

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

RAUL FERNANDO SOTELO PRANDONI

**LOUCURA E COMPLEXIDADE NA CLINICA DO
QUOTIDIANO**



**FLORIANÓPOLIS
2005**

RAUL FERNANDO SOTELO PRANDONI

**LOUCURA E COMPLEXIDADE NA CLINICA DO
QUOTIDIANO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito final para obtenção do título de Doutor em Enfermagem- Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dr. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Florianópolis, fevereiro de 2005.

RAUL FERNANDO SOTELO PRANDONI

LOUCURA E COMPLEXIDADE NA CLÍNICA DO QUOTIDIANO

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca examinadora para a obtenção do título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 28 de fevereiro de 2005, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dra. Maria Itayra C. de S. Padilha
Presidente

Dr. Jonas Salomão Spricigo
Membro

Dr. Mauro Leonardo S. C. dos Santos
Membro

Dr. Selvino José Assmann
Membro

Dr. Marta Regina Cezar Vaz
Membro

Dr. Alfredo Martin
Membro Suplente

Dedico este trabalho a minha companheira Ceres e aos filhos Pablo e Marina, meus bens maiores que pela vivência em comum, me dão força para alçar vôo e vencer os desafios que a vida apresenta.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Prof. Dra. **Maria Itayra Coelho de Souza Padilha**, minha orientadora e amiga, exemplo profissional de competência teórico-didática, objetividade e discernimento e que soube compreender os diferentes sentimentos que “atravessaram” a construção dessa tese.

Ao Prof. Dr. **Selvino Assmann** por sua competência ao ensinar, pela oportunidade do estudo conjunto e aprofundamento do conhecimento a respeito da obra filosófica de Michel Foucault.

A Prof. Dra. **Marta Regina Cezar Vaz** por toda sua dedicação e “olhar atento” que muito contribuíram para a qualidade desta pesquisa.

Aos Companheiros de caminhada na Saúde Mental **Sandra Fagundes, Delvo Oliveira, Ruben Oscar Ferro** e **Mario Testa** pela oportunidade de discutir permanentemente os caminhos já percorridos.

Aos meus **colegas de turma do Doutorado (2001)**, pela acolhida e manifestações de amizade que permearam todo o nosso convívio.

Aos **membros do Grupo de Pesquisa GEHCE** pela oportunidade de participação e pelas múltiplas trocas de informação e aprofundamento do saber.

Aos **membros do Grupo de Pesquisa NUPEQUIS** e em especial a Profa. Dra. **Rosane Gonçalves Nitschke** por sua atuação dinâmica na condução das atividades do núcleo, pela colaboração com leituras e sugestões que enriqueceram esta pesquisa.

Aos **professores** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC pela dedicação, atenção e interesse demonstrados na condução das atividades curriculares.

Aos **funcionários** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC e, em especial, **Claudia** e **Jorge** pela disponibilidade e incansável empenho no auxílio administrativo.

Ao **CNPq** pelo apoio financeiro oportunizado pela concessão da Bolsa tornando um pouco mais fácil a concretização da presente Tese.

Aos **trabalhadores de saúde mental** que consentiram na realização das entrevistas por sua demonstração incondicional de respeito à pessoa com sofrimento psíquico.

Aos **sofredores psíquicos e familiares** que têm sido o sustentáculo do meu aprendizado profissional por confiarem no meu trabalho e aceitarem participar deste estudo.

Ao Coordenador Nacional de Saúde Mental Dr. **Pedro Gabriel** pelo seu pensar crítico e valiosas sugestões que contribuíram para o resultado deste trabalho.

Aos Amigos **Vera Lúcia de Oliveira Gomes** e **Wilson Gomes** pelo carinho, apoio, amizade e disponibilidade interna de cooperação.

A colega e amiga **Adriana Dora da Fonseca** que, de forma tão leve e competente, colaborou dando 'dicas' e 'pistas' para caminhar rumo a mais esse aprendizado.

Ao meu cunhado **Tadeu Arejano** que me ajudou com seu incentivo e interesses demonstrados cotidianamente.

Ao Dr. **Cláudio Amorin Vieira** por seu apoio, conhecimento, cuidado e afeto.

A Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC por sua acolhida e excelente estrutura colocada à disposição de todos.

Aos **meus pais** que ensejaram minha chegada a esse plano.

À **Deus** por ajudar-me a concluir essa caminhada.

EPÍGRAFE

Sociedade

Oh sociedade insana,

Porque me abandonas ao frio do esquecimento?

Porque não me olhas com igualdade?

Achais que sou indigno de ti?

Ou melhor, ainda, terei por acaso caído no poço da invisibilidade?

Será que não me olhas, porque machuco teu olhar?

Ah, porque sociedade amiga,

me maltratas tanto assim?

Eu sou fruto dos teus pensamentos insanos,

de tuas ações irresponsáveis.

Olhe para mim.

Veja como sou parecido com você.

E sabes por quê?

Porque você me criou,

Porque sou o fruto proibido de uma sociedade doente

e que anseia pelo bálsamo da igualdade.

PRANDONI, Raul Fernando Sotelo. **Loucura e complexidade na clínica do cotidiano**. 2005. 189f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientador: Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

RESUMO

Loucura e Complexidade na Clínica do Quotidiano pretende ser a expressão concreta de uma realidade institucional em processo de mudança com as contradições que lhe são inerentes e, ao mesmo tempo, para dar respostas a questão norteadora e sustentação a Tese que desenvolvo neste estudo: **uma das possibilidades para a condução à humanização da loucura é a reflexão de uma abordagem antimanicomial aderente a nova compreensão do sofredor psíquico como sujeito complexo e subjetivo em si próprio**. Para tal, tomo como ponto de partida os seguintes aspectos: o novo paradigma da saúde mental; o desafio de uma clínica do cotidiano promotora de autonomia e liberdade; os princípios de direitos humanos construtores de cidadania e as contradições que se estabelecem no ato de cuidado em saúde mental envolvendo o trabalhador de saúde mental, sofredor psíquico e seus familiares. Este trabalho está sustentado na obra de Michel Foucault cujos estudos retratam a história da apropriação da loucura pelo saber médico e seu lugar de tratamento - o hospício, laboratório do poder/saber. Realizo uma pesquisa qualitativa, sendo o método de produção de dados a entrevista semi-estruturada e a análise dos dados obtidos nas entrevistas está centrada no método Arqueológico ou Analítica Interpretativa. Surgiram a partir das regularidades enunciativas três grandes temas, ou seja, dos enunciados de análise. Como enunciados de análise me refiro àqueles pontos centrais que emergiram dos discursos dos sujeitos da pesquisa os quais denominei de: **1) As atividades humanas que tornam possíveis suas próprias disciplinas. 2) Clínica do Quotidiano: um pro-jeto. 3) A Reforma Psiquiátrica possível e situada**. Neste sentido, observa-se que mudanças de concepções são gradativas e, o ponto de partida, somos todos nós, trabalhadores, usuários e familiares. É preciso uma compreensão diferenciada sobre as novas ações em saúde mental. A nova lógica proposta pela Política de Saúde Mental; a integração de alguns projetos unindo as ações de saúde e saúde mental; a criação de espaços férteis na conquista da reabilitação em saúde mental e a qualidade na troca de informações entre os trabalhadores de saúde mental são pontos chaves para o avanço e consolidação desse novo modelo.

Palavras-chave: Loucura, Complexidade, Clínica do Quotidiano.

PRANDONI, Raul Fernando Sotelo. **Locura y Complejidad en la Clínica del Cotidiano**. 2005. 189f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Post-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMEN

Locura y Complejidad en la Clínica del Cotidiano pretende ser la expresión concreta de una realidad institucional en proceso de cambio con las contradicciones que le son inherentes y al mismo tiempo, para dar respuestas a la pregunta norteadora y sustentación a la Tesis que desarrollo en este estudio: **una de las posibilidades para la conducción a la humanización de la locura y la reflexión de un abordaje antimanicomial adherente a una nueva comprensión del sufridor psíquico como sujeto complejo y subjetivo en sí mismo**. Por tanto, tomo como punto de partida los siguientes aspectos: el nuevo paradigma de la salud mental; el desafío de una clínica del cotidiano promotora de autonomía y libertad; los principios de derechos humanos constructores de ciudadanía y las contradicciones que se establecen en el acto de cuidado en salud mental envolviendo el trabajador de salud mental, sufridor psíquico y sus familiares. Este trabajo está sustentado en la obra de Michel Foucault cuyos estudios retratan la historia de la apropiación de la locura por el saber médico y su lugar de tratamiento – el hospicio-, laboratorio de poder/saber. Realizo una investigación cualitativa, siendo el método de producción de datos la entrevista semi-estructurada y el análisis de los datos obtenidos en las entrevistas está centrado en el método Arqueológico o Analítico Interpretativo. Surgieron a partir de las regularidades enunciativas tres grandes temas, o sea, los enunciados de análisis. Como enunciados de análisis me refiero a aquellos puntos centrales que emergieron de los discursos de los sujetos de la investigación los cuales denominé: **1) Las actividades humanas que tornan posibles sus propias disciplinas. 2) Clínica del Cotidiano: un-proyecto. 3) La Reforma Psiquiátrica posible y situada**. En este sentido, se observa que cambios de concepciones son graduales y el punto de partida, somos todos nosotros, trabajadores, usuarios y familiares. Es preciso una comprensión diferenciada sobre las nuevas acciones en salud mental. La nueva lógica propuesta por la Política de Salud Mental; la integración de algunos proyectos uniendo las acciones de salud y salud mental; la creación de espacios fértiles en la conquista de la rehabilitación en salud mental y la calidad en el intercambio de informaciones entre los trabajadores de salud mental son puntos claves para el avance y consolidación de ese nuevo modelo.

Palabras- clave: Locura, Complejidad, Clínica del Cotidiano.

PRANDONI, Raul Fernando Sotelo. **Madness and Complexity in the Clinic of the Daily Life**. 2005. 189f. Tesis (Doctorate in Nursery). Post-Graduation course in nursery, Federal University of Santa Catarina, Florianopolis.

ABSTRACT

Madness and Complexity in the Clinic of the Daily life intends to be the concrete expression of an institutional reality in a process of change with the contradictions which are inherent to it and at the same time, to give answers the key question and sustentation to the Tesis which I develop in this research. One of the possibilities for the conduction to the humanization of the madness and the reflection of an anti-mental hospital approach which adheres to a new understanding of the psychic sufferer as a complex subject and self-subjective. Therefore, I take as starting point the following aspects: the new paradigm of the mental health, the challenge of a Clinic of the Daily Life promoter of autonomy and freedom; the principles of the human rights builders of citizenship and the contradictions which are established in the act of care in mental health involving the mental health worker, psychic sufferer and relatives. This work is supported in the work of Michel Foucault whose studies evoke the history of appropriation of madness by the medical knowledge and its place of treatment – the hospital-, laboratory of power/knowledge. I make a qualitative research, being the method of production of datum the semi-structured interview and the analysis of the datum obtained in the interviews is centred in the Interpretative Archeologic or Analitic Metod. From the enunciative regularities I made the derivation of three great subjects, what is to say the statements of the analysis. By statements of the analysis I refer to those central points which emerged from the speeches of the subjects which I named: 1) The human activities make possible their own disciplines. 2) Clinic of the Daily Life: a project. 3) The possible and situated Psychiatrist Reform. In this way we can see which changes in the conceptions are gradual and the starting point, are all of us, workers, users and relatives. It is necessary a differentiated understanding about the new actions in mental health. The new logic proposed by the Politic of Mental health, the integration of some projects uniting the actions of health and mental health and the creation of fertile fields in the conquest of the recovery in mental health and the quality in the exchange of information among the workers of mental health are key points in the advance and consolidation of this new model.

Key words: Madness, Complexity, Clinic of the Daily Life.

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| APRESENTAÇÃO | 13 |
| 1 A HISTÓRIA QUE PERMITIU A ESCOLHA DA TEMÁTICA | 16 |
| 1.1 Loucura e Complexidade: Clarificando o Problema de Estudo | 23 |
| 2 ROMPENDO PARADIGMAS: AO ENCONTRO DO DIMENSIONAMENTO TEÓRICO | 32 |
| 3 EU PRECISO DESTAS PALAVRAS | 45 |
| 3.1 Uma Viagem pela História..... | 47 |
| 3.2 As Cidades Invisíveis..... | 59 |
| 3.3 Bailei na Curva | 68 |
| 3.3.1 Quem sabe faz a hora não espera acontecer | 72 |
| 3.4 É Possível Existir | 78 |
| 4 CAMINHOS E TRILHAS: AO ENCONTRO DO DIMENSIONAMENTO METODOLÓGICO | 82 |
| 4.1 Campo e Sujeitos da Pesquisa | 84 |
| 4.2 Instrumentos de Produção de Dados | 86 |
| 4.3 Análise de Dados: A nova pertinência de sentidos impertinentes..... | 91 |
| 5 O QUE APARECE, JUSTAPÕEM-SE E SITUA-SE | 95 |
| 5.1 As Atividades Humanas que tornam possível suas próprias disciplinas..... | 96 |
| 5.2 Clínica do Quotidiano: um pro-jeto..... | 114 |
| 5.3 POLÍTICAS PÚBLICAS: A REFORMA PSIQUIÁTRICA POSSÍVEL E SITUADA | 152 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 179 |
| 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 184 |



Arthur Bispo do Rosário

APRESENTAÇÃO

Cada palavra, ainda que esteja carregada de séculos, inicia uma página em branco e compromete o mundo.

Jorge Luis Borges

Loucura e Complexidade na Clínica do Quotidiano pretende ser a expressão concreta de uma realidade institucional em processo de mudança com as contradições que lhe são inerentes e, ao mesmo tempo, propor uma reflexão sobre uma outra abordagem de cuidado em saúde mental. Para tal, tomo como ponto de partida os seguintes aspectos: o novo paradigma da saúde mental; o desafio de uma clínica do cotidiano promotora de autonomia e liberdade; os princípios de direitos humanos construtores de cidadania e as contradições que se estabelecem no ato de cuidado em saúde mental envolvendo o trabalhador de saúde mental, sofredor psíquico e seus familiares.

O tema da loucura, real e polêmico, de modo sistemático, se situa entre dois parâmetros: ordenação e vertigem. Ordenação enquanto categoria de estudo e diagnóstico, passível de terapêutica e vertigem enquanto condição humana passível de vivências de desequilíbrio, de risco, de estados emocionais alterados-alteráveis.

Estudar a história da loucura e do louco constitui-se em temática presente na obra de Michel Foucault entre outros: Basaglia (1977); Amarante (1994) e Lancetti (1990). Tais estudos retratam a história da apropriação da loucura pelo saber médico e seu lugar de tratamento - o hospício, laboratório do poder/saber- e as transformações ocorridas a partir do advento da Reforma Psiquiátrica na Itália na década de 70, bem como, sua influência na transformação das Políticas Públicas no Brasil tendo como eixo temático a desinstitucionalização e como terapêutica a liberdade.

Contudo, apesar das transformações ocorridas no campo da Saúde Mental, as relações de poder disciplinar que se estabelecem na relação de cuidado são, ainda hoje,

contributivas à construção e à manutenção da objetivação do sujeito. Portanto, se faz necessária uma outra compreensão da loucura que contemple sua complexidade e subjetividade. Baseada nesta nova compreensão a proposta de reflexão de uma outra abordagem de cuidado em saúde mental está naturalmente alicerçada nos princípios que norteiam o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial¹ e na Legislação de Proteção ao Sofredor Psíquico vigente no Brasil. Assim, o presente estudo justifica-se ao propor uma reflexão sobre o cuidado em Saúde Mental numa abordagem antimanicomial aderente à nova compreensão do sofredor psíquico como sujeito complexo e subjetivo em si próprio. Algumas vivências e experiências em minha trajetória profissional motivaram meu interesse pela temática e, dentre elas destaco: uma história de conquistas e lutas sociais junto ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial; junto, também, ao Fórum Gaúcho de Saúde Mental² e ao Fórum Riograndino de Saúde Mental³, instâncias estas que vêm trabalhando pelo resgate do sofredor psíquico como cidadão e, portanto, possuidor de direitos e deveres. Estas lutas levaram-me a percorrer muitos lugares e a participar de muitas discussões, todas elas abraçando a utopia de uma “sociedade sem exclusão”.

Assim, passo a expor, como se apresentam no decorrer dos capítulos meus questionamentos e reflexões.

No **Capítulo 1** procuro apresentar a temática, a problematização de alguns conceitos e práticas psiquiátricas, sua contextualização socio-político-sanitária e sua relação com os conceitos e práticas do paradigma da Saúde Mental, bem como exponho o problema de estudo.

No **Capítulo 2** apresento o referencial teórico que dá sustentação a proposta de uma outra compreensão do sofredor psíquico como sujeito complexo e subjetivo em si próprio e à reflexão de uma abordagem antimanicomial aderente a nova compreensão desse mesmo sofredor.

No **Capítulo 3**, inicialmente, procuro desenvolver uma analogia entre o mito do

¹ Movimento Social dos trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares, criado em Baurú/SP em 1987.

² Espaço Social voltado às discussões em Saúde Mental onde participam trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares criado em Porto Alegre/RS em 1991.

³ Espaço Social voltado para as discussões em Saúde Mental, onde participam trabalhadores de saúde, usuários e familiares, núcleo do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, criado em Rio Grande/RS em 1992.

deus Dionísio e a loucura através da história, coloco em discussão os diversos momentos e movimentos sócio-histórico-políticos que influenciaram as mudanças na atenção à Saúde Mental no Brasil, possibilitando a construção de novos espaços de atenção e uma relação ético-solidária de cuidado nos serviços de Atenção à Saúde Mental.

Logo a seguir, no **Capítulo 4** descrevo o caminho metodológico, ou seja, as razões de escolha do método qualitativo, os sujeitos da pesquisa, a entrevista guiada como técnica utilizada na produção de dados e a escolha da analítica interpretativa como método adotado no processo de análise dos dados. A partir das regularidades enunciativas apresento a derivação de três grandes temas, ou seja, os enunciados de análise que denominei: **1) As atividades humanas que tornam possíveis suas próprias disciplinas:** a) o corpo supliciado inscrito num cerimonial de poder/saber; b) combinação das técnicas da hierarquia que vigia e a sanção que normaliza; **2) Clínica do Quotidiano: um pro-jeto:** a) Autonomia: um operador terapêutico; b) Direitos humanos como possibilidade de relação com as diferenças; c) Estados alterados-alteráveis: a singularidade das pluralidades. **3) A Reforma Psiquiátrica Possível e Situada:** a) Por uma ética da estética; b) Um mundo de todos.

No **Capítulo 5** exponho os resultados da Tese numa construção significativa através da análise intencional do processo de Reforma que transforma atos e relações na sociedade.

Finalizando, no **Capítulo 6** trago como considerações finais a Clínica do Quotidiano como um caminho à humanização da loucura. A reflexão sobre uma abordagem antimanicomial de cuidado que colabore com a promoção de autonomia e liberdade aderente a nova compreensão do sofredor psíquico como sujeito complexo e subjetivo em si próprio.

1 A HISTÓRIA QUE PERMITIU A ESCOLHA DA TEMÁTICA

De perto ninguém é normal.
Caetano Veloso

Durante a minha trajetória profissional, posso dizer que assisti a um verdadeiro contágio da cultura manicomial. Durante décadas, nos diversos países que compõe a Bacia do Prata, o hospício era, não só, o lugar de “tratamento” da loucura mas também de “seqüestro” das contradições apresentadas pelas pessoas. A ciência “psi” ao tentar geri-las tecnicamente reproduzia, desse modo, a lógica manicomial nos chamados “serviços de saúde mental”.

Após doze anos de ditadura militar no Uruguai e outros tantos, nos países da Bacia do Prata, ocorreram circunstâncias sócio-políticas especiais na América Latina, na década de oitenta, na busca da redemocratização dos sistemas republicanos. Estas circunstâncias eram marcadas pôr mobilizações populares na busca da consolidação das garantias constitucionais, entre elas: diretas já no Brasil; protestos na Praça de Maio pelos presos políticos desaparecidos e pelos mortos na guerra das Malvinas/Argentina; manifestação pública no Uruguai reunindo mais de um milhão e meio de pessoas em frente ao Obelisco de 1830 (Monumento a Constituição da República) em repúdio ao governo militar e na busca de uma saída democrática para o País. Ao mesmo tempo, também, ocorre na América, uma evolução das idéias no campo da saúde mental, reunindo os países em um mesmo caminho. Este caminho permitiu a problematização de alguns conceitos e práticas psiquiátricas, tradicionalmente instituídas e ligadas ao controle social, sua contextualização sócio-político-sanitária e sua relação com os conceitos e práticas do paradigma da saúde mental.

No ano de 1992, fui convidado a participar, no Brasil, de um Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva, que “me tirou do canto seguro” e da “poeira

profissional” para uma participação mais efetiva nas lutas de consolidação dos processos da reforma psiquiátrica, o que viria modificar substancialmente o pensar e o fazer em saúde mental no Estado do Rio Grande do Sul.

O Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva foi produto das investigações e estudos realizados por pioneiros na teorização da Saúde Mental Coletiva na América Latina⁴. Estes pioneiros desenvolveram o pensamento e a planificação estratégica em saúde mental coletiva. Este curso visou à capacitação de profissionais das diversas áreas do conhecimento para a organização de processos sócio-políticos visando a abertura da rede de atenção integral à saúde mental nos países do Cone Sul. Estes serviços apresentam como filosofia a visão do sofredor psíquico como cidadão inserido na sociedade, a sua desinstitucionalização e uma proposta terapêutica, baseada na negação do hospício como espaço de assistência e cura.

Particularmente, minha experiência no Brasil está centrada no Município do Rio Grande/Rio Grande do Sul, para o qual fui convidado e acolhido, afetiva e profissionalmente, para desenvolver o processo de Municipalização da Saúde e, mais, especificamente, para a construção do Programa Municipal de Saúde Mental.

Nosso primeiro passo, para a efetivação desse projeto, foi à organização e realização, juntamente com o Estado do Rio Grande do Sul e a Prefeitura Municipal do Rio Grande/RS, do **Encontro Preparatório dos Delegados à II Conferência Nacional de Saúde Mental** que reuniu usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental, no Balneário do Cassino situado na Cidade do Rio Grande/RS. Nasce desse Encontro, o Fórum Riograndino de Saúde Mental em novembro de 1992, núcleo do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Tal processo, culmina no Legislativo Gaúcho, com a aprovação unânime da Lei de Proteção ao Sofredor Psíquico, nº 9.716, da Reforma Psiquiátrica.⁵

Este foi o começo de um caminho que hoje continua sendo trilhado por todos

⁴ Sandra Fagundes, Ruben Oscar Ferro, Silvina Malvarez, Vicente Galli, Mario Testa e Delvo Oliveira.

⁵ Lei 9.716, de 07/08/1992, da Reforma Psiquiátrica que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências.

aqueles que acreditam na utopia de uma "sociedade sem exclusão". As discussões que ocorreram ao longo desses anos; o conhecimento através da observação pessoal dos vários serviços alternativos e as modificações que pude apreciar, a partir das mudanças políticas que influenciam as estratégias de escolha dos seus dirigentes e organizadores, fizeram com que germinasse em mim, a idéia de que, não basta criar processos para a abertura de serviços, mas que se faz necessário, também, refletir sobre as novas práticas alicerçadas no paradigma da Saúde Mental.

Acredito, portanto, na necessidade de capacitação permanente dos trabalhadores de saúde mental numa abordagem que inclua o sujeito (sofredor psíquico) em uma prática libertária, socializante, socializada e eminentemente solidária, comprometida eticamente com o sofredor.

Acompanhando estas idéias, destaco algumas modificações ocorridas nos serviços de saúde mental no Rio Grande do Sul: Na maioria dos casos, os serviços nascem a partir de processos sócio-políticos, gestados por trabalhadores capacitados em Saúde Mental Coletiva, o que significa uma atenção voltada para a integralidade, para a inclusão do sofredor psíquico no sistema, com a utilização de tecnologias criadas a partir das reais necessidades dos usuários, tendo em vista, a participação do usuário nas diversas instâncias decisórias. A abordagem de cuidado utilizada nos serviços alternativos tem como marcos teóricos a Reforma Democrática Italiana, a Reforma de Rio Negro/Argentina e a experiência de atenção integral à saúde mental (Saúde Mental Coletiva), consolidada no Estado do Rio Grande do Sul/Brasil.

A experiência (trajetória dos serviços) tem mostrado que a ausência de capacitação sistemática e concomitante ao trabalho desenvolvido, fragiliza os serviços, ao enfrentarem, isoladamente, cada uma das mudanças políticas no gerenciamento. Este fato pode, muitas vezes, traduzir-se em atendimentos de cuidado voltados para consultas massificadas, com longas filas de espera, com diminuição na oferta de oficinas de criação coletiva, perdendo-se assim, a democratização dos próprios atendimentos e ainda facilitando o recrudescimento de práticas manicomializadas centradas no poder do técnico e reforçadas no diagnóstico. Aliado, a isto, a presença de um cuidado que não leve em conta a opinião do usuário, seu comprometimento e participação ativa nesse cuidado, pode acarretar o fortalecimento de mecanismos

disciplinares de poder no espaço da clínica.

O resultado desse processo traz, como conseqüência, a confusão na finalidade e objetivo do serviço alternativo por parte de usuários e técnicos. Finalidade e objetivos que devem estar centrados no respeito e compromisso solidário com o usuário e não com as diretrizes, muitas vezes econômicas, que podem limitar uma prática democrática de atenção e de reconhecimento dos direitos dos usuários, já conferidos pela legislação.

Ao utilizar anteriormente a expressão “manicomial”, não estou referindo-me aos espaços físicos chamados de “hospícios” e sim, aos manicômios mentais de exclusão e estigmatização que recaem sobre os sujeitos portadores de sofrimento psíquico resultado manifesto do poder/saber. Em contrapartida, a noção antimanicomial carrega consigo uma nova compreensão do sofrimento psíquico, que permite olhar a heterogeneidade, a subjetividade e as diferenças como possibilidades de uma outra ordem de inclusão social desse mesmo sujeito.

Esta noção antimanicomial norteará o presente estudo, pois os espaços físicos são fáceis de serem desmontados, porém, difícil é trabalhar na modificação de condutas humanas e sua relação socio-político-cultural com respeito ao louco e à loucura.

Em pesquisa recente Arejano⁶ sustenta que: *Apesar de implantada a Reforma Psiquiátrica e os crescentes avanços da legislação de proteção ao sofredor psíquico, este continua sendo objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.*

Quando me refiro às relações de poder disciplinar concordo com Foucault:⁷ *O poder disciplinar é com efeito um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior adestrar; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor.* E, diz mais, a disciplina como técnica ou instrumento de adestramento transforma os indivíduos em *objetos e instrumento de seu exercício*⁸.

Portanto, proponho o estudo político das relações disciplinares de poder (corpo

⁶ AREJANO, C.B. **Reforma Psiquiátrica:** Uma analítica das relações de Poder nos serviços de Atenção à Saúde Mental. Florianópolis, 2002. 218 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). PEN/UFSC.

⁷ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**, 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 153

⁸ Idem, p. 153.

político) como um conjunto de dispositivos e técnicas, *elementos materiais que servem de armas, de reforço, de vias de comunicação e de pontos de apoio para as relações de poder e de saber*⁹.

Sem perder o “fio da meada” nesta longa história, ainda em 1992, recebi em mãos um trabalho de investigação que complementou a reflexão iniciada. Esse trabalho intitulado “Enfermero Pussin: Reflexiones sobre un Silencio en la Historia de las Ideas Psiquiatricas”¹⁰, foi-me entregue pelos próprios autores.

Conta à história que Pussin nasce em Lons-le-Saulinier (França) em 1746 sendo o responsável dentro da Salpêtrière (hospital geral francês) das observações iniciais sobre a loucura dentro do paradigma da doença mental e os dados coletados por Pussin, serviram a Philippe Pinel para a elaboração do “Traite Medico Philosophique Sur la Alienation Mentale ou la Manie” em 1801. Neste Tratado Pinel menciona permanentemente as anotações de Pussin a respeito das modificações, sinais e sintomas que apresentam os internos o que possibilitou o primeiro tratado da psiquiatria moderna.

Cabe destacar que no ano de 1771 Pussin ingressa como doente de escrófula no hospital de Bicêtre na França. Em poucos anos passa a ser empregado no mesmo hospital e em 1784 assume como intendente do pavilhão de pacientes incuráveis. Já em 1798 Pinel solicita sua transferência para a Salpêtrière, onde ocupará o cargo de superintendente do hospício.

Segundo Malvarez e Ferro¹¹ ao fazerem referência sobre a importância de Pussin na história das idéias psiquiátricas destacam:

Pussin pensa em saúde, porque tem uma concepção humanística e integral do homem e considera seus aspectos físicos, psicológicos e sociais; porque entende que o estado dos enfermos pode suceder a qualquer um; porque considera aos enfermos seus iguais, e ainda mais aptos e capazes do que outros para certas responsabilidades; porque considera que seu estado é uma crise da qual é possível recuperar-se; porque acredita na cura e entende necessário e urgente o reingresso destas pessoas na sociedade.

A partir de 1800, com o tratado de Pinel, a instituição psiquiátrica e seu lugar de

⁹ Idem, p.30

¹⁰ MALVAREZ, S. e FERRO, R. **Enfermero Pussin: Reflexiones sobre un Silencio en la Historia de las Ideas Psiquiatricas**. Revista Argentina de Enfermería-,nº28, julio 1991.

¹¹ MALVAREZ, S. e FERRO, R. **Enfermero Pussin: Reflexiones sobre un Silencio en la Historia de las Ideas Psiquiatricas**. Revista Argentina de Enfermería-,nº28, julio 1991. p. 27

prática- o hospício, reforçam seu poder como ciência e como espaço de tratamento da loucura respectivamente. Pois, já no século XIX, é tarefa da ciência se ocupar em elaborar procedimentos de exame que possam codificar e controlar o discurso significativo do sujeito. E, é a partir da utilização de um outro instrumento- o procedimento da confissão-, que se consolida a formação regular do discurso científico psiquiátrico.

Para a execução de tais processos surge a chamada visita médica que segundo Padilha¹² utiliza: *a técnica do exame que é observada na avaliação individualizada de cada indivíduo, no registro contínuo, no trabalho médico.*

Para Rabinow e Dreyfus¹³ é a partir de Freud que: *o sujeito não foi mais considerado capaz de tornar seus próprios desejos inteiramente inteligíveis para si mesmo, apesar de ainda confessá-los no discurso.* O terapeuta, o outro da relação, passou a interpretar e ouvir o discurso, possibilitando-o assim, (...) *usufruí-lo e dominá-lo.* Este processo é verdadeiro e utilizado ainda em nossos dias e o curioso é ver que o sujeito (sofredor psíquico) tem que saber e estabelecer para si mesmo a verdade que a interpretação do especialista lhe edita. A verdade da loucura, agora, se revela, como no passado, tão imponente quanto impotente. Segundo ainda, Rabinow e Dreyfus¹⁴ (...) *a individualidade, o discurso, a verdade e a coerção, passaram a ocupar um mesmo espaço.*

Sendo assim, a hermenêutica passa a ocupar um lugar preponderante nas ciências do homem já que ela lida com o significado oculto do discurso do sujeito. As ciências interpretativas passam, dessa forma, a serem reveladoras da verdade da nossa psique. Para Foucault apud Rabinow e Dreyfus¹⁵ em referência ao discurso interpretativo destaca: (...) *ironia deste dispositivo: ele nos faz crer que contribui para a nossa liberação.*

Assim, penso que novamente se deve observar o louco e a loucura, para a construção de uma abordagem que espelhe o paradigma da saúde mental, que para

¹² PADILHA, M. I. C. S. **A Mística do Silêncio: A Enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no Século XIX.** Pelotas: Universitário, 1998. p. 39.

¹³ RABINOW, P. e DREYFUS, H. **Michel Foucault Uma Trajetória Filosófica:** Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995.p. 198

¹⁴ RABINOW, P. e DREYFUS, H. **Michel Foucault Uma Trajetória Filosófica:** Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995. p. 198

¹⁵ Idem, p. 199.

Basaglia (1991), significa: priorizar o sujeito e deixar “entre parênteses” o diagnóstico.

Incluir só não basta acredito que devemos *humanizar* a loucura e comprometer-nos com práticas solidárias que estejam contextualizadas nesse novo modelo de atenção em Saúde Mental, referendado na Lei 10.216 da República Federativa do Brasil e, só assim, o espírito da lei, poderá ser efetivado.

Sem dúvida, o compromisso com práticas solidárias e a priorização do sujeito em detrimento do diagnóstico nos impõe “um novo olhar” ao “problema” do louco e da loucura. Este novo olhar centra-se, necessariamente na reflexão histórico-política dos saberes e práticas em Saúde Mental e na busca de uma abordagem de cuidado que vá ao encontro da legislação vigente e esteja em consonância com os princípios do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Este Movimento, por mais de uma década, teve participação ativa nas lutas que culminaram na homologação da Lei 10.216 e nas conquistas de direitos dos sofredores psíquicos no País.

Em todos estes anos, trabalhei pelas conquistas legais dos direitos do sofredor psíquico, pela construção e implementação dos chamados serviços alternativos; pela desinstitucionalização desse mesmo sofredor; por melhores condições de vida e pela aplicação de terapêuticas não agressivas ou repressivas no cuidado, bem como, na construção teórica do planejamento estratégico em saúde mental.

Hoje se faz necessário refletir. Pensar nos inúmeros exemplos que nos chegam de práticas de inclusão social do louco visando à conquista das liberdades plenas do sujeito portador de sofrimento psíquico e, mais, pensar, também sobre a possibilidade de um trabalho contextualizado no seu espaço (território) e tempo, em consonância, com as diferentes necessidades de cuidado que demanda o sofredor.

Nesta mesma linha de pensamento Arejano¹⁶ reafirma a necessidade de participação mais ativa do sofredor na formulação e fiscalização das políticas em saúde mental:

(...) há observações de uma participação mais efetiva do sofredor psíquico e de seus familiares nas instâncias de fiscalização e controle das políticas públicas em saúde mental como forma de resistência ao poder histórico e hegemônico dos trabalhadores e gestores em saúde mental e como forma, também, de implementar as novas políticas de saúde mental.

¹⁶ AREJANO, C.B. **Reforma Psiquiátrica:** Uma analítica das relações de Poder nos serviços de Atenção à Saúde Mental. Florianópolis, 2002. 218 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). PEN/UFSC.

1.1 Loucura e Complexidade: Clarificando o Problema de Estudo

O presente estudo está centrado, portanto, na reflexão de uma abordagem antimanicomial aderente a nova compreensão do sofredor psíquico como sujeito complexo e subjetivo em si próprio. Considero, também, que esta proposta está em consonância com as exigências deste novo tempo e em sinergia com meu compromisso ético, dentro da utopia e da luta sistemática por “uma sociedade sem exclusão”.

No entanto, baseado em minha experiência de trabalho e pesquisa nos serviços de saúde mental, observo que apesar das transformações teórico-jurídico-políticas, o fazer do profissional da Saúde Mental adquire uma forma onde, ainda, predominam as relações de poder disciplinar, utilizando, assim, os dispositivos deste mesmo poder, entre eles: a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame. Estes dispositivos podem ser expressos através das normas e determinações terapêuticas, utilizadas em nome da “cura”, as quais deixam de lado o sujeito, no estabelecimento das estratégias de cuidado. O plano terapêutico, realizado sob essas premissas, não favorece a autonomia do sofredor, transformando-o em objeto do nosso trabalho.

Estes dispositivos empregados no cuidado ao sofredor psíquico, cerceiam a liberdade do próprio sofredor e o objetivam, inviabilizando, deste modo, sua emancipação, o que pode ser mais um obstáculo na sua ressocialização.

Observo que a própria vigilância hierárquica (mecanismo disciplinar de poder) tem como pretensão, no ato de cuidar, a sujeição do indivíduo, ou como bem refere Foucault¹⁷: *(...) uma arte obscura, da luz e do visível preparou em surdina um saber novo sobre o homem, através de técnicas para sujeitá-lo e processos para utilizá-lo.*

Nosso trabalho para uma adequação do indivíduo-sofredor a um “normal” convívio social foi e, ainda é, uma meta no cuidado ao sofredor psíquico. Ainda existe socialmente o mito sobre o significado da expressão “normal”, mito que também é incorporado pelo profissional da ciência “psi” fazendo com que exista uma “obsessão” nessa busca de “adequação” do sofredor ao social.

¹⁷ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**, 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 154.

