

TANATOPOLÍTICA E NEOFASCISMO NO BRASIL: ATUALIZAÇÃO DA LÓGICA MANICOMIAL NO CARIRI CEARENSE

THANATOPOLITICS AND NEOFASCISM IN BRAZIL: UPDATING OF MANICOMIAL LOGIC IN CARIRI CEARENSE

Leda Mendes Gimbo¹

Magda Diniz Bezerra Dimenstein²

RESUMO: A Casa de Saúde Santa Teresa - hospital psiquiátrico inaugurado no Cariri cearense na década de 1970 - se manteve em funcionamento até 2016, a despeito dos avanços da Reforma Psiquiátrica no país. Trata-se de uma instituição privada, que funcionava com recursos públicos e faz parte de um período da história da psiquiatria brasileira que gerou muitos lucros aos empresários da loucura, atendendo aos ideais higienistas. A fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial/RAPS na região e o fato de que atendia às demandas de inúmeros municípios dos estados do Ceará, Piauí e Pernambuco foram os argumentos utilizados para que o hospital permanecesse ativo por tantas décadas. Tomando o fechamento da Casa de Saúde Santa Teresa como acontecimento, esse trabalho de caráter cartográfico, pretende analisar os desdobramentos do fechamento desse manicômio na região, destacando a atualização da lógica manicomial e de seus dispositivos, a exemplo da multiplicação de Comunidades Terapêuticas observada nesses territórios, a falta de ampliação da RAPS e de estratégias efetivas de desinstitucionalização e de acompanhamento de longa permanência em Saúde Mental. Objetiva-se articular esse fenômeno ao contexto político do país, à desconstrução das políticas de direitos, do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, agravada pela crise sanitária, social e econômica causada pela pandemia da Covid-19. Por fim, pretende-se apontar, nesse cenário de guerra, possibilidades de resistência e insurgência a partir das políticas do comum.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica; desinstitucionalização; tanatopolítica; RAPS; comunidade terapêutica.

ABSTRACT: The Casa de Saúde Santa Teresa - a psychiatric hospital opened in Cariri cearense in the 1970s - remained in operation until 2016, despite the advances of the Psychiatric Reform in the country. It is a private institution, which operated with public funds and is part of a period in the history of Brazilian psychiatry that generated many profits for the

¹ Psicóloga, professora adjunta na Universidade Federal de Goiás – ledagimbo@ufg.br

² Psicóloga, professora titular vinculada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – magda.dimenstein@urn.br

entrepreneurs of madness, meeting the hygienist ideals. The fragility of the Psychosocial Care Network/RAPS in the region and the fact that it met the demands of numerous municipalities in the states of Ceará, Piauí, and Pernambuco were the arguments used for the hospital to remain active for so many decades. Taking the closing of the Casa de Saúde Santa Teresa as an event, this work, of cartographic nature, intends to analyze the consequences of the closing of this asylum in the region, highlighting the updating of the asylum logic and its devices, such as the multiplication of Therapeutic Communities observed in these territories, the lack of expansion of the RAPS and effective strategies of deinstitutionalization and monitoring of long stay in Mental Health. It aims to articulate this phenomenon to the political context of the country, the deconstruction of rights policies, the SUS and the National Mental Health Policy, aggravated by the health, social and economic crisis caused by the Covid-19 pandemic. Finally, it is intended to point out, in this scenario of war, possibilities of resistance and insurgency from the politics of the common.

Keywords: psychiatric reform; deinstitutionalization; thanatopolitics; RAPS; therapeutic community.

1 INTRODUÇÃO

É imprescindível retomar a história da Casa de Saúde Santa Teresa, da mesma maneira que diversas circunstâncias históricas exigem a consulta ao passado, não para estabelecer um nexo causal ou uma explicação linear entre os eventos que culminam em um acontecimento, mas para identificar seus platôs, seus pontos de ruptura e continuidades, os atravessamentos e os desvios ocorridos nesse processo. Para a reflexão aqui proposta, partimos de um ponto definitivo, um acontecimento, “o instante impessoal que se desdobra ainda-futuro e já-passado”, conforme afirma Deleuze (2000, p. 177-8): *o hospital fecha*.

Contudo, não se trata de analisar o fechamento do hospital, suas causas localizadas no passado ou promessas para o futuro a partir dali, mas, da ruptura em si mesma, da instauração de um novo ponto, cuja determinação não se dá por causalidade e cujo futuro é suposição e, a despeito de nossas apostas e previsões, não podemos afirmar até que lá estejamos. Dito isso, podemos considerar que embora os objetivos da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental fossem claros e suas metas bem fundamentadas, isso não garantia que tudo se desenrolaria conforme planejado ou desejado. Os fatos estão sujeitos ao imprevisível e ao indeterminado. De acordo com Deleuze (2000, p.34) não há para o acontecimento um sentido específico, uma vez que “o acontecimento é o próprio sentido. O

acontecimento pertence essencialmente à linguagem, mantém uma relação essencial com a linguagem; mas a linguagem é o que se diz das coisas”.

