

“Quando eu descobri que não era Nise”: produções manicomiais no contexto hospitalar

“When I found out I wasn’t Nise”: asylum productions in hospital context

"Cuando yo descubri que no era Nise": producciones manicomiales en el contexto hospitalario

Rayanne Suim Francisco

Faculdade Norte Capixaba de São Mateus, São Mateus, ES, Brasil

Resumo

O objetivo deste artigo é problematizar o cenário atual da saúde mental no Brasil, mais especificamente dos pacientes internados em hospitais gerais com demanda de crise psíquica, pensando o lugar de cuidado que a psicologia ocupa e produz nesse contexto e também a (re)produção de lógicas manicomiais e medicamentosas que ainda atravessam os equipamentos e profissionais da saúde. As experiências narradas neste trabalho fazem parte das vivências cartografadas em um hospital geral no estado do Espírito Santo, onde atuo como psicóloga atendendo pessoas acometidas de transtorno mental, conforme deliberado pela lei 10.216. As narrativas foram construídas no formato de carta, com o objetivo de mobilizar uma escrita viva, interconectada à análise das problemáticas apresentadas; bem como o de fissurar o modelo de ciência hegemônico que prevalece no contemporâneo.

Palavras-chave: hospitais gerais; saúde mental; psicologia.

Abstract

The objective of this article is to problematize the current mental health scenario in Brazil, more specifically of patients admitted in general hospitals with demands for psychic crisis, thinking about the place of care that psychology occupies and produces in this context as well as the (re)production of mental and pharmacological logics that still cross equipment and health

professionals. The experiences narrated are part of the livingness mapped in a general hospital of the state of Espírito Santo, where I work as a psychologist, caring for people suffering from mental disorder, as deliberated by the law 10.216. The narratives were weaved in the form of letters, with the purpose of mobilizing a living writing, interconnected with the analysis of the presented problems; as well as to fissure the hegemonic science model that prevails in contemporary world.

Keywords: general hospitals; mental health; psychology.

Resumen

El objetivo de este artículo es problematizar el escenario actual de la salud mental en Brasil, más específicamente de los pacientes internados en hospitales generales con demanda de crisis psíquica, pensando el lugar de cuidado que la psicología ocupa y produce en ese contexto y también la (re) producción de lógicas manicomiales y medicamentosas que aún atraviesan los equipos y profesionales de la salud. Las experiencias narradas en este trabajo forman parte de las vivencias cartografiadas en un hospital general en el estado de Espírito Santo, donde actúo como psicóloga atendiendo personas acometidas de trastorno mental, conforme deliberado por la ley 10.216. Las narrativas fueron construidas en el formato de carta, con el objetivo de movilizar una escritura viva, interconectada al análisis de las problemáticas presentadas; así como el de fisurar el modelo de ciencia hegemónico que prevalece en el contemporáneo

Palabras-clave: hospitales generales; salud mental; psicología.

Introdução

Em primeiro lugar, é preciso contextualizar a produção deste artigo. Estamos em 2018, passados aproximadamente dezessete anos da primeira lei que garantiria os direitos dos sujeitos submetidos a tratamento em saúde mental. Tais direitos envolvem a reinserção social daqueles institucionalizados durante

longos anos (alguns, por toda a vida) e/ou afastados do convívio comunitário; direito a tratamento em liberdade, humanizado, digno, responsável, terapêutico, etc. (Brasil, 2015).

Estamos falando do lugar da psicologia nesse processo de constituição de novas práticas de cuidado, interessados em pensar e problematizar o atual cenário vivenciado por pacientes de saúde mental

nos hospitais gerais, haja vista que com as novas políticas de saúde mental a internação deveria ser a última estratégia de assistência, quando todas já estivessem esgotadas e, claro, em respeito aos princípios da legislação estabelecida através da lei 10.2016 (Brasil, 2001).

No caso deste trabalho, as experiências narradas fazem parte de vivências cartografadas especificamente em um hospital geral no estado do Espírito Santo, onde sou psicóloga. O estabelecimento atende, em caráter de urgência e emergência, pessoas acometidas de transtorno mental e, conforme será possível notar ao longo do texto, tem (re)produzido lógicas manicomialistas contrárias aos princípios fomentados pelo Sistema Único de Saúde e pela lei 10.216.

Para narrar tais experiências, faremos uso de um dispositivo metodológico não convencional, de escrita literária, que aciona afetos de difícil acesso em se tratando da escrita acadêmica hegemônica. Esse dispositivo é a carta, pensada como instrumento que mobiliza uma escrita viva, orgânica, dinâmica e inventiva, interconectada à produção e à análise das problemáticas apresentadas.

A carta, apesar de situar-se mais próxima da literatura do que da ciência positivista em vigência no ocidente, faz parte de diversas trajetórias de descobertas científicas, sociológicas e filosóficas em

nossa evolução enquanto humanidade. As maiores personalidades da nossa história trocaram cartas em seus processos de fazer ciência, bem como em dinâmicas responsáveis pelo desenvolvimento de conceitos filosóficos, de instrumentos tecnológicos, obras artísticas, etc., o que denota a importância da carta na construção do conhecimento humano.

