

Garamond
UNIVERSITÄRIA

COORDENAÇÃO
Maria Alzira Bram Lemos

CONSELHO EDITORIAL

Bertha K. Becker
Candido Mendes
Cristovam Buarque
Ignacy Sachs
Jurandir Freire Costa
Ladislau Dowbor
Pierre Salama

Coleção

LOUCURA **XXI**

DEBUTA POR
Paulo Amarante

ALCOOLISMO NO TRABALHO
Magda Vaissman

CLÍNICA EM MOVIMENTO
por uma sociedade sem manicômios
Ana Marta Lobasque

EXPERIÊNCIAS DA LOUCURA
Ana Marta Lobasque

Franco Basaglia

ESCRITOS SELECIONADOS
em saúde mental e reforma psiquiátrica

Organização
Paulo Amarante

Tradução
Joana Angélica d'Ávila Melo

Garamond

Copyright © 2005 by Franco Basaglia

Direitos cedidos para esta edição à
Editora Garamond Ltda.

Diagramação
Luiz Oliveira

Capa
Estúdio Garamond

Revisão técnica
Sandra Arôca

Preparação de originais
Marco Schneider

Revisão
Argemiro Figueiredo

CATALOGAÇÃO NA FONTE DO DEPARTAMENTO NACIONAL DO LIVRO

B313e

Basaglia, Franco, 1924-

Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica / Franco Basaglia ; organização Paulo Amarante ; tradução Joana Angélica d'Ávila Melo. - Rio de Janeiro : Garamond, 2010

336p. - (Garamond Universitária ; Loucura XXI)

ISBN 85-7617-057-4

1. Hospitais psiquiátricos. 2. Psiquiatria social. 3. Política de saúde mental. 4. Serviços de saúde mental. 5. Psiquiatria. I. Amarante, Paulo. II. Título. III. Série.

05-1862

CDD 362.2
CDU 616.89

Todos os direitos reservados. A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

Sumário

Apresentação - Paulo Amarante	7
Prefácio - Ernesto Venturini	17
A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: Mortificação e liberdade do "espaço fechado"	23
Um problema de psiquiatria institucional: A exclusão como categoria sociopsiquiátrica	35
Apresentação a <i>Che cos'è la psichiatria?</i>	61
Corpo e instituição - Considerações antropológicas e psicopatológicas em psiquiatria institucional	73
As instituições da violência	91
Introdução a <i>Asylums</i>	133
Carta de Nova York - O doente artificial	151
A doença e seu duplo: Propostas críticas sobre o problema do desvio	161
A maioria desviante	187
A utopia da realidade	225
O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica	237
Loucura/delírio	259
Lei e psiquiatria: Para uma análise das normas no campo psiquiátrico	299
Prefácio a <i>Il giardino dei gelsi</i>	325

A utopia da realidade¹

É possível prefigurar o futuro da psiquiatria, ou programar os parâmetros dentro dos quais deverá desenvolver-se a futura assistência psiquiátrica, sem considerar que lugar terá o homem em nossa organização social? Em que medida uma hipótese técnica pode ser realizada conservando a neutralidade de uma intervenção asséptica, na qual se presume não existir relação entre a figura social do prestador de um serviço e a do cliente que o solicita?

No ano passado o professor Christian Müller enviou-me, e a alguns outros psiquiatras europeus e americanos, um questionário sobre o tema "Utopia e realidade da organização psiquiátrica futura". Devido ao fato de a minha resposta ao professor Müller ter passado por dificuldades de tradução, não será publicada entre os textos da pesquisa. Por isso, considero-me livre para usar agora minha intervenção, já que ela versa sobre o mesmo tema proposto para o presente encontro: o futuro da psiquiatria.

Em seu questionário, o professor Müller propunha a formulação de uma hipótese utópica: "Suponha estar vivendo numa sociedade ocidental, de tipo europeu ou americano, organizada segundo suas idéias e concepções políticas. O senhor seria chamado a organizar serviços de saúde mental e de psiquiatria para um grupo demográfico limitado, de 100.000 habitantes, num quadro urbano. Teria liberdade para determinar sozinho os recursos, dentro de um orçamento

¹ In: *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 115, 1974. Em colaboração com Franca Ongaro Basaglia.

razoavelmente proporcional à renda dessa população". Seguiu-se uma série de perguntas específicas sobre as diversas modalidades da organização técnica prevista, mas deixando os entrevistados livres para escolher as perguntas que responderiam.

O que parecia interessante era a premissa de caráter geral: pedir que se formule uma hipótese utópica (a organização de um serviço psiquiátrico para uma população abstrata de 100.000 habitantes), ao mesmo tempo especificando os limites ou as fronteiras da realidade em que a utopia deve ser circunscrita (um país ocidental, europeu ou americano), significa propor e aceitar um discurso puramente ideológico no qual a utopia, a hipótese, em vez de servir para transformar a realidade, é por esta determinada e neutralizada. O "mundo ocidental" contém tantas e tais contradições primárias e secundárias que não se pode formular uma hipótese sobre uma população-amostra sem especificar se nos referimos a uma zona atrasada, a outra em vias de industrialização ou, ainda, a uma terceira em que existe uma situação generalizada de bem-estar econômico. Sem essas referências, não se pode propor uma hipótese "técnica", que responde mais às exigências do técnico do que às do assistido, como resultado de uma abstração jamais confrontada no terreno concreto das necessidades, às quais uma organização de saúde deve responder.

Talvez seja este, de saída, o erro do questionário: considerar que hoje, numa sociedade em transformação, uma organização de saúde psiquiátrica seja um mundo fechado que pode continuar reportando-se apenas à ideologia técnico-científica de quem está incumbido de geri-la.

Na realidade, em nosso contexto social, "realidade" e "utopia" não são termos contraditórios, tendentes a produzir uma nova e ulterior realidade que realize e incorpore parte da utopia. Estão reduzidos a termos complementares para os quais são projetadas

esferas de ação separadas, de modo a que uma possa traduzir-se sem contradições na outra. "Realidade" e "utopia" existem ambas como faces – só aparentemente diversas – da ideologia, que é uma falsa utopia realizada unicamente para o benefício da classe dominante. A "realidade" em que vivemos é ela própria uma ideologia, no sentido de que não corresponde ao concreto ou, como diria Marx, ao verdadeiro na prática, mas é o produto de medidas tomadas pela classe dominante em nome da comunidade. E, por não responderem às exigências da comunidade, mas às da classe dominante que as impõe, tais medidas agem como instrumento de domínio. Do mesmo modo pelo qual a utopia, como elemento contraditório de uma realidade que não pode revelar suas contradições porque não as quer transformar, traduz-se na ideologia da transformação, realizável enquanto usada como instrumento de domínio.

Nesse sentido, em nosso contexto social, determinado por uma lógica econômica à qual estão subordinadas todas as relações e as regras de vida, não existem nem a realidade como expressão do "verdadeiro na prática", sobre o qual se possam verificar as hipóteses como respostas alternativas às necessidades, nem a utopia como elemento hipotético que transcenda a realidade para transformá-la. A utopia só pode existir no momento em que o homem tiver conseguido libertar-se da escravidão da ideologia, de modo a exprimir as próprias necessidades numa realidade que, por isso mesmo, se revele constantemente contraditória e de natureza tal a conter os elementos que permitam superá-la e transformá-la. Só então se poderá falar de realidade como o "verdadeiro na prática" e de utopia como o elemento prefigurativo da possibilidade de uma transformação real desse "verdadeiro na prática".

