

Algumas ressonâncias dos estudos de Foucault e Deleuze na política de saúde mental¹

Resonances of studies of Foucault and Deleuze in politics of mental health

FLÁVIA CRISTINA SILVEIRA LEMOS

Professora Associada II de Psicologia Social da Universidade Federal do Pará-UFPA,
 Doutora em História Cultural pela Universidade Estadual Paulista-UNESP.
flaviacslemos@gmail.com

DOLORES CRISTINA GOMES GALINDO

Professora de Psicologia Social da Universidade de Mato Grosso-UFMT.
 Doutora e mestre em Psicologia Social pela Universidade Católica de São Paulo (PUCSP).
dolorescristinagomesgalindo@gmail.com

HÉLIO REBELLO JUNIOR

Professor de História da Universidade Estadual de São Paulo-UNESP.
 Mestre e Doutor em Filosofia UNICAMP.
herebell@hotmail.com

ROBERTO DUARTE NASCIMENTO

Pós-doutor em Filosofia pela Universidade Estadual de São Paulo-Unesp.
 Mestre e Doutor em Filosofia pela Universidade de Campinas-Unicamp.
rsdnascimento@hotmail.com

RESUMO:

O presente artigo tem o objetivo de descrever e analisar algumas contribuições de Foucault e Deleuze à política de reforma psiquiátrica e pós-reforma, na atualidade. Problematizam-se as práticas em suas descontinuidades, em um momento em que parecem ficar estagnadas em repetições de cartilhas e portarias, resoluções e termos que vão se tornando monumentos tais como objetos naturalizados. Descrevem-se alguns acontecimentos-efeitos dessas descontinuidades na política de saúde mental brasileira. Por fim, interroga-se a visão de continuidade na política e busca-se em alguns conceitos e em uma perspectiva histórica genealógica demolir as evidências constituídas.

Palavras-chave: Deleuze. Foucault. Política de Saúde Mental. Disciplina.

ABSTRACT:

This paper aims to describe and analyze some contributions from Foucault and Deleuze to the psychiatric reform and post-reform today. Problematize up practices in their discontinuities, at a time when they seem to be stagnant in repetitions of booklets and ordinances, resolutions and terms that are becoming monuments such as naturalized objects. Describes certain events-effects of discontinuities in the Brazilian mental health policy. Finally, questions whether the vision of continuity in policy and search on some concepts and a genealogical historical perspective demolish the evidence constituted.

Keywords: Deleuze. Foucault. Mental Health Policy. Discipline.

¹ Artigo submetido para avaliação em 05/11/2019 e aprovado em 11/11/2019.

1. INTRODUÇÃO

Pretende-se neste artigo realizar uma descrição e uma análise a respeito da sociedade disciplinar, da biopolítica e da sociedade de controle, no âmbito dos deslocamentos históricos da política de saúde mental, na atualidade dos dispositivos de segurança. O texto traz contribuições de pesquisas e de diálogos transdisciplinares e se baseia em apropriações dos estudos de Michel Foucault e Gilles Deleuze.

Para tanto, inicia-se falando da sociedade disciplinar como bloqueio e confinamentos dos corpos; na sequência, relata-se a transição da disciplina bloqueio para a disciplina inclusiva (panóptica), de acordo com Foucault; após, são apresentadas as contribuições da sociedade de controle em Deleuze, assinalando os aspectos de modulação de redes de serviços no capitalismo de especulação e seus efeitos na atenção em saúde mental em meio aberto; no tópico subsequente, interroga-se como a biopolítica se coloca em termos da formulação da saúde mental como saúde coletiva no governo da vida e das populações, atualizada pelos dispositivos de segurança. Por fim, o artigo, levanta os efeitos dessas tecnologias de poder, saber e subjetivação para a atualidade em que vivemos no campo da história das políticas de saúde mental, trazendo alguns efeitos na reforma psiquiátrica brasileira.

2. SOCIEDADE DISCIPLINAR E CONFINAMENTO PSIQUIÁTRICO

A Sociedade Disciplinar, como caracterizada por Foucault (1999b), institucionalizou espaços de confinamento de pacientes psiquiátricos. O recorte do hospital geral para a especificidade de internação psiquiatrizada é ressaltada por Foucault (1961), em *História da Loucura*. Ele aponta como o hospital geral foi sendo medicalizado e como foi simultaneamente sendo criada a doença mental e a especialidade da psiquiatria.

O espaço fechado do hospital psiquiátrico, nos moldes disciplinares, se caracteriza pela reclusão, opressão e tentativa de correção do corpo e da subjetividade dos pacientes. Este é o modelo bloqueio dos corpos, da exclusão dos mesmos como forma de tratar-corriger. Equipamentos de trancamento isolados, com muros altos, em que as pessoas

ficavam depositadas eram espaços de submissão política dos classificados como anormais da sociedade moderna.

A institucionalização psiquiátrica na sociedade disciplinar bloqueio prescreve a internação dos pacientes em instituições fechadas, rigidamente hierarquizadas. Este tipo de institucionalização tem se tornado cada vez mais difícil de ser sustentado nas políticas atuais de saúde mental, sendo frequentes as denúncias e fechamento de hospitais regidos por esta lógica e racionalidade, porém foi reacendido nas internações de usuários de substâncias psicoativas nas práticas compulsórias de tratamento.

