - só se torna possível com um tempo mais generoso. Galletti (2005) diz que: *Estar em contato com a clínica da saúde mental e com os pacientes psicóticos é também estar convocado à busca de outros tempos* (p. 47); na saúde mental faz-se necessária outra relação com o tempo, relação esta que muitas vezes não é possível mesmo em nossas vidas cotidianas. O trabalho clínico é viabilizado a partir de uma construção que não ocorre de forma imediata. Diante desta precarização que obriga os trabalhadores (seja por conta de uma demissão ou mesmo pelo surgimento de condições mais dignas de trabalho) a não mais permanecer nestes dispositivos, que tipo de vinculação se torna possível? Que trabalho podemos realizar nessas condições?

Outro efeito da entrada da iniciativa privada na saúde tem é a demanda por produtividade. Atendimentos, oficinas, acolhimentos, tudo deveria ser registrado na tal da “produtividade” para que, inclusive, fosse justificada a contratação de novos profissionais e/ou a permanência daqueles que atuavam nestes espaços. Nestas avaliações, ganhava visibilidade os números, eram eles os responsáveis por dizer do sucesso ou fracasso de nossas ações, ma vez que nestes relatórios era difícil falar da parte qualitativa de nosso trabalho. Neles, precisávamos falar de nosso trabalho por meio de escalas, gráficos e relatórios estruturados. Diante destes (e de inúmeros outros) impasses, sentia no corpo a dificuldade em sustentar um trabalho clínico.

Então, em 2013, com o desejo de aprender e vivenciar de forma mais intensa o campo da saúde mental, entro para a Residência Multiprofissional da Cidade do Rio de Janeiro; neste lugar, formas outras de estar no campo – seja pelo lugar formal em que

⁴³ Consolidação das Leis do Trabalho.

me encontrava, pelo percurso ou mesmo pela sorte dos encontros possíveis – se produziram. Se como estagiária eu estava algumas vezes por semana nos dispositivos, como residente a demanda era que eu tivesse uma experiência de imersão no campo. Experiência esta bastante importante já que conheci diversos tipos de dispositivos, li muitos materiais sobre o campo em que me inseria, tive contato com movimentos antimanicomiais e pude estar mais próxima de algumas histórias que fizeram repensar minha trajetória nesse campo.

Entre as afetações com as quais me deparei chegando à residência, uma daquelas que mais se destacou fora a interface clínica/política. Os estágios pela saúde mental e as leituras que fiz sobre o tema, sempre apontaram que as práticas em saúde mental eram produzidas a partir da interseção destes dois campos. Mais que isso: a clínica enquanto produtora de mudanças, desvios e criação é, necessariamente, política. A clínica do modo em que a conhecemos tradicionalmente – como já foi discutido nos primeiros capítulos deste trabalho; a concepção da clínica como o ato de inclinar-se sobre o leito do doente, ou como um movimento de acolhimento de demandas – não era suficiente para um campo marcado pela diversidade. Arrisco-me, inclusive, a dizer que mesmo para os ditos “mais saudáveis” esta forma de exercer a clínica não é muito interessante já que a vida é constante processo de transformação. Uma clínica que atende aos anseios das forças de conservação⁴⁴ não pode ser uma clínica em favor dos movimentos da vida. A vida e seus movimentos criação e destruição são também política, na medida em que a vida é constituída por uma série de forças que, em relação, fazem-na nascer e morrer. Se nos reconhecemos é graças a uma série de forças, discursos, saberes que forjam nossos corpos. Há uma coletividade que nos produz – e que, também, faz com que coloquemos nossas identificações em constante análise - isso é clínica, isso é política! Entretanto, percebi mais de um sentido da política pairava no campo; se uma dizia da política cotidiana, da vida, a outra era a concepção bem próxima do senso comum, a política partidária. Quando via profissionais referindo-se à “política”, muitas vezes, falavam na política partidária e nos entraves que constantemente enfrentávamos para

⁴⁴ Em Nietzsche e a Filosofia, Deleuze (1976) comenta que, na obra de Nietzsche, é feita a distinção entre forças ativas - que estariam do lado das criação e expansão da vida - e as forças reativas, que seriam forças inferiores, de conservação e de adaptação ao meio: “As forças inferiores definem-se como reativas, nada perdem de sua força, de sua quantidade de força, exercem-na assegurando os mecanismos e as finalidades, preenchendo as condições de vida e as funções, as tarefas de conservação, de adaptação, de utilidade. Este é o ponto de partida do conceito de reação cuja importância em Nietzsche nós veremos: as acomodações mecânicas e utilitárias, as regulações que exprimem todo o poder das forças inferiores e dominadas.” (p.33).

garantir que *nenhum passo atrás* fosse dado. Algo que, muitas vezes, possuía ligação direta com a eleição de alguns candidatos. Na época da residência ficou mais intenso o atravessamento da política no campo da saúde mental (seja ela em seu sentido mais corriqueiro ou nas políticas da vida) e atuar no campo considerando estes atravessamentos é fundamental. Tal a importância da militância no campo da saúde mental.