Estabelecida essa premissa de caráter teórico, tentarei agora entrar no mérito dos problemas propostos pelo tema do encontro,

usando criticamente os termos realidade e utopia do modo como são entendidos nesse contexto, a fim de tentar esclarecer a impossibilidade prática de, numa realidade como a do mundo ocidental europeu ou americano, responder às necessidades da comunidade mediante a organização abstrata de um sistema de saúde praticamente irrealizável.

Pode-se presumir organizar uma área hipotética segundo a própria filosofia política e técnica, se essa área está inserida numa esfera político-econômica determinada, que não deixa espaço nem às contradições nem às utopias, a não ser na medida em que consegue transformá-las em ideologias? Como conceber um serviço de assistência psiquiátrica, a não ser em resposta às necessidades específicas que se revelam na realidade? Como conceber as necessidades às quais deveremos responder, a não ser transferindo para a área da abstração total (que, como se viu, não é a área da utopia) o conhecimento que temos das necessidades nascidas da nossa realidade? E que consciência real temos dessas necessidades, se até agora o manicômio e a segregação foram a única resposta?

Quando se pretende organizar um serviço sanitário (psiquiátrico, em nosso caso), a dificuldade está em encontrar respostas concretas às demandas concretas que provêm da realidade na qual se age. Mas as respostas correspondentes à realidade deveriam ao mesmo tempo transcendê-la (através do elemento utópico), tentando transformá-la. Nesse sentido, ao conceber uma organização de saúde, corre-se o risco de cair em dois erros opostos: de um lado, o de propor respostas que ultrapassem o nível de realidade em que se movem as necessidades, criando outras mediante a produção de novas realidades-ideologias às quais as medidas adotadas estão prontas a responder; de outro, o de a aderência à realidade ser de tal ordem que se proponham respostas encerradas na mesma lógica produtora do problema que se quer enfrentar. Em ambos os casos,

a realidade permanece inalterada e as respostas se limitam a definir e a circunscrever a problemática de cada setor específico.

No terreno da assistência, no primeiro caso serão criados novos serviços que, em vez de enfrentarem as necessidades implícitas da doença a tratar, criarão novas formas ainda não codificadas desta doença, para as quais os serviços projetados constituirão a resposta ideológico-real adequada. A hipótese formulada não nasce como resposta direta a necessidades individuadas, mas como evolução de um pensamento científico que procede seguindo a própria lógica e, ao mesmo tempo, a lógica econômica da área na qual age. Desse modo, tal hipótese prefigura ideologicamente a realidade à qual se propõe a responder, criando necessidades artificiais e escamoteando as necessidades reais. Os serviços psiquiátricos de caráter preventivo, do modo como são projetados e executados hoje, permanecem inseridos na lógica científica e na lógica econômica que respondeu e responde à doença mental com a segregação. A doença é incurável e incompreensível; seu sintoma principal é a periculosidade ou a obscenidade, donde a única resposta científica é o manicômio, onde ela pode ser tutelada e controlada. Esse axioma, porém, coincide com o outro nele implícito: a norma é representada pela eficiência e pela produtividade; quem não corresponde a esses requisitos deve encontrar para si uma colocação num espaço onde não atrapalhe o "ritmo social". Nesse sentido, ciência e política econômica andam juntas, a primeira confirmando os limites de norma mais apropriados e úteis à segunda. A ciência serve, assim, para confirmar uma diversidade patológica que é instrumentalizada segundo as exigências da ordem pública e do desenvolvimento econômico, cumprindo sua função de controle social.

De resto, como se justificaria o fato de só quem não tem poder contratual acabar nas malhas das instituições públicas, onde a doença, em vez de ser tratada, na maioria das vezes é confirmada

como irreversível? O doente que pode gerir por conta própria seus distúrbios permanece, também na doença, inserido no processo produtivo (como sujeito-objeto de um ciclo econômico particular, como o das clínicas de tratamento e dos médicos privados); o que conserva quase intacto o seu papel social. Portanto, não é só a doença o que reduz o internado dos nossos asilos àquilo que ele é, mas sobretudo a internação ou o fato de ele, antes dessa internação, pertencer a uma determinada classe como origem.

Mantendo esses pressupostos, os serviços de caráter preventivo que não levam à transformação do manicômio e da lógica da exclusão nele implícita constituem a demonstração prática da dilatação do campo da doença, mais do que de sua diminuição após o tratamento. Eles não respondem ao problema da doença mental, e sim absorvem, no campo da doença, comportamentos que antes ficavam de fora (por exemplo, todas as formas de desvio antes aceitas, e agora definidas como anormalidades enfermas). A utopia-ideologia, neste caso, só faz confirmar, em nível diferente, a codificação da diversidade, sem alterar-lhe a natureza e a função dentro do jogo social.

Ao contrário, o caso da adesão total à realidade, sem que elementos utópicos intervenham para transformá-la, corresponde à construção de estruturas de saúde tecnicamente mais eficientes, que obviamente mantêm intacta a lógica em que se inserem a doença, sua definição e sua codificação, e ainda a natureza das medidas tomadas até então para responder a isto. Por excessivo "realismo", continua-se a fornecer apenas respostas aderentes ao ceticismo diante da doença, implícito nas estruturas dos asilos; isto é, continua-se a dar respostas negativas ou redutoras, que se limitam a confirmar a negatividade da realidade, na qual a utopia não tem força e não serve para transformar a lógica sobre a qual aquela se sustenta.

O que deve mudar, para que se possam transformar na prática as instituições e os serviços psiquiátricos (como, de resto, todas as instituições sociais), é a relação entre cidadão e sociedade, na qual se insere a relação entre saúde e doença. Ou seja, a primeira atitude necessária é que se reconheça que a estratégia, a finalidade primeira de toda ação, é o homem, com suas necessidades, sua vida, dentro de uma coletividade que se transforma para obter a satisfação dessas necessidades e a realização dessa vida para todos. Aí reside o significado da necessidade de uma tomada de consciência política dentro de toda ação técnica. Isso significa compreender que o valor do homem, são ou doente, ultrapassa o valor da saúde ou da doença; a doença, como qualquer outra contradição humana, pode ser usada como instrumento de apropriação ou de alienação de si, portanto, como instrumento de liberação ou de domínio; o que determina o significado e a evolução de toda ação é o valor que se atribui ao homem e o uso que se quer fazer dele, valor do qual se deduz o uso que se fará de sua saúde e de sua doença; com base nos diferentes valores e usos do homem, saúde e doença adquirem ou um valor absoluto (positivo numa, negativo na outra), como expressão da inclusão do são e da exclusão do doente quanto à norma, ou um valor relativo, na qualidade de acontecimentos, experiências, contradições da vida que se desenvolve entre saúde e doença. Quando o valor é o homem, a saúde não pode representar a norma, se a condição humana é a de estar constantemente entre saúde e doença.

Se o valor primário for o homem, o aleijado, o deficiente, o ineficiente, não são os elementos negativos de uma engrenagem que deve de qualquer modo prosseguir num sentido único, e sim sujeitos cuja satisfação das necessidades constitui a própria razão de ser da existência e do desenvolvimento da produção. Mas no mundo ocidental, mesmo no caso de atingir-se um nivelamento que assegure, por exemplo, a assistência para todos num regime de tipo

interclassista, o valor primeiro jamais seria o homem; este permaneceria – mesmo nessa dimensão – dominado e subordinado em nome de uma lógica econômica que lhe é totalmente estranha, dela participando somente como objeto passivo: lógica que sobrevive até à passividade e à destruição do homem, cujo valor não muda através das transformações que ela mesma produz. Se não muda essa atitude (que é, inevitavelmente, de natureza política) diante do doente, do deficiente, do aleijado, tampouco muda o significado destrutivo implícito no cuidados para com ele: a segregação, como única resposta institucional, e a codificação de uma diversidade que pode ser instrumentalizada como elemento de discriminação social, mesmo na fase preventiva.