O uso da carta como dispositivo metodológico é orientado pela pesquisa-intervenção (Passos & Barros, 2009), portanto, um uso político que afirma uma escrita que povoa o campo interventivo, influi sobre ele e se alia a ele, performando-o junto aos seus atores e distanciando-se da descrição racional e asséptica que o cientista tradicional busca construir. Assim, almejamos o fomento de novas políticas de produção de conhecimento – neste caso, a partir da cartografia como *ethos* do pesquisador e da escrita literária como dispositivo de análise manejado por ele.

A atitude do cartógrafo convoca uma atenção aberta à “rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente” (Barros & Kastrup, 2009, p.57), pois atento aos processos vivenciados, o cartógrafo assume um movimento de espreita às problemáticas e aos desvios criados a partir da sua inserção

no campo, interessado na análise dos efeitos e constituições que a sua presença provoca, produzidos inclusive com a própria escrita.

A escrita, no intuito de acompanhar-intervir nessa rede de forças, foge do registro seletivo das descobertas que lograram êxito e age como “um campo de luta [...] que não oculta as suas marcas, mas que preza por afirmá-las” (Moraes & Bernardes, 2014, p. 8), aliando-se à literatura na criação de uma saúde, de uma possibilidade de vida (Deleuze, 1997, p. 15) que emerge das adversidades insurgentes nos processos de fazer-intervir.

Na ocasião deste trabalho, o uso da carta é efeito de um movimento cartográfico e literário, uma aposta na criação de campos problemáticos incessantes, convocando tanto a problematização da escrita racional e descritiva a que a ciência moderna almeja, quanto o lugar de distanciamento que se propõe ocupar o pesquisador/trabalhador. Como mencionado anteriormente, a carta aciona afetos mútuos entre o leitor e o escritor, implicados em sua narrativa; afetos que permitem ao último “entrar em relação com os heterogêneos que o cercam, agir com eles, escrever com eles” (Barros & Kastrup, 2009, p.57).

Desse modo, a carta é uma provocação aos pressupostos racionalistas da modernidade. Uma provocação, principalmente, às relações de saber-poder que se exercem entre pesquisador e objeto

de análise, haja vista a relação horizontal e rizomática produzida pela carta que nos remete à incerteza (será lida? rasgada? respondida? vai produzir estranhamentos? questionamentos?), ao endereçamento, à parceria e às conexões (Moraes & Bernardes, 2014, p. 9) possíveis entre quem escreve e quem lê.

Escolhi escrever à Nise da Silveira devido a sua história de luta no cenário da saúde mental, sempre a travar batalhas contra as formas de poder instituídas em hospitais psiquiátricos – seja na figura dos especialistas, dos agentes da consciência ou de nós mesmos –, construindo planos imanentes à criação da vida-inventiva em espaços mortizados.

Nise – mulher, nordestina, artista – enfrentou as formas mais enrijecidas e arbitrárias de trabalho e geriu um ateliê de pintura junto aos pacientes institucionalizados (Rayze-Pereira, 2003) quando era psiquiatra no hospital Pedro II. Nesse momento da história, em meados da década de 50, as únicas alternativas para o tratamento da loucura eram curativas, normalizadoras, medicamentosas e disciplinares, submetendo os pacientes a torturas físicas, psíquicas, simbólicas, além de considerá-los incapazes, perigosos e inaptos a viver em sociedade (Foucault, 1978).

Nise, que escreveu à Espinoza e se correspondeu por cartas com Jung, dedicou

grande parte da sua vida a pensar a loucura de um modo não-convencional, imbricada à potência de invenção do paciente psicótico. Este, em parceria com Nise, desarranjou o saber médico psiquiátrico patologizador, convertendo o picador de gelo – tão utilizado em procedimentos de lobotomia – em pincel de tinta a óleo¹.

As alianças com a arte e a literatura abriram espaço para a compreensão da loucura a partir de experiências de criação e inventividade, imanentes a uma vida que se faz como obra de arte (Foucault, 2004), fissurando o modelo cientista-especialista cuja racionalidade foi/é necessária à produção de homogeneidade e controle dos sujeitos, ainda hoje (Foucault, 2008).

“17 de janeiro de 2018, Querida Nise...”

Ando vivenciando tempos que não deveriam ser os nossos. Vez em quando, ao olhar para aquele corredor estreito, me questiono: haveria eu me perdido em algum momento do século passado?

Tento me convencer da ausência de celas gradeadas, solitárias, e quem sabe do cheiro insuportável que deveria existir em um hospital psiquiátrico. Mas nem sempre consigo. Vacilo. E, nesse momento vertiginoso, não cessam os pensamentos. Novamente questiono: seria possível que tudo o que foi abandonado pudesse voltar

sob a pele de um mesmo que não é mais o mesmo?