Dessa maneira, um acontecimento tem um presente de efetuação, um momento decisivo, o acontecimento se constitui em um estado de coisas, “mas há, por outro lado, o futuro e o passado do acontecimento tomado em si mesmo” (DELEUZE, 2000, p. 177), não devendo o acontecimento ser confundido com suas condições de efetuação espaço-temporal. Dizer que *o hospital fecha* é considerar sua dimensão incorporal, que o acontecimento possui uma dimensão que se dá no tempo, no espaço, que afeta corpos e muda a dinâmica do entorno. Contudo, que se dá também em uma dimensão sem corpo, discursiva, inscrita na linguagem.

O acontecimento, pois, constitui um paradoxo em sua dimensão temporo-espacial (do mundo) e sua dimensão linguageira. Uma subsiste à outra, sendo necessário que o acontecimento se dê no mundo para que subsista, enquanto narrativa, na linguagem. Deleuze (2000) também considera a extratemporalidade do acontecimento, ou seja, considera a temporalidade paradoxal. O acontecimento não tem lugar específico no tempo, por ser capaz de produzir afecções nas condições cronológicas, marcar uma cesura, uma ruptura, uma espécie de interrupção do tempo, que será retomado de outra forma, sobre outro plano, como um entre-tempo. O acontecimento estabelece uma aporia, uma vez que está dentro do tempo, já que consiste em um plano de efetuação espaço-temporal, mas também se constitui enquanto diferença interna do tempo, inscrita na linguagem, separando o tempo do tempo.

O fechamento de um manicômio pode ser lido, enquanto acontecimento, nessas duas dimensões: (1) situado no tempo e espaço, torna-se um marco, produz efeitos físicos, afetos localizados nos corpos, no cotidiano das cidades, no reordenamento dos dispositivos de saúde, nos sujeitos que não mais se internarão, nos que precisarão de novos lugares e (2) enquanto experiência da linguagem, fora do tempo, condição de devir, o fechamento do hospital se inscreve na ordem discursiva, nos imperativos da construção de verdade e narrativa de um tempo, possibilitando novas invenções e significados, novos sentidos. O hospital fecha, não é causa nem efeito, especificamente, mas engendra as duas condições, a afecção no mundo dos corpos e seus efeitos incorporais. O acontecimento é condição do devir e de seus “efeitos que remetem a efeitos [...] por isso é necessário compreender o ‘efeito’ não só casualmente, mas opticamente” (DELEUZE, 1997, p. 159).

Dessa forma, o fechamento do manicômio sustenta uma dimensão incorporal, mas também provoca efeitos, afeta os corpos de outra forma, distinta da maneira que afetava enquanto estava em funcionamento. Logo, não se trata do manicômio fechado, para si, ou em si, o acontecimento se dá no infinitivo, acontecer que o hospital fecha não se trata apenas de uma qualidade atribuída ao hospital enquanto substantivo ou sujeito de uma ação no tempo, mas da ruptura e do sentido que se instaura a partir disso. Derrida (2006) indaga se é possível dizer o acontecimento e aponta a aporia de sua condição no tempo e na linguagem, no mesmo movimento em que denuncia sua impossibilidade de resolução. É necessário que tomemos o acontecimento em sua condição caótica ou caosmótica, conforme Deleuze e Guattari (2011), condição fundamental para a instituição de novos agenciamentos e possibilidades de re-criação.

Assim, tomando o fechamento da Casa de Saúde Santa Teresa como acontecimento, esse trabalho pretende analisar os desdobramentos do fechamento desse manicômio na região, destacando a atualização da lógica manicomial e de seus dispositivos, a exemplo da multiplicação de Comunidades Terapêuticas observada nesses territórios, a falta de ampliação da RAPS e de estratégias efetivas de desinstitucionalização e de acompanhamento de longa permanência em Saúde Mental. Propõe-se discutir a articulação entre a conformação de uma lógica de retrocesso nos direitos civis, o arruinamento das macroestruturas manicomiais no país e a atualização e reordenamento do poder psiquiátrico em novos dispositivos, indicando mudanças na relação da cidade com a loucura e nos processos de subjetivação.

Para tanto, fez-se um caminho cartográfico com uso de várias estratégias. Foram consultadas referências bibliográficas das áreas da Psicologia e Filosofia, visitas às antigas estruturas manicomiais, uso de fotografias, recursos se diferenciam que se alinham às propostas metodológicas de caráter qualitativo e permitem a descrição e análise do objeto de pesquisa sem perder o rigor, uma vez que se fundamenta em referências teóricas relevantes, possibilitando a moldagem da pesquisa à pesquisadora e aos desdobramentos do campo.

2 POLÍTICA BRASILEIRA ENTRE 2016 E 2020: DESMONTE E PROJETO SOCIETÁRIO TANATOPOLÍTICO

A inversão de Clausewitz proposta em Pelbart (2019) aponta para a política enquanto continuação da guerra por outros meios. Nesse sentido, práticas genocidas, políticas de

aniquilamento e perda de liberdade passam a ser utilizadas enquanto ferramentas de governo da população e extrapolam o que Foucault (2008) chamou de biopolítica, resultando em uma forma de governo tanatopolítica, que opera pelo extermínio das diferenças. Coincidindo com o ano de fechamento da Casa de Saúde Santa Teresa, o Brasil acompanhou o processo de *impeachment* da presidenta eleita Dilma Roussef e os desdobramentos políticos desde sua saída do cargo até a eleição do populista de extrema direita Jair Bolsonaro (HUR e SABUCEDO, 2020; ROLNIK, 2018).