3.2 Militância, história e o esquecimento

“*Nenhum passo atrás, manicômio nunca mais*”, “*menos cápsulas, mais CAPS*”⁴⁵ são frases que ouvimos, não só no cotidiano de trabalho, já que estas frases ecoam, também, em épocas significativas como o 18 de maio⁴⁶ e o carnaval - onde uma série de blocos compostos de usuários, trabalhadores e familiares saem às ruas com o intuito de colocar a loucura na cidade. Essas frases dizem de um lema que a militância é responsável por difundir, lutamos por uma *sociedade sem manicômios*, em seu sentido mais amplo. Mais do que os espaços físicos, lutar por uma sociedade sem manicômios é lutar pela desinstitucionalização. O movimento da militância no campo da saúde mental – pelo que pude perceber em meu percurso – é o que tem garantido, não só, as conquistas políticas mas é ela que não nos deixa esquecer os horrores do manicômio.

É para *não esquecer* que levamos internos e ex-externos de instituições asilares as ruas – seja para protestar ou festejar - como uma das possibilidades fazê-los serem vistos, para que a cidade fale deles, e para que eles ocupem seu lugar de direito na cidade. A loucura finalmente ganha voz, já não é mais sinônimo de longos anos de internação psiquiátrica. Entretanto este movimento também pode configurar-se como uma nova modalidade de captura, podemos estar – novamente – entrando em regimes identificatórios se não mantivermos em constante tensão nossas práticas. Por exemplo: percebi que todos os blocos compostos por usuários de saúde mental fazem trocadilhos com a palavra “loucura”. Loucura Suburbana, Harmonia Enlouquece, Loucos pela Vida,

⁴⁵ CAPS são as iniciais de Centro de Atenção Psicossocial.

⁴⁶ No dia 18 de maio é o dia que marca a lembrança da luta antimanicomial.

são alguns exemplos de blocos de carnaval bastante potentes e reconhecidos nas cidades do Rio de Janeiro e Niterói. Durante o ano, os usuários se empenham na construção de adereços, fantasias, alegorias, construção do samba enredo e, na época do carnaval, saem às ruas. Na rua, acontece a mistura entre “loucos” e “sãos” mas, também, é onde os primeiros são – novamente – marcados com a símbolo da loucura. Em certa ocasião, ouvi uma foliã, que passava por um destes blocos, dizer: “é o boco dos doentinhos, vim pra ajudar”. Ao ouvir tal fala, me apresentei a moça em questão e tentei dizer um pouco sobre todo o trabalho realizado no ano por aqueles que ela classificou de “doentinhos”; a tentativa era de mostrar a potência que existe naqueles que ela caridosamente (e carinhosamente) nomeou. Não sei se minha fala pode ter algum efeito para ela mas, com certeza, a dela ressoou por alguns anos em mim. Será que a loucura só pode ter espaço nestes lugares provavelmente demarcados? Será que não ajudamos a reforçar o estigma da loucura quando resolvemos usar essa insígnia em todos os empreendimentos de nossos usuários? Em outro momento, a fala de uma usuária faz retornar esta questão: falávamos em convidar um bloco de carnaval para tocar em um espaço de longa permanência. De pronto, a usuária pergunta: É o bloco “Loucos Pela Vida”? Ela ficou surpresa ao descobrir que havíamos convidado um bloco famoso na cidade e que não era formado por técnicos, usuários e familiares. Com espanto, ela pergunta: “Mas pode???” Felizmente essa pergunta foi respondida algumas outras vezes; recentemente três moradores de residências terapêuticas com os quais tive contato em meu último trabalho, foram convidados a desfilar em uma escola de samba tradicional, no sambódromo do Rio de Janeiro. Sem rótulos, sem identificações; a loucura deles foi posta entre parênteses no momento em que puderam se diluir em meio aos integrantes da escola e de suas alas. Eles puderam e fizeram um lindo desfile. A escola, inclusive, acaba de voltar ao grupo especial. Esta experiência fez refletir sobre os processos identificatórios e sobre nosso *não esquecimento*. Há uma razão pela qual os blocos de usuários sempre trazerem a loucura como tema: *nosso não esquecimento*. Contudo, na medida em que essa lembrança torna-se excessivamente maciça, perdemos gradualmente a dimensão processual, os devires. Perdemos o instante na medida em que nos afundamos na história e, desta maneira, podemos nos cegar para as multiplicidades que habitam os corpos dos “loucos”.