Para me fazer compreender melhor, gostaria de lhe contar duas histórias – para contá-las, lanço mão de um dispositivo² que me permite cuidar dessas histórias, misturá-las, inventá-las, potencializá-las, narrando-as em um plano nu e cru da vida humana. Trata-se de um plano imanente (Deleuze & Parnet, 2004), concreto, encarnado, que possibilita o manejo de personagens conceituais (Deleuze & Guattari, 1992), os quais chamarei Ana e Lúcio. Os personagens são imbricados em uma teia de narrativas e experiências vivas, corpos atravessados “por muitos outros corpos pelos quais fomos afetados e que também afetamos ao longo do nosso trabalho” (Francisco & Tavares, 2017, p.11) em um hospital geral no estado do Espírito Santo.

Portanto, os personagens conceituais constroem e manejam as narrativas aqui apresentadas, criando conceitos na participação ativa das suas histórias, desapossados de um “eu” aprisionado em uma identidade individualizada, não se tratando deste ou daquele indivíduo, mas dos agenciamentos coletivos que não possuem sujeito nem objeto (Deleuze & Guattari, 2011).

Conheci Ana beirando os seus dois meses de internação involuntária. Involuntária, à medida que Ana em nenhum momento desejou ser hospitalizada. Velha,

preta, pobre, com a cara feita em dobras pelo extenso tempo de serviço em sol a pino, trabalhara desde os sete anos em casas de família: roçando terrenos e fazendo artesanato, tapetes, biju, farinha. Ana tinha a dureza da vida em seus olhos. A força da vida também. Uma vez, me disse que tomaria remédios para morrer caso não a deixassem ir para casa. Hoje, penso se Ana não estava reivindicando o seu direito de morrer como bem quisesse.

Quando descobriram o seu problema de saúde mental, exigiram que fosse tratada pela medicina convencional. Ana negou. Em nossas inúmeras conversas, teimava em dizer que estava tudo bem. Sentia-se bem. Desejava deixar o hospital para cuidar das coisas que haviam ficado paradas no mundo lá fora. Eles lhe negavam esse direito.

Era possível acompanhar as relações de força (Foucault, 2004) que se exerciam ali, naquele recorte da sua história. Ana, pobre, preta, mulher, questionava o discurso médico com o rosto do homem branco, que tentava incidir e decidir sobre a sua vida. Ana resistia.

Por diversas vezes, como psicólogos, somos convocados a tentar barrar tais resistências. O ambiente do hospital, a partir da inserção do saber médico ainda no século XVIII (Foucault, 1979), tem produzido e atualizado práticas

de controle e disciplinamento dos corpos através da figura do especialista.

Assim foi com a psiquiatria, quando você, ainda jovem, também enfrentou o rosto do médico, homem, branco, para abrir passagem a movimentos de criação e de vida no ambiente hospitalar. Assim ainda é, também com a psicologia, talvez com novos rostos e roupagens.

Em muitos momentos, seguimos movimentando dispositivos de poder produtivos, fluidos e velozes, que auxiliam na captura e docilização dos corpos no fomento de uma falsa saúde, camuflada pelo discurso “é para o bem do paciente”. A velha lógica tutelar... a tal gestão da vida e da morte³.

Com o rosto do especialista, seguimos vigiando passos, negando discursos, fortalecendo práticas moralistas e repressivas; ao mesmo tempo fortalecendo a indústria farmacológica, o saber biomédico, a patologização e a psicologização da vida.

Dizemos a Ana: “você não sabe o que é melhor para você, mas nós [os especialistas médicos, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, fisioterapeutas etc.] sabemos”; “não resista, estamos cuidando de você”; “você só vai embora quando aceitar tomar a medicação”; ou ainda “você não está em condições mentais para decidir”, “não é remédio, é só uma vitamina para o cérebro”.

Canguilhem (2009) já nos alertava sobre as necessárias rupturas para se alcançar um novo modo de pensar a saúde, sinalizando que um corpo está saudável quando produz novas normas diante das adversidades e cria outras possibilidades de existência quando se depara com conflitos importantes.

Não há, pois, ausência de doença, mas invenção de práticas de vida. Como quando Ana diz que está bem e quer voltar para casa, diz que quer fazer os seus tapetes e bijus, cuidar da sua horta, sair para dançar: isso é produção de vida que emerge das adversidades.

Podemos pensar, junto a Canguilhem (2009), que Ana não adoce pela desordem mental; ou pelo câncer; ou pelos rins que não funcionam; ou por achar que está gestando um filho de deus e por ser noiva de Elvis Presley, mas pela dificuldade de dar vazão ao seu desejo de criação e ao movimento de invenção de novas possibilidades. Nesse cenário, “os próprios intelectuais fazem parte deste sistema de poder, a ideia de que ele são agentes da consciência e do discurso também faz parte deste sistema” (Foucault, 1979, p.71) que tenta invalidar o discurso de Ana, almejando fazê-la viver de um determinado e único modo, no caso, que ela seja produtiva e funcional aos preceitos capitalistas.

O que nos caberia, então, como intelectuais, Nise? O que lhe coube quando, mulher, nordestina, psiquiatra, fez devir das tantas formas absolutas e enrijecidas nas quais a figura do especialista poderia lhe capturar? Devir outra coisa que não era a psiquiatria, devir-artista, talvez... devir-mulher, devir-nordeste. Como fazer?