Há que acompanhar os regimes disciplinares em sua sinuosidade e evitar leituras que instauram fases delimitadas como se as racionalidades e práticas anteriores houvessem desaparecido. Assim, vale analisar os entrecruzamentos entre regimes de visibilidade e de dizibilidade, entre poderes e saberes, em jogo nas tramas das práticas estudadas.

O sistema de comunicação é bem precário nos hospitais psiquiátricos, os pacientes não tem acesso à boa parte dos meios de expressão da fala e da recepção de notícias. Os internos são calados com camisas-de-força, com choques, com banhos gelados e geralmente utilizam uniformes, sem direito aos seus pertences individuais. Os cabelos são cortados de modo semelhante, em geral, raspados e os lugares em que ficavam eram pouco ventilados, os lençóis das camas quando existem carregam o timbre da instituição e a alimentação é padronizada e pouco nutritiva, restos próximos daqueles que são reservados aos porcos. Uma comida distribuída apenas aos chamados internos, intragável para os guardiões e carcereiros da ordem.

A disciplina-bloqueio requer distâncias entre guardiões e tutelados e, para isso, produz os corpos daqueles que são forjados em suas partições: corpos vergados, lentificados, debilitados pelo próprio encarceramento. Não haverá dúvidas ao ingressarem uma instituição psiquiátrica assim configurada entre aqueles que guardam os rebanhos e os corpos e aqueles são cuidados e higienizados.

A figura dos funcionários dos hospitais se avizinha da figura dos carcereiros, ambígua e paradoxal (FONSECA; KIRST; AMADOR, 2011), que está próxima demais para não resvalar nas regiões de sombra reservadas aos internos e, portanto, não é de se estranhar o exercício da violência como ato de diferenciação constante da loucura, da tutela, do interno.

O bloqueio produz uma espécie de depósito dos excluídos, lugar de segregação das pessoas em condição de miséria na sociedade. Os párias eram enviados para o hospital como desviantes, anormais, classificados como doentes mentais e recebem toda sorte de

tratamentos cruéis e desumanos. É mais repressivo do que terapêutico, pois medicaliza muito mais os indigentes da sociedade em nome da ordem social e da lógica da segurança (PASSOS, 2009).

A França promulgou, em 1838, a primeira lei no mundo a obrigar a criação de estabelecimentos de saúde especializados para receber os alienados, bem como tratar e cuidar deles. O reverso da medalha é que a partir da lei as pessoas assim qualificadas foram *ipsu facto* condenadas a um destino institucional quase obrigatório e, na maioria das vezes, definitivo (PASSOS, 2009, p. 49).

Esta lei delimita a perda de vários direitos civis dos internados, praticamente, os suspendia. Ainda delimitava a ação médico-psiquiátrica e regulava a entrada e a saída do hospital psiquiátrico, distinguindo-o de outras modalidades de segregação de pessoas excluídas socialmente, tais como reformatório para jovens, asilos para criança e idosos abandonados, espaços de internação de leprosos, presídios entre outros lugares disciplinares de sequestro dos corpos.

A lei de 1838 abordava a internação involuntária e voluntária, sendo que a maior parte dos casos ocorria pela via judicial de ofício, sendo não voluntária, em função de um dispositivo denominado de periculosidade. Esta lei só foi abolida em 1990 (IBID).

A sociedade disciplinar, baseada na exclusão passa a ser questionada pela violência contra os pacientes, pela violação de direitos dos internados, pelos custos econômicos do modelo de internação e pela burocratização exacerbada das divisões de trabalho no hospital psiquiátrico marcadoras de lugares de saber e poder rígidos e hierárquicos. Numa ótica liberal, por que internar se o controle pode ser exercido à distância instaurando sujeitos livres, livres para governarem a si mesmos sem escapar da apreensão da ordem?

Entra em cena a Economia da Saúde que interfere diretamente nas políticas de saúde mental, rearticulando a disciplina-bloqueio aos dispositivos de inscrição de subjetividades a céu aberto e ao cálculo estatístico, vindo ao encontro das reivindicações da sociedade civil organizada mobilizada pela desinternação ainda que voltada a objetivos radicalmente diversos. Seguindo as pistas de Michel Foucault, Hamann (2012, p.121) chama atenção que o liberalismo e neoliberalismo talvez constituam “um triângulo de poder soberano-disciplinar-governamental”, durante o século XX.

Na quebra dos muros e/ou em sua derrubada entra em jogo o modelo da disciplina inclusivo em que se coloca a possibilidade de atendimento em meio aberto, sem cerca, mais

barato e baseado em cartas de direitos à liberdade, desde que na modulação das normas e das leis, em redes de cuidado. Esta tecnologia foi nomeada disciplina mecanismo modelo da peste, em que a vigilância, o exame, o controle no tempo e espaço, a sanção normalizadora e a observação hierárquica ganharam visibilidade e materializaram outras maneiras de punir, de vigiar, educar, tratar, fazer trabalhar e produzir, com mais utilidade e docilidade política, conforme assinalam os estudos de Foucault (1999a).