Também, neste mesmo sentido, é utilizada, para benefício do social, uma escolarização imposta ao sofredor que indica **como, quando e o que** se deve fazer. Em contrapartida, em caso de infração a esse “dever ser” acontece o ato punitivo. Não podemos esquecer que sempre por trás de uma disciplina funciona *um pequeno mecanismo penal* (Foucault¹⁸), isto é, a sanção normalizadora, aparece com frequência no cuidado manifesto ao sofredor psíquico. Este dispositivo da disciplina estabelece segundo Foucault¹⁹: (...) *infrapenalidades; quadricula um espaço deixado vazio pelas leis; qualifica e reprime um conjunto de comportamentos que escapava aos grandes sistemas de castigo por sua relativa indiferença.*

Nesse sentido o sofredor se encontra emaranhado numa rede de mecanismos disciplinares de poder: têm sobre ele o olhar (vigilância hierárquica); é punido pelas pequenas ações, chamadas pelo cuidador de desvios, (sanção normalizadora) e que determinam sobre ele qual a estratégia a seguir, ou seja, para tal patologia, tal tratamento (exame).

Assim, o cuidado exercido com estes dispositivos disciplinares só tem como função reduzir os chamados ”desvios”, apartando-se das diferenças humanas, da individualidade, da historicidade, da heterogeneidade, colocando os sujeitos-sofredores como objeto de um ato a ser realizado. Apoiando-me em Foucault²⁰ com respeito ao cuidado em saúde mental (...) *o indivíduo se encontra preso numa universalidade punível-punidora.*

Portanto, neste trabalho apresento como objetivo, refletir sobre as relações de objetivação que se estabelecem entre os trabalhadores de Saúde Mental e o sofredor psíquico e a compreensão deste, como sujeito complexo e subjetivo em si próprio.

Refletindo sobre esse aspecto penso que as relações que se estabelecem no ato de cuidado nos conduzem ao **primeiro pressuposto**, ou seja: **As relações de poder disciplinar que se estabelecem na relação de cuidado são, ainda hoje, contributivas à construção e à manutenção da objetivação do sujeito.**

Tradicionalmente, as ciências da saúde para o tratamento das doenças centram sua observação sobre o sujeito naqueles aspectos que representam uma anomalia, ou

¹⁸ Idem, p. 159.

¹⁹ Idem, p. 159.

²⁰ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 160.

seja, nos sintomas ou sinais que possam conduzir a um diagnóstico e sua terapêutica. Este processo é denominado de exame. O exame é, portanto um dos aspectos essenciais para o estabelecimento da conduta terapêutica a ser adotada, no entanto, não deve ocupar um papel preponderante na relação de cuidado, caso contrário o sujeito se transforma em objeto dessa mesma relação e não mais, participe do processo de cuidado.

A função diagnóstica ou o exame de acordo com Foucault²¹, reafirma a lógica da objetivação: (...) *é a técnica pela qual o poder, em vez de emitir os sinais de seu poderio, em vez de impor sua marca a seus súditos, capta-os num mecanismo de objetivação.* Ou ainda mais, o exame²² (...) *combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza.*

O exame permite, a nós profissionais, a capacidade de visibilizar os indivíduos e, através desta visibilidade, os sujeitos podem ser diferenciados (percebidos) e também, sancionados.

Foucault apud Rabinow e Dreyfus²³, salienta que o exame, como dispositivo disciplinar, é altamente ritualizado e refere que: (...) *são estratégias de relações de força que suportam tipos de saber e vice-versa.*

No exato momento em que nós trabalhadores submetemos o sujeito ao exame reunimos no mesmo ato, segundo Foucault²⁴ (...) *a cerimônia do poder e a forma da experiência, à demonstração da força e o estabelecimento da verdade.* Podemos acrescentar, a tudo isso, que tanto o exame quanto a confissão são as principais tecnologias das ciências subjetivantes, entre elas, a psiquiatria e a psicologia.

Rabinow e Dreyfus²⁵ salientam que, já no século XIX, alguns exames psiquiátricos exigiam que: (...) *o sujeito falasse além da presença de uma autoridade devidamente reconhecida para interpretar seu discurso.* Portanto, o exame se transforma em uma técnica para desvelar uma verdade. De alguma maneira quanto mais o sujeito fala, mais a ciência sabe. O sujeito, agora, já não é mais o *árbitro final*

²¹ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed, Petrópolis: Vozes, 1986. p. 167.

²² Idem. p. 164

²³ RABINOW, P. e DREYFUS, H. **Michel Foucault Uma Trajetória Filosófica**: Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995, p. 134.

²⁴ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 165

²⁵ RABINOW, P. e DREYFUS, H. **Michel Foucault Uma Trajetória Filosófica**: Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995, p. 196 – 197.

de sue próprio discurso. E, nós, trabalhadores da Saúde Mental nos transformamos em mestres da verdade.

Acentuando a proximidade do poder e do saber como uma das respostas possíveis a esta indagação Foucault²⁶, estabelece que:

(...) temos em suma que admitir que esse poder se exerce mais que se possui, que não é o “privilégio” adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito de conjunto de suas posições estratégicas - efeito manifestado e as vezes reconduzido pela posição dos que são dominados.

Sendo, assim, essas mesmas abordagens de cuidado estimulam e desenvolvem relações de dependência e submissão do sujeito frente ao trabalhador de Saúde Mental ou como refere Foucault:²⁷ *seus corpos são tornados exatamente legíveis e dóceis*.

Existe, portanto, relação entre as diversas formas de abordagens no cuidado e os dispositivos disciplinares de poder, assim, como se estabelecem as relações entre pai e filho, professor e aluno, patrão e empregado, médico e paciente. Estes “devem” obediência àqueles e caso isso não ocorra serão colocados na posição de “não colaboradores” estando, passíveis de alguma punição.

De acordo com o modelo biomédico, somente o médico sabe o que é melhor para a manutenção do estado de saúde do sujeito e só ele (o médico) pode fazer qualquer coisa a respeito disso. Sobre, esse mesmo tema, Capra²⁸ refere que:

(...) a autoridade do médico e sua responsabilidade pela saúde do paciente fazem-no assumir um papel paternal. Ele pode ser um pai benévolo ou um pai ditatorial, mas sua posição é claramente superior a do paciente”.

Reforçando o já mencionado no 1º pressuposto, encontro em Foucault²⁹, **como e onde** o mecanismo disciplinar pode se manifestar claramente: (...) *no coração dos processos de disciplina, ele manifesta a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objetivação dos que se sujeitam*.

A prática do exame diagnóstico coloca os profissionais, em uma posição

²⁶ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 29.

²⁷ Idem, p. 167.

²⁸ CAPRA, F. **Ponto de Mutação**. 10 ed. São Paulo: Cultrix, 1990. p. 150.

²⁹ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 165.

de poder (verdade) frente ao sofredor psíquico, este, por sua vez, o têm internalizado culturalmente, o que o exclui do ato realizado, transformando-o num ser sujeitado.

Na atualidade, a loucura é entendida ainda como doença passível de diagnóstico, tratamento e cura, o que coloca o profissional em uma relação vertical de observação do sujeito analisado. Esse método, embora, tenha satisfeito a ciência de seu tempo, hoje, apresenta limitações inerentes ao paradigma cartesiano-newtoniano. Reconhecer essas limitações não diminui, em absoluto, o gênio de seus fundadores, porém, se faz necessário, construir um novo entendimento sobre o sofredor psíquico que o contextualize em sua história (tempo-espço) e em toda sua complexidade. Essa idéia pode ser reforçada pelas palavras de Morin³⁰, ao referir: *(...) é o caso de se perguntar se as chaves psicanalíticas, difundidas em forma dogmática e reducionista em nossa cultura (complexo de inferioridade, de Édipo, paranóia, esquizofrenia, sadomasoquismo, etc.), não agravam a incompreensão, criando a ininteligibilidade reducionista.*

Nos últimos duzentos anos, na cultura ocidental, adotou-se a concepção do corpo humano como uma máquina, passível de ser analisado através de suas partes. A mente e o corpo estão separados, na visão cartesiana, a doença é vista como um mau funcionamento de mecanismos biológicos ou psicológicos e a saúde como a ausência de doença. Essa concepção vem sendo modificada na medida em que o universo deixa de ser visto como uma máquina e passa a ser visto como um “ser vivo”, como um “corpo” integrado. Essa nova concepção traz, juntamente com ela, a visão de inter-relação e interdependência de todos os fenômenos. Tendo em vista esse novo conceito e a mudança do paradigma da doença mental para o paradigma da saúde mental **o segundo pressuposto** estabelecido é o de que: **a loucura precisa ser compreendida como um acontecimento, complexo e subjetivo no qual o indivíduo experimenta a vida em seus limites e a própria vida como estados alterados-alteráveis.**

A compreensão da loucura como entidade nosológica, síndrome ou sintomas isolados do sujeito como tradicionalmente é descrita, ou seja, *alteração, com evolução contínua e progressiva, que altera de maneira persistente a atividade psíquica*³¹

³⁰ MORIN, E. **A Cabeça Bem-Feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000, p. 51.

³¹ EY, H. **Tratado de Psiquiatria.** 8ª ed. Barcelona: Toray-Masson, 1978. p. 200.

inaugura um novo espaço para a loucura e limita o deslocamento do sujeito no eixo saúde-doença. Morin nos apresenta uma outra compreensão da loucura não mais como exterior ao sujeito, mas sim, como condição humana:³² (...) *a compreensão humana nos chega quando sentimos e concebemos os humanos como sujeitos; ela nos torna abertos aos seus sofrimentos e alegrias.*

Ou ainda, a loucura poderia ser percebida como a vida sendo “sacudida” por tremores fortes demais; ou como sensações de rupturas devastadoras e sentimentos que atingem tal intensidade transbordando toda a forma ou representação. Concordando com Arthur Bispo do Rosário³³: *Os doentes mentais são como beija-flores. Nunca pousam. Estão sempre a dois metros do solo.*

A utilização do termo loucura, neste estudo, centra-se no entendimento de, primeiramente mostrá-la como um outro discurso de verdade, de difícil compreensão pela sua linguagem mascarada (de ordenação e vertigem) e que utiliza a desrazão para mostrar-se ao outro da relação. Simboliza, ainda, em meu entendimento, uma verdade única para seu emissor e um significado oculto para o receptor. As palavras (linguagem mascarada) vêm, portanto, dar uma opacidade à transparência da vida. Uma outra possibilidade de se olhar, essa mesma loucura, é também compreendê-la como a vida sendo tomada por acontecimentos que extrapolam as palavras e os códigos disponíveis, ou, mesmo, o repertório textual comum.

O louco, portanto ao lançar-se na vida se coloca estruturalmente em um lugar de fragilidade frente ao mundo. E, qual pode ser o sentimento do sofredor psíquico, nesse momento, em que a sua vida encontra-se, ao mesmo tempo, entremeada por sentimentos contraditórios entre a grandeza e a miséria? A resposta a esta pergunta é o que cotidianamente vemos no cuidado: **desamparo**. Ausência de abraços para esses sentimentos que “pulam” entre o poético e o prosaico. Ausência de compreensão quando o sofredor está à mercê do irrepresentável, do inominável, do invisível e do inaudível.

No contato com o sofredor, tenho observado os caminhos que percorrem

³² MORIN, E. **A Cabeça Bem-Feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. p. 51.

³³ ROSÁRIO, A B. do. **Biblioteca Digital**: bibliografia internacional anotada. Disponível em: http://www15.vianetworks.com.br/casadasrosas/trans/bispo/bispo_vd.htm Acesso em: 27set. 2002.

a loucura e os sentimentos que a acompanham: o sofrimento que leva o indivíduo a sentir-se num labirinto sem saída, com sentimentos contraditórios, vivendo pesadelos que passam de visões de calma a novos pesadelos; as sensações corpóreas onde o corpo se “enche” de fantasias, transformando-o num ser sublime e todo poderoso, ao mesmo tempo, que pode transformá-lo em um ser impotente e miserável. Ao que chamamos de loucura é necessário agregar ainda, uma carga de sofrimento e dor. A loucura pode ser entendida como a representação de um embate vital em que, entram em jogo, os pares antitéticos mais importantes da vida e da morte, da razão e da desrazão, da identidade e da diferença, do desejo e da existência, da voz e do silêncio, do corpo e das paixões.

Cabe salientar que os dois conceitos apresentados sobre a loucura – o conceito organicista e o conceito de acontecimento complexo e subjetivo nos diferentes paradigmas estão situados em pontos teóricos diametralmente opostos: o primeiro está baseado numa compreensão organicista e fragmentada do fenômeno doença mental; enquanto, o segundo pretende oferecer uma compreensão contextualizada, não fragmentada, complexa e histórica do mesmo fenômeno. E, é importante ressaltar que, esse segundo conceito, nos leva a uma nova compreensão da linguagem não tão freqüente, em nosso cotidiano, mas que é própria e faz parte do repertório da loucura.

Esses aspectos são evidenciados e aprofundados por Morin³⁴ quando diz:

A loucura humana é fonte de ódio, crueldade, barbárie, cegueira. Mas sem as desordens da afetividade e as irrupções do imaginário, e sem a loucura do impossível, não haveria elan, criação, invenção, amor, poesia...

A partir dos dois pressupostos já mencionados surge a necessidade de compreender a loucura, em sua positividade. Concordando, com Foucault:³⁵ *É o hospício que produz o louco como doente mental, personagem individualizado a partir da instauração de relações disciplinares de poder.* E, ainda mais, na fabricação da doença mental o poder disciplinar, segundo Foucault:³⁶ (...) não destrói o indivíduo; ao contrário, ele o fabrica. O indivíduo não é o outro do poder; realidade exterior, que é

³⁴ MORIN, E. **Amor, Poesia, Sabedoria**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. p. 7

³⁵ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. XIX.

³⁶ Idem, p. XX.

por ele anulado; é um de seus mais importantes efeitos. E como podemos conciliar uma relação que, até então, passa na maioria das vezes por um poder assimétrico, com a nova noção de humanização da loucura no paradigma da Saúde Mental? Seguramente, essa conciliação deverá passar por uma democratização (simetria) na relação do profissional da saúde mental com o sofredor psíquico; por uma compreensão do momento de vida do sofredor e por uma amplitude no conhecimento da verdade da desrazão, da diferença, da individualidade e heterogeneidade.

A relevância desses aspectos me conduz a propor como tese que: Uma das possibilidades para a condução à humanização da loucura é a reflexão de uma abordagem antimanicomial aderente a nova compreensão do sofredor psíquico como sujeito complexo e subjetivo em si próprio. Mas afinal, o que é abordagem antimanicomial? O que é cuidar numa abordagem antimanicomial?

Abordagem antimanicomial é um encontro de comunicação entre humanos. Encontro ético-solidário, caracterizado pela complexidade, historicidade e subjetividade, onde deverá ser priorizada a produção de autonomia como princípio da liberdade. Nesse Encontro, faz-se necessário estabelecer um fazer de complexificação, que permita, nesta alteridade, resgatar histórias (verdades), metamorfo-se-á-las, até que possam ser carregadas por nós, em sua leveza, em seu sentido e significado, em sua opacidade e transparência, em seu concreto e em seu abstrato.

A abordagem antimanicomial tem como proposta o Encontro de seres humanos (subjetividade nas relações), que sem perderem seus papéis, se reconhecem como “companheiros de viagem”, sabendo que ambos (trabalhador de saúde e sujeito), têm poderes que se complementam e não se contrapõe numa relação dialógica, permitindo, portanto, ações de solidariedade.

Estas ações de solidariedade se referem ao sentimento que se produz entre os seres humanos envolvidos num encontro de comunicação e poderiam ser definidas como o momento em que o sofredor precisa ser abraçado, escutado, amparado e protegido de seus próprios demônios. Entendo a solidariedade como nós mesmos no corpo do outro. Portanto, o encontro de comunicação pode ser uma dinâmica de construção/desconstrução/construção (metamorfozes) de histórias entre o autor (sofredor) e o profissional de Saúde Mental.

A partir destas constatações e na tentativa de compreender o sentido e o significado da “loucura” e do “louco” proponho a reflexão sobre uma abordagem antimanicomial de cuidado em saúde mental que visa, tão somente, a concretização de uma relação de cuidado ético-solidária, produtora de autonomia. A retrospectiva histórica evidência a mudança de paradigma na saúde mental e a necessidade de compreender a loucura em sua positividade. Alguns fatos sociais, anteriormente mencionados, também influenciaram e reforçaram a posição de ter que compreender a loucura, a partir de novas luzes. Luzes que possam aclarar os caminhos da incerteza, do imaginário, do delírio e da vida que acompanham o sofrimento humano. Nesta busca, pesquisando autores que me permitam uma maior compreensão desta realidade, proponho, àquelas teorias que dêem suporte teórico ao universo da investigação proposta. Como teórico central deste estudo, assumo Michel Foucault³⁷ por encontrar em sua leitura a complexidade sobre a microfísica do poder necessária a análise dos jogos de verdade e os dispositivos disciplinares de poder: *E se, de uma maneira formal, o regime representativo permite que direta ou indiretamente, com ou sem revezamento, a vontade de todos forme a instância fundamental da soberania, as disciplinas dão, na base, garantia da submissão das forças e dos corpos.*

³⁷ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 195.

2 ROMPENDO PARADIGMAS: AO ENCONTRO DO DIMENSIONAMENTO TEÓRICO

Compreender uma teoria é incorporá-la, é silenciá-la, é poder dela dispor sem fazer dela um alvo de um conhecimento focal, é ter dela uma consciência não temática, como condição de interpretar as coisas do mundo, configurá-las, focalizá-las para agir sobre elas.

Luís Cláudio Figueiredo³⁸

Começarei por algumas indicações afirmativas encontradas na obra de Foucault (1992): toda relação é uma relação de poder desde que existam possibilidades de resistência. O poder de que falo é um poder relacional, se exerce mais do que se possui. O sujeito, neste caso, não é somente o outro da relação, despossuído do poder, ou a margem deste, é sujeito ativo e tenta dirigir a conduta do outro. Estas características marcam, assim, a complexidade das relações humanas.

Uma outra afirmativa foucaultiana (1994) é a de que a verdade não contém em si a ausência de poder, ou está fora deste. Ela é produzida por múltiplas coações. O sujeito é constituído por uma verdade e não fonte dela. Estes aspectos denotam os jogos de verdade do poder/saber que se estabelecem entre os seres humanos.

Em terceiro lugar, ainda para Foucault (1986), os dispositivos disciplinares de poder fabricam um corpo dócil para sujeitá-lo e transformá-lo numa aptidão. O sujeito é controlado como um objeto a ser manipulado. Estes procedimentos são partes de uma maquinaria de poder que visam a um processo de sujeição do corpo social.

O esquema de indicações afirmativas acima e suas práticas associadas indicam a escolha de conceitos que são determinantes para a compreensão do suporte teórico foucaultiano. O esquema abaixo representa o devir de uma verdade, já, que, para Hegel, a verdade é percurso. Esse percurso está construído através das lutas e conquistas do Movimento da Luta Antimanicomial; do respeito e produção dos

³⁸ FIGUEIREDO, L.C.M. **Revisando as Psicologias:** Da Epistemologia à Ética das Práticas e Discursos Psicológicos. 2 ed. São Paulo: Vozes, 1996. p.90.

direitos humanos; pela sua inventividade e criatividade nas práticas quotidianas do cuidado em saúde mental, portanto, na sua territorialidade. Esta verdade se constitui, assim, num processo de vivência real, no dia-a-dia, do cuidado em saúde mental.

Na prática do cuidado percebo, permanentemente, a necessidade de tomar novos rumos, novos caminhos (percursos) para compreender a loucura. E, isto, não significa estar desorientado, mas sim, como que diz um amigo Abrahan Turcknitz:³⁹ *Não estamos desorientados, temos vários nortes.*

O momento de procurar desvelar uma outra forma de cuidado é, portanto, um momento de incertezas, de buscas de novos horizontes frente à perplexidade do desconhecido (loucura). Em alto mar, nem sempre, o navio mantém seu curso, tudo dependerá dos ventos, das marés e até dos humanos envolvidos na navegação. Numa abordagem complexa, como a que proponho refletir, seguramente essa “nau dos loucos”⁴⁰ deverá “negociar” com as incertezas do mar e com os rumos que deverá percorrer para à humanização da loucura.

No campo profissional, podemos pensar que uma ação correta (determinado cuidado) deverá gerar uma boa ação. Nem sempre é assim e a resposta a essa incerteza é esclarecida quando Morin⁴¹ refere: *a resposta a essa incerteza se encontra ao mesmo tempo na aposta à estratégia.* Numa abordagem antimanicomial é necessário, portanto, a utilização de múltiplas estratégias que venham ao encontro das necessidades do sofredor psíquico.

Nesse sentido, as estratégias dessa abordagem necessitam de um diálogo permanente com o cenário histórico-político-sócio-cultural onde se insere o próprio sofredor. Será preciso fazer uma aposta na própria capacidade dos trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares de realizarem, objetiva e autonomamente, uma análise das questões concernentes a sua capacidade de criar uma clínica do quotidiano que respeite o sofredor na sua singularidade e que promova sua capacidade de ser autor/ator de seu próprio destino. A possibilidade que o presente estudo propõe de reflexão das práticas, dos espaços de negociação para o sujeito-sofredor expressar o

³⁹ Médico, psicanalista, autor do slogan utilizado em camisetas do Fórum Gaúcho de Saúde Mental

⁴⁰ FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 10.

⁴¹ MORIN, E. **A Cabeça Bem-Feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000, p. 23.

que pensa, deseja e sente nessa clínica redefine a abordagem em saúde mental.

Isto não ocorre sem tensão ou problema, indica sim, uma precisa direção estratégica realizada pela leitura de Foucault. Ele não pretendeu fundar ou criar uma teoria geral do poder, seja porque o poder como algo concreto e único não existe, existindo sim, relações de poder, relações de força contínua e constantemente em movimento ou possibilidade de transformação. As teorias devem ser entendidas como provisórias, inacabadas, expressando o momento de percurso e análise de um trabalho em permanente processo de transformação.

Para Foucault:⁴² (...) *o indivíduo é uma produção do poder e do saber*. O sujeito objetivado, a partir dos mecanismos disciplinares de poder, transforma-se em novas formas de saber.

Um outro aspecto que cabe salientar com relação ao sofredor psíquico é que a abordagem mais comum é aquela da visão de sujeito estrutural (estímulo-resposta-comportamento), que ainda o caracteriza em instâncias psíquicas, complexos e mecanismos de defesa, descontextualizado de seu tempo e de sua história. Este aspecto é reforçado, por Morin⁴³ ao referir que no século XX assistimos à invasão da cientificidade clássica nas ciências humanas e sociais: (...) *expulsou-se o sujeito da psicologia e o substituímos por estímulo, respostas, comportamentos*.

Aprofundando a compreensão da objetivação do sujeito fazemos referência a Basaglia⁴⁴ que conclui: *Em medicina, o encontro médico-paciente ocorre no corpo mesmo do doente, considerado como um objeto de pesquisa em sua pura materialidade*. No momento em que o sofredor psíquico é objetivado se transforma em um corpo doente, passível de docilidade e utilidade (poder disciplinar). Assim, aparece este corpo na visão da psiquiatria e da instituição que o trata.

Já o modelo organicista considera ao sofredor psíquico como o resultado de uma alteração biológica; para Basaglia:⁴⁵ *mais ou menos indefinida*, portanto, passível de ser *tratado e tutelado*.

Ainda para Basaglia⁴⁶, ao referir-se a psiquiatria:

⁴² FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. XIX

⁴³ MORIN, E A Noção de Sujeito in: SCHNITMAN, D. **Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 46.

⁴⁴ BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991. p.104.

⁴⁵ BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991, p. 104.

(...) a expressão direta da impotência de uma disciplina que, diante da doença mental, limitou-se, de certo modo, a defini-la, catalogá-la e geri-la. De outra parte, as próprias teorias psicodinâmicas, que tentaram encontrar o sentido do sintoma através da investigação do inconsciente, mantiveram o caráter objetual do paciente, mesmo que o tenham feito através de um tipo distinto de objetualização: objetalizando-o não mais enquanto corpo, mas enquanto pessoa.

Na prática observo que no ato do cuidado, o sofredor psíquico é rotulado a partir dos sinais e sintomas que apresenta. Esta objetivação do sujeito deve-se, principalmente, a nossa formação profissional, que utiliza o diagnóstico (exame), para entender a doença e não o sujeito na sua complexidade.

De acordo com Foucault⁴⁷ existe um paralelo importante na utilização desse mecanismo e essa idéia é assim explicada:

O exame abre duas possibilidades que são correlatas: a constituição do indivíduo como objeto descritível, analisável, (...) para mantê-lo em seus traços singulares, em sua evolução particular, em suas aptidões ou capacidades próprias, sob o controle de um saber permanente; e por outro lado a constituição de um sistema comparativo que permite a medida de fenômenos globais, a descrição de grupos, a caracterização de fatos coletivos, a estimativa dos desvios dos indivíduos entre si, sua distribuição numa população.

Na análise das relações de poder, que se estabelecem entre o sofredor psíquico e o profissional da Saúde Mental apoiando-me em Foucault, entendo que, na proposta de reflexão sobre uma abordagem antimanicomial, se torna possível que os poderes se complementem e não se contraponham nessa relação dialógica, permitindo, assim, ações de solidariedade nas relações humanas.

Para Foucault⁴⁸ *as relações humanas, sejam quais forem, tratam-se tanto de uma comunicação verbal ou de relações amorosas, institucionais ou econômicas o poder está sempre presente; refiro-me a qualquer tipo de relação em que alguém tenta dirigir a conduta de outrem.*

Pode-se observar que no ato do cuidado, o sofredor psíquico pode-se

⁴⁶ Idem, p. 104.

⁴⁷ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4. ed. Pretrópolis: Vozes, 1986. p. 169.

⁴⁸ FOUCAULT, M. A **Hermeneutica del Sujeto**. Madrid: La Piqueta, 1987. p. 125-128.

transformar num ser dirigido com mínimas possibilidades de resistências o que, portanto, reduz, também, sua liberdade. Este fato acontece pela primazia da disciplina no ato de cuidado fazendo com que o profissional da Saúde Mental, interprete o discurso do outro e valide assim sua própria verdade. Isto nos leva a aprofundar a questão apresentada por Foucault⁴⁹, que afirma: *não podem existir relações de poder a não ser na medida em que os sujeitos são livres.*

A pergunta que me faço, nesse momento é: se no encontro entre o profissional e o sofredor psíquico não ocorreriam relações de dominação o que, também, é descrito por Foucault⁵⁰, quando da ausência de liberdade nas relações: *se um dos dois estivesse completamente à disposição do outro e se convertesse em uma coisa sua, em objeto sobre o qual se pode exercer uma violência infinita e ilimitada, não existiriam relações de poder, mas sim, relações de dominação.*

Creio que no ato de cuidar, nos serviços de atenção à saúde mental não existem relações de dominação, porém, sim, relações desiguais e assimétricas ou, ainda, um jogo disciplinar que diminui a liberdade do sofredor psíquico já que este não é mais o dono de sua verdade e sim, objeto de uma análise. Diferentemente, se o sofredor está preso ao uso contínuo de medicamentos e/ou hospitalizado, tendo, portanto, dessa forma sua liberdade cerceada isto, sim, poderia ser apontado como relação de dominação entre o profissional de saúde mental e o sofredor.

A proposta para uma abordagem antimanicomial é a de uma relação dialógica entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico que permita o aumento da resistência que, em si, é liberdade e, esta, segundo Rotelli é “terapêutica”.

Retomo as palavras de Foucault⁵¹ ao referir-se sobre as relações de poder: *existem necessariamente possibilidades de resistência já que, se não existem possibilidades de resistência - resistência violenta, de fuga, de engano, de estratégias de inversão da situação - não existiriam relações de poder.*

Por outro lado, a medicalização da loucura poderia ser tomada como um exemplo de instrumento que atua diretamente na diminuição da resistência do sofredor

⁴⁹ Idem, p.126

⁵⁰ Idem, 126-128

⁵¹ FOUCAULT, M. A **Hermeneutica del Sujeto**. Madrid: La Piqueta, 1987, p.128.

psíquico e concordo com Foucault⁵² ao referir-se ao exemplo da medicalização para tal fim:

A medicalização da loucura, ou seja, a organização de um saber médico sobre indivíduos designados como loucos, esteve ligada a toda uma série de processos sociais, de ordem econômica num dado momento, mas também a instituições e a práticas de poder. Este fato não desqualifica de modo algum a validade científica ou a eficácia terapêutica da psiquiatria: não a legitima, mas também, não a anula.

Cada um desses processos tem uma longa história atrás de si. Saber e poder se reforçam mutuamente num processo circular. Para Foucault⁵³ o estabelecimento das disciplinas ultrapassa o conceito de tecnologia:

As disciplinas atravessam então o limiar tecnológico. O hospital primeiro, depois a escola, mais tarde ainda a oficina, não foram simplesmente postos em ordem pelas disciplinas; tornaram-se, graças a elas, aparelhos tais que qualquer mecanismo de objetivação pode valer neles como instrumento de sujeição e qualquer crescimento de poder dá neles lugar a conhecimentos possíveis.

Assim, o objetivo das disciplinas responde a amplos processos históricos (econômicos, jurídico-políticos e científicos) no interior dos quais as disciplinas tem seu lugar. De acordo com Foucault:⁵⁴ (...) *são técnicas* para assegurar a ordenação das multiplicidades humanas.

O exame como um instrumento do saber/poder se situa como uma estratégia para conduzir condutas e ordenar a probabilidade. O estudo desta microfísica, supõe, de acordo com Foucault:⁵⁵ *uma estratégia, que seus efeitos de dominação não sejam atribuídos a uma apropriação, mas a disposições, a manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamentos.*

⁵² Idem, p. 134.

⁵³ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 196.

⁵⁴ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 191.

⁵⁵ Idem, p. 29.

Reforçando esta idéia Rabinow e Dreyfus⁵⁶ referem: *podemos chamar estratégia de poder ao conjunto dos meios operados para fazer funcionar ou para manter um dispositivo de poder.*

Todo esse poder se opera sobre o corpo sujeitado e está diretamente relacionado ao campo político. Para Foucault⁵⁷ as relações de poder têm alcance imediato sobre o corpo: *elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais.*

É necessário observar o encadeamento entre as relações de poder e o dispositivo do exame. De acordo com Foucault (1986) o poder/saber, os processos e lutas que o atravessam são determinantes no campo do conhecimento.

Não seria o estudo de um Estado tomado como um corpo (com seus elementos, seus recursos e suas forças) mas não seria tão pouco o estudo do corpo e do que lhe está conexo tomados como um pequeno Estado. Trataríamos aí do corpo político como conjunto dos elementos materiais e das técnicas que servem de armas, de reforço, de vias de comunicação e de pontos de apoio para as relações de poder e de saber que investem os corpos humanos e os submetem, fazendo deles objetos de saber.⁵⁸

Para entender a transformação, que pretendo introduzir na utilização do exame no ato do cuidado, é necessário observar o desdobramento no pensamento sobre relações de poder/saber como determinante na mudança da postura do profissional da saúde no estabelecimento de uma relação dialógica.

Esta multiplicidade de elementos que está sempre em movimento nos é explicado por Morin (1997), ao citar a expressão utilizada por Heráclito, *viver de morte e morrer de vida* esclarece a relação dialógica como a junção de noções antagônicas, mas complementares. O autor⁵⁹ ainda refere sobre o assunto: *A dialógica permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo.*

⁵⁶ RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault Uma Trajetória Filosófica:** Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995, p.248.

⁵⁷ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir.** 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p.28.

⁵⁸ Idem, p.28.

⁵⁹ MORIN, E. **A Cabeça Bem-Feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. p. 96.

A análise Moriniana do *homo-sapiens-demens* está baseada na complexidade e para começar a teorização da mesma, devemos remeter-nos à sua significação. Para Morin⁶⁰ o pensamento complexo tenta religar o que o pensamento disciplinar e compartimentado disjuntou e parcializou:

Ele religa não apenas domínios separados do conhecimento, como também - dialogicamente - conceitos antagônicos como ordem e desordem, certeza e incerteza, a lógica e a transgressão da lógica. É um pensamento da solidariedade entre tudo o que constitui nossa realidade; que tenta dar conta do que significa originariamente o termo **complexus** (o que tece em conjunto), e responde ao apelo do verbo latino **complexere** (abraçar).

Todo o encontro humano é complexo e as comunicações que se estabelecem entre o sofredor psíquico e o profissional da Saúde Mental são, também, complexas e, tem como pretensão rejuntar, religando e re-significando as realidades reais-imaginárias, imaginárias-reais e históricas do eu-sujeito-louco. Baseado neste conhecimento, as relações que se estabelecem na proposta de abordagem antimanicomial podem ser definidas por Almeida⁶¹ apoiando-se em Morin como: (...) *a complexidade é tecer juntos, é rejuntar e religar.*

O entendimento da complexidade das relações está reforçado também por Stengers apud Amarante⁶² quando diz:

A questão da complexidade é prática: ela se coloca quando um novo encontro empírico (...) impõe um novo questionamento do poder atribuído a um conceito e atualiza uma dimensão da interrogação prática que tal conceito ocultava.

Dentre os conceitos elaborados por Morin⁶³ cabe destacar o significado para o autor da expressão pensamento do contexto, ou seja: *a relação de inseparabilidade e*

⁶⁰ MORIN, E. Complexidade e ética da solidariedade In: CASTRO, G.; CARVALHO, E. A; ALMEIDA, M.C. DE **Ensaio de Complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 1997, p.11.

⁶¹ ALMEIDA, M.C. DE. Complexidade do casulo à borboleta In: CASTRO, G; CARVALHO, E. A; ALMEIDA, M.C. DE. **Ensaio de Complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 1997. p.30.

⁶² STENGERS, I. apud AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 142.

⁶³ MORIN, E.; KERN, A B. **Terra Pátria**, Porto Alegre: Sulina, 1995, p. 167.

de inter-retro-ação entre todo fenômeno e seu contexto e de todo contexto com o contexto planetário.

Assim, encontramos que a característica da inseparabilidade dos fenômenos em seu tempo-espaço é fundamental para o entendimento do fenômeno da loucura e, só assim, será possível sua compreensão. A isto, agregamos a necessidade de um pensamento complexo ligado ao contexto que como refere Morin⁶⁴, (...) *respeite o diverso ao mesmo tempo que reconhece o uno, que tente discernir as interdependências.*

Ao falar sobre o pensamento complexo, Morin (1995) nos abre múltiplas possibilidades. A caracterização desse pensamento coloca-o como um pensamento radical, capaz de chegar às raízes do problema, multidimensional, sistêmico e ecológico. E, Morin (1995) agrega ainda, a essa complexidade, um novo complemento: àquele que reconhece o inacabamento do pensamento complexo. Pensamento capaz de negociar com as incertezas o que torna possível criar estratégias que permitam modificar ou anular qualquer ação.

A loucura como fenômeno complexo, objeto do saber/poder, de reflexão filosófica ou de intervenção técnica nos convida a abandonar a noção terapêutica de discurso analisado e que impõe uma direção aos indivíduos. A descrição foucaultiana da loucura alerta para o surgimento das disciplinas e do poder normalizador (impor uma direção aos indivíduos) sendo o dispositivo do exame aquele que transforma cada indivíduo em um caso a ser conhecido e, portanto, impõe tal ou qual direção.

A prática de objetivação do sujeito que propõe o dispositivo do exame é salientada por Rabinow e Dreyfus⁶⁵: *O indivíduo moderno-objetivado, analisado e fixado- é uma realização histórica. O poder não aplica seu saber, suas investigações, suas técnicas ao universal, mas ao indivíduo como objeto e efeito de um entrecruzamento do poder e do saber.*

⁶⁴ Idem, p. 167.

⁶⁵ RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault Uma Trajetória Filosófica:** Para além do estruturalismo e da Hermenêutica. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995. p. 176.

Faz-se necessário, portanto, para o estabelecimento da relação dialógica, no ato do cuidado, a dinâmica do poder. Esta idéia é reforçada por Foucault⁶⁶ ao referir:

O indivíduo é uma produção do poder e do saber (...) temos antes que admitir que o poder produz saber (e não simplesmente favorecendo-o porque o serve ou aplicando-o porque é útil), que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder.

De modo análogo Arendt⁶⁷ ao pensar esta questão, aponta a existência do poder quando investido da ação:

O poder não pode ser armazenado e mantido em reserva para casos de emergência como os instrumentos da violência: só existe em sua efetivação. Se não é efetivado, perde-se. (...) o poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam, quando as palavras não são vazias e os atos não são brutais, quando as palavras não são empregadas para velar intenções mas para revelar realidades, e os atos não são usados para violar e destruir, mas para criar relações e novas realidades.