Deleuze (1974) nos dá pistas ao questionar o devir: um “fluxo de palavras, um discurso enlouquecido que não cessaria de deslizar sobre aquilo a que remete sem jamais se deter”? (Deleuze 1974, p.8). Devir a perda do nome próprio, quer dizer, não se fixar em uma identidade, em um “eu” que repousa no saber; destituir-se das rostidades⁴ dos corpos organizados, dos especialismos; lutar contra os agentes da consciência e do discurso.

Seria este o caminho? Lispector (2015) dizia que “perder-se também é caminho” (p.127). E como seria, então, para nós, se esse caminho não trilhasse um destino pronto? Se, enfim, produzíssemos fissuras à figura do especialista e abríssimos passagem ao pesquisador-nômade, aberto ao acontecimento?

Acontecimento, segundo Deleuze (1974), é quando nos encontramos com Ana e algo em nós desliza, nosso discurso se desestabiliza, nossas verdades se perdem de si mesmas.

Nise, escrevo-lhe porque acredito que escrever é acontecer, é forçar o

pensamento, e que forçar o pensamento é perder-se de si mesmo. Veja bem, perder-se de si mesmo para reencontrar-se com aquilo que podemos ser: estrangeiros em territórios desconhecidos.

Tenho visto, em meu processo como psicóloga, a produção de caminhos que dificultam os desvios e as experiências nômades. No lugar dessa experiência, há a afirmação de normalidades, a condução de dispositivos disciplinares, os castigos físicos, a moralidade, a produção de silenciamento e os corpos dóceis.

Tenho visto Ana ser assujeitada, e em muitos momentos a luta se torna cansativa e perigosa. Lutar contra as formas de poder que se instauram em nós é perigoso, pois diz de um deslocamento em nós mesmos e em nossas práticas e não apenas naquilo que poderíamos pensar como um Estado, um Governo (Deleuze & Parnet, 2004) ou o próprio hospital. Nesse sentido, o corpo parece não suportar o devir-louco que arrasta e destrói os adjetivos de parada e repouso – “preta, pobre, insana, perigosa”.

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. Assim, o eu pessoal tem necessidade de Deus e do mundo em geral (Deleuze, 1974, p.9).

Parecemos não suportar a instância do paradoxo, da ausência da forma, o não-lugar, e seguimos repetindo “preta, pobre, insana, perigosa...”.

Com Lúcio não foi tão diferente. “Louco, preto, pobre, irracional, perigoso”: assim o identificaram e amarraram em uma cama por longos dias. Não sei. Parece-me que o corpo do louco é corpo nômade, quer dizer, corpo sem órgãos (CsO) (Deleuze & Guattari, 2011) que se desfaz de uma organização capitalista produtiva, que se destitui de uma funcionalidade hierarquizada e é forçadamente organizado com medicamentos, dopado, anestesiado.

Aqueles que tentam tomar posse, os especialistas – nós –, colonizadores sedentários, vêm munidos de um saber/poder que constitui a loucura a partir de um discurso teórico e de um sistema de coerção que lutam para se tornarem inquestionáveis.

“O doente mental se constitui como sujeito louco em relação e diante daquele que o declara louco” (Foucault, 2004, p.276). Não é por acaso, Nise, que o tal sujeito louco surja onde há um máximo de coerção para obrigá-lo a se constituir como tal (Foucault, 2004) e que, objeto de um discurso teórico atrelado à delinquência e à periculosidade, ele seja submetido a instrumentos de disciplina e controle – como a camisa de força convertida às atuais

contenções mecânicas e químicas, por exemplo, ou ao cuidado tutelar.

É difícil encontrar quem tenha coragem para arrancar as amarras de Lúcio, há dias em uma cama de hospital com faixas nos pés e nas mãos. São as próprias amarras que produzem a sua loucura – sem elas, Lúcio deixa de existir nesta condição, produzindo um rasgo no sistema do saber/poder que incide sobre a sua história.

Lúcio não é contido e disciplinado porque é louco-perigoso. Ele se torna louco quando se encontra com o psiquiatra, com o psicólogo, com o enfermeiro que o submetem a um sistema de coerção. Pensando com Foucault (2004), é a coerção e o discurso do especialista, dentro de um jogo de verdades e relações de força, que produzem a loucura como a conhecemos em nosso tempo, e não o contrário.

A ausência de coragem, Nise, me lança a encarar o fato de que não sou você. Que me falta potência para desatar as amarras, para enfrentar e destituir os discursos, as práticas coercitivas, a produção do personagem criado por nós: Lúcio, agressivo, perigoso, delinquente, louco, desorientado, delirante.

E, assim, Lúcio cumpre o seu papel, tornando-se, como desejamos, todos os adjetivos que atribuímos a ele. Faz da linguagem, do significante e do significado, sua matriz de ação.

Lúcio, então, fala em línguas, torna-se rebanho, chama pelo pastor e pela igreja. Mas Lúcio é paradoxo, faz rizoma. “A árvore impõe o verbo ‘ser’, mas o rizoma tem como tecido a conjunção e... e... e...” (Deleuze & Guattari, 2011, p.48).