Quando se fala de exclusão em certos níveis sociais e das relações sociais de produção como fundamento de todo vínculo entre os homens na sociedade ocidental, compreende-se também como a doença – seja ela de qualquer natureza – pode tornar-se, dentro dessa lógica, um dos elementos utilizáveis, passível de ser explorada como confirmação de uma exclusão cuja natureza irreversível é dada pela categoria a que pertence o paciente e por seu poder econômico e cultural. Isto não significa – como muitas vezes foi erroneamente entendido – que a doença mental não exista e que não sejam levados em conta em psiquiatria, isto é, em medicina, os processos fundamentais do homem. Mas significa que a própria doença, como sinal de uma das contradições humanas, pode ser usada dentro da lógica da exploração e do privilégio, vindo assim a assumir uma outra face – a face social – que a converte, ocasionalmente, em algo diferente daquilo que era inicialmente.

Nesse sentido, programar um serviço de saúde que parta das premissas político-sociais mencionadas, e que lhes deixe inalterado o mecanismo, significa aceitar incluir no terreno da doença também aquilo que nada tem a ver com ela. Isso significa

que, em vez de responder às necessidades reais, o serviço projetado contribuirá para dilatar o terreno da doença, englobando os elementos de natureza social que se lhe superpõem e com os quais ela acaba sendo identificada. Prestabelecido que a utopia só é possível como tradução automática de ideologia-realidade, as técnicas terapêuticas jamais respondem à doença, mas ao duplo que se constrói dela, como resposta às exigências da produção e do consumo.

Projetar sobre essas bases a prestação de um serviço no qual vigora a ideologia médica, totalmente privada de qualquer elemento utópico prefigurativo da resposta à doença, significa, assim, aceitar que sejam definidos como doentes (por conseguinte, que sejam englobados nas diversas instituições competentes) comportamentos que podem ser inclusive indícios de mal-estar social. A tarefa de uma programação de saúde que deseje responder às necessidades reais é, portanto, a de identificação e consciência do uso que explicitamente se faz da doença, de modo a que os serviços projetados não sirvam para dilatá-la, e sim para reduzi-la.

Dessas premissas é fácil deduzir que é impossível projetar um programa real para uma hipotética população de 100.000 habitantes. Impossível, se a resposta se limita a movimentar-se no terreno da ideologia, isto é, da utopia realizada somente para benefício de poucos, já que, ao fazer isso, não estamos em condições de conhecer as necessidades dos muitos aos quais deveríamos responder; inútil, se permanece encerrada nos limites da realidade atual (que é realidade-ideologia) sem transcendê-la para transformá-la. Devemos aprender a compreender que o médico ou os grupos interdisciplinares não organizam a título pessoal os serviços de saúde como simples resposta técnica a uma necessidade humana. Eles se limitam a desenvolver o mandato implícito em seu papel: aquele que lhes provém do fato de pertencerem à classe dominante e que

lhes permite usar o próprio conhecimento técnico como instrumento de poder e de domínio sobre a classe dominada, para a qual a alternativa à exploração, em caso de doença ou de deficiência, limita-se à exclusão ou à segregação, que conduzem à destruição total.

Se uma tal relação de domínio está na base da relação entre homem e homem, como presumir que a relação terapêutica entre médico e paciente seja isenta do componente de classe implícito a qualquer vínculo social? E como falar de profilaxia psiquiátrica, se um dos lugares mais nocivos à saúde do cidadão é justamente a instituição médica (hospitais, ambulatórios, dispensários, centros de higiene mental), onde vigora em todos os níveis a relação de domínio e de opressão implícita à estrutura da nossa sociedade? A partir do instante em que as instituições criadas e programadas para a prevenção (primária, secundária, terciária) se revelam, elas mesmas, produtoras de doença, a prevenção só serve para confirmar a função das instituições como instrumentos de controle através da doença, a qual, desta forma, será alimentada em vez de tratada. Saúde e doença não são termos abstratos, mas elementos constitutivos de uma realidade violenta e opressora em que o encontro entre homem e homem é, por si mesmo, "causa" e "ocasião" de doença. Nesse sentido, as estruturas que deveriam servir à prevenção da doença revelam-se totalmente inadequadas, pois não afetam, e sim confirmam, a natureza das relações de opressão e de domínio, mediante a relação técnico-assistido.

Devemos estar conscientes do papel que essas organizações de saúde exercem desde o momento em que elas nascem. O técnico, ao colocar seu saber à disposição do assistido, deve negar em si o poder social implícito à sua figura. A ruptura do binômio saber-poder no papel do médico, atualmente automático e indivisível, é tarefa da nova instituição incumbida da prevenção da doença. Mas essa prevenção só pode efetuar-se mediante a simultânea proteção

do técnico e do usuário, de modo a que a realidade conserve sua contradição como contradição natural (a presença simultânea, na vida, de saúde e doença), sem que a doença se torne um valor negativo absoluto, instrumentalizável em todos os sentidos e contraposto ao único valor absoluto positivo, representado pela saúde.

Mas, enquanto for a ideologia dominante a programar os novos serviços de saúde, as novas estruturas e os novos modelos não podem senão perpetuar, na prática, a confirmação dos valores da classe dominante. E isso continuará a concretizar-se na organização das necessidades da classe subalterna, sem que jamais se dê resposta a tais necessidades, pois que a organização responde sempre às necessidades do técnico e não às do assistido, ainda que, aparentemente, o médico trate e o assistido seja tratado.

A esta altura, poderíamos reformular de uma outra maneira a pergunta central do questionário, inserindo um elemento realmente utópico: Como projetar um serviço psiquiátrico para 100.000 habitantes, no qual o técnico viva na prática a contradição entre seu papel de poder e seu saber?

É o que estamos tentando fazer num terreno prático institucional, em que os técnicos agem tendendo a usar a ciência e a técnica como instrumentos de libertação, e não de opressão do assistido. E isto só é possível se, dentro de cada intervenção técnica, levamos constantemente em consideração os jogos de poder implícitos aos papéis. A classe a que pertence o internado psiquiátrico e a evidente função de controle social por parte das instituições e de quem as gerencia deixam explícita a função política da ideologia psiquiátrica, que tem como finalidade primeira a tutela da ordem pública, e não o tratamento do doente.

Eu dirijo atualmente uma instituição hospitalar que serve a uma área de 300.000 habitantes. Sou obrigado - apesar das premissas aqui mencionadas - a estabelecer programas. Mas não me retiro

para o mundo das idéias, dos projetos e das abstrações: na medida do possível – entre prática e ideologia – tento identificar as necessidades da população que eu deveria assistir, mantendo uma ligação com os movimentos que, em setores diversos – na comunidade – tendem a recusar a opressão e a destruição de quem não tem o poder de opor-se.

Nós, técnicos, somos incumbidos de usar nosso saber e o poder implícito ao nosso papel como instrumentos de domínio. Em vez disto, devemos, cada um em seu próprio setor, usar esse poder para explicitar os processos através dos quais se exercita esse domínio, a fim de que a classe que é objeto de opressão, em todos os níveis, se apodere desse conhecimento, torne-o seu e recuse seu mecanismo.