Uma relação de poder como aponta a autora supõe troca de poder, ou melhor, dinâmica de poder. Observo que, na prática do cuidado, os elementos principais da relação são os dispositivos disciplinares de poder. Concordando com Foucault,⁶⁸ estes dispositivos promovem: (...) *garantia da submissão das forças e dos corpos* ou fazem, ainda, (...) *crescer ao mesmo tempo a docilidade e a utilidade de todos os elementos do sistema*.

Na relação de cuidado, o poder disciplinar, ou melhor, o bio-poder se processa através do exame. Prática esta que, de acordo com Foucault:⁶⁹ *combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza*.

Podemos ainda acrescentar que o exame se articula entre a norma e as práticas

⁶⁶ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**, 10ed. São Paulo: Graal, 1992. P.XIX e **Vigiar e Punir**, 4ed. Petrópolis: Vozes, 1986 p. 30.

⁶⁷ ARENDT, H, **A Condição Humana**, 6ed. Rio de Janeiro: Forence-Universitária, 1993, p. 212.

⁶⁸ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**, 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 195; 191.

⁶⁹ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**, 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 164.

políticas nas quais ele é utilizado, como anatomia política do detalhe. Para Rabinow e Dreyfus⁷⁰ *no ritual do exame, a forma moderna do poder e a forma moderna do saber são reunidas numa só técnica. (...) O exame vale como a cerimônia da objetivação. É através desta inversão da visibilidade que o poder agora opera.*

Segundo Maia⁷¹ ao referir-se à utilização do exame pela ciência: *Um saber de vigilância estabeleceu-se a partir de um controle dos indivíduos ao longo de sua vida e esta é a base do poder, a forma de saber-poder que vai dar lugar às ciências humanas (psiquiatria, psicologia, sociologia).*

A abordagem antimanicomial descortina uma nova relação, ao utilizarmos a expressão “companheiros de viagem”. A relação dialógica, nesta abordagem que se estabelece entre o profissional da Saúde Mental e o sofredor psíquico, pode ser explicada, também através da metáfora utilizada por Foucault⁷² que retrata de modo mais claro esta proposta:

O navio, elemento sempre móvel, o navegador (**profissional**) deve saber em cada ponto, e a todo instante, o lugar onde se encontra. O instrumento deve ser tal (**a linguagem**) que em nenhum instante e nenhum lugar seja privilegiado. A viagem introduziu o universal (**histórias reais-imaginárias ou imaginárias-reais**) na tecnologia da verdade; lhe impôs a norma do “qualquer lugar”, do “qualquer tempo” e, conseqüentemente do “qualquer um”. A verdade não tem mais que ser produzida. Ela terá que se representar e se apresentar cada vez que for procurada.

Numa compreensão da loucura como a vida em confronto com o irrepresentável, com o inominável, com o invisível, com o inaudível, a linguagem metafórica mostra a verdade do sofredor como algo inédito e único capaz de se tornar visível através dessa linguagem mascarada. Sem dúvida, a loucura, quase sempre, nos apresenta as suas manifestações em forma metafórica, diz aquilo que não se diz, fala o silêncio para que seja escutado, abre as portas para o irrepresentável e para inúmeras verdades a serem esclarecidas. Ao explicitar as diversas verdades que se apresentam

⁷⁰ RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault Uma Trajetória Filosófica**: Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995. p. 175-176.

⁷¹ MAIA, A. A genealogia de Foucault e as formas fundamentais de poder-saber: o inquirido e o exame. In CASTELO BRANCO, G. e BAÊTA NEVES, L. **Michel Foucault**: da arqueologia do saber à estética da existência. Rio de Janeiro: Nau, 1998, p. 138.

⁷² FOUCAUT, M. **Microfísica do Poder**. 10 ed. São Paulo: Graal, 1992, p.117.

em forma metafórica, Ricoeur⁷³ em seu livro, “A Metáfora Viva”, destaca: *É nesta síntese do heterogêneo como lugar do não-dito e do inédito que a metáfora e a narração se encontram, trazendo, à linguagem, em sucessivas variações imaginativas, a nova pertinência de sentidos impertinentes ou a nova congruência da complexidade da ação.*

Ainda, para Ricoeur⁷⁴: *A metáfora é o modelo teórico imaginário que, ao transpor-se para um domínio de realidade, vê as coisas de outro modo, mudando-lhes a linguagem habitual e, por isso, é uma ficção que simultaneamente descobre conexões novas entre as coisas e re-descreve a realidade* ou, porque não dizer, outras verdades. As nossas verdades ou o que nós acreditamos que seja a nossa verdade só podem expressar-se através da linguagem, por isso, destaco a linguagem como possibilidade de aprender uma verdade que pode mostrar a loucura em sua subjetividade, singularidade, individualidade. Segundo Ricoeur⁷⁵: *A linguagem não é fundamento nem objeto, mas é mediação ou médium no qual e pelo qual o sujeito se põe a si mesmo e o mundo se mostra.* Tomados um a um os processos pelo qual o sujeito se põe a si mesmo e o mundo se mostra, o ponto da novidade nos é apresentado na análise foucaultiana⁷⁶ que retrata o significado dos jogos de verdade: *Um conjunto de regras de produção de verdade. (...) um conjunto de procedimentos que conduzem a um determinado resultado que pode ser considerado, em função de seus princípios e de regras de procedimento, como válido ou não.*

E, em relação ao ato de cuidado, na medida em que estes jogos possam fluir-existir, concordo com Foucault⁷⁷ quando refere: *Existe sempre, em um jogo de verdade dado, a possibilidade de descobrir algo distinto e de mudar mais ou menos uma determinada regra, e inclusive às vezes de mudar em sua totalidade o jogo de verdade.*

O problema da linguagem expressa na loucura é que o sofredor psíquico apresenta, nessa linguagem, uma verdade única para ele (sem obter consenso) e isso não significa que não seja verdade o que diz seu discurso. Porém o problema que se

⁷³ RICOEUR, P. **A Metáfora Viva**. Porto: Rés, 1983, p.I

⁷⁴ Idem, p.XIV.

⁷⁵ Idem, p. XXXIII.

⁷⁶ FOUCAULT, M. **Hermeneutica del Sujeto**, Madrid: La Piqueta, 1987, p. 135.

⁷⁷ FOUCAULT, M. **Hermeneutica del Sujeto**, Madrid: La Piqueta, 1987, p. 135.

apresenta está centrado em quem diz a verdade em nossa sociedade. Esta idéia está baseada nas palavras de Foucault:⁷⁸ *Dizem a verdade indivíduos que são livres, que organizam um certo consenso e que se encontram inseridos numa determinada rede de práticas de poder e de instituições coercitivas.*

Acredito, portanto, que o sofredor psíquico embora não haja conquistado o consenso de seu discurso e não esteja organizado em instituições de poder isto não deverá servir para invalidar seu discurso como verdade.

Hoje, em nosso cotidiano, existe uma reorganização dos espaços de trabalho em saúde mental: diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos, criam-se novos espaços de assistência, porém, para que possam ocorrer mudanças qualitativas, faz-se necessário também, a modificação na abordagem do cuidado ao sofredor psíquico, o respeito a sua verdade. Verdade que é única para ele (sofredor) e inédita.

A abordagem de cuidado, ainda hoje, utilizada, segue o modelo tradicional ou quando modificada fica reduzida às mudanças na farmacologia ou no discurso. Na assistência clínica hospitalar, observa-se a co-existência de um sistema privado e um sistema público. Ambos os sistemas precisam incorporar novas opções assistenciais já presentes nos serviços alternativos de atenção à saúde mental. A inexistência, *a priori*, de um conteúdo pronto e acabado que aponte como pode ser feita essa outra forma de cuidado faz com que exista, portanto, a necessidade de se propor teoricamente uma abordagem de cuidado antimanicomial, que responda ao paradigma da saúde mental.

⁷⁸ Idem, p. 136.

3 EU PRECISO DESTAS PALAVRAS

Praias, águas de côco e acarajé ao som do Olodum-Maliê, tudo levava à descontração. Como manter-se formal e resistir aos apelos de tanta sedução. Mas...trabalhamos- e como trabalhamos- discutindo e levantando propostas pertinentes a todos nós, profissionais da Saúde Mental, usuários e sociedade em geral. Salve o Pelourinho restaurado e que desta vez, oportunidade pela qual estamos gratos por haver podido trabalhar em tanta confraternização e colocando mais um tijolo nessa construção de novas mentalidades que nos tirem dos grilhões da escravidão psiquiátrica.

Graça Fernandes⁷⁹

A relação entre a história de lutas e conquistas pela inclusão social do sofredor psíquico no Brasil é a expressão *eu preciso destas palavras*. O título desta revisão histórica faz referência a uma parte da obra “Bordados de uma Existência“ de Arthur Bispo do Rosário e, é, a ele que dedico esta parte do trabalho. Arthur Bispo do Rosário esteve durante quase meio século de sua vida internado na Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro. Morreu em julho de 1989, após ter-nos legado uma obra extraordinária⁸⁰. Caracterizou-se, por ser um artista incomum e reconhecido internacionalmente por sua produção que, sem dúvida, representa um testemunho verdadeiro da sua grande capacidade estético-expressiva humana. Arthur Bispo nasceu no interior de Sergipe em 1911. Marinheiro e pugilista chegou a ser campeão latino-americano na categoria peso leve. Realizava pequenos serviços domésticos e trabalhou como guarda-costas. Entre tantas atividades era também, interno de hospitais psiquiátricos. Seu talento artístico antecede sua loucura, como interno da Colônia Juliano Moreira, nos anos 60, sua vocação artística aflora-se ainda mais. Tendo a crença de ser enviado por Deus à terra para cumprir sua missão, ou seja, ser o responsável por guardar a memória do mundo através dos objetos, cria, assim, uma

⁷⁹ FERNANDES, G. I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial. Salvador-Bahia. In: **Trancar não é Tratar**. 2 ed. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia/ 6.^a Região, 1997. p. 109.

⁸⁰ “Manto da Apresentação”, “Painel com Lençol Bordado”, “Roda da Fortuna”, “Como Eu devo Fazer o Muro”, Planeta Paraizo dos Homens”, “20 Garrafas-20 Conteúdos”, “Canecas”, “Estandarte”, “Vazo Sanitário”, entre outras.

produção estética, uma “costura” formal em suas peças que impressiona pela coerência. Em 1982 pela primeira vez sua obra foi apresentada no Museu de Arte Moderna do Rio de Janeiro sob o nome de “A Margem da Vida”. Internacionalmente conhecido, representou o Brasil na 46ª Bienal de Veneza. É, por isto, que através dele, como um ser humano inigualável, o que este estudo pretende é fazer uma homenagem aos “loucos de todo gênero” que em nome da “cura” foram e são excluídos nos manicômios brasileiros pela ciência “Psi”.

A cada ano têm crescido, no Brasil, em qualidade e quantidade, as manifestações político-culturais por uma sociedade sem exclusão. Em 1986, aconteceu o histórico congresso, chamado II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru/São Paulo, que desencadeou e possibilitou a criação de um Movimento de caráter nacional chamado Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Este Movimento é partícipe direto das lutas e conquistas na busca da inclusão social do sofredor psíquico. É um movimento plural, independente e autônomo que mantém parcerias com outros movimentos sociais. Em sua trajetória, este Movimento, avançou de uma posição de características de trabalhadores de saúde mental, para um movimento social mais amplo que visa uma intervenção política na sociedade.

Neste estudo, também destaco a importância da militante Graça Fernandes do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, usuária do serviço de saúde mental, Membro da Diretoria do Instituto Franco Basaglia/RJ (1993) na consolidação das garantias de direitos ao sofredor psíquico. Em sua caminhada através deste País, trabalha pelo resgate permanente da loucura em sua positividade, condição humana, que a todos nós pertence, pela criação de espaços sociais onde o usuário tenha voz e possa ser ouvido. Espaços de reconhecimento deliberativo (Conferências de Saúde Mental), espaços de acesso à informação, de efetiva participação popular e exercício de cidadania.

Pretendo, também, mostrar as formas de encarar e compreender a loucura. A loucura, palavra “cheia” de sentido e significado, imagem e símbolo da transgressão às regras sociais. A loucura como uma das facetas da sociedade, se apresenta no cotidiano com um “colorido” de imagens, analogias e máscaras as mais diversas.

Observa-se sobre a loucura, portanto, em cada cultura, em cada sociedade, nos diferentes períodos históricos, uma compreensão e ações próprias do período. A esse respeito, a questão, que ora se apresenta, é a de quem conceitua e em que época se define à loucura e, isto, nos leva, mais uma vez, a refletir sobre os jogos de verdade num determinado contexto e seu momento histórico correspondente.

Inicialmente, retrato a analogia da figura mitológica do deus Dionísio com o personagem do louco, a passagem desse personagem com suas múltiplas imagens e máscaras, na pré-modernidade, na modernidade (paradigma da exclusão) até nossos dias pós-modernidade (paradigma da inclusão).

Logo a seguir, apresento de forma crítica o “espaço terapêutico” denominado “manicômio” e sua ação sobre o sofredor psíquico: cronificação. No terceiro momento retrato às transformações histórico-político-econômicas que atravessam o País, na década de 70, e, que, culminam com o Movimento de Reforma Sanitária e a legislação em saúde nos anos 90. Apresento, no mesmo item, o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Este movimento deu origem ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, bem como, os avanços obtidos nos anos 90, que culminam com a aprovação da Lei 10. 216, DE 6 de abril de 2001. Lei que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Trago, ainda como objetivos deste capítulo à realização de reflexão histórica sobre o desenvolvimento da loucura nos diversos tempos; as respostas dadas pela sociedade a esta questão e àqueles determinantes para o surgimento de uma nova forma de compreensão da loucura, através dos princípios e diretrizes do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Finalizando, procuro reunir conceitos produzidos pela análise do referencial teórico utilizado no trabalho e algumas reflexões sobre a realidade vigente.

3.1 Uma Viagem pela História

Tenho observado que ao longo da história da humanidade a figura do louco,

muitas vezes, apresenta analogias com determinadas imagens, desenhos ou mesmo, certas aproximações com mitos da antigüidade. Mas, realmente, é somente a partir do pensamento cartesiano que esta imagem se congela e se estigmatiza por cometer o pecado da desrazão.

Se Dionísio, em nossa cultura pôde representar o modelo perfeito da vida indestrutível- é porque as diferentes versões de seu mito nos fazem vê-lo arrastando a morte e saindo vencedor. Mesmo quando é cortado em pedaços pelos Titãs, seu coração escapa às mãos sacrílicas. Em seqüência a este desafio à morte, Dionísio o propõe coletivamente- e o faz para, com isto, instaurar uma ordem que supere largamente o microcosmo de Tebas. (MAFFESOLI, 1985)

Neste sub-título, pretendo, relatar, através da passagem do tempo, a historia do louco e da loucura, as suas múltiplas roupagens, sejam, estas roupagens: imagens, máscaras ou mitos.

O propósito desta incursão através dos diversos tempos é a de refletir sobre as imagens e máscaras que se podem emprestar à loucura e ao louco no quotidiano das diferentes épocas.

Assim, vemos que na Antigüidade grega a imagem ou mito do deus Dionísio, apresenta certa analogia com a loucura pelo comportamento do próprio deus. Entre a ordenação e a vertigem, o comportamento do deus Dionísio passa a representar a relatividade, a heterogeneidade, a pluralidade, a diversidade e a fragmentação do ser humano. Ou, como refere Sharman-Burke e Grem:⁸¹ *Dionísio foi atingido pela loucura de Hera, indo perambular pelo mundo ao lado dos sátiros selvagens, dos loucos e dos animais.*

Aprofundando um pouco mais, os mitos-imagens na Antigüidade Grega, podemos destacar que os diversos deuses, como criação humana, falam da potência e onipotência desse ser que os cria (o homem), explicando assim, a natureza e os comportamentos humanos através dos deuses que o representam: em sua grandeza, enquanto poder e força e, em sua miséria, a partir dos próprios vícios.

Um outro reflexo da analogia entre o mito e a loucura, passível de observação, é

⁸¹ SHARMAN-BURKE, J; GREENE, L. **O Tarô Mitológico**: uma nova abordagem para a leitura do tarô. 18 ed. São Paulo: Siciliano, 1988. p. 22.

o da construção de imagens fantásticas e, até mesmo, alucinantes, entre as tragédias míticas e o delírio da loucura.

Outra característica da analogia entre o mito e a loucura, de acordo com Patai:⁸² *transparece no relato freudiano do parricídio: que é a presunção de que um acontecimento que teve lugar no passado mais remoto tem efeito duradouro até o presente.*

Neste sentido, percebo que, o mito de maior aproximação com a loucura, dentro da literatura pesquisada, possa ser, aquele que representa a paixão e o delírio, sendo referido por Maffesoli:⁸³

Dionísio representa e remete à força viva que ronda a razão e sobre ela atua, dizendo-se de outra maneira, afrouxa o aperto do poder (...) estas transgressões da moral imposta sempre exercem grande fascínio sobre a sociedade como um todo. Nela são projetadas todas as satisfações ou todos os prazeres que não poderão ser obtidos em situação de normalidade.

Dionísio assume um papel importante, neste estudo, por representar uma figura mítica concentradora de poder (o louco) e capaz de induzir as pessoas à transgressão (loucura). Paixão e delírio como expressões da figura do deus Dionísio ao serem transpostas e representadas no ser humano, o colocam em um momento de grande fragilidade e porque não dizer colocando-o como um ser capaz de infligir tanto à loucura quanto a alegria.

Para Patai⁸⁴ o mito de Dionísio serviu, portanto, de precedente e protótipo para um dos rituais mais cruéis e bárbaros da antiga Grécia (sacrifícios humanos e de animais). (...) Serviu também de precedente e protótipo para alguns dos maiores feitos da história, a começar pelos de Alexandre, o maior herói conquistador a advir do mundo helênico.

Não quero dizer com isto que um mito preexistente possa influenciar as pessoas e induzi-las a realizá-lo. Existe, sim, uma necessidade psicológica de um mito servir de

⁸² PATAI, R. **O Mito e o Homem Moderno**. São Paulo: Cultrix, 1972. P. 59.

⁸³ MAFFESOLI, M. **A Sombra de Dionísio: Contribuição a uma Sociologia da Orgia**. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 108.

⁸⁴ PATAI, R. **O Mito e o Homem Moderno**. São Paulo: Cultrix, 1972. p. 78.

justificativa para um comportamento que venha a transgredir as normas estabelecidas no cotidiano.

Quando faço referência ao cotidiano concordo com Maffesoli⁸⁵ que refere:

A vida quotidiana que, com prudência, apontamos é como um território onde se enraízam as alegrias e amarguras que em sua banalidade escapam amplamente aos críticos de toda espécie que transferem sempre para uma sociedade perfeita as alegrias mais simples.

O efeito dessa palavra acaba sendo surpreendente, pois rompe com o significado que é dado pelo senso comum que associa cotidiano com certa “linearidade”. Ao utilizar a palavra cotidiano pretendo integrar no mesmo pólo linearidade e tropeço.

Aliado a isto, neste mesmo cotidiano o ser humano mostra sua personalidade através de sua forma de agir e reagir. Nessa ação ou reação há utilização de máscaras dão o colorido necessário à sobrevivência humana no social, ou seja, as máscaras funcionam para demonstrar aquilo que cada um é (personalidade). Mais simplesmente ainda: “aquilo que cada um mostra ser”⁸⁶.

Ainda sobre o mesmo tema, Bergamini refere:⁸⁷

Etimologicamente, o termo personalidade origina-se no teatro romano, onde e quando os atores representavam de máscaras. Nessa máscara havia um buraco no lugar da boca, por onde passava a voz, chamado per sonare, com o uso, a máscara toda passou a chamar-se persona e, por extensão, como o ator se identificava com o papel estabelecido pela máscara, passou, ele mesmo, a chamar-se persona, deixando, assim, o termo persona de simbolizar a máscara para ser atribuído ao próprio ator ou à pessoa que representava de máscara.

Ao fazer referência ao significado da palavra máscara, esta tende a simbolizar o visível do invisível, que ao tornar-se visível na própria máscara mostra-se ou, tornar-se a se disfarçar novamente, para ocultar a real compreensão do outro (aquilo que cada

⁸⁵ MAFFESOLI, M. **A Conquista do Presente**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984. p. 44.

⁸⁶ BERGAMINI, C. W. **Psicologia Aplicada à Administração de Empresas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1988. p. 77.

⁸⁷ Idem, p. 77.

um é/ou mostra ser). A máscara é o objeto de intermediação entre eu e o outro que comunica subliminarmente o que eu quero mostrar e/ou ocultar ao mesmo tempo.

Como exemplo da utilização das máscaras, no cotidiano social, o carnaval (festa dionisíaca) pode ser entendido como um demonstrativo da produção da loucura socialmente aceita. Festa que para Maffesoli⁸⁸ se traduz na inversão de papéis (máscaras):

(...) é contagiosa: ela estimula e dinamiza certas práticas gerais que não é mais possível reprimir. Assim, o burlesco, o riso, a ironia, o escárnio e a inversão de valores, em suas efetuações, regeneram o corpo social reafirmando sua força originária, ante poderes de ordem secundária e meramente delegados.

Vemos aí com o carnaval que existem espaços e tempos onde a loucura é socialmente aceita. Todavia, esse esquema (inversão de valores) se complica quando observamos, em outros momentos, irrupções de loucura, onde não existe certa correspondência entre o lugar da ordenação e da vertigem como no carnaval.

Com respeito à utilização do termo loucura, a noção apresentada está centrada no entendimento de mostrá-la como um outro discurso de verdade, de difícil compreensão pela sua linguagem mascarada e que utiliza a desrazão para mostrar-se ao outro. Simbolizando portanto, uma verdade única para seu emissor e um significado oculto para seu receptor.

Para Badiou:⁸⁹ entre o pensamento e o real (a palavra) há um buraco, um abismo, um vazio. A verdade é primeiramente o efeito de uma separação, de uma perda, de um esvaziamento.

A loucura, portanto, também poderia ser entendida como o efeito de uma separação em que entram em jogo os pares antitéticos: as questões mais importantes da vida e da morte, da razão e da desrazão, da identidade e da diferença, do desejo e da existência, da voz e do silêncio, do corpo e das paixões.

⁸⁸ MAFFESOLI, M. **A Sombra de Dionísio: contribuição a uma sociologia da orgia**. Rio de Janeiro: Graal, 1985, p. 108.

⁸⁹ BADIOU, A. **Para uma nova teoria do sujeito**. 2ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 59.

Concordando, a esse respeito, com Morin,⁹⁰ a loucura humana é fonte de ódio, crueldade, barbárie, cegueira. Mas sem as desordens da afetividade e as irrupções do imaginário, e sem a loucura do impossível, não haveria elan, criação, invenção, amor, poesia.

Sendo a loucura expressão de ódio e amor, de ordem e desordem, de inexpressividade e expressividade é na apresentação do evento mítico que as realidades subjetivas prevalecem mas, nem por isso, menos reais.

Em relação ao mito e imagem, Morin (1998), coloca que estas expressões formam uma unidade. O mito do Dionísio colocado aqui, como a imagem do louco, mostra a concepção de um lugar para a loucura, onde a força do divino e do selvagem se encontram e são territorializadas, mantendo uma dupla relação de proximidade e distância. Corroborando com esta idéia Maffesoli⁹¹ destaca: são essas ocorrências que tecem gradualmente a trama da socialidade.

Ainda, complementando esta noção de mito Durand⁹² refere: o termo mito engloba (...) a narrativa que legitima esta ou aquela fé religiosa ou mágica, a lenda e as suas intimações explicativas, o conto popular ou a narrativa romanesca.

Entendendo dessa forma o mito justifica e afirma a dualidade que existe no ser humano, seus instintos e paixões.

De acordo com Ramos⁹³ fazendo referência ao mito, a autora destaca:

O mito fez parte da história do homem como instrumento para a elaboração e decodificação do real (...) podem ser tomados como analogias vivas de ações, comportamentos e sentimentos humanos, bem como de muitos dos fenômenos significativos de nossa existência.

Retomando, o tema do Dionísio, Ramos,⁹⁴ faz também uma referência especial: a originalidade do mito de Dionísio reside na dualidade ou ambigüidade-ele é o mais doce e o mais terrível dos deuses, divino e selvagem.

⁹⁰ MORIN, E. **Amor, Poesia, Sabedoria**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. p.7.

⁹¹ MAFFESOLI, M. **A Conquista do Presente**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984. p. 44.

⁹² DURAND, G. **As Estruturas Antropológicas do Imaginário**. São Paulo: Martins Fontes, 1997. p. 356.

⁹³ RAMOS, F. R. S. **Obra e Manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde**. Florianópolis, 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) PEN/UFSC, p. 3.

E, segundo Arejano e Prandoni⁹⁵ o mito do Dionísio que nos retrata a imagem da loucura pode ser entendido neste caso como: (...) *a expressão clara do paradigma de uma socialidade, ao mesmo tempo harmônica e conflitiva, ressaltando a relação ambivalente que estrutura a socialidade*, ou ainda, para os mesmos autores, a loucura pode ser compreendida como: (...) *a banalização da vida diária, escondendo uma riqueza insuspeitável e condensada que serve de reservatório à permanência do social. Trata-se, pois, para o ser humano, (do desafio) de viver a adequação por fim realizada entre um lugar formado pela pluralidade (elementos da natureza) e uma socialidade fragmentada.*

Pena⁹⁶ ao falar do Dioniso, refere que: *ele é o deus da transformação e causa estranheza porque ele traz a alteridade, com a qual, na maioria das vezes, é difícil ter qualquer “sentimento de irmanação”, de partilha, de pertencimento, de co-participação para aquele que é essencialmente diferente.*

Reafirmando esta idéia, Arejano e Prandoni⁹⁷ referindo-se ao entendimento da loucura colocam: *esta constitui um meio de fuga do social, de recusa a troca.*

Dentro desta mesma linha de pensamento, ainda os autores⁹⁸ destacam: *Assim, podemos dizer que a loucura ao emergir é um instrumento eficaz e reconhecido na estrutura relacional; é aquilo que nos permite escapar à relação.*

Porém, a este respeito Maffesoli⁹⁹ refere: *é necessário que se possa trocar para existir.*

Acredito que é necessário existir para poder trocar, portanto, o louco ao ser considerado um personagem inútil para o social, tem na sua trajetória histórica a exclusão do meio social (a inexistência), impossibilitando, assim, suas trocas e

⁹⁴ RAMOS, F. R. S. **Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde.** Florianópolis, 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) PEN/UFSC, p. 3.

⁹⁵ AREJANO, C. B.; PRANDONI, R. F. S. Loucura e Complexificação no Quotidiano Familiar, **Ciências da Saúde**, Florianópolis. v. 19, n. 1, p.26-32, jan/jun. 2000.

⁹⁶ PENA, C. **Ser saudável no cotidiano das favelas.** Florianópolis. 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) PEN/UFSC. p.48.

⁹⁷ AREJANO, C.B.;PRANDONI, R.F.S. Loucura e Complexificação no Quotidiano Familiar, **Ciências da Saúde**, Florianópolis. v. 19. n. 1, p. 26-32, jan/jun. 2000

⁹⁸ Idem.

⁹⁹ MAFFESOLI, M. **A Conquista do Presente.** Rio de Janeiro: Rocco, 1984. p. 38.

portanto, a possibilidade de existência plena de direitos e deveres nesse mesmo social. Concordando com Arejano:¹⁰⁰

A partir do século XVIII, pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade. A comunidade de trabalho adquire um poder de rejeitar todas as formas de inutilidade social. O louco passa a ser rejeitado não porque possa advir de um outro lugar ou outro mundo, mas porque se permite atravessar, por conta própria, as fronteiras da ordem burguesa: os poderes sagrados do trabalho.

Nem sempre os elementos da loucura como o despudor e a ociosidade foram rejeitados pelo social. Em séculos passados, o despudor ou mesmo a ociosidade, segundo, Maffesoli,¹⁰¹ *foi, muitas vezes, signo de uma efetiva saúde popular- e que, de maneira concreta, o consenso societal existe quando há possibilidades de comungar socialmente, por ocasião de manifestações sensuais que a moral reprova, mas que fazem parte também da simbólica afetiva comum.* Ainda, para Maffesoli¹⁰² *a perturbação dionisíaca e a inversão exprimem um conflito de valores sempre presente no corpo social - e, ao mesmo tempo, o ritualizam e lhe conferem uma forma aceitável e passável.* Novamente, a festa dionisíaca ou o carnaval acolhe tanto o despudor quando a ociosidade como uma forma aceitável e passível de permanência no social.

Prosseguindo, com essa viagem pela história, encontramos na pré-modernidade, a imagem do louco aceita e sendo representada na figura do “bobo da corte”, concordando com Nichols¹⁰³: personagem privilegiado, o louco, podia misturar-se facilmente a qualquer grupo que estivesse metendo o nariz onde não era chamado ou mexericando e avaliando a situação política. Ainda, o bobo shakespeariano podia representar o alter ego do Rei ou como reforça Kirsh in Nichols,¹⁰⁴ o bobo do rei Lear representa a essência central da psique, a força condutora que Jung denominou o eu.

Entretanto, é preciso olhar isto mais de perto. O bobo da corte geralmente, nas

¹⁰⁰ AREJANO, C. B. Uma visão teórica sobre a centralidade do trabalho nas práticas em saúde mental, **Ciências da Saúde**, Florianópolis. v.21. n. 1, p. 53-60, jan/jun.2002.

¹⁰¹ MAFFESOLI, M. **A Sombra de Dionísio**: contribuição a uma sociologia da orgia. Rio de Janeiro: Graal, 1985, p. 111.

¹⁰² Idem, p. 111.

¹⁰³ NICHOLS, S. **Jung e o tarô**: uma jornada arquetípica. São Paulo: Cultrix, 1997. p. 39.

¹⁰⁴ KIRSH, J. In NICHOLS, S. Idem, p. 40.

gravuras de época, aparece acompanhado de cães. Acredita-se, que tanto o bobo quanto o cão, sempre acompanharam o rei pois, a ele pertenciam. Chama a atenção, também, que, tanto o bobo da corte quanto o Dionísio, perambulasse pelo mundo acompanhados de animais.

Nesta mesma época, o aparecimento das cartas do Tarô traz a figura do louco ou do “bobo” em uma carta não numerada, sendo esta, a carta que circula por todas as outras (perambulando pelo mundo e acompanhados de animais). Assim, para Nichols,¹⁰⁵ O louco é um andarilho, enérgico, oblíquo e imortal. E, portanto, sua função, a nível divinatório, é a de viajar livre por todo o baralho com a função de perturbar a ordem estabelecida, com suas travessuras (ordenação e vertigem). Outra vez, se faz visível, assim, à imagem dionisíaca na representação do louco. O personagem do louco é confundido com o bruxo(a), com o feiticeiro(a) e sofre, como punição, o pior dos castigos, por parte da igreja, “arder na fogueira”.

Parece que na modernidade os personagens do bruxo e o do louco se juntam, como assinala Foucault:¹⁰⁶

(...) admitir-se-á de um modo igualmente fácil que magia, alquimia, práticas de profanação ou ainda certas formas de sexualidade mantêm um parentesco direto com o desatino e a doença mental (...) a época clássica acabava de encontrar ao mesmo tempo uma pátria e um lugar de redenção comuns aos pecados contra a carne e às faltas contra a razão.

Na modernidade, imperam, de acordo com Akoun,¹⁰⁷ quatro nódulos organizacionais sendo eles: capitalismo, industrialismo, a vigilância e o militarismo, sendo estes nódulos aprofundados por Foucault em sua obra Vigiar e Punir. Com o advento do pensamento filosófico de Descartes a “razão” é o eixo que permite o desenvolvimento das ciências e as disciplinas. É a falta da razão, ou melhor, a “desrazão”, que se converte no pecado capital da época e a loucura é pela primeira vez trancafiada. A loucura, então, ao sair do domínio da desrazão para o domínio da

¹⁰⁵ Idem, p. 39.

¹⁰⁶ FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978. p. 84-97.

¹⁰⁷ AKOUN, A Modernité et pós-modernité. **Sociétés**: revue des sciences humaines et sociales. França: Montrouge Cedex, 1995, p. 147-149.

*doença, tem na ciência o status de um novo saber. Ou como assinala Pelbar:*¹⁰⁸ Descartes considerado hoje fundador do moderno racionalismo, decretava a incompatibilidade absoluta entre a loucura e o pensamento. Enquanto a cidade trancafiava os desrrazoados, o pensamento racional trancafiava a desrazão.

*Será o hospício, portanto, a instituição que acolherá o louco e as disciplinas, as que irão buscar dar conta do processo de cura. Confirmando essa idéia, Foucault*¹⁰⁹ *destaca: as disciplinas são técnicas para assegurar a ordenação das multiplicidades humanas.*

Existe uma razão humana para que a loucura seja trancafiada, mas também, uma razão política derivada do Estado como representante maior das normas e dos procedimentos estabelecidos. Para a manutenção da ordem social e pseudo “bem-estar” do povo, o Estado, apresenta-se como uma estrutura coercitiva, que, em relação à loucura, atuará com mecanismos de exclusão que se manterão operantes por mais de dois séculos.

Em contrapartida, o povo que sofre a coerção do Estado inventa múltiplas formas de resistência como, por exemplo, o carnaval. O carnaval é vivenciado como alternativa de prazer societal, permitindo manifestações de alegria, vivência de liberdade, despudor e ociosidade.

Na pós-modernidade o louco começa a recuperar sua liberdade dentro de um contexto de maior compreensão das diferenças humanas, talvez mesmo, expressando as próprias nuances desta contemporaneidade (compreender a diversidade, conviver com as diferenças, aceitar as ambigüidades e contradições). A pós-modernidade desviando da homogeneização da universalidade dos conceitos, dos discursos, das práticas, das expressões artísticas e culturais que pretendem ser unificadoras, reconhece uma diversidade, relatividade, pluralidade dos valores humanos. Esta visão traz uma outra compreensão do louco e da loucura, o que permite olhar a heterogeneidade, a subjetividade e as diferenças como possibilidade de uma outra ordem de inclusão social desse mesmo sujeito.

A loucura, ao ser definida, neste mesmo cotidiano, em tempos pós-modernos,

¹⁰⁸ PELBART, P. P. Manicômio Mental- A Outra face da Clausura In: LANCETTI, A **Saúde loucura** 2. São Paulo: Hucitec, 1992, p. 135.

¹⁰⁹ FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 191

pode ser entendida como um acontecimento no qual o indivíduo experimenta a vida em seus limites e a própria vida como estados alterados/alteráveis. O cotidiano com suas incertezas, confusões e contradições coloca o indivíduo, muitas vezes, em situações limites, ou seja, no estreito limiar entre a razão e a desrazão. Para Badiou:¹¹⁰ *O pensamento deve ser um efeito do sujeito, e não uma suposição relativa ao ser.* Sendo, assim, o conflito parece inevitável, existindo um abismo entre o sujeito, a verdade e o real. A loucura como representação da vida (a vida sendo sacudida por tremores fortes demais); ou, ainda, uma representação do sujeito (o sujeito sentindo rupturas devastadoras e sentimentos que atingem tal intensidade que transbordam toda a forma ou representação).

Nesse sentido, uma outra possibilidade de compreender a loucura é observá-la como acontecimentos que extrapolam as palavras e os códigos disponíveis ou o repertório textual comum (verdade). E sobre a verdade Badiou atesta:¹¹¹

Uma verdade é um subconjunto da situação tal que seus componentes não podem ser totalizados sob um predicado da língua, por mais sofisticado que seja esse predicado. É, pois, um subconjunto indistinto, de tal modo indiferenciado na junção que opera de seus componentes, que nenhum traço comum a esses componentes permite identificá-lo no saber.

Meu propósito ao apresentar está outra imagem da loucura, em suas mais variadas possibilidades e noções é fazer, ao mesmo tempo, um nexos entre loucura e cotidiano e visibilizar a loucura na sua condição humana.

No contato com o louco, tenho observado, os caminhos da loucura e os sentimentos que a acompanham. O sofrimento que leva o indivíduo a sentir-se como num labirinto sem saída, com sentimentos desencontrados, vivendo pesadelos que transitam entre visões de calma a novos pesadelos. Seu corpo se “enche” de fantasias, transformando-o num ser sublime e todo poderoso. O louco sente a vida “dando voltas” com o irrepresentável, com o inominável, com o invisível e com o inaudível. Também, a isso que chamamos de loucura, para uma compreensão mais ampla, deve-se agregar uma carga de sofrimento e dor; sofrimento pela angústia que

¹¹⁰ BADIOU, A **Para uma nova teoria do sujeito**. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1994. p. 61

¹¹¹ Idem, p. 67.

produz um estado limite e dor que corresponde a esse mesmo estado.