Lúcio torna-se o personagem, mas também escapa. Algo o aprisiona, mas as correntes só existem porque Lúcio é capaz de movê-las e arrancá-las, e libertar-se, e... algo desliza. Desloca. Muda de lugar. Lúcio chama por Exú e Xangô, diz ser o demônio de três cabeças. “Meu corpo está morto em um mar vermelho”, diz Lúcio. Ele recusa o Deus hegemônico de rosto branco, recusa o eu e o mundo desse mesmo rosto de Deus. Ele diz: “não é Lúcio que está aqui, Lúcio está morto”. E quem está aí? Questionamos. Lúcio responde, “somos vários, somos muitos”. Os que estão presentes fazem orações. Lúcio, contudo, persiste em nos comunicar:

quando os substantivos e adjetivos começam a fundir, quando os nomes de parada e repouso são arrastados pelos verbos de puro devir e deslizam na linguagem dos acontecimentos, toda identidade se perde para o eu, o mundo e Deus (Deleuze, 1974, p.9).

Lúcio canta. Faz o verbo **cantar** arrastar os nomes de parada e repouso. Tropeça na linguagem, estranha a língua materna e produz a sua própria, nômade.

Lúcio resiste. Ele entoia “**urô, uro-ê, quimurô, quimuro-ê, quimurô, quimuro-ê, quimurô...⁵**”.

Resistência. Lúcio embaralha os códigos que tentam produzir verdades sobre suas experiências. Embaralha a língua e desentende o saber do especialista. Ele “constitui multiplicidades lineares a n dimensões, sem sujeito nem objeto, exibíveis num plano de consistência e do qual o Uno é sempre subtraído ($n-1$)” (Deleuze & Guattari, 2011, p.43).

E nós? Somos capazes de escutar? Com qual ouvido escutamos a sua canção? Haldol? Olanzapina? Surto psicótico? Possessão demoníaca? Delírio de grandeza?

Nise. Sempre ouvi histórias sobre os grandes campos de concentração nazistas, questionando quem seria capaz de tamanha atrocidade. Como foram capazes? Quem era aquele monstro que tinha a coragem de apertar o botão das câmaras de gás?

Hannah Arendt (2013) nos advertiu que aquele monstro éramos nós. Ou que poderia ser qualquer um de nós. E que aquele rosto bestial com o qual estávamos escandalizados era, na verdade, o rosto habitual, branco, de um burocrata que apenas cumpria a sua função.

Quantos de nós somos o rosto desse burocrata? Quantos de nós apertaríamos aquele botão apenas por cumprir nossa função, ou por medo de perder o emprego, a vida, a estabilidade financeira, etc.? Essas

perguntas me têm abarullhado desde que me encontrei com Lúcio e Ana. Exatamente no mesmo momento em que descobri que não poderia ser você. Como ser Nise, devir-Nise?

Como ser mulher-multidão em uma turma exclusiva de homens brancos, médicos psiquiatras, em um momento da história de extrema misoginia? Como ser mulher-multidão a trabalhar em um hospital psiquiátrico, rodeada pela mesma supremacia branca e masculina que tratava a loucura com eletrochoque e lobotomia, com castigos físicos e torturas; como desafiar o modelo médico racionalista e criar um ateliê de arte com os ditos loucos, pobres, perigosos? Como desatar os nós que amarram Lúcio em sua cama por tantos dias, sem temer os efeitos do ato? Sem cair no discurso da loucura perigosa ou do medo de perder o emprego ou do “para o bem do paciente”?

Nise, em algum momento você teve dimensão da sua coragem? De todos os devires incapturáveis que foi capaz de suscitar?

Veja bem, é importante frisar que não tenho a intenção de transformá-la em uma mártir. Escrevo-te pensando em convocar a construção de devires-Nise, entendendo-os como um movimento, uma virtualização, um campo problemático aberto (Lévy, 1996) rumo à criação de novos territórios e novos possíveis.

Portanto, não falo aqui de uma identidade Nise da Silveira, mas de uma ética, uma postura diante do mundo, que não pretende capturar, controlar, disciplinar – e sim deslocar, romper, movimentar.

Para convocar esse movimento, é preciso acionar e expandir os devires-Nise em nós; precisamos interrogar as instituições que nos atravessam, “produzir conhecimento a partir de suas contradições” (Romagnoli, 2014, p.47).

Para tanto, precisamos sustentar a coragem de nos perguntar: quais devires acionamos em nós e em nossas práticas? Quais rostos somos capazes de desfazer? A serviço de que máquina atuamos? Câmaras de gás? Contenções químicas e mecânicas? Práticas tutelares?

Nise. Seria possível que tudo o que foi abandonado pudesse voltar sob a pele de um mesmo que não é mais o mesmo?

A lei 10.216 chegou para garantir que a loucura não fosse mais trancafiada (Brasil, 2001). Com a reforma psiquiátrica, ocorreu o processo de desinstitucionalização: a destruição dos confinamentos asilares; a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Residências Terapêuticas; a reestruturação da rede de atenção à saúde mental que primou pela reinserção do louco na sociedade e definiu tratamentos mais humanizados, sem lobotomia, sem

eletrochoque ou quaisquer castigos físicos (Dimenstein, 2006).

O hospital, nesse cenário emergente, seria a última alternativa para o tratamento, quando todas as outras estivessem esgotadas, sempre prezando pelo bem-estar e pela autonomia do sujeito.