Foucault (2006) ressalta que não se deve pensar a psiquiatria apenas pelo funcionamento asilar de uma instituição. Com efeito, o conceito de disciplina mecanismo auxilia a analisar as relações de poder e saber para além dos muros institucionais e para além das práticas de poder assimétricas, na vertente de soberania entre dominadores e súditos. Desse modo, pode-se interrogar a disciplina em um diagrama de forças múltiplas que não ficam restritas à burocracia do Estado, do hospital psiquiátrico e das corporações profissionais tais como a formada por médicos, apenas.

Porém, em que medida nós logramos sair dos binarismos e dualismos e abrir o leque de relações que compõem o dispositivo da medicalização da sociedade, da judicialização da vida, do dispositivo de segurança, da soberania jurídica na saúde, da economia política na gestão do cuidado e da circulação, na vigilância educacional e psicológica entre tantas outras tecnologias?

Basicamente, nas primeiras décadas do século XX, em especial, após as grandes guerras mundiais, as práticas mais inclusivas, de reforma interna dos hospitais ganham notoriedade, apesar de pouco implantadas de fato. Contudo, críticas aos depósitos eram feitas e propostas organicistas, de caráter medicamentoso se tornam divulgadas e aplicadas nos hospitais psiquiátricos.

Tratamentos baseados no trabalho se tornam rotina em vários hospitais psiquiátricos, sendo chamados de reabilitação, ressocialização e reeducação. Vários exercícios disciplinares são incorporados e as contribuições da psiquiatria moral de Pinel são atualizadas e ganham uma nova importância como terapêutica disciplinar educativa diversa da perspectiva de exclusão de outrora, pois a filosofia da reabilitação reacomoda aspectos da terapia moral educativa de Pinel aos pressupostos de reforma psiquiátrica nos serviços substitutivos aos manicômios.

O procedimento de cura pela aceitação da obediência à disciplina, pela utilização da terapia do trabalho, da terapia educativa normalizante das condutas, pelo uso da ortopedia moral e adestramento dos corpos foi difundida no século XIX pela psiquiatria de Pinel e de

outros médicos. Foucault (2006) denominava essa terapia de intensificador de realidade docilizante com funções jurídicas, pedagógicas e psicopatológicas.

A Psicologia, assim como a Psiquiatria, contribui para esse exercício de governo fornecendo vocabulários e tecnologias capazes de articular a ordem moral a um regime interpretativo e avaliativo, de maneira que as técnicas designadas para o tratamento moral assumem legitimidade, em aliança com os cálculos estatísticos, proeminente desde o século XVIII, no exercício de pedagogias morais e ortopedias sociais (MILLER; ROSE, 2012).

O poder disciplinar se materializa na escrita, nas punições, nas vigilâncias, nas recompensas, nos corpos, no ato em curso e na gestão da virtualidade, na psicologização das condutas e individualização das mesmas. Permite pensar o sujeito para além do contrato soberano abstrato de direitos e deveres universalizados.

A disciplina inclusão estabelece o tempo como evolução e progresso para avaliação dos desempenhos e do processo de desenvolvimento de cada um, permitindo ampliar o quadro de anomalias no campo dos rendimentos e produção mais lenta e ou rápida, nas anomalias de resquícios da infância na vida adulta, nos avanços e retrocessos frente aos tratamentos e escolarizações. A disciplina se torna tática e não um lugar ou instituição (FOUCAULT, 2006).

Assim, a disciplina inclusão desloca a disciplina bloqueio em alguns aspectos, como a segregação em espaços fechados e isolados. Os pacientes começam a circular em alguns lugares das cidades, iniciam atividades de artesanato e de oficinas laborais, realizam lazer mesmo que eventual e alguns passam a exercer práticas de trabalho remunerado. Porém, este processo é lento e diverso em cada país e localidade, apesar de em quase todos os espaços alguns marcadores da inclusão existirem a partir do pós-guerra.

Apesar de consideráveis diferenças entre si, estas reflexões, surgidas no interior da própria psiquiatria ou no meio das ciências sociais, têm em comum a crítica aos efeitos prejudiciais acarretados pela permanência prolongada em estabelecimentos psiquiátricos. Os pontos fundamentais dessas críticas ao modelo assistencial baseado na hospitalização podem ser assim sumarizados: o caráter da síndrome de hospitalismo; agravamento ou cronificação da doença pelo hospital; características desumanizantes, despersonalizantes da instituição e o estigma gerado pela estadia no hospital psiquiátrico (LOUGON, 2006, p. 84).

O hospital psiquiátrico era um dos espaços disciplinares e a psiquiatria seu saber correlato: saber, poder de internamento e dispositivo confessional. O registro em prontuários era recorrente de tudo que acontecia com os pacientes e se tornava saber para novas

intervenções. O hospital psiquiátrico só podia ser entendido dentro de um quadro histórico de crise de determinadas práticas, durante os séculos XIX e XX.