Esse cenário vem impactando diretamente no desmonte das políticas sociais, em especial da Política Nacional de Saúde Mental e na retração do processo de desconstrução dos grandes manicômios no país, o que vem resultando na multiplicação de microestruturas de controle, de ordem manicomial. Basta acompanhar as resoluções políticas focadas na área ao longo dos últimos quatro anos, para observar esse retrocesso. Ademais, observa-se a amplificação das formas fascistas de controle da vida e de economia da morte em tempos da pandemia da Covid-19, o recrudescimento da lógica asilar, do encarceramento em massa e da produção de vida matáveis.

No Brasil, desde meados da década de 1980, o imperativo de reformas políticas, contraforça mundial, mostrava seus efeitos. A reforma psiquiátrica brasileira é parte desse processo. Durante quase três décadas, e particularmente em 15 anos de governo do Partido dos Trabalhadores, o governo brasileiro esteve, de alguma forma, alinhado às possibilidades de desconstrução do parque asilar e substituição do modelo manicomial através de políticas convergentes com um projeto societário de cunho democrático e com a reforma geral do sistema de saúde. O Sistema Único de Saúde - SUS, respaldado pela Constituição Federal de 1988, substituiu macroestruturas por dispositivos territoriais e pelas práticas de cuidado à saúde descentralizadas e divididas em níveis distintos de complexidade, partindo da atenção primária, de caráter preventivo e de promoção à saúde, tomada como prioridade.

Contudo, a partir de 2016, o país passou a viver um cenário político extremamente preocupante. O *impeachment* da presidenta democraticamente eleita Dilma Roussef ocorreu sob a justificativa de combate à corrupção no país. Foi orquestrado um golpe por setores conservadores da sociedade com o apoio do Supremo Tribunal Federal, em um acontecimento inédito de intervenção do Judiciário sobre os poderes Executivo e Legislativo no país

(ROLNIK, 2018). Era apenas o começo da derrocada democrática e da ascensão do populismo reacionário e de extrema direita em curso no país, que culminou na eleição de Jair Bolsonaro em 2018, com efeitos ampliados pela pandemia da Covid-19 que assola o planeta desde o início de 2020 e que já provocou milhares de mortes no Brasil.

O avanço mundial do projeto societário capitalista neoliberal e da governamentalidade moderna atualizam as operações biopolíticas e amplificam as formas de governo e controle sobre as vidas humanas. Porém, opera a partir de um novo mecanismo que diz respeito à descartabilidade de uma parcela da população, daquelas consideradas abjetas, precárias e, portanto, elimináveis (BUTLER, 2015). Tais formas de vida e corpos indesejados tornam-se objeto da atualização do poder, agora em sua faceta necro ou tanatopolítica (MBEMBE, 2018), uma vez que opera pelo abandono e aniquilamento, pelo genocídio e desqualificação de vidas humanas. O projeto tanatopolítico de governo se apoia em estratégias que visam à aniquilação das formas de vida marginais e desviantes que não são contributivas ou fazem frente ao capitalismo neoliberal globalitário.

No ano de 2020 a COVID-19 se alastrou pelo globo. No cenário de pandemia, as assimetrias sociais são evidenciadas, uma vez que nem todos os grupos humanos puderam estar preservados em casa, com garantias de segurança e saúde. Muitas pessoas, grupos vulneráveis, periféricos, em situação de rua, de pobreza, pessoas com trabalhos precarizados estiveram e estão mais expostos à morte durante a pandemia. As políticas de prevenção e recuperação da saúde já eram garantidas para determinados grupos humanos privilegiados pelo lugar rentável que ocupam na sociedade capitalista.

Com a pandemia, esses lugares ficam ainda mais escancarados: vidas que merecem e possuem garantias versus vidas descartáveis. Certamente o contexto é mais complexo e tange ao recorte de classe e aspectos econômicos. O conservadorismo negacionista em relação à pandemia está presente nas camadas mais ricas como nas camadas mais populares e faz parte da ignorância necessária ao funcionamento capitalista.

Contudo, os mais ricos acessam o sistema suplementar de saúde e pagam por isso, enquanto os mais pobres continuam a depender do Sistema Único de Saúde - SUS, que tem sido severamente desmontado. O negacionismo, o não investimento na compra de insumos e atualmente a demora para a compra e aplicação da vacina, justificada pela não necessidade da

mesma, proporciona a reprodução desse funcionamento: ricos pagarão pela vacina no sistema privado e parcelas mais vulneráveis, que dependem do SUS, esperarão e morrerão mais.

Desde o ano de 2016 assistimos à estagnação, seguida do desmonte dos serviços substitutivos de saúde mental de base comunitária, pautados na produção de cuidado compartilhado e em liberdade. Esse modelo havia avançado ininterruptamente nos últimos trinta anos, coincidindo com a reformulação geral da política brasileira, orientada pela Constituição Federal de 1988, que estruturou os serviços de saúde no Brasil, tomados pela primeira vez como um dever do Estado e direito da população. Porém, a partir desse ano, um processo de desmonte que atende a interesses político, das elites brasileiras e é reflexo do projeto capitalista neoliberal global, foi sendo incrementado.