O que não prevíamos, talvez, era que a lógica manicomial encontrasse brechas e se infiltrasse nos equipamentos pensados para promover liberdade, provocando “desejos de manicômio” (Dimenstein, 2006, p.78).

Não se deve perguntar qual é o regime mais duro, ou o mais tolerável, pois é em cada um deles que se enfrentam as liberações e as sujeições. Por exemplo, na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, o atendimento a domicílio puderam marcar de início novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos (Deleuze, 1992, p.220).

A lógica manicomial também está em nós. Em muitos momentos, giramos as engrenagens dos seus maquinários e equipamentos. Também suscitamos e atualizamos os generais que clamam por ordem, disciplina e controle ou os filantropos que tutelam os ditos carentes e degenerados.

Se, por um lado, comemoramos a criação de redes para o cuidado em

liberdade, por outro, não podemos parar de analisar as nossas implicações, pois “a implicação denuncia aquilo que a instituição deflagra em nós” (Romagnoli, 2014, p.47): quais práticas fomentamos nesses espaços? Quais máquinas acionamos? Apertamos quais botões e de quais engrenagens?

Nise. Eu escrevo. Escrevo porque a escrita é máquina de guerra (Deleuze & Guattari, 2011). Escrita viva que maquina revoluções moleculares, revoluções-em-nós que nos transformam em laços, em aliança.

Escrevo porque escrever nos permite forjar alianças com um pensamento nômade e desconhecido que é puro ato de criação. Porque escrever nos desloca de um lugar comum e produz em nós vida inédita e nascente. Escrever nos encoraja a traçar mapas diferentes dos habituais – a própria escrita é criação desses mapas, é pensar e criar coletivamente.

Escrevo para que Aion⁶ faça das histórias de Lúcio e Ana memórias incapturáveis de luta e resistência, de coragem de morte e anseio de vida-outra. Nise... é preciso coragem. Que tenhamos coragem para lutar...

Um abraço fraterno.

Articulação em rede e análise de implicação nos serviços de saúde mental: é preciso continuar pensando...

A lei 10.216, diante do campo de luta no qual fora criada, objetiva o atendimento à loucura em liberdade, proporcionando espaços de diálogo e debate entre os trabalhadores da saúde mental e embasando o funcionamento de equipamentos revolucionários responsáveis pelas rupturas asilares, pela compreensão da importância do fortalecimento territorial e da (re)inserção comunitária do usuário. Ainda assim, nestes mesmos equipamentos e entre os trabalhadores, persiste a lógica manicomial e medicamentosa que interdita a loucura (Alverga & Dimenstein, 2006).

Nota-se, nos diversos estudos realizados (Dimenstein, 2006; Alverga & Dimenstein, 2006; Thomé, 2015; Mota, 2017), que os CAPS, pensados como o coração da nova rede de atenção à saúde mental, não conseguiram romper com a ação curativa e medicalizada da loucura, restringindo-se, muitas vezes, à ideia do remédio e da internação como único conjunto de estratégias viáveis e eficazes para o tratamento.

Tais fatores colocam em análise a dificuldade dos serviços e dos profissionais para lidarem com a crise (Mota, 2017), com as demandas familiares e da comunidade, sem recorrerem ao uso do medicamento ou

à internação involuntária e compulsória, permanecendo o discurso de que a loucura precisa ser contida e docilizada.

Com a dificuldade dos serviços em fortalecer o atendimento territorial e em liberdade, os maquinários hospitalares ganham força e a internação permanece como estratégia primeira de ação ao paciente acometido por alguma desordem psíquica, em especial àqueles que produzem também desordem no cenário social e/ou familiar.

O hospital, que ao longo de sua história atualizou condutas coercitivas e disciplinares (Foucault, 1978), também não consegue romper com as práticas manicomiais e continua a fortalecer o discurso de que a loucura está ligada à periculosidade e à invalidez. Esse mesmo discurso promove castigos físicos, torturas, punições e repressões com o objetivo de tornar o sujeito adequado e obediente às exigências da sociedade.

A prática de contenção química e mecânica como dispositivos disciplinares ainda atravessa o maquinário hospitalar, fabricando “corpos submissos e exercitados, corpos ‘dóceis’. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência)” (Foucault, 1987, p.127). Não é raro presenciarmos ou proferirmos os discursos “você precisa ficar bonzinho para

soltarmos você” (sobre a contenção mecânica); “agora que aceitou tomar a medicação, ele está mais organizado e funcional” (sobre a contenção química); ou mesmo “contemos para não colocarmos a vida dele em risco e nem a dos demais”. Além disso, testemunhamos os relatos dos próprios pacientes sobre a exposição e a humilhação provenientes da contenção, como “não sou bandido para ficar preso”; “machuca”; “eu não quero tomar remédio para dormir”, etc.