Assim se estabelece a tão curiosa função do hospital psiquiátrico do século XIX; lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico, onde as espécies de doenças são repartidas em pátios, cuja disposição faz pensar numa grande horta; mas também espaço fechado para um afrontamento; lugar de uma luta; campo institucional, onde se trata de vitória e de submissão (FOUCAULT, 1961).

A crítica aos hospitais psiquiátricos ocorrerá mais sistematicamente, em uma perspectiva de controle acirrado, nas décadas de sessenta, setenta e oitenta do século XX, apesar de ter sido iniciada no começo do século XX, com a sociedade disciplinar inclusiva. Novos modelos de assistência foram propostos, chamados de setoriais, desinstitucionalizados, comunitários, preventivos e de gestão da crise.

Estas propostas operaram por disciplinas dos corpos no campo moral e da norma, na esfera da garantia de liberdade, desde que com níveis de obediência e de produtividade em boa parte deles. Praticamente, a desinstitucionalização italiana será a proposta mais disruptiva do ideário corretivo-terapêutico-medicamentoso.

O processo de desmanicomialização francês terá a particularidade de, muito cedo, ser protagonizado de forma institucional, negociado e conduzido pelo próprio corpo de psiquiatras progressistas contra uma casta de profissionais administradores. Praticamente não há grandes enfrentamentos internos à corporação, majoritariamente constituída por psiquiatras de hospitais públicos. (PASSOS, 2009, p. 55).

Passos (2009) afirma que o modelo brasileiro foi mais resistente da ordem social vinculada à repressão e controle dos pacientes internos do que o francês, que para ela foi mais um movimento universitário. A culminância da crítica aos hospitais psiquiátricos na França se deu na ampliação de clínicas privadas, baseadas no atendimento psicanalítico e/ou no atendimento psiquiátrico organicista que contava com novas drogas sintetizadas, substitutivas das camisas-de-força antigas pelas contemporâneas, as psicotrópicas.

No Brasil, apesar e a reforma ter sido também liderada por psiquiatras politicamente militantes (como, aliás, ocorre em toda parte), não se pode falar de reforma psiquiátrica sem referência imediata a um movimento orquestrado pelas bases profissionais, aliadas a muitos outros atores sociais cuja força se encontra, precisamente, em seu conteúdo de contestação [...] (PASSOS, 2009, p. 56).

Lougon (2006) discorda de Passos (2006), em relação ao modelo brasileiro, que para ele se aproximou mais da Psiquiatria Preventiva Americana, baseada em Caplan, de

gestão da crise em uma perspectiva mais primária e secundária e, com exceção, terciária. Nesta perspectiva, as características seriam: serviços integrados, hierarquizados, regionalizados, descentralizados e preventivo-comunitários. Para Lougon (2006), apenas parte das transformações brasileiras se deram em termos de apropriação da radicalidade crítica italiana, na desinstitucionalização da saúde mental.

Esse movimento de resistência, portanto, articulou várias modalidades de crítica ao hospital psiquiátrico e determinou a criação de novos métodos de atendimento ao paciente, seguindo a tendência ao controle em espaço aberto, em substituição ao antigo confinamento psiquiátrico. Alguns autores, como Rotelli, asseveram que essa mudança alterou o estatuto jurídico do paciente que passou de *preso coagido* para *hóspede voluntário* (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI; RISIO, 1990; ROTELLI, AMARANTE, 1992).

Segundo Deleuze (1992), as novas liberdades envolveram dispositivos de controle que rivalizaram com o mais duro confinamento. Na Sociedade de Controle, estamos num movimento de liberação quando contrastado com o antigo sistema de internação psiquiátrica. Contudo, opera-se outra crise, além da institucional, concernente à mudança dos modos de subjetivação em que cuidar passa a ser prática de rede de serviços abertos e comunitários. Práticas de cuidado que rearticulam dispositivos e tecnologias disciplinares em novos diagramas.

No espaço aberto, multiplicidades ilimitadas são normalizadas e reguladas, redes de informação e comunicação instantâneas são criadas para gerenciar segmentos inteiros da população. Instala-se um controle direto sobre os modos de subjetivação (aparelhos de intermediação), em que aparatos administrativos da sociedade passam a vigiar em nome da gestão do risco/perigo. Assim, de acordo com Deleuze (1992), as novas liberdades são investidas de mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos.

Desse modo, as disciplinas formam apenas um dos pólos do poder. O outro pólo é exercido pela *biopolítica*. Enquanto a disciplina age sobre os corpos individualmente ou em pequenos grupos, a biopolítica age sobre a espécie, sobre o conjunto da população. Assim, entra na pauta das preocupações biopolíticas a natalidade, a saúde pública, as migrações, a habitação, os transportes, as comunicações de massa, as revoltas em grande escala, etc. (FOUCAULT, 1988, p. 131, 132).

A biopolítica completa o trabalho das disciplinas, dá coesão a elas, ao mesmo tempo em que as disciplinas efetuam parte por parte os grandes projetos da biopolítica. Conforme Foucault em *Em defesa da sociedade*: “Temos, pois, duas séries: a série do corpo –

organismo – disciplina – instituições; e a série da população – processos biológicos – mecanismos regulamentadores – Estado” (FOUCAULT, 1999b, p. 298).