O desmantelamento tem ênfase nas reformulações relacionadas à política de álcool e outras drogas, com caráter moralista, proibicionista e punitivo, no incentivo às internações psiquiátricas, contrariando o modelo que pressupunha a criação de métodos alternativos ao asilamento e à exclusão social, no financiamento de Comunidades Terapêuticas e na supressão dos investimentos em dispositivos de média e baixa complexidade. As leis 10.216/2001, 8.080/90 e 8.142/90, orientadoras dos avanços produzidos pela reforma Psiquiátrica no país têm sido sistematicamente contrariadas, mas não só elas, uma série de outras medidas têm resgatado a forma obsoleta e excludente de atenção à saúde mental.

3 RUÍNAS DO HOLOCAUSTO BRASILEIRO NA PAISAGEM DAS CIDADES CONTEMPORÂNEAS

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica produziu uma redução massiva dos leitos em Hospitais Psiquiátricos. O manicômio, desde os primórdios da história da psiquiatria brasileira foi prevalente e suas instalações em todo o território nacional atendiam aos ideais higienistas e eugênicos que norteavam a atenção psiquiátrica desde o início do século 20. A lógica manicomial encontrou nas macroestruturas hospitalocêntricas, representantes emblemáticas da sociedade disciplinar (Foucault, 1987), sua materialização e conformação, chegando ao seu apogeu em número de internos e mortos. Estima-se que em meados de 1980 um contingente de sessenta mil pessoas habitava os manicômios do país (ALVES, 1999).

Contudo, movimentos libertários e questionamentos à assistência psiquiátrica manicomial, ao modelo biomédico em psiquiatria, ganharam força no país a partir de meados da década de 1970. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, a crise na saúde pública brasileira e a emergência de um novo modelo de saúde com o SUS, dentre outros, induziram à redução de leitos psiquiátricos e à proposta de modelos substitutivos de assistência, pautados em princípios de equidade, integralidade e, sobretudo, de liberdade. O movimento reformista fez frente à manicomialização e enfrentou muitos obstáculos ao longo desse período, mas desde 2016 tem sofrido fortes golpes. Passados mais de 40 anos desde o início desses movimentos, nos perguntamos: o que aconteceu com os macros espaços manicomiais, com os grandes asilos do país? Em lugares distintos do Brasil as ruínas manicomiais guardam grande parte da história da loucura e da relação do louco com a cidade. O que resta da Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro? Do Hospital Colônia em Barbacena/MG? Da Casa de Saúde Santa Teresa no interior do Ceará?

Os registros e visitas aos três espaços foram feitos no mesmo ano e mês, a saber, setembro de 2019. A Colônia Juliano Moreira, o Hospital Colônia de Barbacena e a Casa de Saúde Santa Teresa fazem parte do complexo de megaestruturas manicomiais no Brasil. Situados em diferentes regiões do país, os três dispositivos parecem atender ao mesmo imperativo de ordenamento social. Talvez não seja diferente em termos da sua desconstrução. É possível que seu processo de desmantelamento atenda a objetivos comuns e faça parte de um processo de transição histórica.

A Colônia Juliano Moreira foi abrigo de um sem números de expuriados pela loucura, dentre eles Arthur Bispo do Rosário. A extensão territorial da colônia permitiu que seu espaço, antes uma cidade manicomial, fosse, à medida de sua desconstrução, sendo convertida em um grande bairro, cujas estruturas residenciais e comerciais vão se erguendo entre os prédios dos antigos pavilhões. O que foi a Colônia Juliano Moreira anos atrás é hoje um bairro com dimensões geográficas imensas, atravessado pelas ruínas e reapropriações da antiga estrutura manicomial. O bairro contém muitos dispositivos da RAPS, contudo, é também marcado pela existência de inúmeras Comunidades Terapêuticas. Compreender que toda aquela extensão era habitada por uma parcela humana de excluídos, abandonados à própria sorte, nos dá a ideia dos braços gigantes da manicomialização e seu enorme alcance social. A colônia era um mundo.

Figura 1: Colônia Juliano Moreira.



Fonte: Acervo pessoal (2019).

Em Minas Gerais outra grande transição se processa. Barbacena, Juiz de Fora e Belo Horizonte receberam a alcunha de corredor da loucura, em virtude da grande quantidade de leitos psiquiátricos e por sustentar quase o dobro de internações estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde durante muitas décadas. A cidade de Barbacena tornou-se conhecida por carregar o peso das sessenta mil mortes, do comércio de corpos e ossadas e da banalização do genocídio.

A última cela do Hospital Colônia foi desativada em 1994. No ano de 1996 o hospital foi desativado e uma parte de sua estrutura foi transformada no Museu da Loucura, em funcionamento até os dias atuais. A princípio, a Colônia tornou-se o Centro Psiquiátrico de Barbacena, onde foram instaladas as Residências Terapêuticas para abrigar antigos pacientes moradores do manicômio. Uma unidade de Terapia Ocupacional e arte também se manteve funcionando no lugar.

Passados mais de trinta anos do fechamento, as marcas da violência manicomial e a tentativa de apagamento são notáveis na cidade. A unidade de internação para casos graves foi instalada em outra área, longe do lugar onde o Hospital Colônia funcionou, dispendo de trinta

leitos em regime fechado, com condições de higiene e organização típicas dos hospitais psiquiátricos.