Outra captura que pude perceber deste *não esquecimento* é àquele que nos faz aceitar, ainda que sutilmente, a precarização da reforma; “já que lutamos tanto pela

reforma psiquiátrica, o mínimo que tivermos é lucro, já que temos uma dívida a saldar para com essas pessoas”. Esta lógica parece estranha quando posta fora de um contexto, mas a observei em alguns momentos da minha prática quando, por exemplo, surgiam recursos e as demandas judiciais nos obrigavam a remanejar algum interno de uma instituição psiquiátrica para uma residência terapêutica, quando era determinado pela gestão de saúde que um CAPS fosse aberto mesmo sem 1/3 da equipe mínima, quando nós profissionais aceitávamos nos submeter ao regime da produtividade e aos ritmos impostos pelas empresas que nos contratavam... o que sempre ouvia como justificativa era que “precisávamos saldar a dívida histórica que temos para com esta população” ou ainda que “precisamos pôr fim aos manicômios”; discurso, muitas vezes, reproduzido por alguns colegas. O problema é que, muitas vezes, percebi que simplesmente “ocupar e aceitar os recursos” era entendido como “praticar a desinstitucionalização”, algo que findava por reproduzir as práticas manicomialis em espaços abertos: muitas residências terapêuticas, por exemplo, funcionavam eternamente em regime de alta complexidade⁴⁷, contando com cuidados intensivos, 24hs por dia. Entendemos que as casas de alta complexidade são necessárias por um momento; no início, o trabalho de desinstitucionalização é um pouco mais difícil, são muitas mudanças e, na maioria das vezes, faz-se necessário um cuidado intensivo. Por outras, em momentos de crise, precisamos contar com um cuidado mais ostensivo. Entretanto, uma residência terapêutica que fica por anos como uma casa de “alta complexidade” nos diz de uma reprodução do cuidado manicomial. Afinal, quais são as casas – no senso comum do termo – que conhecemos compostas por moradores e uma equipe profissionais de saúde 24hs por dia, sete dias por semana? Ter todas as necessidades atendidas – de saúde, de alimentação, de garantias sociais - dentro de um único espaço físico... não é exagero afirmar que algumas residências funcionam no regime das instituições totais; os hospitais eram instituições totais e a experiência já nos mostrou que tais espaços cronificam. Se as residências terapêuticas configuram-se como uma parte importante do processo de desinstitucionalização, é de se esperar que nela nosso trabalho se dê na linha que parte do “polo menos diferenciado em direção ao polo mais diferenciado”, isto é, trabalhamos para produzir a diversidade, para a produção de cidadania, na ocupação

⁴⁷ As residências terapêuticas podem ser de baixa complexidade (equipe composta por cuidador diarista e acompanhante terapêutico trabalhando 8hs, 5 dias por semana); média complexidade (equipe composta por cuidador diarista, cuidador plantonista e um acompanhante terapêutico) e de alta complexidade (equipe composta por cuidadores diaristas, plantonistas, técnico de enfermagem e acompanhante terapêutico. Casas acompanhadas 24hs por dia, 7 dias por semana).

da cidade por estes que por anos foram sequestrados nas instituições totais. No entanto, via que muitas casas reproduziam este padrão manicomial. Muitas vezes menos por vontade daqueles que ali trabalhavam e mais pelas forças que estavam em jogo – o prazo para a ocupação dos recursos, os recursos liberados, a alta rotatividade de profissionais, entre outros.

Um dado que assustou no último fórum de residências terapêuticas que pude participar era de que, a prefeitura da cidade em questão, não possuía mais recursos abertos para residências terapêuticas de baixa complexidade e que as moradias assistidas deveriam ser extintas. Aqui cabe explicar a diferença entre residências terapêuticas e moradias assistidas. As residências são classificadas em três níveis de complexidade (alta, média e baixa) que variam de acordo com a autonomia dos moradores; quanto mais baixa for a complexidade, menos equipe é demandada e mais autônomo é o morador daquela residência. As moradias assistidas, em tese, seriam o último estágio do processo de desinstitucionalização. Estas se configurariam como moradias geridas e custeadas⁴⁸ pelos seus próprios moradores onde uma equipe de saúde (seja de um CAPS ou de uma unidade básica de saúde) acompanharia estes moradores com uma frequência muito menor do que àqueles que residem em uma residência terapêutica. Digo “em tese” porque cada território concebe as moradias assistidas de uma maneira e porque quase não há produção acadêmica e científica sobre este dispositivo. Mas na concepção da maioria dos profissionais, as moradias assistidas são a ponta do trabalho com a desinstitucionalização já que nelas os usuários de saúde mental ocupam a cidade com o mínimo de mediação possível – já acompanhei moradia em que foi possível que os moradores prescindissem de cuidados médicos, psiquiátricos e assistenciais – das equipes de saúde. Estes dispositivos, ao ver da gestão de saúde nas cidade em que trabalhei, era um desperdício de recursos humanos e financeiros e deveria ser extinto, já os números não justificavam sua permanência, já que apenas uma parcela mínima atingia estas moradias. Quando trabalhamos regidos por instituições privadas, precisamos justificar a permanência ou não dos dispositivos que trabalhamos através de planilhas, números uma vez que estes dispositivos geram custos e, nesta lógica, é tido como supérfluo um recurso demandado por uma parcela mínima da população assistida.

⁴⁸ As moradias assistidas são casas alugadas/compradas/herdadas por usuários da saúde mental algo que não ocorre com as RTs: as residências terapêuticas são casas alugadas pela prefeitura e tem os custos de alimentação e manutenção fornecidos pela mesma.