3. CRISE DISCIPLINAR: novo estatuto da loucura na biopolítica atualizada pelo dispositivo de segurança

A biopolítica é atualizada no dispositivo de segurança, nas duas últimas décadas do século XX e se operava na gerência da população em nome da vida e da proteção, fazendo viver e deixando morrer ou mesmo matando em nome da gestão da saúde (FOUCAULT, 1988), passa a acionar e fomentar um dispositivo de segurança é acrescido do de seguridade no controle da circulação em meio aberto (FOUCAULT, 2008a; 2008b).

Tecnologias de biossociabilidade são acionadas, cria-se um direito baseado biolegitimidade em que receber o cuidado da biomedicina e das terapias cognitivas e comportamentais é requisito na ordem das leis e das normas. Projetos de lei são forjados e tramitam em nome do direito a receber medicamentos psicotrópicos, a ser compensado por déficits variados em terapias ambientalistas e bioquímicas em meio aberto por meio de uma subjetividade nomeada pelo diagnóstico.

Os discursos em nome da diminuição de deficiências e aumento das performances instituem terapias para variados níveis de anormalidades e desvios de desempenho. Em meio a este campo de questões, o profissional da saúde é um diagnosticador que julga por perícia comportamentos em níveis de desvio das normas e os registra em dossiês, em laudos, ofícios de encaminhamentos e prescrições de tratamentos e compensações de déficits (CASTEL, 1987).

É também um profissional de saúde que alinhado a programas de governo e às novas tecnologias de controle, a exemplo da mídia, promove um sujeito de escolha que estaria pautado pela liberdade, ainda que lhe esteja restrita a liberdade de permanecer nos hospitais. Aliás, os relatos perturbadores de usuários que se negam ou se negaram a sair dos hospitais para o regime aberto de retorno às famílias ou residências terapêuticas exibem as fragilidades da reforma Psiquiátrica. Como não desejar sair das instituições apontadas como chaga social?

A reforma do antigo sistema de internação psiquiátrica e a instauração de novos métodos de atendimento vive uma crise denominada por Castel (1987) de pós-reforma. Segundo Rotelli et al (1990), essa mudança alterou o estatuto jurídico do paciente que passou

de *preso coagido* para *hóspede voluntário*. O hóspede voluntário que deve cooperar com novos desejos e orquestração das suas forças.

Este hóspede seria um passageiro involuntário de uma nova ordem programática na medida em que se torna refém do imperativo da escolha quando, principalmente, para pacientes internados por longos períodos de tempo, escolher é uma palavra de pouco sentido. Ele está em trânsito no circuito do cuidado e da rede de saúde mental. Entra e sai e serviços, sendo encaminhado para um sistema de garantia de assistência e trabalho, lazer, cultura e sociabilidade.

Há que se indagar a matéria da escolha, pois não raras vezes, esta se coloca como sendo a de eleição entre fármacos disponíveis na rede de dispensação. Sair do regime fechado não corresponde a uma desinstitucionalização como proposto pela Reforma Psiquiátrica de Basaglia que buscava alianças com não profissionais, forças políticas e sindicais, dentre outros movimentos sociais (FOUCAULT, 2006).

Entre os novos mecanismos de controle em meio aberto, encontra-se a expansão da medicalização por novas tecnologias, como as ultrassonografias, as ressonâncias magnéticas, o uso indiscriminado de psicotrópicos, a tomografia computadorizada, procedimentos diagnósticos variados, mapeamentos genéticos, psicoterapias diversas desde as de controle cognitivo-comportamental até as humanistas e psicanalíticas (LOUGON, 2006).

A desinternação vem acompanhada por novos regimes de fármacos, com menos efeitos colaterais de marcação dos corpos (o chamado efeito de impregnação), mas semelhante potência de vinculação dos seus usuários às redes de assistência e dispensação. Ambas as correntes italiana e inglesa ao estabelece a instituição como ponto de ataque.

Foucault (2006, p. 20), em contraponto analítico, coloca que “aquilo com que se tem que lidar, antes de lidar com as instituições, são as relações de força nestas disposições táticas que perpassam as instituições”. Ou seja, os poderes atravessam e constituem as instituições e compõem com elas, dispositivos concretos de normalização e normatização.

A medicalização como deslocamento da queda dos muros dos hospitais psiquiátricos opera uma ampliação de consultórios privados, de serviços substitutivos públicos em redes chamadas de gestão de risco e de crises; a psiquiatrização das escolas e da comunidade pela higiene mental no território; a medicalização da assistência social no higienismo, que atualiza a intensificação dos dispositivos forenses na sociedade. Estes

mecanismos ocorrem sob a rubrica de que materializam a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Neste sentido, ainda perdura uma perspectiva disciplinar docilizante da política de saúde, na lógica inclusiva de mecanismo em panóptico, ou seja, de vigilância policial minuciosa e com o objetivo de produtividade expandida, tal qual ressaltou Foucault (1999a; 2006). Todavia, ainda depara-se com a existência de hospitais e equipamentos de internação semelhantes aos espaços de segregação do século XIX, como os hospitais de custódia, no Brasil, por exemplo; em que a disciplina bloqueio opera mais como repressão do que como terapêutica disciplinar em meio aberto inclusiva.