O louco, através dos tempos, sempre foi o depositário de todos os “males”, por isso recebeu o impacto do poder da exclusão, da disciplina, da estigmatização. Seus diversos disfarces, “máscaras” lhe permitiram, em alguns momentos, escapar das sanções e, ao mesmo tempo, do dever-ser do higienismo público, através do ritual periódico da manifestação de uma simbólica afetiva comum, momentos de inversão social (carnaval). Para Maffesoli esses momentos:¹¹² *são a mais sólida garantia de um princípio vital dinâmico.*

A integração da razão e da desrazão, o vaivém da ordem e da desordem societal, tudo isto constitui apenas uma idéia onde o louco (Dionísio) pode circular através de uma transcendência imanente assegurando, portanto, a solidez do laço social. Ainda, para Maffesoli,¹¹³ *o movimento reversível que vai do formismo à empatia pode, também, mostrar o deslocamento de importância que está ocorrendo de uma ordem social essencialmente mecanicista para uma estrutura complexa a dominante orgânica. Assistimos à substituição da História linear pelo mito redundante.*

Finalizando, nos últimos duzentos anos, em nossa cultura, adotou-se a concepção do corpo humano tendo como imagem uma máquina passível de ser analisada através de suas partes. A mente e o corpo estão separados, na visão cartesiana, a doença é vista como um mau funcionamento de mecanismos biológicos ou psicológicos e a saúde como ausência de doença.

Essa compreensão vem sendo modificada, à medida que o universo deixa de ser visto como uma máquina e passa a ser considerado como ser vivo, como um todo integrado. Essa noção, traz consigo a visão de inter-relação e inter-dependência de todos os fenômenos de acordo com autores como: Capra, Maffesoli, Morin, entre outros. É, nessa concepção, que precisamos compreender o louco e a loucura, os mitos neles projetados e suas analogias como acontecimentos. Para Morin,¹¹⁴ *a compreensão humana nos chega quando sentimos e concebemos os humanos como sujeitos; ela nos torna abertos a seus sofrimentos e alegrias.*

¹¹² MAFFESOLI, M. **O Tempo das Tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa.** Rio de Janeiro: Forense. 3ed. 2000. p. 155.

¹¹³ Idem, p. 4.

¹¹⁴ MORIN, E. **A Cabeça Bem-Feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000, p. 51.

3.2 As Cidades Invisíveis

Acredito que seja necessário antes de entrar nestas cidades conhecer a fonte de inspiração desta escolha. Existem duas referências que marcam esta denominação: uma, o livro do mesmo nome de Ítalo Calvino¹¹⁵ que nos fala de dois personagens – o Sultão - que nunca saiu de seu palácio e conhece o mundo e suas cidades, a partir das histórias contadas por Alexandre Magno em suas viagens de conquista pelo mundo; e a outra, especificamente, tem relação com a obra de Foucault¹¹⁶ - Vigiar e Punir- que ao retratar a construção dos asilos refere: *uma arquitetura que não é mais feita simplesmente para ser vista (fausto dos palácios), ou para vigiar o espaço exterior (geometria das fortalezas), mas para permitir um controle interior, articulado e detalhado – para tornar visíveis os que nela se encontram; (...) uma arquitetura que seria um operador para a transformação dos indivíduos.*

Levando em conta esse aspecto, esta análise, começa visibilizando as “cidades invisíveis” através das palavras de Hugo Cohen, que para mim são conclusivas e, representam uma concepção radical e, radicais, foram as medidas adotadas em Rio Negro/Argentina com respeito a proposta de desinstitucionalização da loucura.

Al manicómio se lo deja o se lo cierra. No hay medias tintas tales como sistema de puertas abiertas o comunidad terapéutica. Si se lo deja, intentando reformarlo, esa estructura se vuelve a “manicomializar”. Por todo ello, al manicómio se lo deja o se lo destruye. Nosotros optamos por destruirlo. Cohen¹¹⁷

No campo pessoal me somo às palavras “no hay medias tintas”. Há trinta anos atrás e com toda a ilusão de um acadêmico em Psicologia, com múltiplas expectativas a respeito da cura, da ajuda, do cuidado ao sofredor psíquico comecei como estagiário em um hospital, que por mais de cento e cinquenta anos, foi o espaço de “tratamento” da loucura - Colônia Etchepare/Uruguai.

Ainda hoje, sinto o mesmo medo, a mesma vergonha, que naquela época,

¹¹⁵ CALVINO, I. **Cidades invisíveis**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

¹¹⁶ FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 154.

¹¹⁷ COHEN, H. e NATELLA, G. **Trabajar en Salud Mental: La Desmanicomializacion en Rio Negro**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1995. p. 23.

me produziam o manicômio. Medo ao horizonte de finitude dado a loucura posta, portanto, numa ordenação definitiva, não aos sujeitos/sujeitados que aí são trancafiados. Medo de pensar que é possível “curar” dentro dessa lógica assistencial. Vergonha de mim como parte de uma humanidade que por inúmeras razões, na maioria políticas ou econômicas, cria “espaços de tratamento”; de exclusão e estigma, nada diferentes das masmorras da Inquisição ou das prisões dos dias atuais. Vergonha de ver colegas transformados em Torquemada¹¹⁸, e acreditando que a punição faz parte do tratamento. Vergonha do cheiro, do som, do abandono, da indiferença, da desumanidade na relação com o diferente. Vergonha de aceitar um trabalho que não produz sanidade e sim, cronificação.

Em 1993 fui convidado a participar como assessor da Secretaria Municipal da Saúde no Município do Rio Grande/RS por ser membro atuante do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Meu trabalho, naquele momento, consistia em buscar os sofredores psíquicos, oriundos do Município, asilados em hospitais da região e avaliar suas possibilidades de reinserção social assim, como, o resgate de seus laços familiares. Esta atividade fazia parte do processo de desinstitucionalização implementado no Estado do Rio Grande do Sul. Depois de tantos anos, percorri, assim, os espaços de outro manicômio, o Hospital São Pedro, na cidade de Porto Alegre/RS. Apesar do tempo transcorrido, a situação de confinamento, pobreza, preconceito e exclusão estavam contidas naquelas paredes. O desrespeito às diferenças, o cheiro forte, o andar perambulante de seus habitantes invisíveis traduziam os mesmos sentimentos e percepções já conhecidos na minha juventude.

Mais uma vez a impotência, de ver os seres humanos cronificados pela nossa “humanidade”. Alguns, com mais de cinquenta anos de internação, com seus laços afetivo-familiares destruídos pelo tempo e sem possibilidade de resgatar seu convívio social. Hóspedes permanentes das cidades invisíveis que a ciência produziu para separar seus “anormais” da visão de um social “normal” que não aceita seus filhos desviantes. Segundo Patai¹¹⁹: *Onde a ciência explica, o mito tranqüiliza, onde a*

¹¹⁸ TORQUEMADA, T. (1420-1498) Monge espanhol e grande inquisidor, famoso por sua implacável administração da Inquisição. MICROSOFT CORPORATION. **Enciclopédia Microsoft® Encarta® 97** © 1993-1996.

¹¹⁹ PATAI, R. **O Mito e o Homem Moderno**. São Paulo: Cultrix, 1972. p.68.

ciência relata, o mito conforta .

Na história, dois fatos combinados, no século XVIII, dão começo à sistematização da clausura e a criação dos hospícios. Um deles, o nascimento do racionalismo moderno que, com seu fundador Descartes é decretada a incompatibilidade absoluta entre a loucura e o pensamento (entre a razão e a desrazão) e, o outro, o início da revolução industrial que, ao modificar o modo de produção, passa a implementar uma lógica burguesa de retidão moral e trabalho.

No mesmo século, dado o alto número de mendigos, vagabundos, desviantes, ladrões e prostitutas começa-se a colocar nos asilos esta mistura de seres humanos que incomodam a sociedade da época e ao poder constituído. A sociedade encontra como fórmula de controle social criar espaços de confinamento para estas multiplicidades humanas. Esta experiência pode ser traduzida nas palavras de Pelbart¹²⁰ ao referir-se ao manicômio:

Enfim, se eu pudesse sugerir uma reivindicação que não depende do assentimento de uma Constituinte nem da aceitação de uma emenda legal, pois não pode ser atendida por decreto, eu diria, resumindo tudo o que precede numa fórmula lapidar: sim, fim do manicômio, mas igualmente fim do manicômio mental, isto é, um direito a desrazão.

Pela primeira vez, na história do ocidente europeu, tem início o enclausuramento dos desatinados, ao invés, do que ocorria na Renascença, onde estes, circulavam livremente pelas cidades, campos, mares e rios.

Philippe Pinel em 1798 ao libertar os loucos de suas correntes e, colocá-los em um lugar específico – o hospício; alia o poder da clausura ao saber médico, surgindo, assim, a incipiente psiquiatria. No artigo intitulado *Enfermeiro Pussin: Reflexões sobre um Silêncio na História das Idéias Psiquiátricas*¹²¹ encontro um pequeno relato da história de Pinel: Ele nasceu em 1745 em Saint André D' Alyrac, na França, filho de cirurgião. Estudou filosofia e matemática e se formou como médico na Universidade

¹²⁰ PELBART, P.P. Manicômio Mental- A Outra Face da Clausura. In: LANCETTI, A (org). **SaúdeLoucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 137.

¹²¹ MALVAREZ, S; FERRO, R. Enfermero Pussin: Reflexiones sobre un Silencio en la Historia de las Ideas Psiquiátricas. Revista Argentina de Enfermería n. 28. Julio, 1991.

de Montpellier. Dedicou-se a trabalhar na literatura médica, editando a “Gazzete de Santé” e outras publicações sobre higiene e medicina. Em 1793 ingressou como médico das enfermarias na Bicêtre, combinação de cárcere e asilo de alienados (masculino). Depois de dois anos assumiu a direção da Salpêtrière- Hospital de alienadas, ficando nesse cargo até sua morte em 1826. Desde 1794 exerceu o cargo de professor de medicina na Escola de Paris. Neste período de 1794 à 1826 escreveu as seguintes obras: 1798- “Nosografia Filosófica”; 1801- “Tratado Médico filosófico da Alienação Mental ou a Mania”; 1802- “Medicina Clínica”.

A história atribui a Pinel a consideração dos doentes mentais como objeto de análise da medicina, a classificação e tipificação das doenças mentais e a liberação dos loucos de suas correntes, introduzindo o Tratamento Moral como forma de terapêutica. Por tudo isso é denominado “Pai da Psiquiatria”.

Foucault¹²², ao analisar a história da psiquiatria, assinala que poder e saber se transformam em uma unidade. *O Indivíduo é uma produção do poder e do saber*. A afirmação do autor revela que a medicina para a construção de seus saberes e práticas necessita da instituição encarregada de assistir os doentes transformando-se, assim, na detentora legítima de poder sobre a doença, na qual, ao intervir, constrói um novo saber.

O saber, segundo Ornellas,¹²³ *...virá a ser a chave do poder. A experiência e a razão se fundem para permitir ao homem transformar e dominar o mundo*. E o laboratório desse saber, sem dúvida, virá a ser o hospício. Concordando com Foucault¹²⁴ sobre o nascimento do hospício e sua relação com a loucura:

O Nascimento do hospício também não destruiu a especificidade da loucura. Antes de Pinel e Esquirol é que o louco era um subconjunto de uma população mais vasta, uma região de um fenômeno não só mais amplo e inglobante, mas que lhe determina a configuração como desrazão. É o hospício que produz o louco como doente mental, personagem individualizado a partir da instauração de relações disciplinares de poder.

¹²² FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. XIX.

¹²³ ORNELLAS, C. P. **O Paciente Excluído: História e Crítica das Práticas Médicas de Confinamento**. Rio de Janeiro: Revan, 1997. p. 26.

¹²⁴ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. XIX.

Como podemos observar, o discurso médico transforma a loucura em doença mental e o corpo do doente em objeto do saber e espaço da doença. Em síntese, a combinação do racionalismo moderno com a revolução industrial traz como consequência a exclusão do louco para benesse da sociedade e o surgimento da psiquiatria como possibilidade de integrar poder e saber a uma especialidade. Ambos os fatos são construídos no interior de uma rede de poder que tem como função social uma relação pedagógica de hegemonia entre a medicina e a sociedade.

Portanto, numa sociedade onde o que importa são os indivíduos por um lado e o Estado por outro e não mais a comunidade e a vida pública, as relações só podem ser reguladas numa forma inversa ao espetáculo e, portanto, os aparelhos de exclusão, entre eles o hospício, entram em funcionamento.

Segundo Foucault¹²⁵, a necessidade de se criar um espaço de internamento é, antes de qualquer outra coisa, uma necessidade imposta pelas mudanças que se operam na sociedade:

Antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos ou que pelo menos gostamos de supor que tem, o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura. O que o tornou necessário foi um imperativo de trabalho.

Reforçando essa mesma idéia Arejano¹²⁶ refere: Para a moral social a ociosidade precisa de uma punição. A lei não mais condena, pois internam como insanos, os que são pobres, pretos, estrangeiros, ou sem-trabalho. De uma maneira global poderíamos supor que o crescimento do internamento como uma das intervenções da psiquiatria, nesse social, faz parte de uma estratégia de controle social, editada pela moral imperante. Tanto é, que no século XVIII o problema do louco passa a ser um problema de polícia, como descreve Foucault:¹²⁷ Agora, ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de “polícia”, referente a ordem dos indivíduos na cidade.

¹²⁵ FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978. p. 63.

¹²⁶ AREJANO, C.B. Uma visão teórica sobre a centralidade do trabalho nas práticas em saúde mental. **Ciências da Saúde**, Florianópolis, v. 21, n.1, p. 53-60, jan/jun. 2002.

¹²⁷ Idem, p. 63

Todo processo histórico traz em seu bojo alguns aspectos centrais para o desenvolvimento da sociedade em determinado período. Esses processos não surgem subitamente, vão se repetindo, se recortam, se juntam, se apóiam uns sobre os outros até, que, estes passam a esboçar a fachada de um método geral.

Concordando com Foucault¹²⁸, o indivíduo é sem dúvida o átomo fictício de uma representação ideológica da sociedade, mas é também uma realidade fabricada por essa tecnologia específica de poder que se chama disciplina.

No final do século XVII, com o advento da peste, se faz necessário um controle da epidemia através de inúmeros regulamentos que são impostos a sociedade do período. Sendo, a inspeção o principal deles, o confinamento domiciliar é a estratégia utilizada pelo poder para controle dos indivíduos. A peste, portanto, suscitou esquemas disciplinares enquanto a lepra impôs esquemas de exclusão. O leproso era visto dentro de uma prática de rejeição e que traduzia a menor valia dessa massa populacional. Já a peste, ao promover um policiamento tático meticuloso, onde importam as diferenças individuais, realiza recortes finos, separa e divide a população. A primeira é caracterizada pela sua divisão e a segunda pelos seus recortes.

Concordando com Foucault,¹²⁹ o exílio do leproso e a prisão da peste não trazem consigo o mesmo sonho político. Um é o de uma comunidade pura, o outro, o de uma sociedade disciplinar. Duas maneiras de exercer poder sobre os homens, de controlar suas relações, de desmanchar suas perigosas misturas.

O internamento é, assim, uma medida política oriunda do final do século XVII, posterior ao confinamento domiciliar. Para Foucault¹³⁰, a internação é uma criação institucional própria ao século XVII, como medida econômica e precaução social ela tem valor de invenção. A forte definição do autor acima traduz uma manifestação essencial da sociedade que incidirá principalmente sobre o louco. É, portanto, no século XVIII que se concretizarão as práticas de internação com relação a loucura considerando-a como um desatino. Nesta categoria, entram, também, certas formas de pensamento libertino que são comparadas ao delírio e a loucura, magia, práticas de profanação e sexualidade (despudor). O tratamento aplicado aos doentes venéreos é

¹²⁸ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 172.

¹²⁹ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 175.

¹³⁰ FOUCAULT, M. **História da Loucura**, São Paulo: Perspectiva, 1978. p.78

igualmente empregado ao tratamento da loucura no final do século XVIII, exemplo disso as Petites Maisons da rua Sèvres em Paris. Essa idéia é reforçada por Foucault¹³¹, ao definir as terapêuticas aplicadas no decorrer do século seguinte:

O tratamento dos doentes venéreos é desse tipo: trata-se de remédio ao mesmo tempo contra a doença e contra a saúde- em favor do corpo mas a custa da carne. (...) Esse parentesco entre as penas da loucura e a punição da devassidão não é um vestígio de arcaísmo na consciência européia. (...) Ao inventar, na geometria imaginária de sua moral, o espaço do internamento, a época clássica acaba de encontrar ao mesmo tempo uma pátria e um lugar de redenção comuns aos pecados contra a carne e a falta contra a razão.

A rápida difusão dessas experiências tem como função corrigir, não sendo fixado ao doente um prazo de cura, mas, sim, uma possibilidade de arrependimento. O tempo marcado para o internamento é, portanto, um tempo moral. Tempo para que o “castigo” cumpra seu efeito.

Essas modalidades de atenção a serviço da política de Estado vigente, criam as condições necessárias para o surgimento de novas formas de produção, inaugurando a produção industrial. Era preciso confinar os vadios, vagabundos, ociosos, tendo em vista a valoração do trabalho, ideologia pregada pela classe burguesa que necessita implementar o trabalho como colorário de um povo.

Ainda com referência a ideologia empregada pela classe burguesa na relação estabelecida com a moral e o trabalho, Arejano¹³² destaca: *Nasce assim o hospital geral, uma instituição moral encarregada de corrigir uma certa “falha” moral, de castigar o que não é merecedor dos tribunais do homem, mas que pode ser corrigido pela severidade da penitência.*

A ética vigente, muitas vezes mascarada, através da ideologia, é manifesta nas práticas médicas que assumem o poder que lhes é outorgado pelo Estado. A transformação necessária de uma sociedade e o sentido de recuperação de suas forças pode estar atrelada a um sistema produtivo excludente e que imprima seus limites ao criar um padrão desigual para a reprodução da força de trabalho.

¹³¹ Idem, p. 86-87.

¹³² AREJANO, C.B. Uma visão teórica sobre a centralidade do trabalho nas práticas em saúde mental. **Ciências da Saúde**. Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 53-60, jan/jun. 2002.

Reafirmando essa idéia, Machado¹³³ refere: *Se a sociedade por sua desorganização e mau funcionamento, é causa de doença, a medicina deve refletir e atuar sobre seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais visando a neutralizar todo o perigo possível. Nasce o controle das virtualidades; nasce a periculosidade e com ela a prevenção.*

Não discutirei aqui as objeções apontadas a esse modelo, nem aos movimentos sociais que, no passado, não conseguiram estabelecer formas de resistência às instituições que controlam o social, mas cabe redefinir um papel a medicina no interior da sociedade. *Já que é a medicina responsável pela criação de novas tecnologias capazes de controlar indivíduos ou populações tornando-os produtivos e inofensivos.*

Ampliando esse conceito, Machado¹³⁴ coloca que a medicina tem uma intenção social: *a medicina social esteve, desde a sua constituição, ligada ao projeto de transformação do desviante.* O médico, agora, transformado em cientista social, reproduz o hospital em uma máquina de curar e cria segundo, Machado¹³⁵: *O hospício como enclausuramento disciplinar do louco tornado doente mental; inaugura o espaço da clínica condenando formas alternativas de cura; oferece um modelo de transformação à prisão e de formação à escola.*

Na verdade, tanto o esforço de enclausuramento de uma massa populacional pela medicina quanto as estratégias de poder disciplinar manifestas na escola, no quartel, ou mesmo em diversos aparatos institucionais seguem a mesma lógica: propagar as idéias oriundas de uma classe que detêm o poder.

A medicina não é, portanto, uma ciência neutra mas, sim, uma ciência política formulada por especialistas a serviço do aparato estatal. Sem dúvida, se desenvolveram nessas experiências médicas, a partir do grande enclausuramento, inúmeras práticas político-econômicas que deram os seus frutos – o disciplinamento do social.

Ainda, hoje, às práticas de internamento têm, portanto, as mesmas finalidades. A punição generalizada entre os internos segue, sendo, a alternativa de eleição de

¹³³ MACHADO, R et al. **Danação da Norma:** Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 155.

¹³⁴ MACHADO, R et al. **Danação da Norma:** Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 156.

¹³⁵ Idem, p. 155.

“tratamento” ao doente mental.

Para Foucault (1986) a punição tem uma função social complexa e, em relação aos castigos, adota uma tática política. A afirmação do autor revela a precariedade de uma prática médica, perenemente necessitada de legitimação. Esse fenômeno, em nossos dias, recebe variadas classificações. A medicina como ciência se encontra no centro de processos sociais e tem como finalidade à manutenção do controle social, o que é afirmado por Foucault:¹³⁶

(...) em nossas sociedades, os sistemas punitivos devem ser recolocados em uma certa “economia política” do corpo: ainda que não recorram a castigos violentos ou sangrentos, mesmo quando utilizam métodos “suaves” de trancar ou corrigir, é sempre do corpo que se trata- do corpo e de suas forças, da utilidade e da docilidade delas, de sua repartição e de sua submissão.

Vemos na atualidade as mesmas mazelas de outros tempos. Creio que é importante destacar, como exemplo dessas mazelas em nossos dias, os resultados apresentados no Relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos, realizada no Brasil no ano 2000, que traz uma amostra da realidade manicomial brasileira. Esta Caravana ao percorrer, ao longo de 12 dias, o País nos retrata uma situação caótica, anacrônica da atenção a saúde mental. Uma visão daqueles seres humanos que permanecem esquecidos e abandonados atrás dos muros e grades da rede manicomial brasileira. Os integrantes dessa Caravana, como bem o relata o Deputado Marcos Rolin, não poderão esquecer os olhares, as súplicas, os sorrisos, as desrazoadas esperanças, as sínteses surpreendentes. E, talvez, a marca mais clara da instituição manicomial possa ser resumida no depoimento de um paciente ao lhe perguntarem à quanto tempo estava internado: - *Há 600 anos.* Para Rolin:¹³⁷ *Talvez, do ponto de vista daqueles submetidos a um sofrimento infinito, a própria idéia de tempo se confunda com a eternidade.*

¹³⁶ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**, 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 27-28.

¹³⁷ ROLIN, M. **I Caravana Nacional de Direitos Humanos: Uma amostra da realidade manicomial brasileira**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2000, p. 12.

3.3 Bailei na Curva

Balei na Curva é o nome da peça teatral que retrata os anos 60 e o movimento de resistência da juventude brasileira frente ao processo de ditadura militar. Esta expressão, procura dar não só sentido mas significado ao tema a ser desenvolvido neste item.

Sem concepção de tempo,
O papel já terminou
Você vê que nada ficou
Sem poder dormir você pensa em fugir
Mas não há pra onde ir.
Raul Seixas (1977).

No panorama internacional dos anos 70, os países capitalistas desenvolvidos e, em desenvolvimento, se apresentam respondendo de maneira diversa a uma mesma crise econômico-financeira internacional que se origina a partir da ruptura do padrão dólar, a crise do petróleo e a alta dos juros nos países periféricos.

No Brasil, as estratégias de desenvolvimento sofreram uma alteração a partir do veto da burguesia empresarial brasileira à proposta de solução do Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento do Governo Geisel; o que antecipou a crise da dívida externa impedindo ao Estado continuar com o papel tradicional de desenvolvimento econômico. O Brasil apresenta, portanto, profundas desigualdades na distribuição pessoal e regional da renda e da riqueza. O panorama demográfico e epidemiológico, por si só, promove a contínua ampliação do quadro de necessidades sociais a serem satisfeitas. Se o quadro brasileiro, revelado pelos indicadores sociais, sempre foi dramático como resultado da estagnação econômica porque atravessa o País, o regime político autoritário, governo militar, sofre, concomitantemente, em 74, uma decisiva deserção na coalizão aliada em torno do movimento militar de 1964. Neste sentido, a anistia, a reforma partidária de 1979 e, as mudanças eleitorais de 1981, fazem com que surja na arena política um período chamado de transição democrática.

No período que corresponde à ditadura militar no Brasil, curiosamente, teve-se a expansão dos hospitais psiquiátricos privados. De acordo com Arejano: após a

instauração do regime militar em 1964 -período chamado de milagre brasileiro- onde se estende a cobertura psiquiátrica a toda a população e, não só, àquela população de indigentes, passa-se a viver, no País, a chamada “psiquiatria de massa”. É a instauração, propriamente dita da “indústria da loucura”.

Nesta década o doente mental se transforma em mercadoria e sua doença é fonte de lucro, mantendo-se, com isso, um sistema assistencial que tem como única finalidade o lucro e não a recuperação da saúde do sofredor psíquico. Esta idéia é reforçada por Moura Neto¹³⁸ ao afirmar:

Na área da saúde mental a associação da política privatizante com a inexistência da cidadania do doente mental e a conseqüente ação tuteladora do Estado-respalhado em uma legislação preconceituosa e anacrônica - permitiram o florescimento de um vasto sistema de hospitais psiquiátricos particulares que, somando-se às instituições públicas existentes, consolidou um modelo assistencial asilar completamente falido, excludente, discriminatório, perverso e corrupto.

No início dos anos 80 a pressão social faz surgir, então, um movimento de mobilização nacional chamado de “diretas já”. É, neste contexto, que a nova Constituição de 88, representa um primeiro passo ao consagrar um novo regime político e operar profundas transformações. Estas transformações estão ligadas a uma ampla reforma no Setor Público.

Na medida em que se apresentam mudanças na esfera política, ocorrem, também, profundas mudanças na organização do Estado. A total dependência das economias latino-americanas em relação às instituições internacionais (FMI, Banco Mundial, BIRD), contribui, para que os governos latino-americanos adotem, para o enfrentamento das crises econômico-financeiras, estratégias e medidas de caráter recessivo. Estas estratégias de redução dos gastos públicos trazem consigo medidas que afetam aos setores sociais mais frágeis na negociação dos recursos públicos em comparação aos setores mais fortes e resistentes da sociedade.

A Centralização do poder do Estado no período do governo militar é substituída paulatinamente por uma descentralização do poder que responde a uma

¹³⁸ MOURA NETO, F. D. M.de . Bases para uma Reforma Psiquiátrica In: MARSIGLIA, R. G. et al. **Saúde Mental e Cidadania**. São Paulo: Mandacaru, 1990. p. 59.

estratégia de redução dos gastos públicos. A proposta de descentralização opõe-se as expectativas de universalização dos direitos sociais gerados no recente processo de transição democrática.

A discussão da Carta Constitucional, no final dos anos 80, rendeu uma grande complexidade de idéias, estratégias e interesses entre setores conservadores e setores progressistas. As estratégias e alternativas apresentadas para a superação da crise fazem com que os setores progressistas saiam vitoriosos dessas discussões onde são assegurados, pela Constituição de 1988, aspectos como a universalização dos direitos, a equidade na atenção a saúde, o controle social como possibilidade de maior fiscalização das políticas públicas, entre outras.

É, nesse marco, que a descentralização da saúde entendida como parte da estratégia de democratização além, de ser uma formulação técnico-administrativa, assume valores políticos de universalização, de equidade e de controle social que não respondem a uma perspectiva racionalizadora. Esta descentralização, entendida como deslocamento do poder é o eixo da Reforma Sanitária.

Concordando com Teixeira:¹³⁹ *A Reforma Sanitária é um processo político-institucional de transformação da consciência sanitária e das instituições de saúde no sentido de resgatar a cidadania e garantir o direito universal de saúde.*

Os novos modelos de organização do sistema de saúde na América Latina, e, particularmente no Brasil resultaram na formulação das Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 na década de 90.

Fruto da Constituição de 1988 que registra de modo expressivo a existência do direito à saúde como um dos direitos fundamentais da pessoa humana, penetra na consciência dos brasileiros, a concepção de que *a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação*¹⁴⁰. É a consolidação, portanto, de um Sistema Único de Saúde/ SUS.

¹³⁹ TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos Serviços de Saúde Dimensões Analíticas. **Cadernos da Nona**, Brasília: UNB, 1992, p. 34.

¹⁴⁰ BRASIL, ART. 196, Seção II, Da Saúde, Capítulo II, da Seguridade Social, Título VIII, Da Ordem Social. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 7 ed. Porto Alegre: CORAG, 2000. p. 98.

É obrigação do Estado, portanto, a partir da Carta Constitucional garantir aos seus cidadãos, ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde e assegurar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada (hospitais, postos de saúde), e, a execução de ações de saúde, entre elas a vacinação, por exemplo.

A Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 1990 que regulamenta o SUS traz como compreensão da saúde um conceito ampliado de bem estar que está condicionado às questões de alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, educação, meio ambiente, lazer e renda.

A outra Lei, 8.142 de 1990 implementa a participação da comunidade no gerenciamento do SUS. Esta participação ocorre através das Conferências e dos Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde ocorrem a cada quatro anos e tem como objetivo avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para as políticas públicas de saúde. Estas conferências são realizadas com a participação dos diversos setores da sociedade civil organizada. Sua convocação é realizada pelo poder executivo (governo) de cada esfera e acontecem em todos os níveis: municipal, estadual e federal.

Os Conselhos de Saúde diferentemente das Conferências tem um caráter permanente de atuação local na fiscalização das ações de saúde, formulação de estratégias e controle das políticas de saúde. São compostos proporcionalmente por segmentos que representam o governo, os prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários do sistema de saúde.

A implantação e implementação do SUS enfrentaram, no passado e, hoje, ainda, enfrentam, inúmeros obstáculos importantes e sérias resistências às mudanças pretendidas, sobre tudo, daqueles setores que lucram com as doenças da população, ou seja, os serviços médicos privados e os laboratórios farmacêuticos.

Como disse anteriormente, o Brasil possui uma lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080/90. Alguns municípios, também, possuem leis que tratam da saúde e de outros assuntos como educação, organização administrativa e saúde mental. Exemplo disso, o Município do Rio Grande no Rio Grande do Sul onde a finalidade da Lei Orgânica Municipal visa assegurar diversas políticas: educação, organização administrativa e saúde mental. Estas Leis, em vários municípios gaúchos procuraram respaldar as

transformações na assistência em saúde mental, incentivando a criação de serviços alternativos, substitutivos à assistência asilar tradicional dos hospitais psiquiátricos.

É neste contexto que surgiu no final dos anos 80 o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (congresso de Baurú/SP). Este Movimento surge do sentimento de inconformidade com as precárias condições de trabalho e assistência ao sofredor psíquico que tem como “único remédio” a internação nos hospitais psiquiátricos. Como movimento social transformou-se, mais tarde, em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial trazendo como bandeira de luta política, o lema: Por uma Sociedade Sem Manicômios e apresentando de forma inédita a inclusão de usuários dos serviços de saúde mental e familiares nas discussões sobre os rumos da assistência em saúde mental. Neste sentido, acredito como Kinoshita:¹⁴¹ *...que transformar os atores e os modos de intervenção e de reflexão existentes para que as formas de exclusão social, como a internação psiquiátrica, deixem de ser a nossa resposta ao sofrimento psíquico e que, sobre tudo, possibilite a emancipação do doente mental assim como a emancipação de todos nós.*

3.3.1 Quem sabe faz a hora não espera acontecer

Quem sabe faz a hora não espera acontecer é parte da letra da música: “Pra não dizer que não falei de flores”, apresentada no Festival da Canção Brasileira, nos anos 70 e que despertou nas pessoas o desejo de mobilização e resistência ao regime militar, o refrão: *Quem sabe faz a hora não espera acontecer* se alia de modo semelhante à mobilização que vem desenvolvendo o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial é um movimento social, plural, com independência e autonomia e que mantêm para a sua consolidação intercâmbio com outros movimentos sociais. Seu trabalho, a mais de uma década, tem sido legitimado pela sociedade através de seus Encontros, sendo estes, espaços de reflexão e discussão com os diferentes segmentos da sociedade.

¹⁴¹ KINOSHITA, R.T. Uma Experiência Pioneira: A Reforma Psiquiátrica Italiana In: MARSIGLIA, R. G. et al. **Saúde Mental e Cidadania**. São Paulo: Mandacaru, 1990. p.83.

A finalidade desse movimento social na luta por uma sociedade sem exclusão tem centrado sua bandeira sob o lema: “*Por uma Sociedade Sem Manicômios*”. Usuários, trabalhadores de saúde mental e familiares fazem da luta contra a exclusão uma tarefa comum. Essa tarefa possibilitou o norteamento de um conjunto de ações fecundas cujos resultados podemos apreciar hoje, na conquista da legislação de proteção ao sofredor psíquico no Estado do Rio Grande do Sul, sendo este, o primeiro Estado em aprovar uma Lei de proteção- Lei 9.716 e, hoje, a nível nacional a aprovação pelo Congresso Nacional da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001.

Uma das características do Movimento têm sido sua participação e representação nos conselhos municipais e estaduais de saúde, assim como nos fóruns sociais, entidades de categorias, movimentos populares e setores políticos. Os usuários, trabalhadores e familiares tem procurado se organizar e intervir nos processos de elaboração das políticas públicas, na área de saúde mental, sendo estas, algumas das formas de garantir o fortalecimento de sua atividade.

A bandeira ética, identifica o Movimento com a luta contra todas as formas de opressão, uma verdadeira revolução social, um esforço coletivo de respeito ao sofredor psíquico e a todos que padecem com as estratégias e mecanismos de exclusão.

Como Movimento social procura identificar as diferenças, valorizar as mais variadas formas de expressão, não reconhecendo a existência de regras e fórmulas prontas, ou seja, procurando criar novas formas de ação. Este Movimento, não estando preso a regras ou, mesmo, a partidos políticos, pode circular nas mais diferentes camadas sociais e categorias profissionais. Sua posição é a busca constante da qualidade de vida do sofredor psíquico; conservar a preocupação com a saúde coletiva e, ao mesmo tempo combater o sistema de exclusão.

Atualmente, inúmeros cidadãos conquistaram a possibilidade de experimentar as suas crises em um contexto marcado pela dignidade, respeito e cidadania. Os serviços alternativos de atenção à saúde mental são uma realidade em todo o País, embora, ainda estejamos convivendo com o círculo vicioso dos hospícios. O Movimento favorece, através de seus conceitos básicos, a invenção de novas possibilidades de relacionamento do ser humano com a desordem e o imprevisível, com a ordenação e a vertigem. Na perspectiva de elaborar políticas de inclusão, soma-

se, ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, na década de 90, o Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

De acordo com Fagundes:¹⁴² *O Fórum foi o espaço social inventado para a desconstrução, pois todos os seus integrantes são instigados à mudança na direção da construção de sujeitos de direitos e de desejos.*

O reconhecimento do sofredor psíquico como alguém que não é totalmente distinto nem oposto ao resto da sociedade constitui o primeiro passo desse movimento social. Nesta mesma direção, soma-se a visão de que a interação social do sofredor psíquico é o caminho para sua dignificação e, finalmente, a crença ilimitada na capacidade de recuperação do ser humano desde que, este mesmo ser humano possa ser apoiado, respeitado, querido e cuidado. ***Tanto o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial quanto o Fórum Gaúcho de Saúde Mental são os atores sociais de um protesto do homem contra a vida desumana que é impetrada nas instituições totalizadoras.***

Ser radical é tomar as coisas pelas suas raízes. O Movimento ao tentar transformar as condições de atenção à saúde mental, nas quais, o sofredor psíquico, tem sido humilhado, escravizado, abandonado e desprezado, nos últimos 200 anos, realiza um ato radical, na condução imperativa do social à defesa do sofredor enquanto sujeito e cidadão merecedor de respeito chamando o Estado à sua responsabilidade. Sob este aspecto é importante destacar os caminhos que tem percorrido o Movimento ao realizar seus diversos Encontros. O Movimento vem gerando mudanças nas condições de assistência e de cidadania do sofredor e lutando contra legislações inadequadas e pela formulação de políticas públicas que melhorem as condições de tratamento estimulando a criação dos chamados serviços alternativos de atenção integral à saúde mental.

A grande questão do Estado é que a saúde mental através do Movimento passa a entrar, agora, na ordem do dia das pautas e discussões. Há um consenso de que somente o Estado não pode dar conta das reais necessidades de uma população que padece do sofrimento psíquico e que é preciso contar com o envolvimento de setores

¹⁴² FAGUNDES, S. Fórum Gaúcho de Saúde Mental: dirigido às pessoas e suas vidas, não as suas patologias. **Relatório Azul**. Comissão de Direitos Humanos. Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, 1998-1999.

da sociedade civil organizada. A democratização do Estado com o controle da sociedade civil é fundamento do direito à cidadania e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial contribui para esta transformação.

Portanto, apresento, de forma sucinta no quadro abaixo o retrato dos vários Encontros organizados pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial onde são apontadas as diretrizes necessárias a transformação do setor:

- * 1993/setembro I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial
Salvador/Bahia-480 participantes
- * 1995/novembro II Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial
Belo Horizonte/Minas Gerais-1026 participantes
- * 1997/novembro III Encontro Nacional do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
Porto Alegre/Rio Grande do Sul- 988 participantes
- * 1999/setembro IV Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial
Maceió/Alagoas- aproximadamente 1000 participantes.
- * 2001/outubro V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial Miguel Pereira/Rio de Janeiro- aproximadamente 1200 participantes.