Tais tensões, também, são refletidas em alguns discursos ressentidos: “a rede não funciona” é um dos jargões que escutamos nos cenários de prática; geralmente, este é um apontamento feito por aqueles que acreditam – ainda hoje – que os hospitais não devem ser extintos ou ainda por profissionais que já não acreditam mais no trabalho com a desinstitucionalização. A descrença no trabalho se dá, por vezes, quando nos deparamos com os nós constituídos por todos os entraves que foram mencionados até então. A postura ressentida⁴⁹ dificulta ainda mais o processo de desatar estes nós; quando apontamos o que não funciona – sem nos darmos conta que estamos incluídos neste processo – criamos uma transcendência entre o ideal inatingível e a “rede que não funciona”. Ao invés de apontar aquilo que não funciona, podemos assumir uma postura mais ativa: é possível mapear os n(ó)s – levando em consideração que somos parte destes nós - desta rede: como sustentar (e criar) os paradigmas da nossa experiência de reforma psiquiátrica no estágio em que estamos e diante do que temos? O que aconteceria se compreendêssemos estes n(ó)s como os processos de cristalizações e identificações - não só daqueles a quem cuidamos - mas das nossas práticas, do nosso movimento, da nossa militância? Nestes n(ó)s, ou pontos de congelamento, diversas forças atuam: os interesses econômicos, os interesses políticos, a luta de trabalhadores e usuários, modo de subjetivação contemporâneo, etc. Todas estas linhas configuram os dispositivos e os n(ó)s da “rede que não funciona”. A análise de tais forças se faz necessária a fim de que sejam evitados, por exemplo, os riscos da produção de novos modos de tutela e assujeitamento nos serviços substitutivos. Nesse contexto, é fundamental que nós possamos estar sempre atentos às nossas práticas, colocando-as sempre em análise, a fim de que possamos sempre estar abertos para encarnar os acontecimentos – sempre inéditos – que nosso campo de trabalho nos proporciona.

⁴⁹ No sentido Nietzscheano do termo.

3.3 O encontro com as histórias: relatos de alguns sucessos e fracassos na prática da desinstitucionalização.

O encontro com algumas histórias potencializaram as reflexões destas questões. Destas, destaco três como as mais especiais: o primeiro encontro proporcionou a entrada neste tempo mais generoso que a clínica nos exige; o segundo fez ver as acelerações em jogo, sobre tudo as que me capturaram; o terceiro fala da sincronia entre a clínica e o campo.

3.3.1 Fulano de Tal: entre o tédio e as surpresas

O primeiro destes três encontros é com um Fulano de Tal - não tinha nome - não falava e não possuía nenhum registro. Fulano não tinha nenhuma história a contar tampouco que alguém contasse sobre ele. Foi encontrado na rua em um momento em que a cidade do Rio de Janeiro receberia um grande evento, de proporções internacionais. Em alguns governos, é “comum” a retirada de pessoas que, de alguma maneira, “perturbam a ordem pública”: seja por conta de comportamentos demasiadamente excêntricos ou por pessoas que, como Fulano de Tal, destoavam esteticamente da imagem “cidade maravilhosa” vendida a países estrangeiros. Em uma ação de remoção, Fulano é retirado da rua onde foi encontrado sob o argumento de estar “muito agitado e desorientado”. Foi imediatamente internado em uma instituição psiquiátrica. Esta, por sua vez, o encaminha para o CAPS da região onde fora encontrado; neste CAPS, então, nos encontramos e eu fiquei responsável pelo trabalho com o seu caso. “Trabalho difícil”, pensei. Sem nenhum tipo de registro, sem conseguir conversar com fulano – que não conseguia pronunciar mais que algumas vogais – não sabia o que poderia fazer naquele caso. Tinha a permanência de um ano naquele CAPS e em um ano deveria trabalhar o caso de Fulano. Nosso primeiro encontro se deu quando fui visitá-lo na enfermaria em que esteve internado; pergunto seu nome, ele diz: “E”, “E”. Fala com dificuldade mas não deixa de tentar, sorri todas as vezes que me