Um hospital geral passou a funcionar ao lado do Museu da Loucura, as Residências Terapêuticas permanecem instaladas morro acima, com acesso íngreme e difícil, impossibilitando a mobilidade dos antigos internos que agora são livres, mas, na realidade, não dispõem de muitas possibilidades, nem gozam de saúde e, na grande maioria, não consegue sair das Residências Terapêuticas ou dos seus arredores. Barbacena insiste na substituição do título de cidade da loucura, centro do holocausto brasileiro, pelo título de cidade das rosas. O apagamento da memória. A necessidade de negação e minimização da barbárie.

Figura 2: Hospital Colônia, em Barbacena.



Fonte: Acervo pessoal (2019).

Em Barbacena, as estruturas físicas permanecem, abrigam novas instituições, impondo novos sentidos, a morte é a sina. Quando não houver mais vestígios dos antigos habitantes e funcionários do Hospital Colônia sua história poderá ser, talvez, reduzida aos livros e parques registros históricos.

A antiga Casa do Noviciado, da Congregação das irmãs de Santa Teresa, abrigou os primeiros internos de um hospital psiquiátrico do interior do Ceará, cujo nome permaneceu em homenagem às noviças. Fundado na década de 1970, o manicômio permaneceu em atividade

até o ano de 2016, amparado na falta de dispositivos substitutivos, na estrutura médico-privatista e no grande contingente de pessoas que eram trazidas de outros Estados para se internar. Localizado no extremo sul do Ceará, o hospital fazia fronteira com o Pernambuco, a Paraíba e o Piauí, além de receber a demanda advinda também do sertão central cearense (GIMBO, DIMENSTEIN E LEITE, 2017). O prédio onde o manicômio funcionou até seu fechamento foi construído pelos médicos, donos do hospital, de caráter privado, mas financiado com recursos públicos.

Figura 3: Casa de Saúde Santa Teresa em demolição.



Fonte: Acervo pessoal (2019).

A Casa de Saúde Santa Teresa foi fechada no ano de 2016, após processo lento de desmonte, quando já tinha problemas estruturais e efeitos do desgaste do tempo. O hospital havia diminuído o porte no ano de 2009, ficando parte da estrutura, onde funcionou o primeiro pavilhão feminino, desativada desde então. Até fechar completamente, a estrutura física que servia anteriormente ao pavilhão masculino foi dividida ao meio para abrigar o contingente de 160 pessoas. Na região, apesar do iminente fechamento, não houve planejamento, nem ampliação da RAPS para dar suporte aos internos, familiares e profissionais que ali estavam. Em seu lugar, as Comunidades Terapêuticas se multiplicaram.

Os proprietários da instituição transportaram o arquivo de prontuários e documentos para uma clínica, estando assim à disposição para consulta de familiares e da justiça. O prédio antigo e depreciado está sendo demolido. O terreno será loteado e no lugar onde entre os anos de 1970 e 2016 funcionou o hospital psiquiátrico existirão ruas e casas. A existência física da Casa de Saúde Santa Teresa chega ao fim.

O acontecimento se dá no tempo, também inscritas no tempo estão as transformações dos espaços e o movimento que as vidas, relações humanas e modos de subjetivação vão encontrando, atualizando e construindo. Podemos pensar nessa relação como uma tríade, com seus efeitos: o tempo, os espaços, as relações humanas. Tomando o primeiro elemento da tríade como fio condutor, é possível conceber as relações humanas e formações sócio históricas, assim como seus efeitos nas estruturas das cidades, na arquitetura, na rotina das pessoas, nas relações que se desenham.

O desaparecimento desses três grandes manicômios diz dos efeitos dessa tríade. Em lugares diferentes do país, atendendo aos imperativos dos avanços nas relações humanas determinadas pelo capitalismo, as cidades engolem os hospícios enormes, que são paulatinamente substituídos por microestruturas, dissolvidas no tecido das cidades, pouco visíveis. Eliminar as diferenças do campo de visão é uma forma de negá-las, invisibilizar as vidas que rendem menos ao capitalismo é uma forma de naturalizar seu aniquilamento e deixar à vista apenas as estruturas e vidas que interessam.

Cartografar nesses espaços, constatar o arruinamento das grandes estruturas manicomiais, no mesmo movimento em que acompanhamos as formações políticas reacionárias e autoritárias sendo recuperadas aponta para a necessidade de exercitar a memória, contudo, essa tarefa não é fácil, nem se dá sem esforços, uma vez que todo o imperativo e velocidade das relações de consumo parece forçar as pessoas a não pensar, apenas seguir.

O apagamento dessas estruturas facilita o esquecimento de uma parte da história da loucura e exclusão nesse país, facilita sua repetição com novas roupagens. A despeito da necessidade histórica de sustentação da memória como forma de resistência, o próprio desaparecimento das estruturas físicas, tem tornado possível o esquecimento dessa parte fundamental e violenta da manicomialização no país, da loucura como objeto historicamente construído, da reforma e seus avanços e dos lugares para os quais não deveríamos voltar.