Há casos de internação com características asilares de adolescentes e adultos privados de liberdade por atos infracionais, de depósitos de idosos e de crianças, de isolamento de usuários de drogas e dos novos párias sociais denominados de terroristas. Ou ainda há internamentos denominados de clínicas psiquiátricas, creches, asilos de refugiados civis e políticos, abrigos de pessoas que estavam em situação de rua entre outros.

As práticas medicalizantes são diversas quanto: à faixa etária, quanto à modalidade de violação de direitos e por gênero também. Para alguns, psicotrópicos; para outros, internação; para uns, psicoterapias; para outros, atendimentos em grupos na comunidade de educação higienista etc. O governo pelas técnicas da biomedicina operam em relação com as psicologizantes, as higienistas, as de estigmatização, as de psiquiatrização, as de gestão de risco, as de farmacologização das existências.

Foucault (1979) já havia pensado nos processos de medicalização em meio aberto nomeados de terapêuticos para classes médias e abastadas e do de higienismo da indigência para os pobres que estivessem cada vez mais próximos da condição de miséria e ou os que fossem designados de miseráveis. Assim, é possível afirmar que as práticas medicalizantes são diferenciadas por classe social, neste caso das políticas sociais e de gestão da vida.

Por isto, podemos acompanhar que em termos de segmento de medicalizados em meio aberto, todos nós nos tornamos possíveis pacientes, classificados em diferentes graus de adoecimento e ou como potenciais doentes a serem governados por antecipação em meio aberto. No caso dos que são nomeados de pacientes crônicos, estes terão a estadia revezada entre a casa, a estadia de horas e um dia em um Centro de Atenção Psicossocial de vinte e quatro horas até o encaminhamento para a enfermaria psiquiátrica no hospital geral.

Castel (1987) definiu estas práticas como de reestruturação do campo médico-psicológico, na política de gestão de risco. Tanto a despsiquiatrização quanto a

Psicofarmacologia dependem mais de uma sobremedicalização da loucura do que da sua emancipação, pois fica em aberto a questão de se é possível que “a produção da verdade loucura possa se efetuar em formas que não são as da relação de conhecimento?”, uma questão que como enuncia Foucault (2006, p. 453) ao invés de ser utópica se “coloca concretamente todos os dias a propósito do papel do médico – do sujeito estatutário de conhecimento – na empresa da despsiquiatrização”.

As terapias comportamentais, ou mesmo a atenção psicossocial refém de diretrizes que acenam para o papel central da Psicometria, acrescidas de orientações bioquímicas têm ganhado terreno considerável na expansão de uma expertise de controle em meio aberto de pessoas psiquiatrizadas e em risco de sê-lo. Os especialistas que diagnosticam, nomeiam e encaminham entram no circuito da gestão das performances moduladas por graus de limitações e capacidades a serem alvo de suas intervenções.

Trata-se de uma sedução por argumentos de simplicidade e eficácia, em que o cuidado da psicologia comportamental é operacionalizado como retificação pedagógica, de acordo com Castel (1987), das promessas do gerenciamento de si e da escolha numa cidadania frágil e pautada pelo consumo, de acordo com Miller e Rose (2012).

Volta-se, aqui, à disciplina como mecanismo inclusivo de adestramento de condutas para ampliar capacidades e diminuir resistências políticas. As sínteses entre psicoterapias comportamentais e psicanalíticas sinalizam um recuo da psicanálise de escuta terapêutica, nos moldes anglo-saxões, sobretudo, por meio do tratamento de sintomas, nas psicoterapias breves cada vez mais voltadas para a compensação do que vem sendo definido como gerência de déficits, voltada aos classificados como desadaptados físicos e mentais e inadaptados sociais de toda ordem. “O saber médico-psicológico proporciona um código científico de objetivação das diferenças” (CASTEL, 1987, p. 113).

Em decorrência destes procedimentos, Foucault (1999b; 2008a; 2008b) destacou que a biopolítica no dispositivo de segurança opera pelo racismo de sociedade e de Estado, atualizado em estratégias de controle da circulação, em entradas e saídas monitoradas; pois, distribui os grupos populacionais por suas diferenças e as hierarquiza em fluxos estatísticos; pela gestão da informática; por controle da circulação territorial; pelo custo e benefício das políticas sociais de atendimento aos mesmos; pelo empresariamento das desigualdades.

Constitui-se o direito como fator econômico e político de governo da vida e de docilização produtiva em nome investimentos, nas relações de custo e benefício em meio aberto, se tornando fechado apenas em casos da produção de extrema desfiliação social. O

cálculo da seguridade não se restringe somente aos direitos, mesmo no Estado de Direito porque o que vem antes para a racionalidade neoliberal que sustenta o mesmo é a economia política e os direitos só são acionados na medida em que poderão ser agenciados pelo mercado, em especial em sua dimensão de ordem e lei. Por isto, a oferta de segurança e de liberdade oscila em paradoxos de governo das condutas, em nome da defesa da sociedade.