São poucos os trabalhos realizados em hospitais gerais (Paulon e cols., 2015), por sua vez necessários para produzir provocações e deslocamentos diante do que vem sendo estabelecido com o paciente dito em crise psíquica. Crescem os casos de internação, mesmo daqueles considerados transtornos leves, e há pouca problematização direcionada aos efeitos provocados por tais condutas. Exemplo disso é a atual modificação realizada pelo Ministério da Saúde, que almeja a ampliação e o maior investimento nos leitos psiquiátricos em hospitais gerais⁷, sinalizando um fortalecimento desses equipamentos em detrimento da atenção em liberdade, comunitária e integrada.

Esse *modus operandi* apenas reforça o discurso de que a loucura precisa ser interdita e segregada, mesmo vinte anos depois da implantação da lei

antimanicomial. Seria um possível retorno do mesmo que não é mais o mesmo?

Longe de intencionar a demonização dos espaços e sujeitos que atendem a saúde mental, é preciso pensar em nossa conduta como trabalhadores e quais armas somos capazes de manejar para combater os discursos de saber e poder que produzem a loucura psiquiatrizada, psicologizada, impotente, desarrazoada, perigosa, etc.

O trabalho em rede tem sido pensado como componente estratégico para o desenvolvimento de ações articuladas à autonomia e à cogestão do paciente em relação ao seu tratamento, além de produzir a leitura ampliada e contextualizada dentro das relações históricas e sociais que elaboram esses discursos (Alverga & Dimenstein, 2006).

Nesse sentido, a construção de redes de saúde não se limita à mera junção dos serviços existentes ou ao encaminhamento de demandas realizado entre os profissionais de diferentes estabelecimentos, mas nos convoca a “compor projetos comuns na diferença, construir possibilidades para além dos limites de territórios de saberes e práticas estanques” (Brasil, 2009, p. 17).

Entretanto, para que a rede funcione como produção de encontros alegres e práticas potentes – e não como mais um instrumento burocratizado de vigilância e controle – é urgente a análise de implicação

do próprio trabalhador sobre o seu fazer em campo, pois como trabalhadores e/ou pesquisadores, estamos todos implicados em nosso fazer. Não existe neutralidade na conduta que adotamos, nós estamos sempre interferindo nos cursos da história, atravessados por processos políticos, econômicos, sociais, tecnológicos, midiáticos, etc. (Passos & Barros, 2009; Lourau, 2004).

Todavia, nem sempre nos propomos a fazer análises sobre os lugares que ocupamos em nosso cotidiano e em nossas relações. “Que uso fazemos desses lugares, como nos posicionamos nos jogos de poder, que alianças fazemos e em nome de que?” (Bocco, 2006, p.42).

Essa postura de questionamento, de análise de implicação, é que vai permitir o reconhecimento e acolhimento do outro em suas diferenças, o compromisso com o coletivo na construção de um estar com protagonista e, por fim, as parcerias que confiam um viver digno e inventivo em nossos diferentes encontros (Brasil, 2010, p. 6). Tais parcerias podem inviabilizar o retorno camuflado de condutas arbitrárias sob a pele de um mesmo que não é mais o mesmo, mas que não mudou tanto assim e que permanece em toda sua maleabilidade, produzindo a loucura prisioneira, perigosa, docilizada, psiquiátrica.

Considerações finais

Escrever à Nise foi uma estratégia utilizada para fazer movimentar os discursos e as práticas que, muitas vezes, se cristalizam em nossos espaços de trabalho. A escrita literária, nesse sentido, é um dispositivo que abre passagem aos escapes, que nos faz fugir aos ordenamentos e que, de certo modo, oxigena o corpo que parece (mas não está) dominado.

As políticas de cuidado em saúde mental ainda enfrentam diversos atravessamentos e desafios que precisam nos convocar à constante análise de implicação em nossos espaços de trabalho; uma análise que ocorre a partir do pensar sobre as alianças que construímos em nossas práticas, sobre os discursos que proferimos e que mantêm os cárceres, mas também sobre os afetos que mobilizamos quando atravessados pelos que são ditos loucos.

Desse modo, as discussões propostas por esse trabalho chamaram à atenção para um movimento que “requer rupturas, uma radicalização, e não uma superação que acaba por promover pactos entre o aparentemente novo e as articulações de manutenção de séculos de dominação” (Alverga & Dimenstein, 2006, p.313).

Consideramos que esse movimento de ruptura requer o questionamento do

nosso lugar de especialistas, para reafirmarmos uma postura de luta e de compromisso com a invenção de encontros alegres e com a produção de territórios problematizadores em nossas relações como profissionais de saúde.

Ao mesmo tempo, não negamos o desafio de nos mantermos vigilantes aos burocratas que nos habitam, também aos fascismos camuflados de boas intenções. Uma tarefa difícil, mas necessária: a construção de caminhos singulares para as políticas de saúde mental.

Notas

¹ Referência ao filme Nise – o coração da loucura, com lançamento no Brasil em 2016 e direção Roberto Berliner.

² Neste caso, o dispositivo torna-se o personagem conceitual: intercessor pensado por Deleuze e Guattari (1992) como heterônimo do filósofo na produção do pensamento e na criação de conceitos.

³ “Com o biopoder cabe, sobretudo, fazer viver, isto é, cuidar da população, dos processos biológicos, da saúde da população - e a certos grupos, deixar morrer. É o biopoder que explora, faz trabalhar, dirige os sonhos, cria novos ricos e novos pobres, novos delitos, novos cárceres, numa incessante vampirização da vida” (Zamora, 2008, p.106).