Assistimos e somos parte da atualização da lógica manicomial, que é parte de uma forma maior de aniquilação e extermínio de parte da população desse país. Os corpos dos loucos, atualizados na figura dos usuários de álcool e outras drogas, assim como corpos periféricos, negros e pobres, constituem parcela pouco rentável e matável, corpos sobre os quais se inscrevem as políticas de morte e abandono, corpos que são transformados em objeto de lucro até onde possível, quando para eles se criam dispositivos que são depósitos humanos, lugares de exclusão e apagamento, disfarçados de espaços de cuidado e cura.

4 DO MANICÔMIO À COMUNIDADE TERAPÊUTICA: QUANDO O PODER SE VALE DO DESEJO COMO ARMA

Retomamos aqui o caso de fechamento da Casa de Saúde Santa Teresa pela sua importância na região sul do Ceará. Nessa ocasião, foi realizado um levantamento dos dispositivos de Saúde Mental nos municípios de Crato, Juazeiro e Barbalha no ano de 2017. Foram consultados os dados do Ministério da Saúde sobre dispositivos da RAPS, outros de domínio público, disponibilizados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental e indicadores da RAPS da Plataforma Regiões e Redes³. Além disso, foi visitado o prédio vazio onde funcionou o hospital, sendo possível acompanhar seu desmonte e demolição.

Foi realizado levantamento junto às secretarias de saúde dos municípios acerca da abertura de novos dispositivos, o que não aconteceu durante o ano de 2017. Embora os dados do Ministério da Saúde apontassem para o crescimento de dispositivos como os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTS e Unidades de Acolhimento Intensivo - UAI para fortalecer a RAPS e promover assistência territorializada e integralizada, nenhum desses dispositivos foi instalado na região do Cariri. Em contrapartida, constatou-se o crescimento exponencial do número de Comunidades Terapêuticas – CTS, de caráter religioso e privado, que se dispõem a atender aos usuários de álcool e outras drogas, bem como acolhem ex internos da Casa de Saúde Santa Teresa. De acordo com dados da secretaria municipal de saúde de Juazeiro do Norte, em outubro de 2018, foi identificado um total de 28 Comunidades Terapêuticas.

³ Os dados utilizados estão disponíveis em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf> e <http://www.resbr.net.br>.

Assim, com o acompanhamento da situação da RAPS nesses territórios após o fechamento do hospital psiquiátrico, tomando como base indicadores quantitativos, bem como os registros fotográficos e a análise da conjuntura política local, esse conjunto de elementos nos ajudaram a detectar vários problemas na Atenção Psicossocial local, mas apontaram, em particular, para a emergência de um fenômeno que vem sendo detectado em todo o território nacional: a multiplicação vertiginosa das Comunidades Terapêuticas na região, inclusive nas cidades anteriormente destacadas.

O crescimento desses microdispositivos manicomiais sinaliza a atualização da lógica perversa de exclusão pela via da captura do ideal de liberdade e cuidado territorializado. Não é à toa que essas unidades de morte são pequenas, quase invisíveis, nos bairros, quase imperceptíveis. O ideal das redes de saúde era justamente promover cuidado e acompanhamento nos lugares onde vivem as pessoas que mais necessitam, parte da rotina e junto do cotidiano das pessoas. Os dispositivos do SUS deveriam estar onde mais se precisa deles, atendendo aos ideais equitativos, integrais e universais para atenção à saúde.

As Comunidades Terapêuticas incorporam o desmonte, uma vez que não eram parte das RAPs, mas se apresentam como proposta possível e rápida para atender à demanda crescente de usuários de álcool e outras drogas, como também servem a todos os corpos loucos. Esses dispositivos são criados para dar lugar, de exclusão e desaparecimento, às subjetivações mais marginais e denunciadoras do capitalismo: aquelas que, na impossibilidade de produzir e consumir como o neoliberalismo exige, consomem a si mesmas.

Enquanto o hospital sucumbia, a Reforma Psiquiátrica avançava no país, tendo na instalação dos Centros de Atenção Psicossociais - CAPS - a proposta substitutiva, por excelência, ao modelo massivo de internação. A região do Cariri teve o primeiro CAPS III implantado no ano de 1995 no município de Juazeiro do Norte. A inauguração desse dispositivo foi iniciativa de um psiquiatra e de um grupo de profissionais de saúde que trabalhavam no hospital psiquiátrico. Dessa forma, manteve o caráter privado, embora financiado pelo SUS. No ano de 1996 foram inaugurados mais dois CAPS nas cidades de Crato (CAPS II) e Barbalha (CAPS III) como forma de fortalecer a implementação dos serviços substitutivos e o processo de descentralização do hospital no atendimento à demanda psiquiátrica da região, em conformidade com o que estava acontecendo no resto do país.

De acordo com a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2016b) em 1998, o país já havia instalado 148 CAPS. No ano em que o hospital fechou (2016), esse número havia sido ampliado para 2.445 dispositivos. A Região Nordeste possuía, na época, 860 CAPS, ficando atrás apenas da Região Sudeste que dispunha de 862 dispositivos. O Ceará, nesse mesmo ano, registrava 180 CAPS, 25 leitos em hospitais gerais, 9 Unidades de Acolhimento e 3 Serviços de Residências Terapêuticas (nenhuma no Cariri). De lá pra cá, a RAPS do Cariri permaneceu estagnada.