Mas nossa intervenção não pode se limitar à eterna tarefa do intelectual burguês que ensina a quem é oprimido o caminho da sua libertação, porque, desse modo, continua-se a perpetuar nossa distância e nossa dominação. Devemos mostrar na prática, através dos conhecimentos de que dispomos e junto a quem é objeto de opressão, o uso concreto que diariamente é feito pela ciência burguesa em detrimento da classe subordinada, a fim de que, através da realidade prática da nossa ação – cujo terreno é o único sobre o qual também nós sofremos diretamente as conseqüências negativas, apesar do nosso poder – quem é oprimido tome consciência de todos os mecanismos pelos quais passa a opressão, para chegar a recusá-los.

O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica¹

As práticas de transformação institucional que se desenvolveram ao longo destes anos vão-se mensurando e diversificando a partir de questões de fundo que, embora ancoradas na especificidade psiquiátrica, ultrapassam largamente seus limites. A busca por uma nova recomposição do saber do técnico surge atualmente de várias frentes: como necessidade de repropor um novo modelo de gestão institucional, como recomposição de papéis, como reconstrução de poder, como fonte de garantias e como oferta de conteúdos de análise e de luta.

Movimentar-se dentro dessa demanda ambígua e contraditória exige uma identificação precisa dos fins, dos interlocutores e dos instrumentos desse saber que se visa a construir. Enquanto a tensão se demora em recompor um saber próprio em separado, em reedificar os códigos de uma ciência que continua a assumir, como objeto que a constitui, o produto de ideologias e de instituições que ela própria contribuiu para edificar, os resultados dessa operação trazem dentro de si os mesmos sinais de ambigüidade dos velhos códigos de interpretação. Romper essa circularidade, com a qual o poder do técnico se constitui e, ininterruptamente, critica e reedifica

¹ Comunicação ao III Encontro da Rede Internacional de Alternativa à Psiquiatria, Trieste, 1977. Em colaboração com M. G. Gianichedda e os operadores de Trieste.

a si mesmo e a correção dos seus instrumentos, implica a opção de agir no arriscado terreno da prática institucional, nos lugares concretos onde as próprias produções teóricas e práticas possam tornar-se critério de avaliação de técnicas e conhecimentos, mensurando-se e expondo-se à crítica e à clarificação de todos os que, a partir das próprias necessidades, fundamentam sua existência e seu uso.

A recomposição da experiência do técnico com a experiência de luta, de resistência, de derrota daqueles que aportam nos serviços, a capacidade de ler os conteúdos dessa experiência através da linguagem da opressão ou da estranheza das formas pelas quais ela se exprime baseiam-se de fato numa aprendizagem no sentido de suportar o confronto com a diversidade, radicalmente estranho às formas de conhecimento dominantes – que até hoje oscilam entre a exclusão do problema e sua interpretação e racionalização – assim como aos códigos de funcionalidade da organização social em que vivemos.

No que se refere à experiência de Trieste, as dificuldades para apreender, dentro do processo de transformação, os novos conhecimentos que iam emergindo, e portanto a dificuldade de comunicar o significado da nossa prática, na realidade foram, também elas, um produto dessa prática.

A escolha de uma ação que tendia a basear-se em formas precárias de organização, que se recusava a estabilizar-se sobre novas regras positivas, pelo menos enquanto subsistiam, prementes e reconhecíveis, as regras e os espaços do manicômio, recaiu constantemente sobre quem quer que estivesse envolvido. De um lado, mesmo na banalidade da ação cotidiana, ficava difícil acompanhar o compasso da transformação, o ritmo com que cada regra destruída gerava outras contradições, de modo que, muitas vezes, a tentativa de explicar o presente era atropelada pela nova realidade que se

constituía. De outro, por essa contínua investida contra a lógica institucional, a própria cultura dos operadores era questionada, obrigando-os de vez em quando a submeter à verificação, junto com a ação, os próprios códigos da análise, num processo em cadeia do qual emergia, mais do que um modelo orgânico e exportável, a transitoriedade dos processos determinados. Dessa forma, a perda de identidade da instituição, simultânea à inutilização dos seus símbolos mais explícitos, resultava em perda de identidade de todos os que a instituição continha – tanto pacientes quanto operadores – sem que, nesse processo, pudessem estabilizar-se as novas regras às quais se moldar, os códigos da ação concreta, a identidade positiva do novo transformador.

Além disso, desde o início do trabalho tornou-se claro que, a partir de um projeto comum – a destruição da lógica manicomial – não se reproduziam entre os operadores as mesmas modalidades de intervenção. Dependendo dos grupos, das situações específicas e até das histórias pessoais, tendiam a produzir-se opções táticas muitas vezes profundamente diferentes. Esse confronto, esse choque entre as diversas linhas de intervenção, freqüentemente duro e difícil e de todo modo jamais concluído, sobre a relação com o poder (fosse o representado pela administração ou o de quem quer que o representasse dentro da instituição), sobre o uso das contradições internas deste, sobre a produção-reprodução da ideologia e dos respectivos mecanismos de exorcização e manipulação, nunca teve vida autônoma e independente das vicissitudes da prática cotidiana sobre a qual ia-se desenvolvendo. Em contraposição, conflitos e contradições, constantemente remetidos à concretude do projeto e à necessidade de realizá-lo, mensuravam-se, no terreno das práticas, a partir do significado das realidades produzidas, possibilitando, para cada um, a verificação da correção e da força de sua própria ação. Desta forma, a cultura, as opções políticas, as resis-

tências, os saltos à frente, as defesas corporativas não se chocavam enquanto ideologias, mas, traduzidos em gestos concretos, modificavam-se e homogeneizavam-se à medida que o projeto político de base era interiorizado e tomado para si por todos os componentes da instituição.

Por essas razões, somente "depois" era possível compreender, nos seus efeitos que a nós retornavam, nas mudanças produzidas, para além do mecanismo visível, o significado do que havia acontecido. Por isso, somente "depois" era possível vislumbrar o passo seguinte, a partir do que havia sido modificado ou das resistências e lógicas institucionais que faltava atacar. Por isso era então difícil "compreender" e "fazer-se compreender" fora de um envolvimento real no que acontecia, fora de um compromisso total com a realidade em transformação. Por essas razões, hoje que o projeto político inicial se apresenta como realidade concreta, resta muito mais a memória dos significados do que a dos fatos. É impossível contar as coisas que aconteceram. O fato é que, hoje, a história de Trieste é cada vez menos a história de uma instituição e cada vez mais a história de muitas vidas que, na ruptura das dependências institucionais recíprocas, emergiram e se desenvolveram numa dimensão dificilmente reconstituível pela análise daquilo que foi. Por essas razões, se tivéssemos de fazer uma história do trabalho destes anos, não poderíamos encerrá-la num modelo abstrato de técnicas de transformação, mas deveríamos de preferência reconstituir a história das transformações dos diferentes processos reais, dos diferentes percursos internos, através dos quais se transformaram, junto com o espaço institucional que estava sendo transformado, todos aqueles que gravitavam na área da instituição, até assumirem como real, como próprio, como visível, o projeto político em que se enraizavam essas lutas: a eliminação do manicômio.