dirijo a ele, apresenta dificuldades na comunicação, mas considero que compreende o que digo. Ele, então, pega minha caneta e eu ofereço um papel; faz alguns rabiscos, que para mim não fazem sentido. Entrega a mim sorrindo e eu insisto que me diga do que se trata. Ele não fala, apenas sorri. Tento convidá-lo para um passeio, sem sucesso. Fulano começa a me ignorar e já não pronuncia ao menos as vogais que pronunciava há poucos instantes. Sem muita expectativa de sucesso, insisti nas visitas ao hospital até que, em uma destas vezes, Fulano aceita meu convite; fomos caminhar no pátio do hospital. Andando pelo pátio, percebo que Fulano sorri sempre que vê um carro. pergunto se ele gosta de carros; ele fica eufórico e eu entendo tal reação como um sim. Prometi levar um carro na visita seguinte; a ideia era agenciar junto ao CAPS uma ida de Fulano ao mesmo. O levamos ao CAPS e com o tempo, conseguimos circular com ele pelo território onde fora encontrado (e removido). Confesso que, por vezes, me via cansada sem saber onde chegaria trabalhando com Fulano. Caminhando, entretanto, juntamos algumas peças deste quebra-cabeças: no território, algumas pessoas o reconheceram; pude ter informações sobre alguns familiares já falecidos. Agora fulano - além de sorrir e demonstrar euforia ou tristeza quando conversamos – já gesticula e tenta contar a própria história. Consegue dizer sobre situações de violência que viveu mesmo sem conseguir pronunciar uma palavra completa. Gesticula, desenha, aponta situações na rua que me dizem de sua história. No período cronológico de um ano, pudemos nos conhecer e criar uma comunicação possível que ajudou Fulano a poder dizer de sua história. Nesse período, passei por alguns momentos: um primeiro momento de tédio e desesperança, onde acreditava que não seria possível fazer muita coisa. Com uma certa insistência, pude me permitir entrar neste ritmo mais lento e me surpreendi quando percebi uma série de mudanças que não imaginava ser possível. Nos trabalhos com a musicoterapia, por exemplo, o técnico responsável pela oficina começou a cantar uma música, repetindo o que ele dizia: “e”, “e”, “e”... Fulano riu e completou a melodia “pow”, “pow” no mesmo momento em que colocava as mãos na cabeça, como se estivesse em um tiroteio. Tempos mais tarde, alguém o reconhece e nos conta sobre essa história. Fulano passou pela situação que estava no contando na música. Ele sempre surpreendia; no mês da minha despedida, falei semanalmente com ele sobre minha saída do CAPS. Ele pareceu ignorar todas as vezes que tocava neste assunto. No último dia, disse que não voltaria mais ao CAPS e que uma outra psicóloga iria acompanhá-lo. Nesse momento ele me entrega um pacote de biscoitos e me abraça. O encontro com essa história se deu em 2014, foi quando comecei a pensar – talvez de forma mais clara

- em questões envolvidas com o tempo e a clínica. O período de um ano pode ser muito curto, sobretudo na aceleração que as demandas do trabalho nos impõem. Todavia passar um ano, trabalhando um caso que parecia não caminhar, trazia sensação de tédio e era possível eu cair nesta armadilha, caso permanecesse referida as minhas acelerações. Acredito que nossa comunicação só se tornou possível na medida em que me permiti entrar no ritmo de fulano (algo que não foi nada fácil!). Só assim foi possível nesse encontro a produção de certa heterogeneidade: Se o início o tédio anunciava que eu não teria grandes surpresas, a abertura que foi se processando ao longo do percurso, possibilitou que Fulano pudesse falar de – e, quem sabe, reescrever – sua história (e que eu me surpreendesse com ela!).

3.3.2 *A overdose de novidades*

O segundo encontro foi bastante diferente: uma artista plástica, muito bem articulada, que já havia conhecido muitos países, fluente em algumas línguas. Alguém com quem conversar jamais seria um tédio. Essa moça, em determinado momento de sua vida, fora parar numa instituição psiquiátrica. Nesta, meu período de trabalho se daria no período de seis meses. Apesar de ter, aparentemente, muitos recursos para estar na vida, a artista tinha rompido todos os laços familiares, ela dizia constantemente que estava “sozinha no mundo”. Foi internada após os vizinhos chamarem uma ambulância ao verem que ela atirava todos os pertences pela janela enquanto dizia frases desconexas. Com esta artista, conversei muito, por longos períodos e a incomodava a inércia do hospital onde estava. Reclamava que naquele lugar não tinha muito que fazer; pela manhã fazia alguns desenhos e logo voltava a enfermaria. Essa situação angustiava também a mim. Comecei a procurar mais sobre a história, sobre o que poderia fazer para pensar logo a alta desta moça. Junto à equipe, em pouco tempo, conseguimos entrar em contato com alguns familiares, pesquisamos sobre o que ela teria direito ou não, sobre qual seria a melhor forma de moradia para ela: alugaria um quartinho? Uma casa? Uma residência terapêutica? Pensávamos todas essas possibilidades junto a ela que, a princípio, parecia animar-se com a possibilidade de reconstruir sua vida. Já eu, sentia que estava fazendo a coisa certa! Correndo atrás, o mais rápido possível, de possibilidades para que a permanência desta artista – com uma história tão rica – se