As CTs foram inseridas nas políticas públicas, com caráter residencial, com regimes de internação de curta e longa duração, funcionando com incentivos federais que foram sendo ampliados ao longo dos anos. Cada vez mais são incentivadas, conforma avança a política conservadora no país. A premissa de ser um serviço de atenção psicossocial não se cumpre, uma vez que para funcionar efetivamente como instrumento de reabilitação deveria operar restaurando a saúde física e psíquica, considerando os sujeitos em seu contexto social, levando em consideração os princípios éticos norteadores do SUS, sobretudo, o eixo de Integralidade nas ações em saúde.

Além de andar na contramão do movimento da Reforma Psiquiátrica, as CT's se encaixam perfeitamente no lugar conservador que determina espaços segregadores disfarçados de lugar de cuidado para dar conta de modos de subjetivação que resultam das opressões do sistema capitalista neoliberal. O usuário, adicto, não é apenas um sujeito, é o tipo psicossocial que encarna o personagem excluído e não desejado em um sistema, assim como a clássica figura do louco.

O uso adocido e os prejuízos causados por esse tipo de consumo acabam sendo atribuídos a uma espécie de falência social do sujeito que consome e não o resultado de um modo de produção e de vida que segrega, produz sofrimento e gera, como consequência, relações de consumo e prazeres rápidos. O uso de substâncias psicoativas pela esfera da população mais vulnerável economicamente é tratado como problema de ordem privada, questão moral e a relação entre consumo e baixa produtividade, joga os usuários de álcool e outras drogas, sobretudo, os mais pobres, numa espécie de limbo social.

Essas pessoas acabam sendo convertidas em objetos de intervenção, encarnando problemas a serem resolvidos pelos governantes. Não é estranho conceber que o usuário de

álcool e outras drogas se equipare e seja objeto de intervenções e políticas higienistas como se fez com os loucos. Para eles também se constroem espaços de exclusão. Em tempos de desconstrução dos grandes asilos e manicômios, em tempos de asseveramento das relações de consumo do capitalismo globalitário, o poder sobre corpos desviantes assume novas formas, os dispositivos de controle são atualizados, assim como a identidade dos socialmente não desejáveis. Não há políticas suficientemente eficazes para esse grupo humano, logo, as Comunidades Terapêuticas passam a ser aceitas, sob o argumento de que é preciso cuidar e dar destino a esse grupo humano. Já vimos essa história acontecer, com outra roupagem (BADARACCO, 1994).

A cidade não para, não há tempo para lembrar, as ruínas são convertidas em espaços úteis ou, aos poucos, tornadas invisíveis, demolidas, apagadas. As pessoas competem e consomem como forma de afirmar lugar no mundo. As vidas menos rentáveis são aniquiladas e não há espaço para o luto. A pandemia assevera essa forma: o imperativo de sobrevivência, a banalização da morte. Os espaços urbanos são atualizados para atender aos imperativos, normas e regras do capitalismo, que introjetamos, engolimos sem mastigar. Apenas seguimos.

5 INSURGÊNCIAS, LINHAS DE FUGA E MODOS DE RESISTIR

O arruinamento, o aniquilamento, a substituição das macroestruturas manicomialis no Brasil não parecem significar a superação da lógica violenta de exclusão, mas a atualização desse poder perverso que agora opera alinhado com os regimentos da sociedade de controle. As vidas marginais são invisibilizadas, aniquiladas e passíveis de esquecimento. Nesse sentido, as microintituições, os dispositivos menores, que foram objeto de esperança para a Reforma Psiquiátrica têm sido largamente capturados e convertidos em esquemas de governo excludente dos corpos.

As Comunidades Terapêuticas são o exemplo mais claro dessa atualização, uma vez que estão ali, inscritas nos territórios e pouco visíveis, escapam à estrutura formal da RAPS, mas recebem financiamento e investimentos públicos, recuperam ideais moralistas e religiosos, tão fundamentais à atualização do fascismo e se destinam ao abrigo da subjetividade inversa ao homem empresarial. As Comunidades Terapêuticas se destinam ao governo dos que consomem a si mesmos junto com o álcool e outras drogas, se alinhando à figura do louco, pouco desejável,

matável e para quem, talvez, seja possível dar lugar e tornar em alguma medida sua vida rentável. A transição e sobreposição dos mecanismos da sociedade disciplinar para a sociedade de controle implica no reordenamento das cidades e da vida das pessoas, a qual depende diretamente do lugar que ocupam na cadeia de consumo e de quanto lucro são capazes de produzir.

No Brasil, desde o ano de 2016, assistimos à derrocada da política democrática e ao desmembramento paulatino dos direitos sociais e dispositivos que atendiam ao funcionamento da sociedade. O *impeachment* de uma presidenta democraticamente eleita, a ascensão de um homem que usa a própria ignorância como troféu e os atravessamentos produzidos pela pandemia ampliaram os efeitos trágicos nesse país de terceiro mundo que já se inscrevia no lastro e na periferia do capitalismo mundial. Tomamos o fechamento da Casa de Saúde Santa Teresa enquanto acontecimento e marco. Sinalizava o fim de uma Era, o fim dos manicômios grandiosos que foram por muitos anos peça central do poder psiquiátrico no país.