⁴ Para Deleuze e Guattari (1996), a máquina abstrata de rostidade constitui uma unidade de rosto que se relaciona e que se contrapõe a outro rosto (é um homem ou uma mulher; rico ou pobre; criança ou adulto); e que também escolhe e julga se esse rosto passa ou não passa “segundo as unidades de rostos elementares (...) A cada instante, a máquina rejeita rostos não-conformes ou com ares suspeitos” (Deleuze & Guattari, 1996).

⁵ Canto entoado por Lúcio durante as internações.

⁶ Aion é um termo utilizado para designar o tempo do devir, também o tempo do acontecimento. Contrapondo-se a Cronos, que denota o tempo contínuo e cronometrado, Aion designa a intensidade, uma duração, isto é, uma temporalidade que não é linear e não pode ser medida: “Aion ilimitado, devir que se divide ao infinito em passado e em futuro, sempre se esquivando do presente” (Deleuze, 1974, p.10).

⁷ Ver em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/12/1942890-nova-politica-de-saude-mental-dara-sobrevida-a-hospitais-psiquiaticos.shtml>>

Referências

Alverga, A. R. de., & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da

loucura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 299-316.

Arendt, H. (2013). *Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal*. São Paulo: Companhia das Letras.

Barros, L.P., Kastrup, V. (2009). Cartografar é acompanhar processos. Em E. Passos; V. Kastrup & L. Escózia. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividades* (pp.52-75). Porto Alegre: Sulin.

Bocco, F. (2006). *Cartografias da infração juvenil*. Dissertação de Mestrado. Curso de pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

Brasil. Casa Civil. (2001). Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2001/110216.htm

Brasil. Ministério da Saúde (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. *Redes de Proteção de Saúde*. Política Nacional de Humanização de Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2 ed. 5 reimp. Brasília. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf

- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Deleuze, G. (1974). *Lógica do sentido*. São Paulo: Perspectiva.
- Deleuze, G. (1997). *Crítica e clínica*. São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1992). *O que é a filosofia?* Rio de Janeiro: Editora 34.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2011). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. V.1. São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G., & Parnet, C. (2004). *Diálogos*. Lisboa: Editora Relógio D'água.
- Dimenstein, M. (2006). O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental*, 4(6), 69-82.
- Foucault, M. (1978). *História da Loucura na Idade Clássica*. Perspectiva: São Paulo.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (2004). *Ditos e Escritos V: ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Francisco, R.S., & Tavares, G.M. (2017). *Juventude e risco: abrindo a sede ao meio no deserto das práticas de assistência social*. Jundiaí: Paco Editorial.
- Lévy, P. (1996). *O que é o virtual?* 1. ed. São Paulo: Ed. 34.
- Lispector, C. (2015). *A cidade sitiada*. 1. ed. - Rio de Janeiro: Rocco Digital.
- Lourau, R. (2004). Objeto e método da Análise Institucional. Em S. Altoé. (org.), *René Lourau, Analista em tempo integral*. Campinas: Hucitec.
- Moraes, M., & Bernardes, A.G. (2014). Apresentação. Em G.M. Tavares; M. Moraes, & A.G. Bernardes. (Orgs). *Cartas para pensar: Políticas de pesquisa em psicologia*. Vitória: EDUFES.
- Mota, M.M.D. (2017). *Crise de que(m)? Repensar os sentidos de crise para a construção de um fazer inventivo na saúde mental*. Dissertação de Mestrado. Pós-graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo.
- Passos, E., & Barros R. B. de. (2009). A cartografia como método de pesquisa intervenção. Em E. Passos; V. Kastrup., & L. Escócia. (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa intervenção e produção de subjetividade* (pp.17-31). Porto Alegre: Sulinas.
- Paulon, S. M e cols. (2015). O tempo, o invisível e o julgamento: Notas sobre acolhimento à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. Em Ministério da Saúde. *Caderno HumanizaSUS*, Brasília. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf
- Rayze-Pereira, J. A. (2003). *Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre*

psicologia, arte e política. *Estud. av.*, São Paulo, 17 (49), 197-208.

[Romagnoli](#), R.C. (2014). O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicol. Soc.* [online]. 6 (1), 44-52.

Thomé, A.M. (2015). Os Centros de Atenção Psicossocial como dispositivos de atenção à crise: em defesa de certa (in)felicidade inventiva. Em A. Rocha; D. Calderoni., & M.G. Justo. (Orgs.), *Construções da Felicidade* (pp. 147-155). São Paulo: Autêntica.

Zamora, M. H. (2008). Os corpos da vida nua: sobreviventes ou resistentes? *Lat. Am. j. fundam. psychopathol. on line*, São Paulo, 5 (1), 104-117.

Rayanne Suim Francisco é psicóloga e mestre em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Atualmente é professora de Psicologia na Faculdade Norte Capixaba de São Mateus/ES.

E-mail: rayannesuim@gmail.com

Enviado em: 23/04/18 – **Aceito em:** 28/09/18