desse no tempo mais breve possível. Essa pressão não vinha “só” do meu desejo ou das possibilidades da moça; sentia nos meus pares esta urgência, esse foi um caso que mobilizou toda uma equipe. Conversava com ela todos os dias (quando não era meu dia de trabalho naquele hospital, a visitava no meu horário de almoço a pedido da mesma). Num destes dias, ela estava muito aflita. Dizia que alguém iria expulsá-la do hospital e que ela não tinha família, não tinha pra onde ir: “estou tendo uma overdose de novidades, são muitas soluções juntas! Eu estou desorganizada! Alguma coisa precisa morrer pra nascer outra!”. Fiquei em silêncio, as palavras dela fizeram com que eu percebesse que era hora de parar. Ela completou: “Não estou pronta, não está na hora!”. O movimento da equipe foi um choque para ela, as palavras dela foram um choque para mim. Diferente do primeiro encontro onde eu me permiti desacelerar e, assim, me permitir vivenciar os acontecimentos, neste segundo encontro eu – talvez já estimulada por um certo acúmulo de conhecimento sobre o campo, animada por uma causa ou mesmo deslumbrada pelas possibilidades que aquele encontro poderia proporcionar - entrei no acontecimento “psicóloga e militante da saúde mental”, de tal maneira que me identifiquei com alguns discursos do meu campo de trabalho. Isso se deu a tal ponto que fez com que eu cristalizasse em um caminho que não permitiu que eu enxergasse aquela moça com quem conversava todos os dias. Eu cronifiquei, ainda que na melhor das intenções.

3.3.3 O que é autonomia?

O encontro com a terceira história tem pontos que lembram um pouco da primeira, um pouco da segunda, mas que foi singular o suficiente para surpreender e tomar rumos próprios. Este se deu em uma instituição psiquiátrica – dessas bastante tradicionais – onde eu não tinha um tempo de permanência; já estava contratada por tempo indeterminado. Nela conheci um jovem, com pouco mais de trinta anos e com mais de vinte de histórico de internações em instituições asilares. Mesmo bastante jovem o rapaz contava com uma longa “carreira” na psiquiatria... carreira e histórico familiar. Apesar disso, este rapaz apresentava-se bastante autônomo na instituição. Conversávamos bastante e ele sempre soube articular muito bem seu dia-a-dia naquele espaço e falava com clareza de seus planos na vida. Começamos a planejar seu projeto de desinstitucionalização: articulamos seu acompanhamento no CAPS da região,

fizemos contato com a equipe de residências terapêuticas, resolvemos algumas pendências sociais (retirada de documentos faltantes, de benefícios, entre outras garantias necessárias para a vida fora daquele espaço institucional). O acompanhamento do CAPS não estava agradando o rapaz que logo me comunicou: “não vou mais àquele lugar!” perguntei o motivo e ele logo respondeu: “Eu chego naquele lugar e me colocam pra desenhar... quem desenha é artista ou é criança. Eu não sou nenhuma das duas coisas!” Ele tinha toda razão. A parceria com a equipe das residências terapêuticas, entretanto, mostrou-se mais potente. Percebendo que o rapaz era bastante interessado em bijuterias e piercings, a coordenadora das residências o apresentou ao oficinheiro do centro de convivência da região. A parceria foi bastante interessante; sempre que voltava das oficinas de bijuteria, o rapaz vinha mais falante... com o tempo mudou o corte de cabelo, as roupas que usava, parecia mais feliz. Fomos permitindo que o rapaz passasse algumas noites na casa onde iria morar; este período de adaptação foi bastante animador para ele e para seus companheiros de casa. Observando este movimento, fizemos sua alta. Foi um dia de muita alegria e de alguma tristeza para alguns técnicos desta instituição. Nestes espaços é comum que alguns profissionais “adotem” alguns internos. Este rapaz, com suas peculiaridades, cativou boa parte da equipe que ficou comovida com sua saída. Mas ele, entendendo esse movimento, pediu que não ficassem tristes, que ele voltaria para visitar. O rapaz – depois de uma avaliação do CAPS, da coordenação das residências e minha, enquanto técnica de referência do caso – foi para uma residência terapêutica de baixa complexidade. Neste processo, é comum que as casas, na chegada de novos moradores, funcionem alguns dias com equipes de plantão, nos moldes das casas de alta complexidade. Passado esse período de adaptação do rapaz e dos moradores da casa, a RT voltou ao funcionamento de baixa complexidade: contava apenas com um cuidador diarista (que trabalhava 8hs por dia) e um acompanhante terapêutico (trabalhando 30hs semanais). Pela primeira vez em sua vida o rapaz tinha a possibilidade de gerir sua própria vida, ainda que tivesse a disposição toda uma equipe auxiliando esta gerência. Sim, em alguns momentos foi muito para ele. Precisou ficar acolhido no CAPS da região algumas vezes (que, por sorte, era um CAPS III, com acolhimento noturno); algumas vezes se colocou em risco, ficou endividado, brigou com moradores, roubou café... Mantive contato com a equipe da residência do rapaz. Concordávamos que seria um desafio dar a este rapaz a possibilidade de gerir sua própria vida mas também estávamos de acordo que ir para esta casa foi o melhor que poderia ter acontecido com ele, que a ocupou do jeito que podia. A instituição em que