Em poucas palavras, seis anos após o histórico Congresso de Baurú/SP que reuniu pela primeira vez os trabalhadores de saúde mental se realizou o I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial na cidade de Salvador/Bahia sob o Lema: *Brasil Sem Manicômios no ano 2000*. Este Encontro teve como propostas de trabalho a sua organização enquanto movimento social, a definição de seus eixos de luta e sua identidade.

Entre as propostas apresentadas destacaram-se: a criação de modelos assistenciais compatíveis com as realidades locais, valorizando-se as questões de ordem cultural e, sobre tudo a criatividade dos trabalhadores envolvidos no Setor; a aceleração do processo de reforma psiquiátrica no País e o investimento, por parte do Movimento, de um modelo antimanicomial, que viesse a permitir a expansão de ações integrais e socializadoras na atenção.

Algumas das recomendações deste Encontro marcam os caminhos iniciais da saúde mental no País, entre elas:

- que as ações integrais de saúde sejam assumidas pelos gestores, já que a invenção da assistência passa também pela conquista da cidadania;
- discutir outras alternativas, além dos CAPS/NAPS, que se baseiem na aplicação dos direitos de cidadania dos usuários;
- incentivar a capacitação profissional, a partir de novos modelos críticos;
- que o movimento através das suas organizações participe dos Conselhos Municipais de Saúde;
- na invenção da assistência deve estar sempre presente uma reflexão radical sobre as questões da assimetria do poder dos técnicos em relação aos usuários.

Após, dois anos, realizou-se o II Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, na capital mineira, sob o eixo *História do Movimento*. Este Encontro compilou a história recente do Movimento através dos marcos históricos que representam sua participação através do País.

Destacam-se os trabalhos na consolidação de sua organização enquanto movimento social e identidade. Aliado a isto, é significativo o eixo temático que trabalha os diversos caminhos da exclusão, entre eles: exclusão na cultura; exclusão no trabalho; exclusão na assistência; exclusão no direito.

Algumas prioridades de ações foram destacadas ao final do Encontro, entre elas:

- a promoção de discussões sobre o tema da exclusão nos serviços substitutivos, de forma a que não reproduzam a estrutura manicomial;
- a busca de formas efetivas de participação dos usuários na sociedade;
- a criação de grupos de estudo e pesquisa para fundamentação teórica do movimento;
- a busca de participação nas instâncias de planejamento das políticas sociais.

Em 1997, o III Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial realizado na cidade de Porto Alegre/RS destaca-se por reunir participantes de outros países e que entendem que a questão da exclusão também é uma discussão que pretende ser ampliada para a América Latina. Intervém neste Encontro representantes do Uruguai, Argentina, Paraguai, Venezuela e Cuba.

Com aproximadamente 1000 participantes, 60% eram familiares e usuários do

serviços. O tema central foi o referencial ético-político do Movimento incluindo-se ainda, legislação, cultura, trabalho, formação e assistência às crianças, adolescentes e adultos.

Entre as reivindicações, destacam-se, como mais importantes:

- a luta pela proibição das formas de tortura e violência pretensamente terapêuticas de acordo com os princípios contidos na Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares;

- o empenho de esforços para que seja exigida uma assistência em consonância com os princípios defendidos pelo Movimento de todos os serviços substitutivos, tanto públicos quanto contratados pelo SUS;

- a busca para desmistificar a cultura da internação como resposta prioritária e única;

- o empenho de esforços para que os municípios gerenciem uma rede de serviços de acordo com os princípios antimanicomiais e que garantam financiamento através de Lei;

- estimular que os serviços substitutivos abram campo para estágios, dada a necessidade e importância da formação dos trabalhadores para sustentar o projeto proposto pela luta antimanicomial;

- a luta pela garantia de que a medicação psicotrópica não seja a única forma de terapêutica.

O IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em setembro de 1999 na cidade de Maceió no Estado de Alagoas, contou com a participação de aproximadamente 1000 pessoas. Entre eles, usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental além de simpatizantes do Movimento. Os temas centrais levados para discussão nos grupos e nas plenárias foram os seguintes: Sujeito, Estado e Cidades: Sentidos em Questão. Foram abordadas questões inerentes ao trabalho dos usuários, tendo como tema central: Cooperativas Sociais: Reconstruindo o Direito ao Trabalho. Posteriormente, os debates centraram-se nos Serviços Residenciais, nas Práticas Assistenciais e seu financiamento, assim como, no redirecionamento dos recursos. Finalmente, foram sistematizadas e aprovadas as propostas para o próximo Encontro a ser realizado no Rio de Janeiro.

O V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, realizado na cidade de Miguel Pereira, no Estado do Rio de Janeiro, em outubro de 2001 contou com a participação de aproximadamente 1200 participantes. Eram eles: usuários, familiares, trabalhadores de saúde mental, população civil organizada e gestores públicos, além de representantes do governo federal.

Os temas desenvolvidos foram, principalmente, centrados em dois eixos: discussão de propostas para a III Conferência Nacional de Saúde Mental a ser realizada em Brasília, no mês de dezembro, do mesmo ano e, avaliação do Movimento a nível nacional. Foi também estimulada a participação dos usuários através de uma feira de produtos das cooperativas de usuários, além de vídeos e apresentações culturais sobre o tema da loucura. Desde as metas propostas no I Encontro em 1993 e a consolidação do processo de reforma psiquiátrica com a aprovação da Lei 10.216 em 2001 pelo Congresso Nacional, o Movimento colocou-se, sempre, como principal articulador para essa conquista da sociedade civil. Aliado a isto, o programa “Volta para Casa” do Governo Federal, instituído pelo Presidente da República, em maio de 2003, dá um redirecionamento na política de saúde mental em conformidade com as diretrizes de desinstitucionalização do Movimento, exigidas nos diversos Encontros.

3.4 É Possível Existir

Pequenos e grandes passos foram dados com o objetivo de alcançar a utopia por uma sociedade sem exclusão. Porém, não adianta banir as grades e destruir as celas fortes. O nosso sonho, talvez nossa utopia, seja a de desconstruir os manicômios mentais. Concordando com as palavras de Pelbart:¹⁴³

Também não basta acolher os loucos nem mesmo relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez, devidamente “esticado” através de uma revolucionária plástica sócio-política, se encarregaria de abolir. Nada disso basta, e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão.

¹⁴³ PELBART, P. P. Manicômio Mental: A Outra Face da Clausura In: LANCETTI, A et al. **SaúdeLoucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1992, p. 134.

A história da exclusão, a história do enclausuramento, a história da punição e da repressão, transcorrida nos últimos duzentos anos, não pode ser mais modificada, só está em nós, não repeti-la. A luta não terminou, temos muitos passos a dar para mudar a realidade assistencial prestada ao sofredor psíquico no Brasil.

Talvez, Carrano, membro histórico do Movimento, com seu livro “Canto dos Malditos” e filme de roteiro nacional: “O Bicho de 7 Cabeças” seja, hoje, o mais fiel divulgador da bandeira do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Ainda fica um desafio pela frente: o de refletirmos e tentarmos compreender, neste século XXI, qual será a função social da loucura?

É muito difícil aventurar uma resposta sendo a pergunta tão complexa. Alguns indícios de sua função já se fazem presentes: a ruptura da condição de “servidores” para a afirmação de trabalhadores de saúde mental; a busca de resgate de cidadania do sofredor através da criação dos direitos dos usuários; a participação de usuários e familiares, no controle social e na implementação das políticas públicas em saúde mental.

A emancipação do trabalhador em saúde mental nos concede, portanto, uma nova história. Na mesma medida em que o trabalhador de saúde mental se emancipa, seu trabalho se humaniza e gera condições propícias para a busca da emancipação do sofredor psíquico. Exemplo, desse primeiro passo, quando da realização do II Congresso dos Trabalhadores de Saúde Mental, é a participação não só dos trabalhadores estatais, mas, também, universitários e trabalhadores não estatais. Neste Congresso, as elaborações coletivas versam sobre: saúde mental e trabalho, saúde mental e movimentos sociais e saúde mental e constituinte.

Poderíamos dizer que o I e II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental são marcos, iniciais para as lutas emancipacionistas dos trabalhadores, das lutas libertárias e de resgate de cidadania do sofredor psíquico. Acredito, a esse respeito, que o resgate de cidadania do sofredor somente será possível a partir do desenvolvimento pleno de sua capacidade de ser o autor-ator de sua própria existência, ou seja, na mesma medida em que o trabalhador de saúde mental conquista a sua emancipação, o próprio sofredor passa a contar com um importante agente (trabalhador) em suas buscas de autonomia e cidadania.

A Constituinte será, no Brasil, um importante avanço para o resgate de cidadania do doente mental. Historicamente, a formação social do Brasil, semelhante à outros países, está articulada à criação de leis e diretamente vinculada à produção dos indivíduos que irão preencher a demanda que constitui o corpo coletivo do trabalho.

Portanto, este coletivo ao deixar o louco de fora, abre, imediatamente, uma brecha entre ele e o trabalhador que se verá refletida na perda de seus direitos como cidadão. Não podemos esquecer que o status de cidadania está ligado aos processos de produção de bens e o status do louco está ligado a anti-produção.

A grandiosidade dos sujeitos trabalhadores de saúde mental é reconhecer que eles fazem parte do processo de formação social. Então, daí deriva a necessidade de mudança, pois, eles (trabalhadores) reconhecem que sua função de produção (trabalho), nas instituições totalizadoras, é produtora de doença.

Nesse aspecto, cabe lembrar Foucault¹⁴⁴ quando refere: *...é o hospício que produz o louco como doente mental, personagem individualizado a partir da instauração de relações disciplinares de poder.* Retomando este pensamento Lancetti¹⁴⁵ coloca: *Produzem-se doentes sob a forma de transformação dos corpos em mercadorias. Produzem-se doentes sob a forma de segregação e degradação das vidas nos asilos.*

Portanto, embora, para nós, trabalhadores de saúde mental, seja um grande desafio, ajudar o sofredor psíquico a encontrar novas formas de se relacionar com a vida, esta tarefa se torna mais difícil quando o sofredor é estigmatizado como louco e privado de seus direitos. Ainda retomando Lancetti¹⁴⁶: *Produzem-se doentes nos Ambulatórios de Saúde Mental e nos Centros de Saúde sob a forma de dependência farmacológica e o descompromisso para com os usuários que vivem viajando de local em local esperando eternamente ser atendidos.*

Na medida em que reconhecemos os nossos erros ancestrais, que possamos transformar nosso cuidado na relação com o sofredor e compreendê-lo em sua singularidade e diferença, mudará nossa representação social da loucura.

¹⁴⁴ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. XIX.

¹⁴⁵ LANCETTI, A. A Modo de Posfácio In: MARSIGLIA, R. et al **Saúde Mental e Cidadania**. 2 ed. São Paulo: Mandacarú, 1990. p. 88.

¹⁴⁶ Idem, p. 88.

Concordando com Basaglia¹⁴⁷ ao referir-se às instituições asilares: *...abrir uma instituição, o manicômio, não é apenas abrir as portas, mas abrir a nossa cabeça em confronto com aqueles que nos procura.*

Conquistamos a Lei Federal 10.216 de proteção ao sofredor psíquico, no ano de 2001, mas não podemos esquecer uma realidade que fere os olhos de nossa humanidade: aqueles milhares de brasileiros enclausurados e punidos por práticas repressivas nos manicômios do País como retrata a I Caravana Nacional dos Direitos Humanos¹⁴⁸ realizada no ano de 2000.

Essa realidade alerta para a importância de sabermos como e porque o manicômio cronifica. Este aspecto é demonstrado nos estudos de Goffmann¹⁴⁹ ao referir-se ao porque desta cronificação: *perda do contato com a realidade externa; ócio forçado; submissão às atitudes autoritárias de médicos e restante do pessoal técnico; perda de amigos e propriedade; sedação medicamentosa; condições do meio ambiente nos pavilhões e enfermarias; perda da perspectiva de vida fora da instituição.*

Por tudo isso, se faz necessário que persista a mobilização social “por uma sociedade sem manicômios”, bandeira do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. E mais, devemos nos articular politicamente frente aos governos, em todos os seus níveis, para a concretização e abertura de novos serviços alternativos. Serviços que desenvolvam, no cuidado, uma abordagem antimanicomial, com trabalhadores capacitados para tais fins e a ética no cuidado estejam centradas no respeito e na solidariedade a esse cidadão-sofredor.

Retomo, ao final deste trabalho, as palavras da Graça Fernandes proclamadas no I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial: **“É possível existir”**.

¹⁴⁷ BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. 2 ed. Rio de Janeiro; Graal, 1991. p. 26.

¹⁴⁸ BRASÍLIA, **I Caravana Nacional de Direitos Humanos: relatório: uma amostra da realidade manicomial brasileira**.- Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2000.

¹⁴⁹ GOFFMANN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974. p. 315.

4 CAMINHOS E TRILHAS: AO ENCONTRO DO DIMENSIONAMENTO METODOLÓGICO

Os trânsitos entre o conhecimento tácito e conhecimento explícito dependerão dos meios e estratégias representacionais adotados.

Feyrabend

Os avanços no estudo sobre a loucura e a saúde mental acompanham a evolução da ciência. Desta maneira, a escolha de um referencial metodológico deve considerar a característica de constante reconstituição de um saber que está a serviço da compreensão do próprio sujeito em sua singularidade, complexidade, historicidade e contexto.

Em consonância com a natureza do problema – **‘a reflexão e implementação de uma abordagem antimanicomial, aderente à nova compreensão do sofredor psíquico como ser complexo e subjetivo em si próprio’** – a opção pela pesquisa qualitativa, apresentou-se como a mais adequada ao estudo proposto. É um novo momento, que vivem o sofredor psíquico e o trabalhador de saúde mental na relação de cuidado que se estabelece no ato terapêutico. São novas idéias que se constroem, numa revolução do pensamento, as quais visam dar respostas às demandas atuais e complexas do cuidado em saúde mental. É preciso desviar o olhar da vontade objetiva do conhecimento positivista e descobrir o que há de subjetivo, de contraditório, de pensamento renovado construído na práxis cotidiana da saúde mental. Portanto, a pesquisa qualitativa vem romper com paradigmas hegemonicamente empregados, bem como romper politicamente com a cientificidade positivista.

Apoiando-me em Almeida e Carvalho¹⁵⁰ existe uma urgência de combater o velho paradigma positivista: *para, em seu lugar, exercitar um estilo de pensamento ecocêntrico e cosmológico que privilegie a síntese, a cooperação e cumplicidade entre homens e coisas, a sabedoria intuitiva, o imaginário, o poético, enfim, o intercâmbio*

¹⁵⁰ ALMEIDA, M. da C.; CARVALHO, E. de A. Apresentação In: **Ensaio de Complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 1997, p. 13.

entre vida e idéias.

Neste intervalo entre o velho e o novo paradigma é preciso que se privilegie o afeto que habita em nós seres humanos, a solidariedade nas nossas relações sociais e a sensibilidade para com as coisas da natureza.

A pesquisa qualitativa para Polit e Hungler (1995) vem ao encontro deste “novo olhar” nas ciências sociais; uma nova postura na relação sujeito-objeto de pesquisa, permitindo resgatar aspectos da realidade social, outrora obscuros, ou reduzidos apenas à operacionalização de variáveis. Este método permite que se trabalhe com o universo de significados, representações, crenças, valores, atitudes, aprofundando um lado não perceptível das relações sociais desvelando, assim, a realidade humana, vivida socialmente.

O ser humano como um ser social por excelência, carrega em sua história, aspectos da cultura, do folclore, de seu contexto econômico-geográfico-político e experiências situacionais únicas e singulares que o diferenciam dos demais e que dão determinado “colorido” na relação que este estabelece com os outros. Para compreender estes aspectos “recheados” de contradições, incertezas e ambigüidades, a escolha pela pesquisa qualitativa se traduz numa maior adequação já, que, a mesma, procura captar as especificidades, as singularidades que inquietam os sujeitos do estudo.

Para Chizzotti:¹⁵¹ A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. E, mais, é através da pesquisa qualitativa que busquei elementos norteadores e auxiliares para responder ao problema de pesquisa; compartilhar espaço com os caminhos da investigação e refletir cientificamente o objeto de estudo. Ao escolher o método qualitativo apresento baseado em Haguette (1992) as seguintes razões:

- a evidência qualitativa supera a simples informação estatística por tratar-se de produção de dados provenientes da historicidade e subjetividade do ser humano.

- os métodos qualitativos possibilitam uma compreensão maior permitem

¹⁵¹ CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**, São Paulo: Cortez, 1991, p. 79.

um olhar renovado ao estudo do sofrimento psíquico.

- se evidenciam como indicadores do funcionamento complexo do sofrimento psíquico, sua estrutura histórica e sua organização através dos tempos, aspectos difíceis a uma observação direta.

4.1 Campo e Sujeitos da Pesquisa

Este estudo consistiu na busca da compreensão do significado dos discursos das pessoas envolvidas no cuidado em saúde mental (sofredor psíquico, familiares e profissional da saúde mental), ou seja, buscou-se compreender como as pessoas constroem a experiência do sofrimento psíquico e o cuidado no paradigma da Saúde Mental. Fez-se necessário, portanto, analisar o que elas dizem, fazem e pensam a respeito da vivência (sofrimento) e do cuidado, procurando, então, extrair o significado da própria experiência.

A busca do significado, ao reescrever o discurso das pessoas envolvidas no processo de cuidado, permite a compreensão da experiência que se tem na situação de cuidador, e, também, saber a percepção do sofredor no ato de ser cuidado. Aliado a este conhecimento, busquei, também analisar o contraponto entre o discurso e a prática do profissional da Saúde Mental. Desse modo, o discurso das pessoas sobre sua própria experiência, cria significados. Estes significados têm um caráter pessoal e relacional com a construção da historicidade no processo cuidador-cuidado.

Na pesquisa qualitativa, o campo segundo Minayo¹⁵² *é o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação. Ainda, para a autora a exploração do campo contempla as seguintes atividades: a escolha do espaço da pesquisa, a escolha do grupo de pesquisa, o estabelecimento dos critérios de amostragem e o estabelecimento de*

¹⁵² MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000. p. 101-105.

estratégias de entrada no campo. Concordando com esta idéia Trentini e Paim¹⁵³ colocam que: a escolha do espaço físico da pesquisa depende do enfoque da pesquisa e pode consistir em mais de uma área geográfica.

No estudo proposto, a amostra foi constituída pelos sujeitos envolvidos no problema e principalmente por aqueles que têm maiores condições de contribuir com informações que nos possibilitaram enriquecer ao máximo as dimensões do problema de pesquisa. Os sujeitos da pesquisa não foram considerados meros informantes, mas sujeitos ativos que contribuíram com conteúdos significantes na busca do conhecimento sobre o cuidado em Saúde Mental.

O total de sujeitos envolvidos na pesquisa foi de 13 pessoas. Um grupo denominado *grupo dos sofredores psíquicos e familiares* e outro denominado *trabalhadores de saúde mental*. O GRUPO denominado de sofredores psíquicos e familiares foi composto por três usuários dos serviços de atenção à saúde mental e seus familiares. Todos participam do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e/ou dos serviços de atenção à Saúde Mental. A escolha dos usuários e familiares, como parte da amostra, destinou-se a soma de diferentes informações, entre elas: as experiências, pensamentos e sentimentos daqueles que vivem e percebem o cuidado nos serviços alternativos de atenção à saúde mental no processo de Reforma Psiquiátrica. Cabe destacar que uma das entrevistas não foi aproveitada para a análise dos dados, tendo em vista, a não aderência manifesta entre o que foi perguntado e o respondido pelo entrevistado.

O GRUPO, denominado de profissionais da Saúde Mental foi composto por 10 trabalhadores de Saúde Mental que participam do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e/ou do cuidado nos serviços alternativos de atenção à Saúde Mental e/ou da formulação de diretrizes nas políticas de saúde mental. A escolha dessas pessoas como parte do universo a ser pesquisado visou obter uma amostragem expressiva de informações, pois procurou integrar o conhecimento de quem recebe e percebe o cuidado com aqueles que o ofertam e/ou gerenciam o cuidado. Cabe destacar que o critério central da escolha dos sujeitos visou retratar a compreensão da

¹⁵³ TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem: Uma Modalidade Convergente-Assistencial**. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 1999. p. 80.

loucura; a realidade do cuidado nos serviços de atenção à Saúde Mental e o conhecimento de trabalhadores, usuários e familiares sobre as Políticas Públicas em Saúde Mental. Neste sentido a escolha dos sujeitos se deu de forma intencional e, portanto, o campo da pesquisa não se limitou a um espaço geográfico pré-determinado. As entrevistas foram realizadas em vários pontos do País: Porto Alegre, Rio Grande, Pelotas (RS); Brusque (SC); São Paulo (SP) e Brasília (DF). Como pesquisador, procurei ir ao encontro das pessoas que pudessem contribuir com os objetivos da pesquisa. Assim, foram percorridos vários quilômetros que me aproximaram tanto dos familiares e usuários, bem como, dos trabalhadores de saúde mental que participam das transformações desencadeadas pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no campo da saúde mental.

4.2 Instrumentos de Produção de Dados

Ao utilizar o campo dos discursos em sua relatividade, reescrevendo as histórias das experiências e vivências, tanto dos profissionais da saúde como dos sofredores psíquicos, no ato de cuidar concordo com as colocações de Prigogine¹⁵⁴ quando refere:

Quanto mais exploramos o universo, mais ficamos impressionados com o elemento narrático que encontramos como essencial na descrição da natureza, não ligado a possibilidade de atingir a certeza e sim a instabilidade, a irreversibilidade de descrição fundamentalmente atemporal. Assistimos a uma nova face na descrição do conceito de natureza pelo aspecto temporal evolutivo que vincula o homem com o universo inventivo e criador, conscientes da complexidade inerente ao Universo como prelúdio de uma nova forma de racionalidade, que não consegue inscrever o elemento narrativo nas leis da natureza, deterministas da ciência clássica.

Na produção de dados, utilizei como instrumento a entrevista semi-estruturada ou guiada utilizando a expressão de Richardson:¹⁵⁵ (...) *o pesquisador conhece previamente os aspectos que deseja pesquisar e, com base neles, formula alguns*

¹⁵⁴ PRIGOGINE, I. apud ERDMANN, R. **Organização de Sistemas de Produção**, Florianópolis: Insular, 1998, p. 118.

¹⁵⁵ RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social Métodos e Técnicas**, 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999, p. 212.

pontos a tratar na entrevista. As perguntas dependem do entrevistador e o entrevistado tem a liberdade de expressar-se como ele quiser, guiado pelo entrevistador.

A opção pela entrevista como instrumento de pesquisa visou obter àqueles aspectos considerados mais relevantes para o estudo. Por meio da entrevista almejei obter informações detalhadas que pudessem ser utilizadas em uma análise qualitativa. Saber como e porque determinada ação é realizada traduz-se num conjunto mais amplo de dados que apenas o conhecimento da intensidade de sua ocorrência, por exemplo, como no caso da pesquisa quantitativa. Aliado a isto, o grau de liberdade e o nível de aprofundamento da técnica asseguraram que a produção de dados fosse significativa para a análise dos resultados. Em outras palavras, o pesquisador (entrevistador) ao formular as perguntas que respondam ao problema do estudo favorece no sujeito (entrevistado) um processo de reflexão sobre o tema e propicia o desenvolvimento de opiniões e informações importantes para o estudo. A entrevista guiada permitiu que os sujeitos da pesquisa (entrevistados) estruturassem os tópicos da questão apresentada pelo pesquisador.

A história, produzida na entrevista retrata a vivência do entrevistado, a sua experiência. Traz, também, à luz um saber, um perceber, um interpretar sobre o cotidiano do cuidado em saúde mental, necessário à reflexão de uma abordagem antimanicomial que promova a humanização da loucura.

Concordando, com Guerreiro:¹⁵⁶ *Ao contar um acontecimento, a pessoa tem compromisso com a expressão simbólica do mundo e de como ele funciona. Cabe salientar que alguém que narra uma história, uma experiência, narra sua própria história, sua experiência, envolvendo, nesse ato, um ouvinte e adequando sua fala ao ouvido que a está escutando, portanto, as histórias implicam atos de relação e aproximação entre: a pessoa que conta à história e seu ouvinte (pesquisador).*

Na entrevista guiada, como refere Richardson¹⁵⁷ o entrevistador (...) faz uma seleção, definitiva, e formula os temas que serão tratados; *com uma formulação simples e direta que permita uma comunicação melhor com o entrevistado.*

¹⁵⁶ GUERREIRO, D. TESE. **Narrativas do Viver com Diabetes Mellitus: experiências pessoais e culturais**, Florianópolis, 2000, p. 51.

¹⁵⁷ Idem, p. 212.

Ao utilizar este tipo de instrumento pretendi como objetivo, ainda de acordo com Richardson (1999), obter informações do entrevistado, seja daquele fato que ele conhece, seja de seu comportamento, assim como de sua opinião e também a possibilidade de explorar suas atividades e motivações.

A técnica da entrevista guiada tem como princípio evitar as perguntas que dirijam a resposta do entrevistado e, sim, induzir ao entrevistado a realizar um processo de reflexão sobre um determinado tema, o que permitirá, ao menos, uma ampla margem de liberdade para aprofundar no tema escolhido.

Minha função de entrevistador simplesmente se limitou a guiar o entrevistado no tema proposto, desenvolver e aprofundar aqueles pontos que foram colocados espontaneamente pelo entrevistado. Por último, tomei em conta o conceito de Alberti:¹⁵⁸ *Além de a entrevista constituir-se num todo, é sempre única, não havendo possibilidade de se repetir em outras circunstâncias.* O que condiciona o entrevistador a planejar e conhecer em profundidade o tema a ser investigado.

Sendo assim, explicitou-se, aos sujeitos da pesquisa, o objetivo e as estratégias que seriam utilizadas, assim como a sua intencionalidade. Os aspectos éticos foram salvaguardados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com a Resolução 196/96, que trata de pesquisa que envolve seres humanos. Foi fornecido um termo para cada participante do trabalho, que assinou, depois de esclarecido a respeito do estudo. Da mesma forma, foi garantido o anonimato dos entrevistados e o sigilo das respostas¹⁵⁹.

A temática que norteou a entrevista esteve centrada no entendimento do entrevistado sobre: a compreensão da loucura, o conhecimento sobre as Políticas Públicas em Saúde Mental e o cuidado em Saúde Mental. Neste ponto, cabe destacar o desafio para mim, enquanto pesquisador, ao utilizar a entrevista como procedimento básico da pesquisa de campo. No caso particular, percebi a entrevista como conversação e, um instrumento rico de interação humana. Ao fazer perguntas e escutar

¹⁵⁸ ALBERTI, V. **História Oral: a experiência do CPDOC.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 1990, p. 73.

¹⁵⁹ Para que tal ocorresse utilizei nomes fictícios para cada entrevistado, provenientes da obra de Arthur Bispo do Rosário intitulada: *Bordados de uma Existência*. Os nomes fictícios foram: Almas da Mãe; Corpo/Alma; Garganta Grita; Sobrancelhas; Avista Olhos; Espira a Respiração; Hematomas; Espinha Dorsal; No Peito Traz; Potência; Estatura Mediana; Angina do Peito e Clavicular.

o outro, pretendi captar as várias nuances da compreensão do louco e da loucura; do relacionamento entre o sofredor psíquico e o profissional da Saúde Mental e mais, refletir sobre um conhecimento histórico-político ativo na construção de uma “sociedade sem exclusão”.

No campo do discurso, a construção/desconstrução/construção do discurso/objeto foi permanentemente colocado em questão e a pesquisa levou em consideração essa dinâmica, cabendo, portanto constante revisão. Sobre esse tema Demo¹⁶⁰ refere: *Não existe apenas a dinâmica linear, que vai de ponto a ponto em linha reta, ou a dinâmica circular, que gira em torno de ponto de modo uniforme, mas sobretudo a complexa e não linear, que, mesmo manifestando regularidades, é dinâmica por causa das irregularidades.*

Acredito que a entrevista produziu uma fala livre por parte dos entrevistados, rica em detalhes e pormenores. A informação cumulativa permitiu a ordenação das entrevistas subseqüentes e a flexibilização na retomada de determinado assunto de interesse para o estudo.

Foram vários os cuidados tomados ao fazer a aproximação com as pessoas da amostra. Essa aproximação foi facilitada pelo conhecimento que os entrevistados detêm sobre o assunto abordado, mas penso que foi fundamental o conhecimento pessoal sobre o tema a ser pesquisado. Soma-se a estes dois aspectos a relação de respeito efetivo que estabeleci com as pessoas e às suas manifestações no decorrer da entrevista, bem como o compromisso de assumir, junto aos sujeitos da pesquisa, a socialização do conhecimento obtido.

Para a produção de dados, o instrumento adotado consistiu em um roteiro de entrevistas semi-estruturadas ou guiadas gravadas em fita cassete. As entrevistas tiveram, em média, a duração de 45 minutos sendo realizadas individualmente, havendo como destaque uma interação de proximidade no decorrer da entrevista.

O recurso da gravação é analisado por Ludke & André (1986) que referem vantagens e desvantagens na utilização do registro em fita cassete. Entre elas temos como vantagens: registro imediato de todas as expressões verbais; liberdade para o entrevistador prestar mais atenção ao entrevistado e como desvantagens: a

¹⁶⁰ DEMO, P. **Metodologia de Conhecimento Científico**. São Paulo: Cortez, 1990. p. 14.

impossibilidade de registro das expressões faciais, dos gestos e mudanças de postura; o constrangimento pela presença de um aparelho que pode lhe ser pouco familiar e ainda dificuldades na transcrição do material gravado. Concordando com os autores¹⁶¹: *é indispensável que o entrevistador disponha de tempo, logo depois de finda a entrevista, para preencher os claros deixados nas anotações, enquanto a memória ainda está quente. Se deixar passar muito tempo, certamente será traído por ela, perdendo aspectos importantes da entrevista que lhe custou tempo.*

As entrevistas tiveram um aspecto formal quanto ao seu agendamento *a priori*, pois, foram, previamente marcados dia e hora, bem como, os locais combinados para a realização destas com os sujeitos da pesquisa. Segundo Richardson:¹⁶² *A entrevista é uma técnica que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre pessoas.* Esta definição complementa-se com o conceito de Trentini e Paim¹⁶³ que referem: *A entrevista constitui condição social de interação humana, sem a qual não haverá ambiente favorável para produzir informações fidedignas.*

Podemos ampliar esses conceitos, colocando que, através da entrevista, produziu-se uma interação pela qual pude conhecer os conteúdos do pensamento e da experiência do entrevistado. Para que isto acontecesse foi preciso um amplo conhecimento do tema e, também, certa habilidade e intimidade na utilização desse instrumento. Isto permitiu que, no desenvolvimento da entrevista, houvesse uma interação com os entrevistados, o que trouxe, como resultado, a obtenção de uma informação fidedigna e valiosa. Aliado a isto, uma outra característica pessoal importante, foi à receptividade/espontaneidade no ato de interlocução produzindo sentimentos de descontração e des-inibição por parte dos entrevistados. Acredito que quando se consegue alcançar empatia entre o entrevistado e o entrevistador, ver-se-á beneficiada a reflexão e o momento relacional da entrevista transformar-se-á em um ato de cumplicidade que favorece a problematização e a reconstrução do passado (experiência), enriquecendo, assim os conteúdos das informações colhidas.

¹⁶¹ LUDKE, M. & ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em Educação: Abordagem Qualitativa**. São Paulo: E.P.U. 1986. p. 37.

¹⁶² RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social Métodos e Técnicas**, 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999, p. 207.

¹⁶³ TRENTINI, M. e PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem uma modalidade Convergente Assistencial**, Florianópolis: UFSC, 1999, p. 84.

Para que isso seja possível, Guerreiro¹⁶⁴ afirma que: *O pesquisador tenha a habilidade de “ouvir” a pessoa que está sendo entrevistada e por ela ser igualmente ouvido, estabelecendo o diálogo sem a preocupação de estar “contaminando” a entrevista com elementos de seu próprio discurso, mas favorecendo a interlocução superior em qualidade e abrindo a possibilidade de interação mais verdadeira.*

O cronograma das entrevistas ateve-se ao período compreendido entre os meses de fevereiro e outubro de 2003 para a conclusão desta etapa.

4.3 Análise de Dados: A nova pertinência de sentidos impertinentes

A análise dos dados obtidos nas entrevistas está centrada na Arqueologia do Saber de Michel Foucault ou Analítica Interpretativa como é, também, definida por Rabinow e Dreyfus¹⁶⁵: *inicialmente um diagnóstico do que consideramos nossa insatisfação comum.* Em suma a noção apresentada pelos autores ressalta que: *Foucault procede a um ato interpretativo que enfoca e articula, dentre todos os perigos e insatisfações que encontramos em nossa sociedade, àqueles que podem ser compreendidos como paradigmáticos.*

Cabe destacar que não se trata de uma interpretação psicanalítica, na medida em que não busca o que está oculto no discurso, recusa-se a ser alegórica e não pretendo fazer uma história diferente daquilo que os sujeitos da pesquisa disseram. Para Foucault¹⁶⁶, *não há nada além e nada diferente de uma reescrita: isto é, na forma mantida da exterioridade, uma transformação regulada do que já foi escrito.* Este processo de análise caracterizou-se pela complexidade, tanto da transcrição fidedigna do material recolhido, como de sua categorização e posterior reescrita, ou seja, a descrição sistemática de um discurso-objeto. Neste trabalho, a analítica acompanhou o momento de produção dos dados.

¹⁶⁴ GUERREIRO, D. **TESE**, Narrativas do Viver com Diabetes Mellitus experiências pessoais e culturais, Florianópolis, 2000 p. 63.

¹⁶⁵ RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault Uma trajetória Filosófica**: Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 279.

¹⁶⁶ FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. P. 160.

Por entender que o cuidado em Saúde Mental corresponde a um novo paradigma, isto é, que está alicerçado em conjuntos de conceitos e proposições num encadeamento lógico e, ao perceber esse mesmo cuidado, como uma construção significativa e intencional, que transforma atos e relações na sociedade, é que o estudo e a análise de seus eventos e padrões vieram a motivar meu interesse. A escolha do método arqueológico ou analítica interpretativa me permitiu buscar outras realidades, outros significados através das mensagens, emitidas pelos entrevistados (discurso-objeto), isto é, estabelecer conexões, correspondência entre as estruturas de significados produzidos nas entrevistas e definir os discursos enquanto práticas que obedecem as regras.

Neste contexto, a analítica interpretativa não pretendeu ser uma invenção subjetiva ou uma descrição objetiva, mas sim, concordando com Rabinow e Dreyfus¹⁶⁷ *um ato de imaginação, análise e engajamento*. Os saberes, deduzidos nesta analítica, são de natureza diversa, portanto se faz necessário por em evidência à finalidade de tal análise. Tendo como intenção, a inferência de conhecimentos relativos às condições para uma outra proposta de abordagem de cuidado com o sofredor psíquico, pretendi, através de indicadores qualitativos, trabalhar com aqueles vestígios (significados/significações) que podem descobrir ou colocar em evidência dados pertinentes à questão da pesquisa.

Apoiando-me em Foucault¹⁶⁸, *a arqueologia não tenta repetir o que foi dito, reencontrando-o em sua própria identidade (...) não é o retorno ao próprio segredo da origem; é a descrição sistemática de um discurso-objeto*.

Ao término das entrevistas, fiz uma leitura exaustiva de seus conteúdos, destacando as regularidades próprias dos discursos. Posteriormente, foi realizada uma apresentação específica dos enunciados por temáticas semelhantes demonstrando que no interior de uma mesma prática discursiva, existem diferenciações, contradições, opiniões opostas e conexões em seqüências diversas. Esta particularização e refinamento dos dados contribuíram para o diagnóstico, ou seja, a fundamentação

¹⁶⁷ RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault Uma trajetória Filosófica**: Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 279.

¹⁶⁸ FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. P. 160.

explícita e rigorosa do que pretendo como uma analítica interpretativa dos resultados, demonstrando, portanto, as transformações que se operam na prática e suas articulações como gerativas de uma análise conexa.