Já se passaram vários anos desde quando a publicação da *Istituzione negata* explicitou a crise já em andamento na psiquiatria como "Instituição" e como "Saber". Num mesmo ato de denúncia foram então envolvidos, em suas recíprocas conexões, o espaço concreto da internação do doente mental, de um lado, e de outro a função de um saber abstrato que, embora construído com base no modelo de teorias médicas, desde suas origens estava intimamente ligado e comprometido com os problemas da ordem pública e do controle do desvio. Sobre essa contradição tratamento-custódia havia-se trabalhado durante anos, decompondo peça por peça as regras e as necessidades de uma (a custódia) para que se constituíssem espaços e possibilidades concretas de exequibilidade do outro (o tratamento), como recuperação tanto da pessoa como dos conteúdos do seu sofrimento.

Mais que produto de atraso histórico, essa dissociação demonstrou-se elemento constitutivo da psiquiatria e, por isso, só explicável se, na análise e na denúncia, fosse envolvida a própria "sociedade", tanto como organização do Estado (pela função de separação que a psiquiatria exerce entre normal e anormal, para tutela de uma norma rigidamente pré-formada) quanto como sociedade dividida em classes (pelo fato de que os internados dos manicômios provinham sempre do proletariado ou do subproletariado).

O mandato social do técnico foi então identificado num ato de separação e de seqüestro de problemas e conflitos sociais: sua função se esclareceu como controle e codificação científica separados, funcionais à ocultação da natureza política das demandas que se apresentavam. Tal consciência não se limitou a uma simples constatação da não-objetividade do saber científico e a uma denúncia de sua cumplicidade com a ideologia dominante; o exercício desse saber demonstrou-se, na prática, aceitação e exercício de um poder social preciso e real, capaz de, reconhecendo e codificando

as diversidades, determinar seu destino. Foi a partir desse entrelaçamento, desse binômio indivisível entre saber e poder, que se pôde afirmar a politicidade direta do trabalho na instituição, não só como denúncia mas como abertura prática de novas áreas de conflito. De resto, a própria oposição do poder político, que, com sua persistência e sua obtusidade bloqueava e restringia as margens de ação, amplificava o significado de ruptura dessa prática, tendo ela mesma passado a aumentar de vez em quando os conflitos abertos pela transformação.

Desta forma ocorreu que, na hostilidade geral do *establishment* psiquiátrico e do poder político, a prática de humanização, a tomada de consciência dos oprimidos sobre os mecanismos da opressão, a socialização dessa consciência, a destruição das regras asilares em função de momentos de vida comunitária, a mensagem sobre a condição do internado e sobre o significado da marginalização foram reconhecidos, analisados e avaliados pelos próprios operadores, mais que segundo os códigos de experiências psiquiátricas "avançadas" específicas (a Comunidade Terapêutica inglesa, a *Psychotherapie Institutionnelle* francesa etc.), como processos práticos de transformação, homogêneos às lutas que - naqueles anos -, em outros setores da organização social, quebravam as regras das instituições e revelavam sua finalidade. A psiquiatria crítica, quanto aos seus instrumentos e respectivo uso, torna-se crítica da própria psiquiatria e tentativa prática de romper com sua função dentro do jogo social. Daí o impulso de estender as razões e os conteúdos dessa luta ao social, ao "território" percebido por todos - não sem mitificações - como o lugar da expressão plena das contradições de classe, espaço real que tornaria mais clara a própria colocação e mais natural o resultado das alianças.

Os anos subseqüentes ao trabalho de Gorizia produziram a consciência de não poder prosseguir - enquanto impossibilitados de dei-

xar os muros do manicômio - no questionamento de uma instituição que já não era somente o manicômio nem a psiquiatria como ciência, mas tudo o que, partindo do "território", repelia a doença e a confiava à psiquiatria e ao manicômio.

No próprio "território" emergiam, até mais agudamente, as contradições de um mundo da saúde que - embora fossem atravessadas por fermentos de luta e por propostas de uma qualidade de vida diferente - permanecia dentro dos esquemas e dos códigos de funcionalidade da ideologia dominante. Durante aqueles anos, as contradições são-doente, normal-desviante, homem-mulher, velho-jovem vão explodindo e revelando-se cada vez mais entremeadas com a divisão em classes e com a atribuição desigual de poder. Como, então, inserir a doença no espaço da saúde, se afinal é a identificação da saúde como produtividade que constitui essencialmente a improdutividade como doença? Como socializar o desvio e a marginalidade, enquanto sua característica constitutiva continua sendo a privação de bens e a de poder contratual?

Cheia de indicações sobre os processos futuros, a prática goriziana não pôde se desenvolver sobre esses temas, por estar forçosamente fechada dentro dos muros do manicômio. O que restou como consciência foi, ao lado da nova ordem de necessidades e de obstáculos, o caráter absurdo de uma instituição nascida como explícita delegatária da separação e da tutela dos "irresponsáveis".

A prática iniciada em 1971 em Trieste pôde se desenvolver dentro de um quadro político em profunda mudança em relação aos tempos e às circunstâncias em que a experiência goriziana amadurecera. A difusão, no tecido social, da lógica e da "organização de fábrica", a institucionalização do território, os processos de marginalização em massa e, em contrapartida, a extensão das lutas a todos os setores da vida social abriram espaços de contradições bem mais significativas e determinantes. A demolição de um dos

principais aparatos repressivos, como era o manicômio, pareceu então um projeto exequível, um objetivo central, capaz de reconduzir o específico ao geral, mediante o processo prático de socialização de problemas até então mantidos separados e apartados.

A disponibilidade da administração da província para apostar numa reestruturação da organização dos serviços psiquiátricos, embora parcialmente determinada por circunstâncias particulares, encaixava-se no quadro global nacional das reformas institucionais, em grande parte mais projetadas do que realizadas. Tal disponibilidade comportava a possibilidade de aprofundar e acelerar a transformação da instituição, que, todavia, continuava a movimentar-se num terreno minado, no qual os obstáculos jurídicos, econômicos e ideológicos permaneciam inalterados, até mesmo dentro de um programa que se dispunha a superá-los. De fato, a própria decisão de uma administração provincial "iluminada" chocava-se com a inalterada organização do aparato jurídico-ideológico e, ao mesmo tempo, com o próprio aparato administrativo, heterogêneo em relação à opção: somente uma prática diferente poderia questionar e remover as estruturas e os modos de funcionamento desses aparatos. A ambigüidade dessa opção colocava o técnico numa ambigüidade igualmente pesada, de modo que seu mandato parecia não mais oscilar entre conservação e transformação. Mas, baseada esta ambigüidade num pacto explícito de mudança como garantia de eficiência, a cada gesto arriscava-se a suprimir, com suas respostas, a constituição do pólo crítico, a reabertura das contradições. Daí uma objetiva amplitude, antes insuspeitada, de espaços de ação, mas - ao mesmo tempo - o risco de perder-se, de um lado, na expectativa e na reivindicação de medidas administrativas capazes de superar os obstáculos ou de invalidá-los, e de outro na assunção acrítica e totalizante do papel de reformadores, por delegação explícita do poder político.

O jogo com esse poder, ou seja, o uso de suas contradições internas, a simultânea necessidade da mediação e do conflito para transformar um programa de reestruturação administrativa num projeto político, em condições de produzir uma substancial mudança de funções nas instituições psiquiátricas, determinou, além de crises profundas naqueles que agiam, a busca constante por novas modalidades de ação, capazes de mediar simultaneamente em todas as frentes de intervenção que se abriam. Na verdade, tal estratégia de mediação revelou-se o único espaço possível para abrir, e não para fechar, processos críticos de realidades institucionais pré-constituídas, e continua sendo, para nós, o difícil lugar de verificação e de risco.