As ruínas do Juliano Moreira no Rio de Janeiro, a reapropriação das instalações do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais e a demolição da Casa de Saúde Santa Teresa, no interior do Ceará, marcam a importância da memória e recuperação dos acontecimentos, uma vez que a cidade se atualiza e apaga velozmente memórias, histórias, e nos pode cegar em relação aos rumos autoritários e genocidas que estamos percorrendo. De um lado, o acontecimento sinaliza a ruptura, por outro aponta para a atualização da lógica manicomial perversa. Trata-se de uma aporia, o hospital fecha, mas persiste a ideologia que o inaugurou, refeita, repaginada. O manicômio resiste. É preciso traçar linhas e estratégias de resistência, atualização dos afetos alegres e desvios. Mas como, se o campo está ainda potencializado por eventos políticos e por atravessamentos catastróficos como a proliferação de um vírus?

A pandemia da covid-19 assolou o mundo e modificou toda a ordem social mundial a partir de 2020. Não bastassem as políticas humanas de morte, a natureza também entrou em guerra. O vírus se multiplicou rapidamente, levado pela tecnologia globalitária, atravessou o mundo e chegou a todos os países pelas companhias aéreas, fronteiras terrestres e marítimas. Em maior ou menor escala, a infecção geral aconteceu. A rotina de milhões de pessoas ao redor do mundo foi modificada, passando pelo isolamento total, medidas sanitárias, distanciamento social e também pelo contingente humano impossibilitado de se precaver, uma vez que era

preciso subsistir. No Brasil, a pandemia e a crise econômica foram agravadas por um governo irresponsável que usa a ignorância como troféu e dela se orgulha. A irresponsabilidade bolsonarista promove o genocídio da população em diversas frentes: negando direitos sociais, desmontando políticas públicas, ignorando os efeitos mortais do vírus que dizima com mais força as populações vulneráveis.

Nesse sentido, parece mais óbvio desistir. Mas é aí, no seio das violências que a necessidade de criar linhas de fuga e políticas solidárias se faz imperativo. As políticas do comum precisam ser objeto de nosso investimento, a ampliação de pautas comunitárias e a valorização da diferença – num mundo de imagens e de padrões repetidos e violência aniquilante contra quem não os repete, toda diferença é libertária. Investir em políticas do comum e nas diferenças. Como reinventar o mundo e as ferramentas de resistir? Como encontramos novas alternativas para os velhos problemas atualizados? O movimento incessante de criação é necessário. Investir nas possibilidades solidárias e comunitárias (DARDOT e LAVAL, 2018), achar e fazer a solução vindoura. Ainda não temos nomes ou talvez estejamos assistindo à emergência, por força do esgotamento e cansaço, de novas alternativas e atualizações.

Os comuns, as comunidades, as formações em bando, a reinvenção dos espaços urbanos, ocupar e lembrar, a arte, a fotografia como exercício de memória, a escritura, a repetição da recusa. Precisamos, talvez, ocupar, repetir e recusar.

É preciso repetir. Repetir até criar novas rotas e conseguir apropriação dos meios que os opressores se utilizam. Fazer política como quem faz guerra. Uma vez que a estratégia de quem governa é promover, facilitar, agenciar e abandonar à morte qualquer forma de vida dissidente que recuse a política do lucro ou que nela não se inscreva, uma possibilidade de defesa é também criar estratégias de guerra. Adotar estratégias de defesa que são políticas de guerra, mas que subvertem as armas perversas não significa nos tornar igualmente cruéis, mas entender o jogo e reagir à altura, uma vez que as ferramentas da esquerda utópica estão deveras obsoletas quando comparadas à atualização constante e veloz dos poderes e afetos tristes.

REFERÊNCIAS

- AIVES, Domingos Sávio. **O ex - tentando ver o futuro**. Rio de Janeiro: Cadernos Ipub, p. 21-30, 1999.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro: Vida, Genocídio e 60 mil mortes no maior Hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BADARACCO, JEG. **Comunidade Terapêutica Psicanalítica de Estrutura Multifamiliar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- DARDOT, P.; LAVAL, C. **Comum: ensaio sobre a revolução no Século XXI**. São Paulo: Editora Boitempo, 2017.
- DELEUZE, G. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva, 2000.
- DELEUZE, G. e Guattari, F. **Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, 2011.
- FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica: Curso dado no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.
- GIMBO, L.M.P., Dimenstein, M.D.B., Leite, J.F. Mecanismos de exclusão no Cariri cearense. **Psicologia Em Estudo**, 22(3), 461-472, 2017.
- HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço** / Byung-Chul Han. Tradução de Enio Paulo Giachini. Editora Vozes, 2017.
- HUR, Domenico Uhng. SABUCEDO, José Manuel. **Psicologia dos extremismos políticos e cotidianos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2020.
- KASTRUP, V; Passos, E. Pista do comum. *In.*: E. Passos, V. Kastrup e S. Tedesco (Orgs.) **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano do comum**. v.2. Porto Alegre: Sulina, 2014, p. 15-41.
- PÉLBART, Peter Pál. **Da Clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão**. São Paulo: Iluminuras, 2009.
- ROLNIK, S. **Esferas da insurreição: notas para uma vida não cafetinada**. 1 ed., [s.l.]: [s.n.], 2018.
- MBEMBE, A. **Necropolítica**. 1 Ed., São Paulo: [s.n.], 2019.