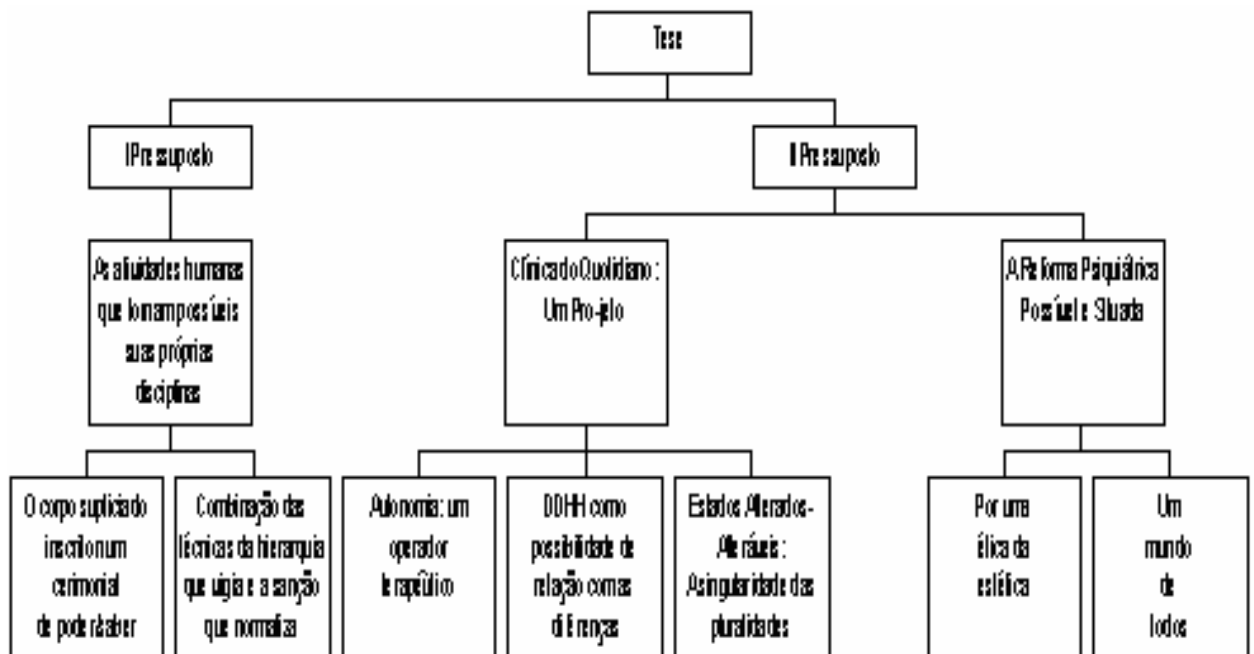
A partir das regularidades enunciativas realizei a derivação de três grandes temas, ou seja, dos enunciados de análise. Como enunciados de análise me refiro àqueles pontos centrais que emergiram dos discursos dos sujeitos da pesquisa os quais denominei de: **1) As atividades humanas que tornam possíveis suas próprias disciplinas:** a) o corpo supliciado inscrito num cerimonial de poder/saber; b) combinação das técnicas da hierarquia que vigia e a sanção que normaliza; **2) Clínica do Quotidiano: um pro-jeto:** a) Autonomia: um operador terapêutico; b) Direitos humanos como possibilidade de relação com as diferenças; c) Estados alterados-alteráveis: a singularidade das pluralidades. **3) A Reforma Psiquiátrica Possível e Situada:** a) Por uma ética da estética; b) Um mundo de todos.

Ao dirigir minha atenção para a área do cuidado em Saúde Mental, visei refletir e posteriormente reescrever, sob a luz da analítica interpretativa, que nas ciências do ser humano são chamados de método compreensivo-interpretativo, as práticas de cuidado promovidas pelas articulações sócio-políticas do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e consolidadas pela Lei 10. 216, de 6 de abril 2001 de proteção ao sofredor psíquico.

De nenhuma maneira pretendi fazer uma hermenêutica sobre os conteúdos das entrevistas, ou seja, trabalhar aqueles significados profundos, escondidos do sujeito já, que, entendo não existir, na Saúde Mental, uma verdade única, mas inúmeras práticas de cuidado que dependem mais da imaginação, da criatividade e da ética do trabalhador de saúde mental e, não só do trabalhador, mas práticas que se criam e (re)criam na dinâmica terapêutica, num intercâmbio de conhecimentos promovido e produzidos na relação cuidador-cuidado. Desta forma pretendi como Foucault apud Rabinow e Dreyfus (1995) apartar-me do perigo de continuar preso a mim mesmo e ao complexo poder/saber.

A presente elaboração só foi possível após a exaustiva leitura dos dados coletados e da criação do “dispositivo” apresentado no diagrama abaixo. Esta disposição permitiu o manejo e a ordenação dos dados e a realização de um princípio

classificatório revelador. O “dispositivo” vem a ser um mapeamento dos enunciados que emergiram na análise dos dados. Esse novo universo surge a partir de unidades de registros, ou seja, a associação que se faz entre os diversos saberes (competências) dos sujeitos entrevistados (universo da pesquisa), e um acontecimento (entrevista) para que eles viessem a ser reconhecidos como tal. Esses saberes podem ser chamados de “*saberes que fornecem sentido a Tese*”.



Essa análise, portanto, procura desconstruir e reconstruir (reescrever) o objeto sobre o qual se debruça; refletir as questões (pressupostos) que foram levantados; dar a palavra àqueles que se envolveram nas situações e práticas interrogadas e conceituar e teorizar a partir de um duplo movimento de imersão: no **objeto** e no **referencial** teórico-metodológico.

5 O QUE APARECE, JUSTAPÕEM-SE E SITUA-SE

Crer, ouvir, analisar, refletir, teorizar: foi esse o movimento que realizei no decorrer da pesquisa sobre uma abordagem antimanicomial aderente a nova compreensão do sofredor psíquico como sujeito complexo e subjetivo em si próprio.

Então, para que estudar as relações de poder disciplinar se o que nos interessa diretamente é a reflexão de uma outra possibilidade para a condução à humanização da loucura? Qual a fronteira entre a humanização e a des-humanização da atenção em saúde mental? Acredito que, se por um lado, o desumano é imediatamente reconhecido, a humanização da atenção em saúde mental é de difícil definição e conceituação. Em contrapartida, o estudo das relações disciplinares de poder, sua presença e manutenção, após as transformações operadas no setor de saúde mental (abertura de serviços que privilegiam a inserção do sofredor psíquico como sujeito de direitos/deveres, inserido na vida comunitária), são contributivas a manutenção da objetivação do sujeito, ou seja, expressam, portanto, a ambigüidade, as contradições e lutas entre interesses divergentes.

Em outras palavras, para responder a Tese proponho um esquema em que se trabalhem as questões relativas **‘as atividades humanas que tornam possíveis suas próprias disciplinas’**, ou seja, as relações de poder disciplinar como ponto nevrálgico do exercício da atividade de cuidado; **‘a clínica do cotidiano: um pro-jeto’** como pedra angular do processo de transformação da atenção em saúde mental e a **‘Reforma Psiquiátrica possível e situada’**, através de seus agentes de mudança, como fonte e efeito para a implementação das ações em saúde mental.

5.1 As Atividades Humanas que tornam possível suas próprias disciplinas

Ao introduzir o tema cabe destacar que, como Foucault¹⁶⁹, proponho o estudo político das relações disciplinares de poder (corpo político) como um conjunto de dispositivos e técnicas, elementos materiais que servem de armas, de reforço, de vias de comunicação e de pontos de apoio para as relações de poder e de saber que investem os corpos humanos e os submetem fazendo deles objeto do saber e de poder.

O enunciado de análise: as atividades humanas que tornam possível suas próprias disciplinas pretende, apresentar um diagnóstico da situação atual das relações disciplinares de poder no discurso-objeto dos sujeitos da pesquisa traçando uma linha de autocompreensão que nos permita perceber o cuidado em saúde mental como uma construção significativa e intencional, que transforma atos e relações na sociedade. A particularidade da saúde mental no Brasil está centrada no fato de que esta surge como um acontecimento, portanto, um enunciado e que carece de definições estruturais e objetivos que contemplem e retratem o cuidado do sofredor psíquico.

Neste ato de imaginação, análise e engajamento como refere Rabinow e Dreyfus (1995) os saberes, deduzidos nesta analítica permite estabelecer conexões, correspondência entre as estruturas de significados produzidos nas entrevistas e definir o discurso-objeto enquanto prática que obedece as regras.

Para a fundamentação explícita e rigorosa do que pretendo como uma analítica interpretativa dos resultados apresento a seguir o estabelecimento de regras de formação enunciativas geradoras de uma análise conexa.

a)Objetivação: o corpo supliciado inscrito num cerimonial de poder/saber

Na esfera política, no dia-a-dia da reorganização do setor de saúde mental é necessário considerar a subjetivação do sofredor psíquico como um imperativo. Para Foucault¹⁷⁰ o homem de que nos falamos e que nos convidamos a liberar já é em si mesmo o efeito de uma sujeição bem mais profunda que ele. É preciso admitir que o poder produza um campo de saber e que este campo tem implicações históricas fundamentais desde o sujeito que conhece os objetos a serem conhecidos e as modalidades de

¹⁶⁹ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 30.

¹⁷⁰ Idem. p. 31.

conhecimento. Ainda, para Foucault¹⁷¹, ao referir-se a existência da alma como realidade produzida permanentemente no interior do corpo por aparatos punitivos: Esta alma real e incorpórea não é absolutamente substância; é o elemento onde se articulam os efeitos de um certo tipo de poder e a referência de um saber, a engrenagem pela qual as relações de poder dão lugar a um saber possível, e o saber reconduz e reforça os efeitos do poder.

A objetivação do sofredor psíquico é parte de um programa, de uma anatomia política de um saber. Concordando com Garcia¹⁷²: A ética deve avaliar o que pode um sujeito e o que desse poder ele é capaz de querer. Necessário se faz não ceder, em nome da impotência da vontade, sobre a possibilidade do possível. O inimigo da Clínica do Social seria a idéia do pobre homem, de vítima a ser mantida sob proteção do sistema.

...O diagnóstico ao meu ver afasta. Se eu diagnosticar uma pessoa que tem um transtorno obsessivo-compulsivo no momento que eu estou dizendo tu tens parece que internamente estamos dizendo: Eu sou o profissional que entende disso, capaz de enxergar isso em ti. Eu já tenho, então, dois motivos para o distanciamento. O primeiro motivo é o diagnóstico e depois (segundo motivo) é a minha condição profissional de superioridade de enxergar aquilo que ninguém vê ou o que ninguém pode contradizer com o peso e o respaldo de uma ciência. Eu vejo que nos serviços pautados pela reforma psiquiátrica, não existe essa preocupação com o diagnóstico e observo muito mais preocupação com as possibilidades terapêuticas mas com certeza isso acontece porque, até a (re)estruturação dos serviços, a gente precisa de diagnóstico. (Estatura Mediana).

...tem um campo duro do conhecimento que tem claro isso: quem tem uma doença mental já é determinado, é, também, o determinismo que diz: - ela vai ter tal comportamento toda a sua vida e acabou. Investir em esquizofrênico? Já está completamente fora de propósito, como eles dizem? – (O paciente) já está com atitudes negativas. E essas, atitudes são o próprio sintoma da doença, o isolamento maior, mais dificuldade de interação. Isso justifica assim, a proposta de isolamento e penas (Almas da Mãe).

Com certeza, muitos profissionais confirmarão esse pressuposto: a importância do diagnóstico, como peça central para avaliar os diferentes caracteres humanos,

¹⁷¹ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 31.

¹⁷² GARCIA, C. **Clínica do Social**. Belo Horizonte: UFMG/FAFICH/Mestrado em Psicologia, 1997. p. 26.

apesar da margem de tolerância onde as diversidades sociais podem transparecer. *A saúde é uma margem de tolerância as infidelidades do meio*¹⁷³. No entanto, aquele que acredita que o sofrimento psíquico não se separa de uma norma biológica, seu estado patológico não deveria ser chamado de anormal no sentido absoluto já que anormal refere-se a relação com uma situação determinada.

Os conceitos contidos neste discurso-objeto (Estatura mediana) demonstram que as mudanças na atenção à saúde mental, desde 1987, não são conhecidas da maioria dos trabalhadores de saúde mental embora estas mudanças de reestruturação já sejam uma realidade concreta nos serviços de Atenção à Saúde Mental. Observo, ainda, que para o sujeito da entrevista esta, mesma reestruturação ainda não se consolidou. Por outro lado aparece, também, no discurso-objeto a onipotência do profissional que acredita poder ver “além dos próprios olhos”, evitando o óbvio e reforçando a verdade da ciência sem questioná-la. Penso que as contradições, muitas vezes, permitem que a ciência avance e que nem sempre é no campo da certeza que o saber se produz.

Concordando com essa idéia refiro-me a Foucault¹⁷⁴:

No fundo da prática científica existe um discurso que diz: nem tudo é verdadeiro; porém em cada ponto e a cada momento existe uma verdade por dizer e por ver, uma verdade que por acaso esteja adormecida, porém que espera só nosso olhar para manifestar-se, nossa mão para ser revelada; corresponde a nós encontrar a correta perspectiva, o ângulo adequado, os instrumentos que são necessários, posto que de todas as maneiras ela existe ali e está por todo lado.

Aliado a estes aspectos, ou seja, a relação entre adequados instrumentos de saber, também aparece, no discurso-objeto a existência de relação entre o ato diagnóstico e a reestruturação dos serviços. Relação esta inexistente *à priori*. De nenhuma maneira a reestruturação dos serviços de saúde mental invalida a função diagnóstica, ponto de partida para uma conduta ou indicação terapêutica. Cabe destacar, ainda, que o diagnóstico é necessário e válido sempre que se processe na

¹⁷³ GANGHILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro. Forence Universitária, 1978. p. 159.

¹⁷⁴ FOUCAULT, M. La Casa de la Locura In: BASAGLIA, F.; ONGARO B. F. **Los Crímenes de la Paz**: Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opreción. Mexico: Siglo XXI, 1977. p. 135.

interação (comunicação) entre o trabalhador de saúde mental e sofredor psíquico, auxiliando a compreensão do processo saúde-doença.

...e foi aí que eu entrei pela primeira vez atrás dos portões e dos muros e aí eu vi, aquilo tudo que me incomodou profundamente, a relação, as pessoas, as grades e os cadeados, aquelas coisas que a gente já falou tantas vezes, que fica até meio corriqueira mas que é sempre uma coisa provocadora quando você fala para as pessoas que não sabem e pensam que é o hospício, o manicômio, o hospital psiquiátrico é o lugar de tratar a doença mental (No Peito Traz).

...quando eu entrava no Instituto (setor de psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo), com tudo que lá é um lugar de formação, sempre me incomodou muito, os muros, os cadeados, aqueles corredores infundáveis, aquelas portinhas, a desatenção, enfim, tudo aquilo que você sabe, aquele pátio, aquelas pessoas impregnadas, tudo muito ruim (No Peito Traz).

Em oposição a autonomia, a disciplina organiza um espaço analítico. Para Foucault¹⁷⁵: *a disciplina precede em primeiro lugar à disposição dos indivíduos no espaço*. Encontrando sempre um elemento arquitetural que permite a *solidão necessária do corpo e da alma*. Apesar de implantada a reforma psiquiátrica e dos importantes avanços na atenção à saúde mental, nos discursos-objeto, apresentados acima, percebo que continua vigente, o (des)cuidado no sistema asilar totalitário que mantêm os sofredores psíquicos como objeto de poder.

O relato do entrevistado “No peito traz” pode ser encontrado nos depoimentos recolhidos pela I Caravana Nacional de Direitos Humanos¹⁷⁶ realizada em visitas aos manicômios brasileiros no ano de 2000 pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados. Neste Relatório são denunciadas as violações mais comuns aos direitos humanos praticadas nos manicômios brasileiros: *apresenta uma situação que está a indicar a permanência de um modelo anacrônico de atenção à saúde mental no Brasil e, portanto, indica a necessidade de mudanças urgentes*. Poderíamos dizer, citando a Donzelot¹⁷⁷ que *a unidade contraditória do internamento moderno*

¹⁷⁵ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4ed. Petrópolis: Vozes. 1986, p. 130.

¹⁷⁶ BRASÍLIA, **I Caravana Nacional de Direitos Humanos**: relatório: uma amostra da realidade manicomial brasileira. – Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2000, p. 11.

¹⁷⁷ DONZELOT, J. Espacio Cerrado In: CASTEL, R. et al **Espacios de Poder**. Madrid: La Piqueta, 1981, p. 45.

repousa inteiramente nesta dupla e contraditória operação que lhe proporciona a faculdade de regenerar porém também de adaptar.

Não há como compreender as instituições psiquiátricas a não ser pela ótica do nascimento de um espaço asilar medicalizado, que se ordena em função da aplicação de uma terapêutica determinada.

...mas, quando, essas mesmas pessoas são excluídas do social, rejeitadas, humilhadas, desrespeitadas, porque estão vivendo seu limite, porque estão fora do seu contexto de sua família, esse sim, passa a ser o verdadeiro motivo de seu sofrimento (Espira a Respiração).

...e, o usuário nem sabia o que estava escrito porque, o sistema mantém um indivíduo, por três décadas, dentro de uma unidade e nem o alfabetiza, sequer realiza um trabalho de alfabetização. Então, eu acho que nós temos que, não só, nos preocuparmos com a cura do sintoma, mas com a cura dessa sociedade (Potência).

Aliada a carga de sofrimento e dor que acompanha o sofredor psíquico se agrega no sistema asilar, o estigma da exclusão social. O sofredor é apartado do seu cotidiano social e passa a vivenciar uma estrutura hierárquica de mandos e desmandos que reafirmam a necessidade de exclusão para “a cura”. Reafirmando esta idéia Esquirol apud Castel¹⁷⁸ nos diz:

O isolamento dos alienados (seqüestro, confinamento) consiste em subtrair ao alienado de todos os seus costumes, apartando-o dos lugares onde habita, separando-o de sua família, de seus amigos, de seus servos; rodeando-o de estranhos; mudando sua forma de vida. O objetivo do isolamento é modificar a direção viciosa da inteligência e dos afetos dos alienados: é o meio mais enérgico e por sua regularidade o mais útil para combater as doenças mentais.

O processo de desinstitucionalização precisa vencer um outro obstáculo - o estigma associado à doença mental, fruto do sistema asilar de cuidado em saúde mental. O estigma pode ser observado no imaginário social, o qual é retratado por

¹⁷⁸ CASTEL, R. La Contradicción Psiquiátrica In: BASAGLIA, F.; ONGARO, B. F. **Los Crímenes de la Paz**. México: Siglo XXI, 1977, p. 154.

Goffman¹⁷⁹ quando refere: *o defeito da pessoa estigmatizada pode ser percebido só ao se lhe dirigir a atenção (geralmente visual) quando, em resumo, é uma pessoa desacreditada, e não desacreditável e provável que ela sinta que estar presente entre normais a expõe cruamente a invasões de privacidade.*

Na realidade, essa noção de descaso, já pesa sobre a sociedade brasileira, pesa também, sobre o próprio trabalhador de saúde mental que se sente comprometido com práticas de mudança, não somente preocupado com a “possível” cura, mas com práticas que resultem em resgate de cidadania, como um projeto de alfabetização, no caso apresentado no discurso-objeto (Potência). É preciso levar em conta o específico simbolismo das práticas institucionais na realização de seus rituais terapêuticos, justamente para compreendermos o lugar e o peso desse ritual na política.

É necessário que possamos observar no social as diversas questões que promovem práticas de exclusão em relação ao sofredor: Quais as razões que levam o profissional da saúde mental considerar o sofredor psíquico como uma pessoa não possuidora de direitos e mantê-lo alijado da discussão e opinião sobre sua própria condição de vida? Como, por exemplo, ser informado do plano terapêutico traçado a seu respeito e de seu prognóstico. Como pode alguém em situação de sofrimento receber uma indicação de afastamento do convívio familiar e social? Isto não o condenaria a uma sub-vida, já que somos seres sociais, por excelência, desde o nosso nascimento. O poder/saber de que está investido o profissional da saúde justifica tais medidas.

Concordando com Foucault¹⁸⁰, *A população aparecerá como sujeito de necessidades, de aspirações, porém também como objeto da intervenção do governo; consciente frente ao governo do que quer e inconsciente de quem lhe faz querê-lo.*

...porque o paciente até, então, ele era um, dentro do hospital, ele estava ali e era tratado como um, sei lá, o pessoal das celas mesmo eram tratados como bicho: ficavam sem roupa, trancados num quarto escuro sem janelas. Claro, que tinha todo aquele agravante (ritual) para essa terapêutica, eram pessoas que poderiam se suicidar, mas o tratamento do profissional com esse paciente, a impressão que nos dava, era que eles não sabiam como lidar (terapêutica) e lidavam (ritual) como se estivessem lidando com um bicho (Garganta Grita).

¹⁷⁹ GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade Deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988, p. 25.

¹⁸⁰ FOUCAULT, M. La Gubernamentalidad In: **Espacios de Poder**. Madrid: La Piqueta, 1981. p, 23.

O corpo objetivado se insere, primeiramente, num cerimonial que deverá trazer à luz toda a economia do poder. No suplício, para Foucault¹⁸¹ *o próprio excesso das violências cometidas é uma das peças de sua glória*. Desse modo então, a banalização da violência exercida sobre o corpo, como forma de controlá-lo transforma-se em normal do cuidado e, a percepção oriunda dessa vivência é a própria negação da violência que como refere Basaglia¹⁸²: *A negação da violência, apesar de ter posto o hospital radicalmente em crise, não pode constituir-se como norma: a norma da negação não tem poder nem sentido. A negação não pode tornar-se uma norma.*

...vinte ou trinta psiquiatras e mais psicólogos que tinham o seu público cativo, o privado dentro do público, tinham seus 120 pacientes que vinham de todas as regiões do Estado para ter a sua consulta mensal e estava “tudo resolvido”. Porém, do outro lado, havia uma porta de emergência, não era atendimento, neste caso, os pacientes eram somente olhados e a guia da internação psiquiátrica era preenchida. Era exclusivamente isto (Almas da Mãe).

Ao analisar as redes de relações contínuas e múltiplas existentes entre a população, o território e a riqueza, fonte do surgimento de um novo saber na economia política, Foucault (1981) constata que isto se dá no momento em que aparece um novo sujeito: a população. Ainda, para Foucault¹⁸³, *as coisas das que deve ocupar-se o governo são os homens porém em suas relações, ligações, imbricações com essas outras coisas que são as riquezas, os recursos, os meios de subsistência, o território.*

Se nós procurarmos verificar quando isto tudo começou (o privado dentro do público) e desde quando o direito da população é substituído pela “norma estabelecida” por alguns trabalhadores? Poderemos verificar que a criação é arbitrária, que esta deriva da vontade de alguns poucos, para atingir determinados fins econômicos, causando prejuízo à maioria da população que se sujeita a esta prática institucionalizada.

...porque a maioria dos usuários que estão aqui são de classe social e econômica baixa, muitos passam por privações, aí, as vezes as necessidades

¹⁸¹ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 35.

¹⁸² BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991, p. 181.

¹⁸³ FOUCAULT, M. La Gubernamentalidad. In: CASTEL, R. et al. **Espacios de Poder**. Madrid: La Piqueta, 1981, p. 15.

básicas não são satisfeitas. Muitas vezes falta alimentação, falta até passagem para vir até o serviço, se bem que os usuários, os crônicos ou com doença mental, com deficiência mental eles tem direito ao passe livre nos ônibus do Município. Uma carteirinha para poderem se movimentar dentro da cidade (Hematomas).

As diferenças sócio-econômicas são transformadas em desigualdades, até mesmo, no que concerne as garantias de cidadania e de direitos, pois, dependendo do grau de patologia ou diagnóstico formulado, o sofredor psíquico pode ficar alijado de direitos e deveres de cidadão submetido a uma normatização institucionalizada (passe livre no transporte). Esta prática ao ser instituída traduz um entendimento que reforça o estigma do sofredor perante a sociedade e justifica sua situação de dependência (pobre homem) do Estado.

*A palavra economia, pelas razões que tento explicar está tomando um sentido moderno e aparece no momento em que a essência mesma do governo, quer dizer, da arte de exercer o poder sob a forma da economia, terá por objetivo principal o que hoje chamamos economia*¹⁸⁴.

Uma das estratégias reformadoras é a igualdade de direitos e condições para o tratamento do sofredor psíquico, isto é, que o sofredor possa ser percebido como alguém possuidor de direitos e deveres. No discurso-objeto apresentado abaixo, percebo o total desconhecimento, por parte de alguns trabalhadores, no que diz respeito às práticas de cuidado (terapêuticas) aplicadas no serviço. A arte de exercer o poder sob a forma da economia faz com que este sofredor seja percebido com um mesmo rosto, uma só história, um só diagnóstico, uma só terapêutica.

...Ontem, veio uma moça fazer teatro com eles e, ela já trabalha com crianças e adolescentes. Ela colocou que era diferente e, eu disse: - a primeira coisa que tu vais fazer é olhar para eles como se fossem a mesma coisa, tu vais trabalhar como tu trabalhas sempre, as técnicas é que podem ser diferentes, para o nível de compreensão deles. Tu vais sentindo o que tu podes fazer e o que tu não podes fazer, que elas te respondem, como é o que funciona ou que não funciona. Mas trabalha como se fosse um grupo qualquer de usuários, não tens que estar preocupada (Hematomas).

¹⁸⁴ FOUCAULT, M. La Gubernamentalidad. In; CASTEL, R. **Espacios de Poder**. Madrid: La Piqueta, 1981, p. 15.

No discurso-objeto (Hematomas) observa-se que a orientação dada pelo trabalhador de saúde mental à Acadêmica do Curso de Artes deixa de lado o sujeito e o transforma em objeto do trabalho, bastando para tal a utilização do diagnóstico (nível de compreensão), na qual são priorizados os limites de cada sujeito e não seu potencial para a criatividade. Não posso deixar de enfatizar a anuência feita sobre o olhar: *olhar para eles como se fossem a mesma coisa*, é absolutamente negativista a proposta de ver no sofredor psíquico um exército uniforme, uma massa indiferenciada. Essa noção é rechaçada pelos princípios da Luta Antimanicomial e pela legislação de proteção ao sofredor psíquico que busca situar o sofredor como sujeito único em sua singularidade e complexidade, assim como, na sua subjetividade histórica e situada. É preciso destacar ainda, o ideário francês de igualdade que é apontado, também, em todas as Cartas Constitucionais do Ocidente e que propõe a igualdade entre os seres humanos.

No discurso-objeto analisado é apontado este ideário de forma errônea quando procura situar todo o grupo de sofredores numa atenção de cuidado homogênea acreditando que podemos colocar num mesmo “pacote” (rótulo), as diferenças individuais. Se assim o fizermos estaremos, portanto, transformando-as (as diferenças) em desigualdades. Na medida em que percebemos um grupo de sofredores psíquicos (*como se fossem a mesma coisa, [...] trabalha como se fosse um grupo qualquer de usuários*) sob o véu de um diagnóstico homogeneizado, isto é, separado por patologias distintas, amalgama-se poder e saber objetivando controlar-compreender o sofredor.

Sobre este aspecto destaca Henry Ey apud Canguilhem¹⁸⁵: *o normal não é uma média correlativa a um conceito social, não é um julgamento de realidade, é um julgamento de valor, é uma noção-limite que define o máximo de capacidade psíquica de um ser*. Na relação de objetivação o sujeito perde seus direitos de cidadão, de respeito, de autonomia, de dignidade. Para Donzelot¹⁸⁶ *o nascimento do manicômio e da prisão no começo do século XIX apresenta pelo contrário uma áurea de descobrimento revolucionário. Ambos aparecem amparados pelo prestígio da novidade, da eficácia e da filantropia*. Também, a Reforma Psiquiátrica está

¹⁸⁵ EY, H. apud CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1978, p. 90.

¹⁸⁶ DONZELOT, J. Espacio Cerrado, Trabajo y Moralizacion In: **Espacios de Poder**. Madrid: La Piqueta, 1981, p. 29.

acompanhada pela áurea da novidade e da eficácia. Até que ponto a coerção não está acompanhando a assistência na medida em que se dá um benefício (passagens urbanas) se obriga em contrapartida a frequência do sofredor ao serviço de saúde mental. Ainda, concordando com Donzelot¹⁸⁷ *o assistido, pobre, o louco, vive em uma relação de dependência com respeito àquele que lhe protege e lhe cuida.*

Entendo bem claramente que a intenção da objetivação (psicologização/patologização) dos desviantes (sofredores psíquicos) é uma criação da vontade humana e não é uma relação necessária derivada da natureza das coisas, mas sim, que se realiza baseada em procedimentos, em técnicas, em maneiras de obter dominação ou obediência.

De acordo com Padilha¹⁸⁸ o poder percebe o corpo como máquina e, sua utilização centra-se no corpo como objeto: *um objeto a ser manipulado, disciplinado, formando uma anátomo-política do corpo humano, ou seja, uma tecnologia do corpo como objeto de poder.* A regulamentação, a existência de normas, leis, proibições e a prevalência da razão justificam a origem dos esquemas de normatização do social. Para Garcia¹⁸⁹ a existência da lei tem sido justificada pela passagem da natureza para a cultura.

Já para Foucault¹⁹⁰ a sanção normalizadora faz funcionar um poder relacional: *na essência de todos os sistemas disciplinares funciona um pequeno dispositivo penal. (...) As disciplinas estabelecem uma “infra-penalidade”; quadriculam um espaço deixado vazio pelas leis; qualificam e reprimem um conjunto de comportamentos que escapava aos grandes sistemas de castigo.*

...eu faço sempre uma distinção, quando se normatiza a gente limita. Então é sempre limitada a ação normatizada. Ela precisa ser feita porque precisa ser implementada de alguma forma mais maciçamente. Mas o cotidiano do serviço precisa transcender a norma, ser mais criativo, mais inovador (A Vista/Os Olhos)

...quem tem o poder determina quais são as normas, as regras, as leis e foi assim que eu acho que se constituiu com a loucura. Quem incomoda então tem que ser retirado. E não só com a loucura, com os homossexuais, com os

¹⁸⁷ Idem, p. 33.

¹⁸⁸ PADILHA, M. I. C. de S. **A Mística do Silêncio.** A Enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no Século XIX. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL, 1998, p. 31.

¹⁸⁹ GARCIA, C. **Clínica do Social.** Belo Horizonte: UFMG/FAFICH/Mestrado em Psicologia, 1997. p. 31.

¹⁹⁰ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir.** 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 159.

negros, enfim e, então o que eu penso é que quando mais cedo a gente puder intervir no sentido de desmistificar isso e de poder acompanhar e de poder romper mesmo com esse paradigma da loucura excluída, fora do nosso meio, do meio cotidiano, do dito normal eu acho que isso é a grande mudança (Corpo/Alma)

Novamente nos deparamos com as mudanças que estão ocorrendo no campo da saúde mental, os discursos e as práticas caminham no sentido de transcender a norma para um cuidado humanizado, onde se prioriza o sujeito em seu complexo processo saúde-doença. Este aspecto denota uma mudança do antigo paradigma -que manifesta a sujeição daqueles que são percebidos como objetos e a objetivação daqueles que são submetidos- para um paradigma que percebe o sofrimento como parte do processo saúde-doença. Isto pode ser, pelo menos a primeira vista, um desenvolvimento, relativamente benigno, porém não podemos esquecer Rabinow e Dreyfus¹⁹¹, quando nos alertam para a linguagem da Reforma como um dos componentes essenciais das tecnologias políticas: *O biopoder expandiu-se sob a bandeira de tornar as pessoas saudáveis e protegê-las. As resistências ou fracassos em atingir os objetivos estabelecidos constituíam uma prova da necessidade de reforçar e estender o poder dos especialistas.*

...como profissional de saúde, muitas vezes nos deparamos, muitas vezes nas instituições a psicologia se coloca dentro das práticas psi ou dos atores psi como os profissionais da doença, como profissionais encarregados da norma, de normatizar, de rotular e modelar comportamentos (Estatura Mediana).

...a minha visão do cuidado no hospital psiquiátrico é a visão do não cuidado, do descaso, da negligência, da imperícia e da insensibilidade dos “cuidadores” atropelados pelo dogmatismo administrativo da instituição (Sobrancelhas).

Contudo, como assiná-la este discurso-objeto, não se pode dizer que houve uma ruptura entre o passado e o presente, pois ainda interagem e coexistem, na atenção a saúde mental, diferentes modelos: o clássico e o inovador. Em suma o modelo psiquiátrico hospitalar convive ainda com o modelo da Reforma.

¹⁹¹ RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault Uma Trajetória Filosófica:** Para além do estruturalismo e da Hermenêutica. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995, p. 215.

Concordando com Foucault¹⁹², *o que permite ao poder disciplinar ser absolutamente indiscreto, pois está em toda parte e sempre alerta, pois o princípio não deixa nenhuma parte às escuras e controla continuamente os mesmos que estão encarregados de controlar.*

...exatamente, a questão assim, de escolher o terapeuta. Nós tivemos, a pouco tempo, uma discussão imensa com um médico pela questão da medicação. A paciente queria manter a medicação dela mesmo amamentando e ele (o médico) dizia que não, que ela não poderia manter a medicação, que ele era o médico, que ele sabia o que era melhor para ela [...] como tu vês, como é difícil alguém se destituir do poder e do controle, então, ele fica muito inseguro e automaticamente utiliza de algum mecanismo e diz: não dá para ser assim (Corpo/Alma).

Segundo Foucault¹⁹³, o poder é uma rede que “sustenta” o conjunto da obra. O poder disciplinar graças aos mecanismos da sanção normalizadora, a vigilância hierárquica e do exame tem importantes implicações no controle do social: *O poder disciplinar, graças a ela (vigilância hierárquica), torna-se um sistema integrado, ligado do interior a economia e aos fins onde é exercido.*

Cabe, destacar, ainda, a importância da disciplina, enquanto dispositivo de poder, na negação do potencial cultural do sofredor, ou seja, o conhecimento oriundo do seu próprio corpo; oriundo de suas crenças, o que a legitima e a torna mais eficaz. A disciplina, portanto, atua como dispositivo para invalidar a força (resistência) do sofredor na relação de poder que se estabelece no ato do cuidado. É preciso lembrar que a ciência se contrapõe ao senso comum ou conhecimento cotidiano, ou seja, recusa-se às orientações da vida prática, decorrentes do exercício cotidiano do viver. Este modelo de conhecimento subjacente ao paradigma da ciência moderna anula ou silencia tradições culturais, religiosas, políticas que fazem parte do potencial cultural do sofredor.

A partir daí penso que é preciso transformar o conhecimento do cotidiano em parte do conhecimento científico como forma de articular entre eles uma conceitualização de conjunto e não mais uma mensagem em código que dista, ou

¹⁹² FOUCAULT, M. 4 ed. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes. 1986. p. 158.

¹⁹³ FOUCAULT, M. 4ed. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes. 1986. p. 158.

mesmo, subverte a realidade do sofredor.

...foi um marco importante (saída do hospital psiquiátrico), porque nesse momento, eu pude, fora do hospício, ver como é que se dá como acontece a Saúde Mental num campo externo do hospício e, comecei a me dar conta que a gente, lá dentro, continuava com a lógica invertida. É preciso abolir a expressão de egresso que carrega o paciente psiquiátrico. O que isso simboliza. Isso eu me cansei de dizer, em vários lugares, que a gente tem que abolir esse termo. Então, na verdade, a lógica estava assim, que acontecia em POA? Que os serviços de saúde, sejam eles: unidade básica, ou sejam especializados - entendiam que atender saúde mental nas áreas de neuroses graves ou psicoses eram da competência do hospital psiquiátrico, então simplesmente, nas unidades de saúde ou nas especializadas em saúde mental, que eram poucas, não tinha lugar para aquelas pessoas com psicose, para as pessoas que saíam do hospital, não tinha lugar. Aí eu entendi porque, então, essa luta contínua por leitos quase sempre com lotação máxima. Esgotados por que na verdade tu tens um grupo, que a gente imagina, uns 30%, por alguns dados, que é aquele grupo que permanentemente recorre e depende da internação psiquiátrica, na verdade o lugar que ele tem é aquele (hospital psiquiátrico), não tem outros espaços para a doença que é a dele (Almas da Mãe).

O estabelecimento de uma norma quando institucionalizada, como aponta o discurso-objeto (Alma da Mãe), inviabiliza qualquer possibilidade de mudança no campo da saúde mental, assim como no discurso (No Peito Traz), a lógica de que hospício é lugar de doente mental se mantém, ainda, no imaginário social e nos serviços de saúde. A real possibilidade de alterar esta lógica depende da transmissão das informações nos serviços de saúde, por parte dos trabalhadores, que devem estar capacitados para tal fim. É importante que se divulguem informações tais como: as reais possibilidades de êxito no tratamento fora do espaço manicomial; a resolutividade no cuidado ao sofredor psíquico nos espaços alternativos. Igualmente, cabe destacar que as mesmas informações devem ser transmitidas aos familiares e usuários a fim de criar uma consciência cidadã com respeito à legislação de proteção ao sofredor psíquico que lhe assegura importantes direitos.