As fases salientes da história destes seis anos coincidem com a luta para remover os obstáculos, internos e externos, de ordem econômica, jurídica, cultural; lutas e processos nos quais foi preciso preparar estratégias de intervenção capazes de agir nos interstícios de normas tão rígidas quanto contraditórias; capazes de utilizar, no máximo das possibilidades, espaços abertos por contingências particulares; capazes de enfrentar o problema remetendo as contradições ao seu lugar de origem, no esforço de usar cada mediação para lutar contra um poder que a tornava necessária. Assim, ao lado de um programa básico estabelecido de início em comum acordo, não se ficou esperando planos orgânicos de reestruturação administrativa ou reformas totais, de resto irrealizáveis, mas trabalhou-se com instrumentos artesanais, iniciativas parciais, baseadas na necessidade de abrir espaços e ao mesmo tempo vencer resistências. Em vez de uma regulamentação reformada das relações com as administrações locais, com as instituições médicas, com a organização da assistência, que inevitavelmente se limitaria a um projeto burocrático, escolheu-se o caminho da verificação concreta das respectivas competências e funções, em cada momento da transforma-

ção; verificação concreta que seria a única a poder produzir o estímulo e a crise concreta dessas competências e dessas funções separadas. Pelas mesmas razões, nunca foi possível reestruturar definitivamente os setores de hospitalização, porque, a cada projeto "alternativo", aflorava a possibilidade de um uso diferente, ou até de um não-uso; tampouco houve uma rígida estabilização da divisão do trabalho entre os operadores, pelo menos enquanto existirem a exigência e a possibilidade de uma sua superação.

Portanto, embora cientes da inevitabilidade da gestão institucional, não aceitamos a possibilidade de uma reconversão médica do hospital psiquiátrico - esta que, aliás, seria perfeitamente orgânica para o mandato do administrador público - uma vez se mostrado eficiente, no sentido de garantir um uso sensato dele, hoje mais facilmente identificável e analisável do que na fase inicial.

Mesmo com ambigüidades e contradições, em nenhum momento se alimentou a ilusão de transformar o espaço da internação num espaço "clínico", "multidisciplinar", em virtude da profunda consciência de duas ordens de problemas: de um lado, a "doença" amadurece no social como processo de sanções, de restrições, de resistências acumuladas que reforçam o "germe"; de outro, o hospital psiquiátrico nunca foi outra coisa senão a sanção definitiva da existência do contágio, o lugar que determinava e organizava a presença ameaçadora dos germes e a necessidade, em certas condições, de isolá-los e neutralizá-los.

Ainda que atualizado, humanizado, "medicalizado", o hospital psiquiátrico, continuando a existir, induz e sanciona também, em relação às necessidades antigas e novas de assistência, toda uma série de círculos concêntricos de contágio, correspondentes a outros tantos aparatos institucionais (do terapeuta privado ao ambulatório mutualístico, ao setor hospitalar, às clínicas particulares etc.) aos quais a clientela se dirige, com base na gravidade do distúrbio

social e nos diferentes recursos econômicos que permitem ou não sua gestão: esses diversos níveis de instituições devem ignorar um ao outro, no processo arriscado de contaminação recíproca e de queda até o ponto mais baixo. Nesse sentido, o hospital psiquiátrico, ainda que modificado e transformado, permanece - enquanto tal - causa de doença, foco de infecção, não só em sua função de reconhecimento-codificação e expropriação do sofrimento enquanto distúrbio psiquiátrico; não só por estender para o território a cultura e as regras mediante as quais efetua esse reconhecimento e a expulsão que daí resulta; mas também na medida em que, com sua própria existência, pré-forma os conteúdos da demanda, endereçando-a aos canais convenientes, a fim de que a abertura da crise, em qualquer nível, seja automaticamente compensada com a expulsão do portador para o bolsão de contenção. Nesse caminho, sabe-se de antemão quem acabará caindo ali.

Por essas razões, qualquer forma de sobrevivência do hospital psiquiátrico, ainda que aparentemente periférica e quantitativamente reduzida, define, a partir do papel que ele exerce, a lógica de funcionamento dos circuitos dos quais faz parte; em contraposição, sua destruição representa a ruptura do próprio cerne do mecanismo com o qual se fabrica, no mundo da saúde, a diversidade como "inferioridade", e se pré-formam as respostas para invalidar-lhe a existência.

O fechamento do hospital psiquiátrico não interrompe na origem a cadeia da "psiquiatrização" do sofrimento, produzida alhures; mas, cortando-lhe um anel central, determina significativas adaptações em todos os aparatos médico-psiquiátricos, estruturados em referência à sua função, assim como na cultura que ele mesmo alimenta.

Daí a opção por uma prática baseada, desde o início, na ruptura de todos os mecanismos institucionais que podiam continuar a reproduzir a separação e o seqüestro, para fora da vida social, de quem entrava em contato com a instituição, fosse ele já um interna-

do ou um novo usuário. O objetivo prioritário dos primeiros atos da transformação institucional tornou-se, assim, a reconstrução da pessoa e da sua identidade social: despedaçar todas as normas que regulamentavam a dependência pessoal do internado; reconstruir concretamente sua identidade enquanto pessoa jurídica; recuperar os recursos econômicos indispensáveis à sua colocação no circuito das trocas sociais; estabelecer as bases, irreversíveis, da sua condição de membro do corpo social. Em outras palavras, substituir a relação de tutela por uma relação de contrato.

Polarizado na criação de novas figuras jurídicas (a Cooperativa dos Trabalhadores Unidos, a figura do "hóspede"), de novas instâncias organizacionais (diretores territoriais, alojamentos independentes), e na valorização de instrumentos de intervenção centrados na "recomposição" econômica da pessoa (reativação de pensões, fornecimento de subsídios, busca por locais de trabalho), o significado de nossa prática, nestes primeiros anos, consistiu, de um lado, no incessante esforço de reativação das trocas reais, de produção de relações sociais diretas, cada vez menos mediadas pela proteção institucional; de outro, na constante valorização de todos os níveis de conflito que se iam desenvolvendo a partir desse choque entre a miséria institucional e as modalidades de funcionamento do mundo da saúde.

A mudança de status jurídico e econômico - de "internado" à condição de estar de alta hospitalar e à de "hóspede da instituição" - não foi preestabelecida como prêmio por uma vitoriosa "reabilitação" à vida social, mas como aquisição de um poder de base, preliminar a qualquer contratualidade nas relações, condição necessária ao encaminhamento de um processo de reapropriação das regras sociais a partir da própria miséria, não mais seqüestrada, mas reapropriada e trabalhada. Concretamente, essa mudança de status significou o fim do velho tipo de gestão como assunção total da

pessoa e administração completa da sua vida, bem como a utilização direta, por parte dos ex-internados, dos espaços da cidade como "os lugares da reabilitação". O fim da dependência pessoal do internado, que o libera como "cidadão", e o fim da necessidade de internação, que não mais o isola como "doente", em vez de normalizar o conflito que ele representa, perpassam criticamente, ao constituir-se, as relações existentes entre a organização médica e a lei, as regras que articulam as relações sociais, os processos de valorização constitutivos da pessoa. Nesse sentido, as situações de "crise", não mais redirecionadas para dentro do sujeito que é seu portador, reabrem-se como crises entre os níveis de poder, entre interesses sociais, entre instituições e níveis institucionais, requerendo - por parte do técnico - uma mediação radicalmente nova, não mais "interna", entre as regras do aparato institucional e o internado, mas sim entre o usuário com sua demanda e as necessidades e regras do jogo social; e o fato de o exterior, a organização médico-assistencial, o local de trabalho, a família, que progressivamente se tornavam os novos espaços da nossa intervenção, estarem envolvidos como o outro pólo da crise, como portadores explícitos do outro interesse em jogo, ampliou a crise de "privada" para "pública" e transformou sua mediação em ação direta no social, e a assunção de parcialidade de um dos dois interesses em juízo sobre a atribuição desigual de poder e em opção política para modificá-la.