ele estava internado – e que eu, na época trabalhava – contudo, não concordava conosco. Diziam constantemente que havíamos errado, que ele estava em risco, que havia regredido: “aqui dentro ele fazia de tudo, tinha *autonomia*! Agora só se mete em confusão” diziam alguns. Pensava nesse desafio... O que eles chamavam de autonomia? É fácil parecer autônomo em um espaço controlado, sabendo a hora de acordar, comer, dormir e tomar as medicações. Sobretudo para alguém que há mais de 20 anos vivia sob esse regime. Entendi que a “desorganização” desse rapaz diante da nova casa e da vida que o invadia, era um movimento de saúde de alguém que foi cronificado por toda uma vida. Claro que estávamos ali, ao seu lado, o auxiliando neste processo mas seria demasiadamente ingênuo de nossa parte supor que este processo se daria sem maiores transtornos. Se assim fosse, este rapaz estaria reproduzindo a “ordem” que todas as instituições pelas quais passou o convocaram. Dessa vez, mesmo com algumas críticas, pude sentir este processo; pude perceber que ele estava acontecendo.

Considerações finais: Como resistir sem ressentir?

“... E não somente o fascismo histórico de Hitler e Mussolini — que soube tão bem mobilizar e utilizar o desejo das massas —, mas também o fascismo que está em todos nós, que ronda nossos espíritos e nossas condutas cotidianas, o fascismo que nos faz gostar do poder, desejar essa coisa mesma que nos domina e explora.” (Foucault, 1993, p. 199)

Ao escrever o prefácio americano do livro *O Anti-Édipo*⁵⁰, Foucault lista três daqueles que considera os piores inimigos do “Anti-Edipo”, são eles: Os burocratas da razão, Os técnicos do desejo e os fascistas. Sobre Este último grupo, Foucault (1993) tece considerações muito importantes. Os fascistas são os maiores inimigos, os adversários estratégicos, mas engana-se quem imagina que Foucault (1993) refere-se apenas à Hitler ou Mussolini; o fascismo histórico só se tornou possível porque se agenciou com o fascismo que existe em cada um de nós. É neste ponto que somos convocados a pensar sobre nossa paixão pelo poder e sobre nosso (micro)fascismo cotidiano:

“Como fazer para não se tornar fascista mesmo (e sobretudo) quando se acredita ser um militante revolucionário? Como livrar do fascismo nosso discurso e nossos atos, nossos corações e nossos prazeres? Como desentranhar o fascismo que se incrustou em nosso comportamento?.” (Foucault, 1993, p.199)

Ao fazer tais questionamentos, Foucault nos coloca em cena e faz ver que nós também somos fascistas quando, uma vez apaixonados pelo poder, recorremos as totalizações, as formas, aos ideais em detrimento das multiplicidades, do coletivo e da diferença. Somos fascistas quando nos ressentimos diante daquilo que nos acontece, somos fascistas quando negamos a vida os acontecimentos. Negamos a vida, não só, quando a mimetizamos, quando a desqualificamos dizendo que “esta não é a verdadeira vida” ou que “a felicidade não é deste mundo”. Negamos a vida, também, quando nos intoxicamos de “valores humanos” ou quando nos cansamos e já não vemos mais sentido em nada. Estas duas últimas formas de negar a vida são as que mais assustam, são as mais próximas de nós. Quando nos apegamos a “valores humanos” corremos o sério risco de tornar estes mesmos valores transcendentem; desprendemos estes valores

⁵⁰ Livro dos autores Deleuze e Guatarri

da vida. E, quando isso acontece, nos cristalizamos, ressentimos. Muitas vezes lutamos por uma sociedade sem manicômios ao mesmo tempo que reproduzimos as relações manicomiais em nosso cotidiano; muitas vezes criamos manicômios à céu aberto. Diante disso, muitas vezes nos cansamos e deixamos de acreditar na mudança e, nos protegendo das frustrações constantes, desacreditamos nesta possibilidade. Assim, podemos migrar do polo fervoroso da militância pelos valores humanos ao polo da negação completa destes mesmos valores; cansados, descremos de nós mesmos. Dois polos, um mesmo movimento: a negação da vida. Os valores só possuem a potência de transformar quando estão ligados à vida e a seus processos.

Diante de tais considerações, surge a pergunta: como resistimos sem ressentir? A resistência efetiva se processa na criação das multiplicidades, na criação de valores. É a criança Nietzscheana⁵¹ na sua eterna afirmação. Resistimos verdadeiramente quando contribuímos para a produção da diferença e assim afirmamos a vida em sua multiplicidade de modos e ritmos. Por isso resistir pode ser compreendido como re-existir, como existir de uma outra maneira ainda não imaginada, não experimentada. Resistir é estar aberto a novas possibilidades estar (e se produzir) na vida. Seja em nosso cotidiano, em nossas práticas, com nossos usuários. Algo que muitas vezes não é simples, dados os contextos em que nos vemos inseridos. Pode não ser simples, mas é possível. Possível na medida em que nós deixamos nos ressentir com o “assim foi”, quando esquecemos e assim, nos abrimos para os acontecimentos. Vale frisar que este esquecimento não apaga/nega a história – algo que também se configuraria como uma negação da vida – mas, simplesmente, a liberta do ressentimento e nos liberta das amarras das identificações. Quando isto acontece, nos afastamos de nossos fascismos cotidianos; quando isto acontece nos tornamos mais ativos e deixamos de nos ressentir com a história. Que possamos, então, (r)existir diariamente!