Reconheço que a utilização de mecanismos disciplinares de poder utilizados em unidades abertas vem decrescendo. Acredito que mais cedo ou mais tarde será possível que o cuidado possa exercer-se como parte da construção de uma Saúde Mental que reconhece os sujeitos de seu cuidado como legítimos cidadãos de direito e deveres. Novos ventos anunciam a possibilidade de novos tempos. Embora acredite ter

desenvolvido suficientemente a dialética entre o necessário enclave disciplina/relação de poder é interessante observar que raramente se procura saber quem são os autores de determinadas expressões em saúde mental como, por exemplo: egresso, paciente, usuário, cliente, entre outras.

Neste discurso-objeto (Almas da Mãe) foi utilizado a expressão egresso como sinônimo de determinação do nível de funcionamento psíquico do sofredor, mas não somente isto, a presença do termo egresso, ou seja, aquele que vem de algum lugar, aquele que tem uma origem determinada, promove o pensamento da recondução. A disciplina, como pode ver, tem no seu cerne a necessidade de localizar “os corpos” num espaço dado.

b) Exame: combinação das técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza.

A função histórica e social do exame semelhante à função histórico-social da psicanálise no campo da saúde mental traz “novos recursos” a serviço da invalidação dos determinantes sócio-histórico-político da problemática da saúde mental. A idéia que eu gostaria de discutir representa uma preocupação na utilização do exame como instrumento de poder/saber: que o exame não esteja a serviço da redução dos sujeitos em objetos de manipulação, mas sim, que represente uma função de instrumento humanizador e promotor de uma assertiva no plano terapêutico. Quando abordo, o instrumento do exame, como técnica diagnóstica, penso, se é realmente um instrumento de aproximação que nos permita elaborar um plano terapêutico ou, se, simplesmente, é uma possibilidade de nomear para separar, classificar, normalizar ou excluir? Será que este instrumento ainda serve para transformar um indivíduo em caso de estudo e não em sujeito possuidor de limites e, também de possibilidades?

E quais são as conseqüências dessa prática? A prática vem mostrando-me o quanto se exclui o sujeito sofredor a partir do estabelecimento de um rótulo: esquizofrenia, psicose, neurose. Porém, a maior preocupação nesta Tese é desvendar quanto, ainda, pode o trabalhador de saúde mental objetivar o sofredor, a partir de um rótulo, ou melhor, emancipá-lo ao formular, adequadamente um plano terapêutico em comum acordo com o sujeito de seu cuidado.

A partir dessas considerações passo a fazer as ligações com o 1º pressuposto: as relações de poder disciplinar que se estabelecem na relação de cuidado são, ainda hoje, contributivas a construção e a manutenção da objetivação do sujeito.

Não podemos comparar a questão do diagnóstico como a causa do estigma do sofredor, mas como sua consequência, é, assim, que poderemos elucidar tal questão. Foucault¹⁹⁴ com relação a este aspecto refere: um caso que ao mesmo tempo constitui um objeto para o conhecimento e uma tomada para o poder, ou melhor: efeito e objeto de poder, como efeito e objeto de saber.

No campo teórico o exame e a confissão são promotores de desenvolvimento de tecnologias das ciências subjetivantes o que transforma o trabalhador de saúde mental num especialista do significado. Esta situação, portanto, coloca o sujeito do cuidado (sofredor psíquico) numa situação de perda de sua verdade e consequentemente de perda de suas possibilidades de exercício de seus desejos. Para Rabinow e Dreyfus (1995) a função do exame passa a ser a de codificar e controlar o discurso significante do sujeito.

... olha fulano, surto psicótico, por exemplo, chama-se esquizofrenia. Aí, essa palavra cai na gente com um peso de duas toneladas, cai na tua cabeça: “esquizofrenia” [...] porque eu também tinha uma coisa preconceituosa com a doença mental, com a loucura, com essa palavra esquizofrenia, que foi uma coisa fortíssima na minha vida (No Peito Traz).

Este é um ponto muito importante: ao se rotular um sofredor com um diagnóstico que está codificado, a verdade (rótulo) escutada pelo sofredor produz no imaginário um desconhecimento e, portanto, um sentimento moralista ou de temor frente ao desconhecido que a palavra revela. Já no século XIX, é apontado por Foucault apud Rabinow e Dreyfus (1995) que o auto-reconhecimento da doença mental constituía, por si mesmo, uma dimensão essencial da cura.

Goffman (1988) em relação ao desempenho de papéis, o papel do sujeito estigmatizado e o papel do sujeito normal, sugere que ambos estão habilitados a desempenhar o mesmo papel, ou melhor, que cada um tem o equipamento necessário para fazer o papel do outro. Para o autor, *pode-se dar por estabelecido que o*

¹⁹⁴ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**, 4ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 170-171.

*estigmatizado e o normal têm a mesma caracterização mental e que esta é, necessariamente a caracterização-padrão de nossa sociedade*¹⁹⁵.

...toda clínica, toda intervenção terapêutica (exame), contém em si, uma certa possibilidade de reprodução da norma, de reprodução de valores dominantes e, portanto, contém em si, um potencial, digamos assim, reformista e anti-revolucionário, para usar esses termos, também do dialeto da esquerda e da revolução, que nos violenta de qualquer modo (Espinha Dorsal).

...(o exame) é a necessidade de uma categorização ou de uma identificação, a gente coloca algumas coisas, como episódicas, algumas coisas como mais permanentes, então a gente identifica transtornos episódicos de uma doença propriamente dita (Estatura Mediana)

E aqui avanço mais um pouco. A subjetivação do sofredor psíquico precisa deixar de ser apenas uma referência teórica e ser vivida como consequência prática no cotidiano da atenção em saúde mental. É preciso que o trabalhador de saúde ocupe-se menos com a sintomatologia e, aproxime-se mais do sofrimento do outro. Aqui, se colocam problemas de ordem técnica, mas também, de ordem legislativa – direito à saúde, a vida, etc. que viabilizam dessa maneira a autonomia do sofredor e o cuidado de si. O estigma do rótulo promovido pelo exame diagnóstico pode amordaçar qualquer possibilidade de mudança no processo saúde-doença do sofredor, prendendo-o a uma rocha como no mito grego do Prometeu, cuja condenação o leva a um sofrimento eterno.

Para Rabinow e Dreyfus (1995) o exame é o processo que combina a vigilância hierárquica e a sanção normalizadora. Através da prática do exame o poder disciplinar se torna mais invisível e os objetos de poder (os indivíduos) se tornam mais visíveis.

...a gente aconselha e incentiva para que falem diretamente para o profissional quando ocorre alguma desavença, exemplo: - porque tu não conversa e coloca para ela como tu te sentistes a esse respeito. A gente incentiva mas tem aquela coisa da hierarquia: - Ah! É a doutora, mas a gente incentiva (Hematoma)

¹⁹⁵ GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988, p. 141.

Parte-se aqui de uma abordagem de (re)colocação do lugar do exame. Essa nova abordagem vai chamar a atenção para a necessidade de contextualização do sujeito: sua história, complexidade e subjetividade e não somente em termos de estrutura psíquica.

...o sintoma era determinante de internação hospitalar psiquiátrica, deslocamos isso e muito mais para a comunidade, muito mais para um trabalho inserido num contexto comunitário. Deslocamos simplesmente um diagnóstico baseado em sintomas para a observação do contexto dessa pessoa, para a observação da vida dessa pessoa e, também, vamos trabalhar o que essa pessoa já perdeu, quais as perdas sofridas, isto é, que perdas de habilidades? Que perdas de contato, perdas de confiabilidade que vão ter que ser abordadas? (Potência).

Contudo como mostra este discurso-objeto, as mudanças ocorrem, apesar das resistências de um modelo esgotado (modelo asilar). Nos serviços de atenção a saúde mental já se observa o cuidado centrado em apontar mais as questões do sofrimento psíquico inserido num coletivo e, em menor grau, para uma prática terapêutica que “teima” em (des)conhecer, esse mesmo sofredor, e suas interações sociais. Tal significado é dado por Arejano¹⁹⁶ *um descortinar de novos saberes que não estão alicerçados mais na produção de conhecimentos objetivos sobre seres humanos entendidos como objetos desse mesmo saber mas, sim em um saber comprometido com a ética, com a liberdade dos sujeitos e com a promoção do conhecimento que se produz através do ato de aprender-ensinar e do ensinar-aprender.*

...vemos os casos, discutimos e se vê a indicação. Se no caso, inicialmente, vai ser terapia individual, se vai para o grupo, se vai participar de oficina. Se precisa de avaliação do psiquiatra, que tipo de atendimento a pessoa necessita e, aí, se encaminha. Mas os grupos não estão divididos por patologia. Mas, assim, tem grupo dos crônicos, de pessoas portadoras de doença mental crônica, os que já estão cronificados, são os mais graves, a maioria já teve internação hospitalar. Tem grupos de pessoas, que digamos, a gente não chama assim, mas são os neuróticos, no caso, assim, de pessoas, aparentemente normais, mas que estão trazendo algum problema, algum transtorno no momento, mas não é que se separe por patologia. Se separa por idade, tem grupos mistos, mas tem grupos só de mulheres, tem grupos de pessoas que fazem uso de substância química, algum tipo de droga, mas não só de patologia. Tem grupos de adolescentes, de crianças, é mais por faixa etária. Claro que não misturando tudo, mas só de depressivos, só de esquizofrênicos (Hematomas).

¹⁹⁶ AREJANO, C.B. **Reforma Psiquiátrica: Uma analítica das relações de Poder nos serviços de Atenção à Saúde Mental.** Florianópolis, 2002. 218 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). PEN/UFSC.

Talvez este discurso-objeto seja aquele que consegue mostrar, com maior clareza, a função política do exame (poder) e o estabelecimento do rótulo-estigma na atenção em saúde mental. O discurso-objeto nos coloca numa situação de (pré)ocupação à respeito da formação acadêmica de alguns trabalhadores de saúde mental. Para exemplificar: como um profissional que está formado, há aproximadamente dez anos (tempo de reformas no campo da atenção à saúde mental), não percebe as contradições apontadas em seu próprio discurso. É mais, se realmente estamos ensinando corretamente na Academia os conceitos de patologia, nosologia e semiologia, tendo em vista, as confusões apontadas no conjunto da fala do entrevistado (Hematomas). Preocupa-me, sobremaneira a qualidade do trabalho correspondente nos serviços de saúde mental quando baseado em auto-interpretações da legislação sem um acompanhamento desta capacitação em serviço.

Percebo que, existe um distanciamento entre as percepções do trabalhador de saúde mental a respeito do processo de Reforma e os elementos significativos que constituem o próprio processo. A par, disso, o trabalhador encontra-se perdido, confuso, entre o papel do passado e o papel oriundo das transformações em saúde mental. Preso, ainda, a cultura psiquiátrica de um passado recente¹⁹⁷. Não é por acaso, é para que as coisas fiquem como estão exatamente para impedir transformações.

A Saúde Mental no Brasil se apresenta como uma questão única e significativa para o mundo, resulta no meu entendimento ser paradigmática, surgindo em forma de ruptura com o paradigma hegemônico asilar. Sua construção, no País é uma construção histórico-política na qual o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial atua como movimento social rompendo e instaurando um processo desencadeador de transformações possíveis na realidade encontrada no campo da Saúde Mental. Em comparação com a reforma Democrática Italiana e Rio Negrina na Argentina, sua singularidade e especificidade estão centradas e correspondem a uma visão de mundo na qual o coletivo não está indiferente ao indivíduo, mas sim, que este carrega em seu mundo pessoal o que a sociedade lhe outorga. Dentro de um contexto social de multiplicidades étnicas, culturais, religiosas e políticas a Saúde Mental se apresenta e

¹⁹⁷ AREJANO, C.B. **Reforma Psiquiátrica: Uma analítica das relações de Poder nos serviços de Atenção à Saúde Mental**. Florianópolis, 2002. 218 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). PEN/UFSC.

representa, com uma particularidade inédita, pois busca (re)pensar o Brasil como um verdadeiro laboratório do humanismo.

Essa descontinuidade produzida no campo da Saúde Mental pode ser entendida pelo que nos apresenta Foucault¹⁹⁸: não é somente um desses grandes acidentes que produzem uma falha na geologia da história mas já no simples fato do enunciado; faz-se, assim, com que ela surja em sua irrupção histórica. A particularidade da Saúde Mental no Brasil está centrada no fato de que surge como um acontecimento, portanto, um enunciado. Ainda para Foucault, fazer aparecer em sua pureza, o espaço em que se desenvolvem os acontecimentos discursivos não é tentar restabelecê-lo num isolamento que nada poderia superar; não é fechá-lo em si mesmo; é tornar-se livre para descrever, nele e fora dele, jogos de relações.

A insatisfação de que sou tomado ao me debruçar sobre o objeto de estudo (uma das possibilidades para a condução à humanização da loucura é a reflexão de uma abordagem antimanicomial aderente a nova compreensão do sofredor psíquico como sujeito complexo e subjetivo em si próprio), enquanto construção humana, é a real ausência de sistematização das novas experiências do cuidado no campo da saúde mental com suas respectivas descobertas e análises a partir da perspectivas de um pesquisador, ou seja, a inexistência, até o presente, de definições estruturais e objetivos que contemplem e retratem o cuidado do sofrimento psíquico no novo paradigma da saúde mental.

5.2 Clínica do Quotidiano: um pro-jeto

Pense na atenção à Saúde Mental como uma peça de teatro ou roteiro de filme, em cartaz há muito tempo, essa história começou a mudar recentemente, certo? Mas, também pense que nesta clínica do cotidiano a peça ou a história não é um roteiro do “*déjà vue*” e, sim, um roteiro onde pensamos “*ce qui est à vivre*” ou “*ce qui reste à regarder à voir*”. Pense também, que a clínica é um teatro em ação, onde se visualiza a ação como um ato criativo, crítico e naturalmente espontâneo, no qual, o ator é o

¹⁹⁸ Idem p. 32-33.

próprio autor do devir da história. É possível, ao pensar a trama da loucura em sua produção e exposição, compará-la ao drama teatral, onde o ator (sofredor psíquico) permite-se, em sua liberdade de expressão, o princípio do método de Stanislavski¹⁹⁹: “...l’ art dramatique, fondant sa méthode sur la prise de conscience intérieure, par l’ acteur, de son personnage”.

Em oposição ao isolamento da doença e, conseqüentemente, ao isolamento do sujeito doente, surge para nós, trabalhadores de saúde mental, o problema da liberdade, da emancipação do sofredor e do próprio trabalhador. O texto da Reforma Psiquiátrica começa a ser escrito no final dos anos 80, com o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental recebendo, sua grande contribuição, a partir da Lei 10. 216 de 06.04.2001 que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Aliado a isto, aponta como diretrizes dessa política: o reconhecimento e preservação dos direitos das pessoas com transtorno mental; a responsabilidade do Estado no desenvolvimento de Políticas Públicas em Saúde Mental como a assistência e reabilitação do sofredor; promoção de ações de saúde mental com a devida participação da sociedade e da família; a internação, quando necessária, vise permanentemente a (re)inserção social do paciente e somente, mediante laudo médico circunstanciado e que traga caracterizado seus motivos, e por último, destaca que as pesquisas científicas, para fins diagnósticos, não podem ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, entre outras.

Os atores, familiares e usuários, entram em cena, no III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial. Este Encontro representa um marco histórico fundamental para o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e ocorre, conjuntamente, com o I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, 1992, em Salvador na Bahia. Porém, em 1991 na primeira Reunião Nacional de Entidades de Usuários e Familiares (São Paulo) as mobilizações e discussões já tratavam de vários eixos, dentre eles: as lutas cotidianas fora e dentro das instituições, o desrespeito aos direitos humanos dos usuários, o valor e a riqueza de se compartilhar e discutir novas experiências de atenção à saúde mental e a necessidade

¹⁹⁹ STANISLAVSKI, C. **Le Petit Larousse Illustré**. Paris: Larousse, 2000. p.1690.

de se encontrar possibilidades de fortalecimento dos laços familiares como suporte terapêutico.

O papel dos serviços de Saúde Mental ganharam importância e autonomia na gestão dos serviços à partir da Portaria Ministerial nº 224 de 1992 que dá nova organização aos serviços e marca as normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar²⁰⁰. Regulamenta ainda, os procedimentos da tabela do SUS e proíbe práticas que eram habituais definindo co-responsáveis, à luz da Lei Orgânica da Saúde, pela fiscalização do cumprimento de seus conteúdos, nos níveis Federal, Estadual e Municipal do Sistema de Saúde. A Lei 10.216 ratifica que a pessoa portadora de sofrimento psíquico deve ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Os termos como: inclusão, autonomia, humanização, solidariedade, cidadania, liberdade, direitos humanos, subjetividade, sensibilidade, ética, solidariedade, foram incluídos nos diálogos.

Depois de duzentos anos de anômia, novamente o sofredor psíquico consegue escutar algumas palavras que vão adquirindo significado e se reproduzem no ouvido como notas musicais. A palavra cidadania repleta de sentido ecoa ao ser incorporada ao drama, mitigando de alguma forma tanta dor, tanta exclusão, silêncio e martírio. A platéia, no caso a sociedade, passou a demonstrar maior participação e interesse nos rumos do “espetáculo”. Faltava, no entanto, mexer no personagem principal, o próprio sofredor psíquico. Hoje o que está em jogo é a reflexão aprofundada sobre o sofredor e a proposta de parâmetros que permitam o aperfeiçoamento do trabalho e a emancipação dos trabalhadores de Saúde Mental. A prioridade, daqui para frente, é a melhoria da qualidade da atenção. De nada adianta construir serviços, se a qualidade da atenção não for boa. Dezenas de instituições parecem preocupadas e ocupadas em atender o que diz a Lei e não conseguem atender as reais necessidades e os anseios do sofredor. Por tudo isso, falta motivos para festejar as mudanças ocorridas com o protagonista desta história. É justamente nessa direção que caminham as três, subcategorias principais a seguir: autonomia: um operador terapêutico; direitos humanos:

²⁰⁰ Atendimento ambulatorial (unidade básica, centro de saúde e ambulatório), atendimento nos NAPS/CAPS e sua função dentro do sistema de saúde, normas para o atendimento hospitalar (hospital dia, serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral) normas para hospitais gerais com leitos psiquiátricos, normas para hospitais psiquiátricos.

como possibilidade de relação com as diferenças e estados alterados-alteráveis: a singularidade das pluralidades.

a) Autonomia: um operador terapêutico

A pós-modernidade ou a contemporaneidade tem nos reservado uma série de mudanças e transformações comportamentais, fica evidente, em todas as áreas do conhecimento, a falência de um modelo e a conseqüente necessidade de se estabelecer novos modelos ou paradigmas. Não cabe, no momento, estabelecer uma análise, pormenorizada, de tais mudanças, no entanto, procurei me ater à reflexão em torno das transformações que se opera em duas importantes dimensões: o entendimento dos trabalhadores de Saúde Mental sobre os modos de atenção; e a percepção do sofredor psíquico e seus familiares sobre esses mesmos modelos.

A noção da loucura não é natural, mas profundamente histórica e cultural. Portanto, cada época irá proferir o discurso que revela seus ideais e expectativas em relação a ela, tendo estes discursos conseqüências constitutivas sobre o sofredor psíquico. Melhor dizendo, a produção e o consumo dos conceitos sobre a loucura, pelo conjunto de trabalhadores, interferem diretamente sobre o modo de atenção dada ao sofredor psíquico.

Mas que discursos são estes? Que práticas tais discursos engendram? Como definir ou especificar a experiência de ser sofredor psíquico e as vicissitudes deste acontecimento na atualidade? Que sentimento o sofredor psíquico desperta em nós trabalhadores de Saúde Mental? Como falar de encontros e desencontros entre trabalhadores de Saúde Mental e sofredor psíquico?

Responder a estas e outras questões não são tarefas fáceis: implica uma reflexão profunda de nossos atos, gestos e palavras. É necessário querer enxergar, como na canção de Caetano Veloso, “o avesso, do avesso, do avesso” de nós mesmos, e, estarmos disponíveis para mergulhar no cotidiano de nossos atos como aponta o discurso-objeto Sobrancelhas:

...Nós profissionais de saúde mental precisamos olhar a história e nos perguntarmos: O que falta e o que sobra na atenção ao sofredor psíquico? Creio que esta oportunidade que estou tendo de ser entrevistada é muito importante para nós trabalhadores de saúde mental porque nos faz pensar e repensar a nossa prática, porque nos coloca novamente nas mãos a

possibilidade de re-escrever a história e marcar os rumos da saúde mental no presente (Sobrancelhas).

...eu tive a oportunidade, como acadêmico de medicina, de entrar naquilo que nós aprendíamos como “certo” na Academia, que eram os conceitos de indicação de internação, de manutenção do paciente internado por meses, semanas, pacientes que ficavam ali (hospital psiquiátrico) vários anos. Não tínhamos uma crítica dentro da Academia à respeito desses conceitos [...] não havia um questionamento a respeito da abordagem do doente mental (Potência).

...eu não consigo pensar a loucura separada a minha vida, do dia a dia. E acho que não consigo mais pensar uma outra forma e atendimento que não seja aquela que a gente está tentando construir, porque eu sinto que este é um processo de transição, que nós não estamos com nada pronto ainda. É preciso que se reflita e se discuta muito ainda [...] O que eu vejo hoje é que nós estamos vivendo todo esse processo de mudança, propondo essa mudança para esse novo olhar, esse novo cuidado para a loucura (Corpo/Alma).

Tendo como **segundo pressuposto** que a loucura precisa ser compreendida como um acontecimento histórico, complexo e subjetivo no qual o indivíduo experimenta a vida em seus limites e a própria vida como estados alterados-alteráveis observa-se nas falas acima que apesar de se visualizarem projetos voltados para a atenção psicossocial do sofredor, ainda não há clareza prático-teórica para a implementação de uma nova práxis, o que implicando na reprodução de práticas do paradigma Asilar.

O grande número de encaminhamentos para a psiquiatria é reflexo da impossibilidade de uma reflexão, de uma escuta mais refinada e a possibilidade de se pensar outras formas de apreensão e relação com o sofrimento psíquico não o vinculando apenas ao isolamento ou mesmo ao tratamento medicamentoso. Trabalhar a subjetividade do sofredor não exclui a possibilidade de se operar transformações significativas na realidade, pelo contrário, considerando-se a história, as singularidades, as identidades, ampliando seus horizontes se constrói novas possibilidades de vida e se caminha para o despertar e fortalecimento da autonomia desse sofredor.

No discurso-objeto abaixo, observa-se que a orientação para o trabalho

oferecida pelo serviço de saúde mental, constitui-se, ainda, em mais uma estratégia de cuidado, pois o trabalho apresenta-se como um mecanismo que retro-alimenta as relações sociais, constrói novas possibilidades de vida, desenvolve a autonomia do sofredor, favorecendo vivências enriquecedoras.

...então nós tínhamos oficinas de culinária, tínhamos o pessoal que fazia reciclagem de papel. Então os pacientes começam a ter uma ocupação, se relacionarem, começam a dispor do tempo e a se sentirem úteis. Porque, na reciclagem de papel eles fazem todo o processo: juntam o papel, batem, preparam até fazer as placas de papel. A partir daí, eles aprendem a pintar, desenhar, fazer cartões, fazer envelopes e, no final, eles vêm o trabalho pronto, acabado e eles se sentem úteis (Hematomas).

...a assistência em saúde mental quer que o sofredor que deseja cuidar de si conte com a presença de um outro que o ajude a constituir-se como sujeito no resgate de sua cidadania e assim, construir uma relação consigo mesmo e com os outros satisfatória [...] o serviço se configura como ator de transformações de vida na comunidade em que está inserido (Sobrancelhas).

A esse respeito cabe destacar Ortega²⁰¹ referindo-se ao cuidado de si em Foucault: O cuidado de si é concebido como o ponto de resistência preferencial e útil contra o poder político, e localiza o objetivo político no fenômeno de novas formas de subjetividade. O indivíduo alcança autonomia mediante as práticas de si e mediante a união da própria transformação com as mudanças sociais e políticas.

...também, porque, me deu a possibilidade de entender como se trabalha em saúde mental; que saúde mental também é uma questão política, administrativa, ideológica [...] não percebem que nós que trabalhamos com essa questão da loucura, temos que ver qual é o modo de vida das pessoas e, que, logicamente, tens que oferecer condições para que essas pessoas busquem uma vida melhor no contexto geral, isto é, familiar, profissional, de lazer, de participação na comunidade onde elas vivem (Espira A Respiração).

Afinal, se a cidadania está ligada à produção e ao trabalho, o sofredor psíquico, impossibilitado, muitas vezes, de exercer um trabalho, não é reconhecido como um cidadão, ou seja, aqueles que possuem direitos e deveres na sociedade. As oficinas protegidas e serviços de atenção à saúde mental devem estimular a formação de

²⁰¹ ORTEGA, F. **Amizade e Estética da Existência em Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1999, p. 153.

cooperativas de trabalho, onde o sofredor possa exercer seu direito ao trabalho. A autonomia está intrinsecamente relacionada com o exercício da cidadania.

Corroborando com essa idéia para Lancetti²⁰²: O cidadão é aquele que possui uma saúde ou um corpo apto para ser incluído na produção. Mas da mesma maneira que o estatuto de cidadão vai-se configurando historicamente ligado aos processos produtivos, o estatuto de louco vai-se constituindo em relação aos processos de anti-produção.

Embora, na atualidade, o não-trabalho já não responde mais ao conceito de perda de cidadania, tendo em vista o grande número de pessoas na categoria de desempregados, não posso negar a importância das várias dimensões que o trabalho ocupa nas nossas vidas sendo um “alimento” necessário a manutenção ou resgate da saúde mental de cada indivíduo.

O cuidado como promotor de autonomia é um cuidado permeado por um olhar que considera o sujeito-sofredor como cidadão com perspectiva de reinserção psicossocial.

...a gente consegue promover, mesmo com aqueles que estão muito debilitados na sua autonomia, a gente consegue promover e reverter esse quadro e eles conseguem retornar a vida. Viver novamente no social, no dia a dia (Corpo/Alma).

...Então eu acho que o princípio fundamental é poder ouvir, poder respeitar e entrar nessa lógica. Porque o que acontece em respeitar o plano terapêutico. O que é o Plano Terapêutico? O que eu quero para mim, o que eu quero para a minha vida. Bom eu quero uma casinha, eu quero morar sozinho, eu quero voltar para a minha família. Olhando o que a gente tem, como é que a gente vai construir em cima disso. [...]. Porque assim o que a gente tem entranhado em nós?_Nossos valores, os nossos conceitos e com isso, muitas vezes, a gente quer colocar neles. Então o que é bom para nós, também é bom para ti. E não é verdade (Espira A Respiração).

Uma das alternativas para a reinserção psicossocial do sofredor é a vivência do trabalho. Na Reforma Psiquiátrica Italiana, como assinala Rotelli²⁰³, o sofredor psíquico através da experiência em cooperativas de trabalho protegidas entra em

²⁰² LANCETTI, A. A Modo de Posfácio. In: MARSIGLIA, R. et al. **Saúde Mental e Cidadania**. 2ed. São Paulo: Mandacarú, 1990, p. 87.

²⁰³ ROTELLI, F. Superando o Manicômio- o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 157.

contato com situações de inclusão social e cidadania. Essa experiência na Itália contou com os trabalhadores de saúde mental pagos pela administração pública e, utilizou todo e qualquer espaço físico e outras contribuições do poder público para fomentar o que chamamos de cooperativas de trabalho. Ainda, para o autor, cooperativa é uma forma de associação qualquer, que busca trabalhar sobre a qualidade: a qualidade do ambiente e trabalho; a qualidade do produto; a qualidade da atmosfera entre as pessoas e a colocação do produto no mercado.

Outro exemplo de cooperativa de trabalho protegida é a iniciativa do grupo japonês Sumirekai, na ilha de Hokkaido em 1970, expandindo-se mais tarde para uma cooperativa de oficinas que processam papel, refeições e cozinhas em trens como assinala Vasconcelos²⁰⁴.

As várias experiências de reorganização dos serviços de saúde mental, de acordo com a Lei 10.216, necessitam dar respostas palpáveis, como as citadas acima, às necessidades do sofredor. A rede de saúde vem investindo, em novas modalidades e, em cada uma delas, devem ser definidas diretrizes que apontem a autonomia do sofredor como parâmetro para a sua recuperação. É importante destacar que, ao longo desses anos, alguns serviços, consolidaram-se como referência para as ações de saúde mental. Estes serviços estabelecem estratégias que possibilitam, ao trabalhador de saúde mental, a mudança de postura diante do sofredor. Os trabalhadores tornam-se mais flexíveis na realização de ações terapêuticas e, o próprio trabalho se vai tecendo à medida que acontece.

...A resposta ao sofrimento psíquico que se quer é a emancipação do “doente mental”, bem como, a de todos nós trabalhadores de saúde (Sobrancelhas).

...O serviço de saúde mental foi se constituindo e construindo os momentos dentro da comunidade. Foi através de uma fala na associação de moradores do bairro, que nasceu a equipe de saúde mental e o trabalho na comunidade (Espira A Respiração).

Mudanças de concepções não acontecem do dia para noite e, o ponto de partida, somos todos nós, trabalhadores, usuários e familiares. É preciso uma compreensão

²⁰⁴ VASCONCELOS, M.E. **O poder que brota da dor e da opressão; empowerment, sua historia, teorias e estratégias.** São Paulo: Paulus. 2003, p. 288.

diferenciada sobre as novas ações em saúde mental. A nova lógica proposta pela Política de Saúde Mental; a integração de alguns projetos unindo as ações de saúde e saúde mental; a criação de espaços férteis na conquista da reabilitação em saúde mental e a qualidade na troca de informações entre os trabalhadores de saúde mental são pontos chaves para o avanço e consolidação desse novo modelo.

Há uma tensão permanente vivida pelo trabalhador de saúde mental: por um lado, ele está convocado para administrar a situação de opróbrio dos usuários, a ortopedizar suas vidas e a acionar e justificar as instituições que os confinam total ou parcialmente; por outro lado, também o trabalhador de saúde mental é muitas vezes insistente na luta pelas vidas e destinos singulares. Nesse sentido, a luta pela emancipação do doente mental está diretamente associada à luta pela emancipação do trabalhador de saúde mental (LANCETTI, 1990:92).

O desafio proposto no discurso-objeto, a seguir, reflete a necessidade de uma integração entre: os princípios oriundos da mobilização social em prol da emancipação do sofredor e, as portarias, normas e leis que emanam do poder público.

...o nosso grande desafio é associar, juntar, de maneira produtiva e em benefício do paciente um movimento que têm um caráter libertário, que têm um caráter de afirmação da autonomia do sujeito e da sua inclusão social como sujeito político, da afirmação da sua diferença, da riqueza de seu mundo subjetivo, etc [...] uma clínica antimanicomial digamos assim. Ela tem que ser, necessariamente, uma clínica vinculada, com uma certa radicalidade, à noção de direitos humanos. Então, ela tem que ser produtora de direitos humanos; ela tem que ser promotora da autonomia do sujeito, da inclusão social e colocar em questão, permanentemente, o tema dos direitos humanos [...] Uma outra característica, que eu acho que está na ética dessa clínica, diz respeito à autonomia. Acho que a autonomia é uma palavra chave. Ela deve produzir nas pessoas uma espécie de ancora de suporte. Utilizando a linguagem figurada do candomblé a gente chamaria de cavalo para que aquela pessoa possa de fato procurar o espaço que ela tem na vida diária, no cotidiano e numa sociedade que é uma sociedade estruturalmente produtora de exclusão. Então, a produção de autonomia, a autonomia por si, terá dois componentes. Ela tem tanto um componente da promoção do sujeito como ela tem, também, um componente da responsabilização, então, por exemplo, há uma semana atrás eu estive discutindo com um grupo de um serviço a situação de uma paciente que tem um comportamento extremamente agressivo com os técnicos e com outros pacientes, é uma situação semelhante ao que aconteceu na experiência de Santos, essa paciente estava sendo responsabilizada pela equipe pelo seu comportamento de agressão (Espinha Dorsal).

Uma das formas de produção da autonomia se dá através do reconhecimento,

por parte da sociedade, dos direitos humanos. Entre eles: o direito ao trabalho, o direito a receber um pagamento justo, por exemplo. O respeito a esses direitos reforçam e fortalecem o sentimento de autonomia por parte do cidadão. No discurso-objeto (Corpo/Alma) “viver no social” traz o significado de retorno à vida. A (re)inserção social do sofredor psíquico que se produz através de qualquer atividade laboral, implica no desenvolvimento de algumas dimensões como: a dimensão física, a psicológica, a social, a econômica fazendo com que esse sofredor sinta-se participe da comunidade e, portanto, melhore a sua capacidade de responsabilidade, de relações sociais e compromisso com os outros que desenvolvem uma mesma atividade. A agressão do sofredor para com a equipe de saúde apontada no discurso-objeto Espinha Dorsal denotam variáveis que estavam operando contra a reabilitação daquele sofredor.

De acordo com Saraceno²⁰⁵: *A construção da plena cidadania, ponto fundamental da reabilitação psicossocial, depende de variáveis que operam contra ou operam a favor da contratualidade em casa, no trabalho e na rede social. Tudo o que está contra isso, está contra a reabilitação.*

Faz parte do processo de reabilitação o fato dele (sofredor) tornar-se responsável por seus atos o que implicaria uma maior capacidade de discriminar entre as condições prescritas pela sociedade e assumir o compromisso de intervir como ator e autor do processo do trabalho. O sofredor ao sentir-se participante de um processo de trabalho tende a responsabilizar-se pelo mesmo; essa participação lhe proporciona uma consciência mais ampla de si mesmo e dos meios de produção o que possibilitará o desenvolvimento da sua liberdade de opção, diante, não só, do contexto do trabalho, mas, da própria vida. O trabalho além de ser importante no destino individual também é importante como fator de equilíbrio psicológico e de integração social.

Ainda, para Saraceno²⁰⁶ o processo de reabilitação é percebido como um processo de cidadania, isto é: *um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social.*

²⁰⁵ SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.17.

²⁰⁶ Idem, p. 16

Aliado, ao conceito de reconstrução de cidadania aparece o conceito de autonomia como um operador terapêutico. Para Kinoshita²⁰⁷ autonomia significa: *capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrenta.*

A imagem de dependência e heteronímia adjudicada ao sofredor psíquico pelo imaginário social ocasiona nesse mesmo sujeito um estado de exaustão que inviabiliza *à priori* qualquer possibilidade de um estado de autonomia. Por outro lado, uma estratégia para promover a mudança, no imaginário social, desta visão será, sem dúvida, a ampliação de fatores de não-dependência ao se reconhecer nele um sujeito de direitos, como por exemplo: a sua participação efetiva na própria elaboração do plano terapêutico, propondo, concordando e negociando os passos a serem seguidos no tratamento.

...A paciente queria manter a medicação dela amamentando e ele dizia que não, que ela não poderia manter a medicação, que ele era o médico, que ele sabia o que era melhor para ela e ela dizia: Mas eu sei o que é melhor para mim. E, aí, o que nós dizíamos para ela: Tu sabes o que é melhor para ti, realmente. Então, a gente vai te ajudar nisso, assim, tu sabes o que é melhor para ti e tu vais te sentir segura. Aí, fizemos todo um outro viés, um outro caminho, medindo custo-benefício para ela e para o bebê para que ela ficasse bem e hoje ela está bem. Então, é assim: é poder respeitar isso. É claro que isso é polêmico Raul, porque tem aí uma desconstrução de poder. Tu devolves para o usuário o poder de decisão. Tu devolves para ele o poder de decisão sobre a sua vida, sobre sua medicação, sobre o seu tratamento. E isso é polêmico [...] Então, eu acho que cuidar, tratar, fazer planos terapêuticos, o usuário tem que estar envolvido diretamente, ele é a figura central. O que a gente tem procurado é fazer isso, o nosso olhar está direcionado (Corpo/Alma).

Essa idéia, apesar de nos parecer contraditória é apontada, ainda, por Kinoshita²⁰⁸:

Assim no se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes, somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas podemos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida.

²⁰⁷ KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (org) **Reabilitação Psicossocial no Brasil** São Paulo: Hucitec, 1996, p. 57.

²⁰⁸ KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (org) **Reabilitação Psicossocial no Brasil** São Paulo: Hucitec, 1996. p. 57.