É neste sentido que Castel (1987) declara que o estatuto do diagnóstico de deficiência confere um estatuto e um lugar social, bem como define circuitos especiais e direitos específicos. A política social é organizada como um mercado dos desadaptados, dos suspeitos e dos diagnosticados com anomalias diversas, racionalizados em bancos de dados. O Estado e a sociedade são chamados a funcionar como empresas que devem ter máxima eficiência, eficácia e produção, avaliando desempenhos, aumentos performances, exaltando méritos, fomentando associacionismos e a iniciativa privada.

A saúde e a educação bem como a assistência social se tornaram mercados rentáveis, que comercializam desempenhos e déficits, gerenciados como dimensões de capital humano, investidos por empreendimentos e vendidos no mercado de serviços de cuidado ao longo da vida. Como afirma Deleuze (1992), na sociedade de controle tudo se torna serviço a vender e comprar, durante toda a vida, em modulações flexíveis, em meio aberto, reformados em crises permanentes. Deleuze:

Os confinamentos são *moldes*, distintas moldagens, mas os controles são uma *modulação*, como uma moldagem auto-deformante que mudasse continuamente, a cada instante, ou como uma peneira cujas malhas mudassem de um ponto a outro (DELEUZE, 1992, p.221).

Mais do que uma subjugação dos corpos, trata-se agora de uma sedução das mentes, de uma colonização das consciências na variedade de suas relações sociais:

Muitos jovens pedem estranhamente para serem ‘motivados’, e solicitam novos estágios e formação permanente; cabe a eles descobrir a que estão sendo levados a servir, assim como seus antecessores descobriram, não sem dor, a finalidade das disciplinas (DELEUZE, 1992, p.226).

A organização dos corpos passou a atuar na liberdade dos espaços abertos, na agitação dos meios sem fronteiras definidas. Se o controle na biopolítica disciplinar era rígido, pontual e finito, tendo um funcionamento cíclico, na biopolítica da sociedade de controle ele é flexível, onipresente e constante.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS PARA PROBLEMATIZAR A SOCIEDADE DE CONTROLE E A HOSPEDAGEM PSIQUIÁTRICA

Novos programas de atenção psicossocial da saúde mental transferem a ênfase do atendimento para a comunidade; por exemplo: hospitais-dia, atendimentos domiciliares, oficinas terapêuticas, prescrição medicamentosa, centros culturais para expressão artística, dinâmica e grupos nas comunidades entre outras terapêuticas. Essas mudanças fazem com que os pacientes sejam cada vez mais voluntários nesses serviços, em deslocamento à coação praticada pelos Hospitais Psiquiátricos.

Condomínios para idosos são construídos e negociados como serviço de saúde para todo tipo de renda. Residências terapêuticas são oferecidas e financiadas para pacientes desospitalizados com apoio especializado. Centros de reabilitação são criados para oferecerem atendimento em saúde e educação.

Sistemas de vigilância em meio aberto e controle por diagnósticos, avaliações permanentes, testagens constantes e encaminhamentos para redes de serviços descentralizados. Estes são interligados por sistemas instantâneos de comunicação são agenciados em todo momento em nome da saúde, da segurança e do cuidado social.

As imagens veiculadas sobre tais serviços povoam os desejos de quem os pode e de quem não os pode acessar, configurando o que Miller e Rose (2012) vão chamar de “habitat público das imagens” que inscrevem verdadeiras pedagogias da vida cotidiana em busca da saúde e da auto-realização se não em vida, pelo menos, na morte, vide o exemplo brasileiro do crescimento do setor de planos funerários que oferecem descontos em serviços médicos privados.

A internação se torna um dispositivo de exceção, contudo, poderá ser acionada em algum momento, mesmo que rapidamente para conter a então chamada crise. Para desintoxicar, para intensificar disciplinarmente o controle e ainda para aumentar as dosagens de medicamentos e acompanhamento médico-psicológico.

As biossociabilidades são ofertadas no mercado, em academias, massagens, nas embalagens de vitaminas, nos complementos nutricionais, nos espaços de saúde para encontros e conversas de reposição alimentar e hormonal, em spas, em hotéis fazendas, em pacotes turísticos para viagens a lugares de descanso do stress e em clínicas de emagrecimento e para realização de cirurgias reparadoras (estéticas).

Estes serviços são ofertados, também, em planos de parcelas baixas e de longo prazo que geram um endividamento continuado entre camadas populacionais que não logram sua aquisição imediata. Pode-se declarar a partir de Deleuze (1992) que os atendimentos em saúde fazem parte das estratégias de compra, de consumo, de marketing criador de marcas que valorizam o mercado de serviços da produção de saúde.

Dívidas infinitas são fabricadas como resultados do consumo de medicalização para aumentar as performances produtivas em prol de fazer dos corpos máquinas de investimento tais como capitais humanos. Um mercado de serviços é fabricado em nome da saúde e do cuidado como investimento de bem-estar. Gerir relações e maneiras de posicionar nas mesmas, governar condutas em diferentes espaços em seus entremeios e entrecruzamentos se tornou um desafio e uma prescrição das políticas contemporâneas de saúde a partir dos princípios de intersetorialidade e integralidade.