Nesses processos, o fato de se haver tendido a oferecer respostas não previstas pelo jogo institucional sempre produziu uma reestruturação da natureza das relações em função do objetivo concreto a ser alcançado, determinando, de um lado, um progressivo desenvolvimento da autonomia do técnico em sua mediação com o poder político; de outro, sua progressiva perda de poder no plano da gestão institucional, de modo que, junto com a permanência de resistências e resíduos do manicômio, puderam desenvolver-se ins-

tâncias críticas, expressões de uma subjetividade ainda contida, mas dificilmente recuperáveis por um aparato institucional em grande parte subvertido. Evidentemente, o fato de oferecer respostas que não fossem pré-formadas com base nos meios e nas regras da instituição determinou uma radical mudança na relação com o internado, no conteúdo dessa relação, naquilo que é posto em jogo. Por parte do usuário, de quem apresenta a demanda, de qualquer modo está sempre em jogo a totalidade do próprio existir, a qual foi identificada como "mercadoria doente". Para o técnico, cuja delegação institucional - dentro ou fora do manicômio - é a reprodução do próprio saber enquanto poder, efetuada através da gama de respostas previstas e essencialmente baseada na sanção, a recusa a essa ordem de respostas implica o próprio comprometimento total na relação com o internado. Daí a necessidade de buscar respostas que partissem não mais do nível do próprio saber-poder institucional, mas da própria totalidade de sujeito político, de ser social.

Essa restrição e confusão das distâncias e das fronteiras entre o específico e o político, entre o pessoal e o papel social, entre as necessidades e o poder de satisfazê-las, evidentemente não produz a superação da distribuição desigual de poder, a igualdade para além da colocação de classe. Todavia, no técnico, isso contribui para aguçar a consciência de estar sendo, ele mesmo, reproduzido como mercadoria no circuito das trocas institucionais; assim, a opção por desmontar o aparato que o constitui é expressão direta das suas necessidades, tornando-se assunção de responsabilidades sobre a própria especificidade, como busca das mediações reais para reconectar essa transformação à luta mais geral entre as classes.

Tal especificidade, assumida como caminho e como risco, torna-se um espaço autônomo de elaboração de conteúdos, de instrumentos de luta, de mediações políticas, que, partindo de ações práticas cotidianas, produzem novos conhecimentos sobre os modos e

os processos através dos quais passam a opressão e a incorporação da opressão, e, ao mesmo tempo, a abertura de novos espaços reais de luta e de projetos comuns.

Depois da identificação da organicidade do técnico quanto à ideologia dominante e da luta contra ela, tratou-se e trata-se ainda de prosseguir na busca da possibilidade de se agir como técnicos, enquanto tais, em meio à luta de classe, superando a reproposição de um "político" enquanto esfera autônoma e separada, com o qual seja impossível, de um lado, verificar nossa especificidade, e, de outro, dilatar e ampliar, no interior dessa luta, os conhecimentos que vão sendo adquiridos pouco a pouco a partir da prática de transformação, sem que estes sejam inutilizados e reificados numa lógica separada, que de novo interrompe o vínculo com as necessidades que emergiram.

Nessa direção, pretendeu-se modificar a relação entre o "técnico", o "político", o "administrativo", no contínuo questionamento da separação da prática, na contínua redefinição do próprio âmbito e na busca por momentos de ação comum. Característica peculiar da ação, desde o plano mínimo do ato cotidiano até o desenho global como se ia delineando, foi, portanto, a crítica prática a toda forma de resposta institucional (quer viesse do técnico, do político ou do administrativo), no sentido de uma resposta pré-constituída para e pela organização, e organizada para a cristalização da demanda.

Desde o ato individual do médico ou do enfermeiro até todo o tecido cerradíssimo das relações entre os componentes da instituição, tratou-se de lutar contra a cristalização das respostas, fossem elas a existência global da instituição ou os atos executados em nome de sua transformação. Isto, a fim de constantemente reabrir interrogações e processos críticos sobre a demanda e sobre a necessidade. Ou seja, tratou-se de não encerrar contradições com respostas pré-constituídas, mas de fazê-las agir, fermentar e generali-

zar-se, aprofundando-lhes todos os significados. Este foi o sentido da destruição do manicômio, e esta tende a ser a relação com qualquer instituição, como lugar de pré- formação de respostas cuja tarefa é a de desviar as "demandas" e fazê-las expressar-se à sua imagem. Em outras palavras, crítica às técnicas inclusive no próprio momento em que sejam usadas, luta contra a instituição enquanto se age dentro dela, luta contra o "bom serviço" no momento em que se o reconstitui.

Nesse sentido, nunca se procurou escamotear a doença, mas sim estabelecer como objetivo direto da ação a luta contra ela enquanto processo de organização e de desvirtuamento de contradições específicas do sujeito em suas relações sociais.

Os novos serviços territoriais, embora mantendo-se ancorados no processo de destruição do manicômio do qual vêm a ser a continuação, desenvolveram-se segundo modalidades diversas, condicionadas pela realidade em que operavam. A necessidade de agir simultaneamente em várias frentes; o estímulo a integrar-se num território ainda marcado pela cultura do manicômio e, ao mesmo tempo, pela presença da sua transformação; a busca por uma participação generalizada, capaz de suportar com os operadores o peso da ruptura da instituição; tudo isso produziu a constituição de espaços o mais abertos possível – não exclusivamente "psiquiátricos" – tendencialmente lugares de encontro entre os ex-internados, a nova clientela e as pessoas da cidade; figuras que, embora não tivessem de saída um código comum de reconhecimento, podiam progressivamente descobrir o terreno de uma aliança substancial entre si, na emergência de necessidades e de opressões comuns. Daí a produção de iniciativas aptas a favorecer essa participação, a estender à cidade o uso desses espaços, a oferecer um serviço voltado o máximo possível para o reconhecimento das necessidades da pessoa, e não para a resposta a novas instâncias de controle e de dependên-

cia, que no entanto tendem a ser a única forma de resposta às necessidades, numa cidade que costuma equilibrar os próprios conflitos com rígidos aparatos de controle ou com formas degradadas de assistencialismo.

Se a invalidação das realidades concretas sobre as quais se baseava a lógica manicomial produziu a queda desta como sistema de respostas institucionais, o nascimento dos novos serviços descentralizados não representou automaticamente o fim do mandato para a separação e a exorcização das contradições. Todavia, o prosseguimento, no território, da luta contra a lógica do "serviço", enquanto sistema de novas respostas institucionais, contribuiu para esclarecer o significado da mediação do técnico, e a opção por assumi-la a fundo permitiu que algumas vezes se descobrisse dentro dela os espaços práticos para criticá-la e prefigurar sua superação. Hoje, essa opção, essa atitude prática, já não é comum somente aos poucos que tendem a envolver nela os demais; amadurecida com a gradativa difusão, para todos os espaços do manicômio, da luta contra a lógica deste, ela é ativamente consciente e explicitamente assumida pelos enfermeiros que trabalharam conosco nestes anos, e que agora agem como protagonistas diretos, na produção de iniciativas e de análises voltadas a superar criticamente as novas realidades que se constituíram.