⁵¹ Refiro-me a figura da criança que Nietzsche apresenta no texto *Das três transformações* (Nietzsche, 2012, p. 34).

Referências Bibliográficas:

- Agostinho, S.** Coleção Os Pensadores. Nova Cultural: São Paulo- SP, 1999.
- Amarante, P.** Revisando os paradigmas do Saber Psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica. In: *Loucos pela Vida*. Fiocruz: Rio de Janeiro-RJ, 2010. p. 21-50.
- Amarante, P.** Saúde mental e atenção psicossocial. Fiocruz: Rio de Janeiro-RJ, 2015. p. 21-60.
- Candiotto, C.** (2012). Disciplina e segurança em Michel Foucault: a normalização e a regulação da delinquência. In: *Psicologia & Sociedade n° 24*. p. 18-24.
- Carroll, L.** Alice no País das Maravilhas. Summus: São Paulo-SP, 1980.
- Carroll, L.** Através do Espelho e o que Alice encontrou lá. Summus: São Paulo-SP, 1980.
- Civita, V.** *Comte, Vida e Obra*. In: Os Pensadores. Abril: São Paulo, 1978. p. XIII.
- Deleuze, G.** *¿Que és um dispositivo?* In: Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa: 1990. p. 155-162. Tradução: Wanderson Flor Nascimento.
- Deleuze, G.** *Rachar as coisas, rachar as palavras*. In: Conversações. Editora 34: São Paulo, 2013 p.109-121.
- Deleuze, G.** *Primeira série de Paradoxos: do puro devir*. In: Lógica do sentido. Perspectiva: São Paulo-SP, 2003. p.1-3.
- Deleuze, G.** *Segunda série de paradoxos: dos efeitos de superfície*. In: Lógica do sentido. Perspectiva: São Paulo-SP, 2003. p. 5-12.
- Deleuze, G.** *Décima segunda série de paradoxos: Sobre o paradoxo*. In: Lógica do sentido. Perspectiva: São Paulo-SP, 2003. p. 77-84.
- Deleuze, G.** *Vigésima primeira série de paradoxos: Do acontecimento*. In: Lógica do sentido. Perspectiva: São Paulo-SP, 2003. p. 151-156.
- Deleuze, G.** *Vigésima terceira série de paradoxos: Do Aion*. In: Lógica do sentido. Perspectiva: São Paulo-SP, 2003. p.167-173.
- Foucault, M.** A Arqueologia do Saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- Foucault, M.** *A ética do cuidado de si como prática de liberdade*. In Ditos & escritos V. Forense Universitária: Rio de janeiro, 2004. p. 264-287.

- Foucault, M.** *O Nascimento do Hospital*. In: *Microfísica do Poder*. Graal: São Paulo, 2011. p. 99-112.
- Foucault, M.** *Por uma vida não fascista*. In: *Cadernos de Subjetividade/Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP*. – v. 1, n. 1 (1993) – São Paulo, 1993. p. 197-200.
- Foucault, M.** *Sobre a História da Sexualidade*. In: *Microfísica do Poder*. Graal: São Paulo, 2011 p.243-276.
- Galletti, M.** *Oficinas em saúde Mental: Instrumento terapêutico ou Intercessor Clínico?* UGC:São Paulo-SP, 2005.
- Goffman, E.** *Manicômios, Prisões e Conventos*. Perspectiva: São Paulo, 2013.
- Huxley, A.** *Admirável mundo novo*. Globo: São Paulo-SP, 2009.
- Leminski, P. e Suplicy, J.** *Winterverno*. Iluminuras: São Paulo-SP, 2001.
- Lourau, R.** *Análise institucional e Práticas de Pesquisa*. UERJ: Rio de Janeiro, 1993.
- Lourau, R.** *O instituinte contra o instituído*. In Altoé, S. (org) René Lourau: analista institucional em tempo integral. Hucitec: São Paulo, 2004.
- Nietzsche, F.** *Da redenção*. In: *Assim falava Zaratustra*. Saraiva: Rio de Janeiro-RJ, 2012.
- Passos, E.; Benevides, R.** *Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo*. *Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC/RJ)*, PUC-RJ, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.
- Pelbart, P.** *A Nau do tempo Rei*. Imago: Rio de Janeiro – RJ, 1993.
- Rodrigues, C. e Tedesco, S.** *Por uma perspectiva ética das práticas de cuidado no contemporâneo*. In: *Ética e Subjetividade*. Novos impasses no contemporâneo. Rio Grande do Sul: Sulina, 2009.
- Rotelli, F.; Nicácio, F.** *Desinstitucionalização*. Hucitec: São Paulo, 2001.