Nesta emergente sociedade de controle e hospedagem psiquiátrica, a violência, entendida como perfeitamente irregular e caracterizada por uma microfísica dos corpos em meio aberto e regulada pelo mercado da saúde se coloca como uma problemática emergente. Com traçar linhas de fuga se nos tornamos hóspedes razoavelmente bem recebidos e medicados?

Foucault (2006) pontuava que a noção de violência e de instituição são fechaduras enferrujadas. Sugeriu como alternativa problematizar os desequilíbrios de poder, as rearticulações dos discursos e tecnologias que atravessam as instituições, que podem, talvez, apontar uma maneira de escapar não apenas dos muros, mas, principalmente, de determinadas formas de saber-poder das quais nos tornamos, de uma maneira ou outra, reféns, inclusive nos modos como pensamos nossas práticas de liberdade.

Miller e Rose (2012) observam que embora nos ocupando de maneira, mais ou menos criativa, de nós mesmos no mundo dos bens nos mantemos na lógica neoliberal com margens de escolha que são parte dos dispositivos de normalização e governamentalidade contemporâneos. Hamann (2012) vai mais longe e provoca a pensar se o projeto de uma ética de si lograria escapar da lógica neoliberal que pauta a economia da política de subjetivação nas sociedades contemporâneas?

São questões cotidianas para as quais não há uma resposta ou conjunto de respostas a elencar, pois o genealogista não é um juiz no tribunal como advertiu Deleuze (1976), no final da década de 1970, quando se debruçou sobre a obra de Nietzsche, retirando a atividade de pensar dos lugares comuns da crítica.

Com efeito, tendo em vista esta chave nietzschiana, tal como relida por Deleuze, pode-se entender que a representação que define nossa consciência a respeito do fenômeno da loucura é sempre uma projeção reativa, no sentido de que ela diz respeito à relação entre forças de conservação e os valores dominantes já em curso num grupo. Se, em Nietzsche, “a relação da força com outra força chama-se ‘vontade’” (DELEUZE, 1994, p.22), então devemos distinguir, conforme a leitura deleuziana, uma vontade de poder, ligada à recongnição dos valores estabelecidos.

Neste sistema valorativo, as forças ativas querem dominar, fazendo-se reconhecer e fazendo-se “atribuir valores em curso em uma sociedade dada (dinheiro, honras, poder, reputação)” (DELEUZE, 1976, p.123), de uma outra vontade, a “vontade de potência”, que é expressão, por sua vez, da criação de novos valores, o que abrange uma dimensão estética da existência em meio às tentativas de controle e captura. As posições: ética e política possibilitam que se desloquem as forças de controle e desviá-las por outros vetores e espaços tempos.

Não se trata de propugnar, portanto, pelo simplismo de visões niilistas incapazes de reconhecer a importância dos movimentos diversos de desinstitucionalização, de crítica ao modelo psiquiátrico normalizador e de busca de inserção social digna daqueles que são reiteradamente marginalizados, seja como pacientes em domínios fechados seja através de rótulos e estigmas, mas sim de sempre ter em vista a pergunta pelos valores que estamos afirmando ou, ao contrário, transmutando em nossas práticas.

Isto para não correr o risco de, como já dissemos acima, de articular os preconceitos de uma ordem moral vigente aos esforços que pretendem escapar deles, pensando e agindo de outros modos, portanto, abrindo brechas para as perguntas e história do presente. Não podemos naturalizar os dispositivos de cuidado mesmo que os consideremos avançados e supostamente os coloquemos em posição de comparação com alguma prática anterior que possamos considerar cruel, violadora e estigmatizante sob a perspectiva do presente em que vivemos.

REFERÊNCIAS

CASTEL, R. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

DELEUZE, G. *Conversações*. São Paulo: editora 34, 1992.

DELEUZE, G. *Nietzsche e a Filosofia*. Rio de Janeiro: editora Rio, 1976.

DELEUZE, G. *Nietzsche*. Trad. Alberto Campos. Lisboa: Edições 70. 1994

FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1961.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. *Vigiar e punir: a história da violência nas prisões*. Petrópolis,RJ: Vozes, 1999a.

_____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999b.

_____. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. *O Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FONSECA, T. M. G.; KIRST, P. G.; AMADOR, F. S. Corpo arte e clínica: variações na pesquisa como resistência e diferenciação. *Vivência*, n. 36, p. 113-125, 2011.

HAMANN, T. H. Neoliberalismo, governamentalidade e ética. *Ecopolítica*, v. 3, p. 99-133, 2012.

LOUGON, M. *Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MILLER, P.; ROSE, N. *Governando o presente: gerenciamento da vida econômica, social e pessoal*. São Paulo: Paulus, 2012.

PASSOS, I. C. F. *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

ROTELLI, F., LEONARDIS, O., MAURI, D., RISIO, C. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p.17-59.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.