O próprio desaparecimento, no circuito dos serviços, da oferta de internação – apesar da persistência de oposições provenientes dos setores mais retrógrados do velho aparato institucional repressivo – induz profundas mudanças na formulação da demanda de intervenção. A prática dos Centros continuou e continua a chocar-se com a demanda de internação, separação, coação; exigências centradas, por parte dos outros serviços médico-psiquiátricos, na necessidade da sanção para manter os próprios níveis de eficiência, e, por parte dos cidadãos individualmente considerados, nas difi-

culdades de suportar um sofrimento que ainda se apresenta, em certas condições, como radicalmente estranho em relação às regras da saúde e da vida, e para cuja expressão não se conhece outra maneira afora o sintoma codificado como "doença".

A introdução de um grupo de operadores no dormitório público do ECA², a instauração de um serviço de emergência junto ao hospital geral, com o objetivo de bloquear, na nascente, o maior número de pedidos de internação, a tendência a inutilizar, em puro registro administrativo, os que chegam segundo a lei ainda em curso, vão aos poucos alterando o jogo de equilíbrio entre as instituições, tradicionalmente consideradas vasos comunicantes em relação ao hospital psiquiátrico; e o alteram a tal ponto que começam a tornar a demanda psiquiátrica menos sistematicamente serializada. A opção por interromper os processos de "psiquiatrização", destruindo-lhes o núcleo central, determinou o início de uma mudança nessa demanda, a qual, já problematizada pela difusão de elementos de nova cultura provenientes da transformação da instituição, está hoje acertando as contas com uma resposta já impossível (o manicômio), e por isso mesmo com a necessidade, por parte dos usuários, de inventar novas formas de expressão do sofrimento. Medir-se com essa nova qualidade de demanda comporta a possibilidade de inventar novas estratégias de mediação, capazes de valorizar as implicações desses processos nos quais a exigência já não é só de "separação do doente", mas necessidade de reestruturar a própria organização e a própria cultura em relação à presença deste e ao distúrbio que ele determina, com a conseqüente modificação dos próprios modos de expressão desse "distúrbio". Nesse sentido, a superação do manicômio age e pesa de modo direto sobre toda a organização médico-psiquiátrica e assistencial, estruturada sobre sua

2 Ente Comunale di Assistenza, órgão municipal de assistência social. (N. da T.).

existência e sobre o aparato ideológico-jurídico destinado a reproduzir sua função. Os processos de crise e desestabilização que se vão produzindo dentro desses aparatos, nas normas que os regulam e que regulam seu uso, correspondem, para os novos serviços territoriais, a outros tantos espaços de intervenção ainda abertos, a partir dos quais possam desencadear-se processos práticos de crítica às várias formas de respostas pré-formadas, onde quer que estejam constituídas e tendam a constituir-se.

Isso significa a possibilidade de abrir novos canais de comunicação, de subverter o velho contágio do manicômio, difundindo, desta vez, um germe ainda parcialmente estranho aos antídotos existentes. De resto, a propagação de momentos de luta sobre a autogestão da saúde e contra a expropriação mediada pelo técnico com sua ciência ampliou os lugares com os quais todo processo de normalização, toda nova ordem, todo bom serviço deverão confrontar-se. Por essas razões, os processos de transformação que se vão abrindo no nível dos aparatos e de cada sujeito dificilmente serão recuperáveis, enquanto os novos serviços continuarem a rejeitar a regressão a formas de sanção mais ou menos mascaradas de correções políticas de discurso, ou a formas de exorcização mais ou menos tolerantes. O doente mental confrontou-se até agora ou com a sanção ou com a tolerância: na verdade, seu sofrimento, sua diversidade sempre foram ou invalidados ou ignorados.

Mas a alternativa à sanção não pode ser, também neste caso, a simples tolerância da "loucura", e sim o aprender a suportar um confronto com o outro que só permanece real e significativo quando o sofrimento não é isolado em lugares e ideologias que se encarreguem dele; aprendizagem que permite ao mesmo tempo a não-expulsão da diversidade e o reconhecimento da mesma, muitas vezes escondida nas regras de uma "normalidade" que desvirtua as necessidades tanto quanto a "loucura".

Esse limite-verificação, constituído, para o "doente", pela presença dos outros, pela recusa à interrupção das relações quando já não se possuem as regras para sustentá-las sem transtornos, representa, se for mantido fora de técnicas de exorcização mais ou menos opressivas e mistificantes, a única possibilidade para um encontro-confronto-reconhecimento entre as necessidades de quem sofre e as necessidades de todos os que continuam a manter a relação com ele. Na prática dos Centros, isso significa tender a manter aberto esse confronto; a recusa a organizá-lo segundo formas de socialização pré-constituídas permite o desenvolvimento de outras formas de socialização que, de vez em quando, nascem e se dissolvem a partir das necessidades de quem as determina.

Estamos perfeitamente cónscios do fato de que, paralelos e contraditórios à difusão da crítica ao manicômio, foram-se desenvolvendo e difundindo, durante estes anos, novos tipos mais diferenciados de intervenção psiquiátrica. Dentro deles, o velho saber psiquiátrico, ambigüamente suspenso entre terapia e ordem pública, pode readquirir força nova, pela capacidade demonstrada no sentido de recuperar e valorizar a contaminação original do "social" em seu âmbito, e ganhar novo poder, na incumbência de representar a transformação e a racionalização de aparatos institucionais rígidos e envelhecidos. Essas novas formas de intervenção, na quase totalidade das situações em que se vão desenvolvendo, inserem-se em circuitos médico-assistenciais ainda centrados na sanção da internação, da qual acabam utilizando a existência, ou pelo menos confirmando-a indiretamente e não impedindo seu uso.

O fato de a área de cobertura de cada tipo de serviço já ser selecionada, na origem, dentro do complexo de aparatos e de mecanismos - articulados sobre a sanção - que destinam cada distúrbio

social ao circuito conveniente, e o fato de existir, de todo modo, o espaço último onde o sofrimento mais irreduzível fique isolado, invalidam o resultado do trabalho do técnico na medida em que ele já é previsível, em certas condições, e o restringem a um âmbito de ação no qual os próprios "sucessos terapêuticos" são garantidos, na realidade, mais que pela correção das próprias técnicas, pela precisão com que se articula o complexo mecanismo de distribuição da clientela. Nesse sentido, qualquer transformação da intervenção psiquiátrica está destinada à derrota e a significados de alcance marginal, se não se identificar o lugar central do ataque; nesse sentido, a ampliação das novas formas de intervenção permite novamente ao técnico um arco de opções possíveis que não são equivalentes.

Se a ação e a análise não souberem identificar a complementaridade e a homogeneidade das várias formas de intervenção com o núcleo central constituído pela sanção, se não forem combatidos na prática os lugares onde a repressão institucional planta um domínio que em outros lugares se atenua, os modos de estruturação desse domínio continuarão a consolidar e a garantir os modos de expressão do sofrimento segundo uma imagem pré-formada de "doença", pela qual todo tipo de resposta acaba sendo pré-formada com base na sanção institucional originária.

Nesse sentido, a superação do manicômio não representa a modernização de uma forma antiga de gestão, nem a exportação da mesma lógica para o território, mas sim a penetração sistemática de uma profunda crise em todos os aparatos do controle e da sanção: é a ruptura do complexo mecanismo de distribuição da clientela na sua dosagem equilibrada de sanção.