Respeitar no sofredor o direito de decidir sobre o que é melhor para sua vida deve ser um dos cuidados ao formular-se o Plano Terapêutico. Esse Plano não pode transformar-se numa ação hegemônica, mas, sim, em uma construção entre os dois autores desse processo. Claro que cabe, sempre, ao trabalhador de saúde mental orientar sobre qual a melhor conduta, quais serão os riscos inerentes a cada uma das opções apresentadas, mas, a palavra final deve ser do sofredor. Ou como refere Mariotti²⁰⁹ no prefácio do livro “A Árvore do Conhecimento” (...) *se a vida é um processo de conhecimento, os seres vivos constroem esse conhecimento não a partir de uma atitude passiva e sim pela interação. Aprendem vivendo e vivem aprendendo.*

Reforçando essa mesma idéia Kinoshita²¹⁰ nos fala sobre a função dos trabalhadores de saúde mental que é a de emprestar poder contratual ao sofredor, ou reconhecer o poder de relação entre eles: *Emprestar poder contratual aos pacientes, até que estes recuperem algum grau de autonomia. Este “empréstimo” dá-se através de inúmeras mediações que um profissional pode desenvolver em função de projetos conjuntos com os pacientes.*

...Eu trabalhava numa multinacional, era um executivo que pensava só em ganhar dinheiro e cheguei até a ganhar. Mas depois que meu filho adoeceu, eu abandonei tudo, fiz uma piscina no quintal de uma casa que eu morava e fiquei lá muito anos. Vivendo daquilo que eu fazia e dando atenção para o meu filho, depois ele foi se tratar no serviço aberto, ele, ainda, estava internado, saiu do serviço aberto, hoje ele nem frequenta mais o CAPS, ele tem uma vida relativamente autônoma e, enfim, nós vivemos juntos (No peito traz).

...Não percebem que nós que trabalhamos, com essa questão da loucura, temos que ver qual o modo de vida das pessoas e, que, logicamente, tens que oferecer condições para que essas pessoas busquem uma vida melhor no contexto geral, isto é, familiar, profissional, de lazer, de participação na comunidade onde ela vive. É muito mais amplo que medicar ou que fazer uma psicoterapia para que essa pessoa fique mais tranqüila (Potência).

... Uma abordagem antimanicomial não quer dizer somente da transferência dos “doentes” de um espaço fechado para outro espaço, agora aberto. Quer, sim, nos levar a um questionamento total e ideologicamente perfeito da assistência em saúde mental e do reconhecimento de sua coisificação histórica. Durante anos ninguém falou da assistência em saúde mental, essa

²⁰⁹ MARIOTTI, H. Prefácio. In: MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. **A Árvore do Conhecimento. As Bases Biológicas da Compreensão Humana.** São Paulo: Palas Athena. 3ed. 2003, p. 12

²¹⁰ KINOSHITA, R.T. Em Busca da Cidadania: desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. In: CAMPOS, B. C. F.; HENRIQUES, P. M. C. (org) **Contra a Maré À Beira-Mar: A experiência do SUS em Santos.** São Paulo: Página Aberta, 1996, p. 46-47.

assistência permaneceu inexplicavelmente misturada às outras formas de assistência, confundidas num nebuloso “resíduo” fechado. Hoje, a assistência assume uma função especial, específica e, portanto, necessita ser mapeada (Sobrancelhas).

...Eu acho que saúde mental é “um no outro”, a gente não consegue trabalhar sem esse “um no outro” [...] Em uma palavra, é ver o outro como cidadão igual a ti, que está aí para buscar ajuda, mas dentro de todo um contexto (Espira A Respiração).

No trabalho de saúde mental o sofredor psíquico necessita de uma abordagem que esteja atenta às várias dimensões da vida humana. O cotidiano da vida passa a fazer parte do trabalho terapêutico. A atenção em saúde mental é mais que medicar ou fazer psicoterapia é participar junto com o outro (sofredor) da relação, na construção de uma vida com inserção social. Concordando com Maturana e Varela²¹¹ quando referem: *“os seres vivos são autônomos, isto é, autoprodutores- capazes de produzir seus próprios componentes ao interagir com o meio: vivem no conhecimento e conhecem no viver.”*

...Eu acho que o conhecimento é muito importante, não só das tuas leituras mas também de tua prática, de tua experiência. Uma coisa que é importante é estabelecer com essa pessoa o contrato, que é o que ela deseja, que rumos ela quer tomar, se ela quer se cuidar, eu acho isso fundamental, o contrato. O importante é construir o plano terapêutico junto com ela (Espira A Respiração).

No discurso objeto (Espira A Respiração) observa-se que na autonomia existe certo grau de heteronomia. Somente ao considerarmos os seres humanos isoladamente podemos imaginá-los como seres autônomos. É na relação que se estabelece entre o sofredor e o trabalhador de saúde mental que podemos observar, utilizando a metáfora: “uma via de mão dupla” que autonomia e heteronomia se alternam no Encontro Terapêutico.

Novamente, citando Maturana e Varela²¹² (...) *autonomia e dependência deixam de ser opostos inconciliáveis: uma complementa a outra.*

²¹¹ MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. **A Árvore do Conhecimento. As Bases Biológicas da Compreensão Humana.** São Paulo: Palas Athena. 3ed. 2003, p 14

²¹² idem, p. 14

Nessa relação de autonomia versus heteronomia o contrato de cuidado, ao ser estabelecido com o sofredor, deve priorizar a história de vida, a cultura e as particularidades de cada sujeito, assim como, suas inter-relações na sociedade, reconhecendo que cada sujeito tem um conhecimento pessoal sobre seus limites e potencialidades o que permite construir um plano terapêutico compartilhado a partir de uma ética humanista. Esta ética reconhece em cada sofredor a capacidade de crítica e escolha da modalidade de atenção adequada as suas reais necessidades como nos é apresentado no entendimento No Peito Traz:

...Eu acho que a formação é prioritária, ela dá a base, ela mostra o caminho mas se a pessoa não tiver essa sensibilidade, essa coisa humanística, essa relação apaixonada de compaixão, é difícil, porque se não ele vai bater na barreira das várias linhas terapêuticas e aí me parece que fica uma coisa pobre [...]Eu acho que quando se cuida você tem que pensar no sujeito como ser humano e não como um prontuário, como uma ficha, como uma ficha arquivada, um diagnóstico (No Peito Traz).

...Eu acho que o princípio fundamental é o respeito. Sabe, o respeito pelo outro, pelo sofrimento do outro. Porque a gente transformar a idéia da loucura em sofrimento é fundamental, porque é um sofrimento. Eu digo respeito em todos os sentidos, porque ele é uma pessoa, ele é um ser humano que está ali e está com suas necessidades e suas demandas (Corpo/Alma).

As diferentes falas apontam para uma mesma questão que é prioritária, ou seja, o vínculo terapêutico. Vínculo entendido como a humanização da relação entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor. É nessa relação humanizada, dialógica que se estabelece a possibilidade de reconhecimento do outro (sofredor) como ser autônomo, o que possibilita uma abordagem do indivíduo como um todo, vendo seus aspectos sócio-econômico-cultural no contexto em que está inserido. A humanização na relação terapêutica, assim como, é assinalada nos diferentes discursos provêm da sensibilidade do cuidador. Esta sensibilidade vem permitir um fluxo de paixão e compaixão pelo sofredor e reconhece que a loucura é acompanhada de um grau de sofrimento mental.

...Então, o paciente não existia como ser humano. Depois de tantas manifestações, tanta luta do Movimento Antimanicomial para acabar com esse tipo de tratamento, para ver o paciente como uma pessoa, como um ser humano, né (Garganta Grita).

...Primeiro, tu precisas agir como ser humano ao pé da letra, ser humano,

então quer dizer, tu tens que ter carinho pelo outro, tu tens que tratar o outro como tu gostarias de ser tratado (No Peito Traz).

...Então, eu acho que nós temos que, não só, nos preocuparmos com a cura do sintoma mas, com a cura dessa sociedade, dessa comunidade que aprendeu, infelizmente pelas nossas mãos, as dos técnicos, a não aceitar o doente mental, o portador de sofrimento psíquico como um membro dessa comunidade, como semelhante (Potência).

A necessidade de uma mudança radical na relação entre sofredor psíquico e sociedade, apontada nas falas acima, requer um conjunto de medidas que envolvam os diferentes níveis de governo e as várias organizações sociais. A transformação na forma de cuidar as pessoas com sofrimento psíquico; a criação de novos espaços de tratamento e o incremento das condições para a inserção no trabalho e na cultura é a base essencial para uma clínica do cotidiano. O horizonte dessas transformações passa pelo cumprimento da Lei 10.216, mas, também, pela conscientização de que todas as pessoas são cidadãs, têm direito à saúde, a morar, a trabalhar, não podendo ser excluídas do social e estigmatizadas pelo fato de serem portadoras de sofrimento psíquico.

Sobre esta questão Lancetti²¹³ questiona-se: *tratar-se-ia de substituir a utopia despótica, que consiste em transformar a loucura em doença mental, numa doce captura do diferente, com o argumento democrático de que todos somos cidadãos?* Nessa mesma direção, se encontra o posicionamento teórico de Pelbart²¹⁴:

Trata-se enfim de um pensamento que não transforma a Força em acúmulo, mas em Diferença e Intensidade. Isso tudo implica, naturalmente, inventar uma nova relação entre corpo e linguagem, entre subjetividade e a exterioridade, entre os devires e o social, entre o humano e o inumano, entre a percepção e o invisível, entre o desejo e o pensar.

Corroborando, nesta idéia, Kinoshita (1990) aponta para a necessidade de se transformar os modos de “tratar” o sofredor como possibilidade de transformação do

²¹³ LANCETTI, A. Loucura Metódica. In: LANCETTI, A. (org) **SaúdeLoucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 140.

²¹⁴ PELBART, P. P. Manicômio Mental- A outra Face da Loucura In: LANCETTI, A. (org) **SaúdeLoucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 136.

sofrimento: *...a terapia não é a perseguição eterna atrás de uma solução/cura, mas um conjunto complexo, também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatizadas, que dizem respeito ao problema em questão, através de um processo crítico sobre os modos de ser da própria ação terapêutica*²¹⁵.

...Eu acho que a saúde mental é uma coisa muito contraditória, paradoxal. Eu cresci como pessoa. O que foi para mim uma tragédia, o que é uma tragédia para muitas pessoas, foi no início para mim e, depois, eu comecei a crescer como pessoa. A doença mental do meu filho me transformou numa outra pessoa. Eu sinto que hoje eu tenho um valor que eu não tinha antes. Por que eu aprendi a ser mais humilde, mais compreensivo, me relacionar melhor com as pessoas, entender o meu semelhante. Eu fico falando assim, fica quase que um discurso meio místico-religioso mas foi isso mesmo que aconteceu. Eu descobri uma outra, um outro sentido na minha vida. Um sentido de solidariedade, no sentido do amor ao meu semelhante e da compaixão (No Peito Traz).

...Por um tempo, eu tive a psicóloga, como um trabalho individual. Depois eu passei para o trabalho de grupo, que era onde o pessoal acabava falando mais, conversando e depois que a pessoa estava bem, mesmo assim, acabava permanecendo no grupo para incentivar o pessoal que estava entrando no grupo. Só o fato de tu estares, ali do lado (no grupo) e ele estar vendo que tu estas ali e que tu estás solidário com ele, eu acho que já ajuda e muito, para que essa pessoa saia desse momento de crise que ela está vivendo (Garganta Grita).

A estratégia apontada no discurso-objeto (Garganta Grita) traduz o sentimento de solidariedade entre as pessoas. O grupo terapêutico ou de trabalho como é referido na fala, traz uma outra forma de organização. Mesmo aquele sofredor que já está “apto” a deixar o grupo, permanece solidário, por mais algum tempo, com aquele que ingressa e, que, portanto, apresenta maior dificuldade de visualizar a possibilidade de recuperação e inserção social.

...Em uma palavra, é ver o outro como cidadão igual a ti, que está aí para buscar ajuda, mas dentro de todo um contexto. Aceitando-o como ele chega, como ele é. E não querer, apenas resolver o seu conflito. Alguns tipos de serviço estão mais preocupados em resolver o conflito, aquilo que está mobilizando mais a pessoa naquele momento e deu. Não percebem que nós que trabalhamos com essa questão da loucura, temos que ver qual o modo de vida das pessoas, ou seja, seu trabalho, lazer, moradia e oferecer condições para uma maior participação social (Espira A Respiração).

...Escolho simultaneamente como ponto de referência e essência, ou melhor,

²¹⁵ KINOSHITA, R. T. Uma Experiência Pioneira: A Reforma Psiquiátrica Italiana. In: MARSIGLIA, R. G. et all. **Saúde Mental e Cidadania**. 2 ed. São Paulo: Mandacarú, 1990, p. 79.

como centro do combate, focalizar alguns aspectos da abordagem antimanicomial que colaboraram decisivamente, a meu ver, para a solidificação de um modo de viver, pensar e agir na atenção em saúde mental: não exclusão e respeito ao sofredor. Esse modo de viver, pensar e agir aliado as inovações trazidas pelo trabalho pioneiro de alguns mestres desenharam a imagem do cuidado em saúde mental, ou seja, abandono do esquadrinhamento da vida do sofredor em prol da valorização do desejo e do pensamento do sofredor (respeito e a valorização dos ensinamentos e experiências passadas do sofredor); abandono da noção do que é normal e do que é patológico no sofredor em prol de uma atenção ao problema na relação saúde/doença do sofredor (Sobrancelhas)

Fica claro, no discurso-objeto acima, que as pessoas com sofrimento psíquico devem gozar de todos os direitos de cidadania (saúde, educação, assistência social, acesso ao trabalho, liberdade de ir e vir) e que o serviço de atenção à saúde mental é espaço de vida e de reinserção psicossocial para o usuário do sistema público de saúde. Aliado a isto, percebo que as formas de organização político-econômica do Estado encontram-se em relação de imanência com os modos de produção dos sujeitos e de suas práticas nos diferentes territórios sociais, como, por exemplo, o campo da saúde. No discurso-objeto abaixo Espira a Respiração denota-se que a atenção à Saúde Mental, uma vez incorporada no serviço local de saúde, é viável e responde às necessidades da população. A facilidade de acesso e participação na própria construção cotidiana do serviço é um fator importante na repercussão e credibilidade do atendimento.

...Começamos assim, trabalhando com o pessoal das artes, buscamos estagiários de arte, era um trabalho que realizávamos todas as tardes. Inicialmente, o local começou a constituir-se como um centro de convivência. Mais tarde, a nossa participação no Conselho Municipal de Saúde, a participação junto à Câmara de Vereadores conjuntamente com os usuários do local permitiu que houvesse a inserção do usuário junto as políticas públicas, o que veio possibilitar a consolidação do serviço. Hoje, a gente percebe que, esses usuários, companheiros que começaram conosco à construir o serviço, eles tem uma visão, um modo de lidar, com suas dificuldades, tanto de conseguir trabalho, conseguir medicação, bem diferente, mais madura, daqueles que chegam no serviço pronto e que recebem tudo pronto, também. O fato desses usuários terem acompanhado a luta de construção do serviço demonstra um amadurecimento e um exercício de cidadania maior que os outros (Espira A Respiração).

No discurso-objeto Espira A Respiração denota-se a ênfase que é dada à participação do sofredor psíquico na construção das políticas públicas em saúde mental. O município, em questão, passa a contar com um primeiro serviço e o sofredor que participou e viveu dessa experiência transforma-se através da ação produzida. Portanto, a compreensão do discurso assiná-la que uma Clínica do Quotidiano pode reforçar, no sofredor psíquico, ações de participação coletiva geradoras de cidadania.

...Você tem que abrir espaço numa sociedade excludente para que aquelas pessoas que são mais frágeis encontrem um lugar para e como viver. Então, na verdade a própria organização de associações de pacientes e associações de familiares são investimentos no campo de produção de autonomia e da cidadania possível. Essas expressões nos utilizamos muito, o campo da saúde mental utiliza muito, a cidadania construída no dia a dia é a autonomia possível de todos esses pacientes, essa é a idéia que eu tenho dessa clínica antimanicomial (Espinha Dorsal).

A experiência histórica contada acima sugere que a igualdade perante a lei foi uma conquista essencial do grupo de sofredores para a consolidação do serviço alternativo de saúde mental. A garantia de um serviço de saúde mental só foi conquistada pela participação ativa de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental perante o poder público municipal. Historicamente, sabemos que até o aparecimento do Estado Liberal de Direito, isto é, um Estado regido por uma Constituição, havia o privilégio dado a alguns grupos que se encontravam acima das leis. O princípio da igualdade perante a lei inaugura e define um novo ciclo histórico.

Este aspecto tem reflexos ainda na própria visão e análise que se faz do processo saúde/doença mental do sofredor psíquico: A situação psicoterápica transcende a dicotomia normal/patológico e é construída *pari passu* na relação e será neste “encontro” com o sofredor como um “ser” e não como um “corpo doente” que teremos o esboço do diagnóstico, precário por natureza, mas pondo em evidência o que é mais refinado em seu psiquismo.

... A questão dessa paciente (agressividade) estava sendo discutida com as forças policiais daquela comunidade, a equipe estava tremendamente angustiada com esta questão mas, na conversa, que nós tivemos eu disse que se o caminho é sempre o da responsabilização o fato é que ela pode estar sendo responsabilizada e não estar sendo considerada ininputável, isto é, irresponsável. Entretanto, aquela iniciativa caminhava no sentido da

responsabilização, portanto da produção da autonomia, dos direitos e deveres do cidadão (Espinha Dorsal).

A discussão que se estabelece no discurso-objeto acima faz referência a contradição existente entre a responsabilização e a inimputabilidade do sofredor. O pleno exercício da cidadania do sofredor psíquico implicará a necessidade de uma revisão da legislação nos aspectos da incapacidade civil e da periculosidade como elemento próprio da loucura.

Estes aspectos são lembrados por Castel²¹⁶ na referência ao personagem do “alienista” como um especialista do perigo. Historicamente como um encarregado de um perigo para o corpo social: (...) *ele se postou como o sentinela de uma ordem que é a da sociedade em seu conjunto*. Também Kinoshita²¹⁷ ao lembrar a questão da periculosidade do louco traz como referência Castel: *...a eliminação do estatuto de periculosidade social do doente mental vai produzir uma fratura conceitual na base constitutiva da própria psiquiatria, ou seja, desvela a “contradição psiquiátrica”. Contradição que Robert Castel descreve, esquematicamente, “entre uma finalidade terapêutica altamente proclamada e certas funções político-administrativas de controle social”*.

...O diferencial do cuidado para não ser simplesmente um cuidado assistencial ou um cuidado geral é que este cuidado deve permitir ao outro se cuidar e fazer parte de uma cidadania, a inclusão do sofredor para isso é cada vez mais importante [...] Então, o que nessa nova forma de cuidar que nos foi proposta e que a gente luta por mantê-la, é a de colocar a disposição de todos os usuários o direito às políticas sociais, de conscientizá-los para o direito a moradia, direito ao trabalho, direito ao benefício da previdência, de resgate de cidadania dessas pessoas, que possam ser tiradas da pobreza que lhe é imposta, pelo menos para a grande maioria dos doentes mentais, no Brasil. Somente perdem direitos os doentes mentais, eles os perdem no momento da primeira crise que apresenta (Potência).

...Temos algumas referências sobre o cuidado, é claro: referências éticas como norte; o conhecimento ou (re)conhecimento sobre o sofredor encaixado, num contexto que congregue qualidades, propriedades, cultura, regras, leis; um cuidado que tenha premissas centradas no envolvimento

²¹⁶ CASTEL, R. apud FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos I Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicoanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999, p. 295.

²¹⁷ KINOSHITA, T. R. Uma Experiência Pioneira: A Reforma Psiquiátrica Italiana In: MARSIGLIA, R. et al **Saúde Mental e Cidadania**. 2ed. São Paulo: Mandacarú, 1990, p. 69.

familiar e social, no processo de reabilitação psicossocial do sofredor; um modo de se relacionar que dê conta da complexidade das relações entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor e, finalmente, um cuidado que proponha o resgate, ou melhor dito, a (re)construção de cidadania do sofredor (Sobrancelhas).

A função do trabalhador de saúde mental, nessa outra abordagem de cuidado implica, sim, na conscientização do sofredor para a participação e o conhecimento dos seus direitos às políticas sociais como forma de emancipá-lo. Tais idéias foram observadas no Fórum Nacional denominado “Como anda a Reforma Psiquiátrica Brasileira? Avaliação, Perspectivas e Realidades”. Este Fórum foi realizado em Brasília no ano de 2000 e promovido pelo Conselho Federal de Psicologia. Entre as várias recomendações do Fórum, aos participantes do Encontro, duas delas dizem respeito ao controle social: 1- Capacitar usuários e familiares para uma participação efetiva nos conselhos de saúde e outras instâncias de controle social; 2- promover debates com os candidatos à prefeituras e vereadores sobre suas propostas para a área da saúde em geral e, especialmente da saúde mental, exemplo disso, se observa no discurso-objeto abaixo:

...Com toda essa terapia de grupo, com esse carinho todo recebido pelos profissionais, digamos da área, eu acabei voltando a escrever num Encontro que houve da Luta Antimanicomial, em Porto Alegre, acabei voltando a escrever um poema dirigido ao pessoal com problemas e resultou que deste poema eu terminei escrevendo outro e desse outro, outro e mais outro e, atualmente, eu sou líder de um grupo de poetas [...] Algumas pessoas, tinham pessoas com problemas sérios, que hoje eu soube que tem uma que é presidente de partido, né. Tem gente que virou professora, tem várias pessoas daquele grupo que ao invés de terem ido para o hospital e lá permanecer ficaram nas suas casas, permaneceram participando das oficinas, da terapia de grupo. Essas pessoas hoje são professoras, profissionais competentes na sua área. Ontem mesmo, encontrei com uma pessoa que freqüentava o grupo de terapia que está encantada, fez magistério, está dando aula, as crianças adoram. Então, todas as pessoas que passam e passaram acabaram, hoje, dando uma alegria muito grande, ao pessoal que lutou e que continua lutando por isso e que auxiliou nesse tratamento para que hoje elas fossem os profissionais competentes que são. Eu fiz bolo, me encorajei porque eu tinha uma vida muito deprimida. Hoje eu faço bolo, faço salgadinho para fora, lido com um monte de gente, quer dizer, na escola acabei lidando com as crianças. Eu adoro as crianças. Acabei integrando-me de tal maneira que virei presidente do C.P.M. da escola. Então, estou sempre agitando. Essa, eu acho que é a diferença básica. Com certeza, se esse pessoal todo que teve esse tratamento diferenciado, tivesse ido para o hospital psiquiátrico, nos tempos antigos, com o tratamento antigo, acho que

com certeza, estariam ainda encerrados dentro de um quarto com problemas sérios (Garganta Grita).

A (re)inserção social anunciada no discurso-objeto acima está intimamente ligada a busca de um maior crescimento pessoal do sofredor; do aumento de sua auto-estima a partir do reconhecimento pessoal de suas potencialidades e limites. Estes aspectos são “os nortes” para a construção de uma clínica produtora de cidadania. É importante colocar-se em discussão cada um desses aspectos. A multiplicidade de trocas afetivas/sociais se favorecidas nos serviços alternativos permite o reconhecimento pessoal dos limites e potencialidades de cada sofredor e atua diretamente na promoção da auto-estima; estimula a sensibilidade para com a natureza e promove a solidariedade nas relações sociais.

...Os serviços de atenção à saúde mental constituem uma expressão do movimento social que recusa toda e qualquer forma de violência e exclusão para com o sofredor psíquico. Apesar disso, já foi possível observar, nos novos serviços, que o diagnóstico pode ser médico, mas o tratamento não o é. O cuidado nos novos serviços deixa de ser uma resposta técnica as condições de vida do sofredor e passa a traduzir o compromisso de prejudicar, o menos possível, as oportunidades de vida daquela pessoa. Se levarmos a sério o sofredor, se considerarmos que o sofredor deve ser encarado como alguém que possui dignidade e a quem devemos respeito, nossas atitudes com relação ao sujeito serão muito diferentes (Sobrancelhas).

Os aspectos apresentados no discurso-objeto acima nos levam a considerar a fala de Bertolote²¹⁸ ao referir-se na Organização Mundial da Saúde (OMS) em Genebra sobre sua prática atual à frente ao trabalho de Reabilitação Psicossocial: *Nós entendemos que Reabilitação Psicossocial é fundamentalmente um processo de remoção de barreiras. De barreiras que impedem a plena integração de um indivíduo na sua comunidade e de barreiras que impedem o pleno exercício de seus direitos, da sua cidadania.*

A rede social proposta nos discursos com respeito ao modelo de tratamento,

²¹⁸ BERTOLOTE, J. M. Em Busca de uma Identidade para a Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 156.

passa pela eliminação de barreiras e pelo favorecimento à manutenção dos vínculos do sofredor com a família, com o trabalho e com a própria sociedade; pelo fortalecimento de laços de solidariedade. Os serviços de atenção à saúde mental devem, portanto, estar atentos às condições de favorecimento dos vínculos familiares, como já foi dito acima, como princípio da qualidade da atenção prestada. Também, é necessário levar em conta o conhecimento sócio-histórico da população onde o serviço está inserido para um pleno conhecimento da clientela e planejamento das ações em Saúde Mental.

Este aspecto é realçado por Rotelli²¹⁹ quando fala sobre a necessidade do auxílio permanente à família e do trabalho constante sobre a relação entre as pessoas mais que sobre o indivíduo:

Numa sociedade de capitalismo avançado, é necessário que existam serviços que ajudem a família; que ajudem as famílias a encontrarem uma dinâmica diferente, não destrutiva; que ajudem as famílias a não incorporarem o desvalor da doença, que ajudem as famílias a entenderem que a adversidade não deve se tornar um momento de destruição de algum membro da família.

A família como aliada da equipe de saúde mental no cuidado ao sofredor tem em Cohen²²⁰ seu defensor: a maneira como uma sociedade trata seus “doentes” diz muito dela mesma. Na medida em que os assume, confia na sua recuperação e se compromete com sua (re)inserção dentro do corpo social, essa sociedade se revela como mais forte, mais livre e mais rica em suas potencialidades.

b)Direitos Humanos como Possibilidade de Relação com as Diferenças

O desenvolvimento de uma cultura de promoção dos direitos humanos nos serviços de atenção a saúde mental é um patamar ético que deve mediar todas as relações que se estabelecem no interior do mesmo. É preciso que o trabalhador de saúde mental fomente, permanentemente, cidadanias ativas e processuais, articuladas à luta pelos direitos humanos em todas as instâncias institucionais que regulam a atenção em saúde mental, como forma de reduzir as desigualdades, a opressão e o

²¹⁹ ROTELLI, F. Superando o manicômio- o circuito psiquiátrico de Trieste In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**: Rio de Janeiro: Fio o Cruz, 1994, p. 154.

²²⁰ COHEN, H.; NATELLA, G. **Trabajar en Salud Mental: La Desmanicomialización en Rio Negro**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1995, p. 46.

assistencialismo e garantir os direitos sociais do sofredor. O direito à educação, à saúde, ao trabalho e ao lazer é o requisito necessário ao pleno exercício dos direitos civis e políticos do cidadão.

Lembrando Foucault²²¹ para não cairmos nas armadilhas do próprio Estado no que diz respeito ao poder: Se é verdade que a lei universal é igualitária com que se sonhava no século XVIII serviu de instrumento a uma sociedade de desigualdade e exploração, nós caminhamos, com largas passadas, para uma sociedade extra-jurídica na qual a lei terá por papel autorizar intervenções coercitivas e reguladoras sobre os indivíduos. O Movimento da Reforma Psiquiátrica e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial produziram importantes avanços ao denunciar as práticas desumanas e a falta de terapêutica dos hospitais psiquiátricos. Esses dois movimentos mobilizam-se na denuncia permanente à limitação dos direitos de cidadania do sofredor psíquico, bem como, pelo respeito à autonomia do sofredor.

...Até porque alguns profissionais entendem que o seu jeito de viver a vida deve ser o melhor para a outra pessoa. Acredito que o sofredor, possa sim, se expressar da forma que entende que deva se expressar e ajudar as outras pessoas também de seu entorno. Entendo que não só se deve de cuidar de quem está em sofrimento, mas que, também, temos que cuidar aquele que está no entorno do sofredor (Espinha Dorsal).

...A família teve o suporte para ficar com ele em casa, mesmo nos momentos mais difíceis, final de semana ela precisava e nos ligava ou ia até o plantão de saúde mental e ele era medicado. Tinha uma escuta específica para ele e para a família, ele voltava para casa e nos continuávamos sistematicamente acompanhando ele e ele hoje está num quadro estável e não precisou do trauma, que eu digo, de uma internação psiquiátrica [...] Vamos ver o que tem lá fora. Nós vamos estar contigo, te acompanhar. Porque essas pessoas, quando eu falo de fragilidade é nesse sentido assim: de medo sobre o que o outro vai me dizer, como é que o outro vai me aceitar. E eles me dizem isso: Mas eu sou diferente. O vizinho está me olhando diferente. Eles vêem, me olham, eles sabem que eu tenho algum problema. E, aí a gente vai lá conversa com o vizinho e vamos ver se tem algum problema mesmo. Às vezes é só fantasia. Às vezes a gente aproveita para bater um papo, conhecer a vizinhança ou à família [...] quando menos a gente institucionalizar as formas de atendimento, fechar, quanto mais a gente puder abrir isso e propiciar outros modos de atenção eu acho que essa questão da loucura ela deixa de existir nessa intensidade em que é tratada (Corpo/Alma).

A abordagem de cuidado proposta no discurso-objeto Espinha Dorsal constitui-

²²¹ FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos I Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicoanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999, p. 297.

se, hoje, num modelo de atenção que contempla a família. Esse modelo que procura contemplar a saúde em suas múltiplas dimensões é o modelo adotado pelo Programa de Saúde da Família/PSF. A ampliação do objeto de atenção, do individual para o coletivo retrata uma das características que a Política Nacional de Saúde Mental pretende consolidar. Este estilo de abordagem em saúde mental combina diversidade, ousadia, velocidade na ação, criatividade e eficácia na medida em que se presta atenção ao grupo familiar e não só ao indivíduo que apresenta sofrimento. Essa idéia, em outras palavras é apresentada por Lancetti²²²: Quando há um louco, um drogado ou um violento numa família tende-se a observar somente esse membro do grupo. Nosso paciente é a família toda. É fundamental olhar para todos e para a maneira como se tratam entre si.

Esta reflexão ocorre integrada a um movimento de natureza política e de intervenção nos serviços alternativos de saúde mental, cuja premissa está centrada na salvaguarda de direitos do sofredor psíquico, ou seja, na manutenção dos vínculos familiares e sociais, no trabalho, no estudo e lazer. Na atenção prestada às famílias, escuta-se a demanda e se intervêm com o objetivo de resolver os problemas onde eles ocorrem. Singulariza-se a relação, diferenciando-se das formas tradicionais de atendimento. Para Lancetti²²³ essa mesma atenção à família em saúde mental apresenta, ainda, outras características: O usuário é procurado onde está. (...) Cada pessoa e cada grupo familiar são conhecidos pelo nome e pela sua história e não reduzidos a um prontuário.

A idéia da invenção de outros modos de tratar a loucura deve fazer parte da abordagem de cuidado. Buscar novas formas de atenção que minimizem o preconceito, a exclusão do sofredor do seu meio social. Essa nova abordagem deve observar o sofredor, primeiro como um cidadão e, depois, como alguém que sofre e que necessita do apoio psicossocial.

A realidade nos coloca frente a novos desafios. É preciso que se crie ou se

²²² LANCETTI, A. Saúde Mental nas Entradas da Metrópole In: LANCETTI, A. **SaúdeLoucura: Saúde Mental e Saúde da Família**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2004, p.23.

²²³. Idem, p.18.

promova, de acordo com Kinoshita²²⁴, a ampliação de espaços férteis de cidadania na atenção em reabilitação: a ampliação das cooperativas de trabalho, a articulação com outras secretarias e iniciativas sociais para fortalecer a rede de usuários, inclusive com apoio jurídico, e a adequação de recursos humanos e materiais às atuais necessidades dos serviços. Essa proposta que o autor nos traz uni-se a uma outra que está alicerçada no conceito de saúde mental proposto por Saraceno²²⁵ e que congrega as noções de: condição desejada de bem-estar dos indivíduos e das ações necessárias que possam determinar essa condição.

Assim, o conceito nos aponta que saúde mental é, antes de tudo, um conceito complexo, pois é substancialmente construtor de dimensões psicológicas e sociais da saúde que determinam o processo saúde/doença. Tendo em vista, esses dois aspectos vale destacar o discurso-objeto a seguir:

...Porque a questão da convivência nos aproxima muito, nos mostra muito da pessoa. E a outra coisa é o olhar, porque que tu podes conviver o dia inteiro, olhar a pessoa e não olhar para ela. As duas coisas com certeza. Porque assim, o que acontece. Eles geralmente quando não estão bem já nos mostram, eles começam a nos dizer. E mesmo antes de nos dizer, alguém já disse assim: Fulano, hoje, não está bem, tem alguma coisa incomodando ele. E, aí tu vais lá, dá uma boa tarde, tu conversas e de fato tem alguma coisa que está incomodando e ele não está bem. Então é produto da convivência mas é produto desse olhar. Tu estás olhando para o outro. Esse é o nosso trabalho. Tu estás aqui ligado nessa pessoa, tem que estar atento. Pois se tu consegues respeitar, consegues ouvir, consegues olhar para essa pessoa tu vais fazer um excelente atendimento e ela vai voltar daí a trinta dias para pegar a receita novamente e tu vais conseguir dar uma continuidade de atendimento porque, porque tu tens registro interno daquela pessoa. [...] Então, as situações mais diversas que tu possas imaginar, desde carregar botijão de gás em plena Avenida Independência com o usuário a gente já fez. Inúmeras situações. E isso é saúde. Bom, é saúde mental? É saúde mental (Corpo/Alma).

...Pode ficar tranqüilo doutor ele não está pensando nada ruim, ele está meio bravo com uma coisa que aconteceu na casa dele hoje. Então, esse tipo de proximidade, esse tipo de inclusão de outros atores no processo de cuidado, ele é importante e, agora, me lembrei de uma coisa: a palavra cuidado em italiano significa cura. Na verdade, em saúde mental é o cuidado, é essa forma de cuidar que nós estamos propondo, é uma forma de cuidado muito mais aberta e muito mais, vamos dizer assim, que respeite as diferenças. Outra coisa, nesse cuidado, que nós colocamos e, que, é bárbaro, é esse processo de porta aberta (Potência).

²²⁴ KINOSHITA, R.T. Em Busca da Cidadania: desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. In: CAMPOS, B. C. F.; HENRIQUES, P. M. C. (org) **Contra a Maré À Beira-Mar: A experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Página Aberta, 1996, p. 49.

²²⁵ SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: Uma prática a Espera de Teoria. In: PITTA, A. (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 152.

Observo que no discurso objeto acima existe uma preocupação com o “estar atento” para poder observar, compreender e conhecer as necessidades do sofredor no momento em que elas surgem. Assim como, valorizar as suas realizações e saberes, aceitando-o como realmente é, e, se apresenta no mundo.

...o tratamento psiquiátrico inclui também tratar com carinho, ver o que o paciente está necessitando porque ele se sente mais seguro, ele funciona melhor. [...] o pessoal todo na volta, criavam aquela atmosfera de carinho, bem família mesmo e eles acabavam se sentindo queridos, protegidos, então eles acabavam começando a falar dos problemas, das ansiedades, dos desejos que tinham como queriam que fosse e acabavam se integrando de tal maneira que no final aquilo não era um grupo de terapia era uma família (Garganta Grita).

...O paciente deprimido, ele passou a receber um outro tipo de tratamento: ao invés de ser sedado, de ficar dentro de um quarto trancado a chave sem nada praticamente dentro do quarto, a não ser o essencial para que ele não pudesse tentar um suicídio ou alguma coisa assim, esse paciente foi encaminhado a este núcleo, neste núcleo o pessoal começou a trabalhar um tratamento alternativo que eram as oficinas (Potência).

...Para o cuidado tu tens que usar tua sensibilidade, saber escutar e ver o que a pessoa precisa naquele momento. A questão do cuidado é uma construção junto ao outro (Espira A respiração).

Não devemos esquecer também que muitas dessas pessoas que atendemos estiveram em algum período de suas vidas internadas em hospitais psiquiátricos e, portanto, esse estigma faz com que exista certo grau de desconfiança, por parte do sofredor com respeito ao trabalhador de saúde mental. Para que possamos minimizar os efeitos dessa desconfiança precisamos ser cuidadosos no cumprimento do contrato terapêutico o que irá favorecer a continuidade do atendimento. A esse respeito Kinoshita²²⁶ aponta: A modificação dos comportamentos, das atitudes dos pacientes, passa pela modificação dos comportamentos, das atitudes por parte dos profissionais.

...Neste caso, nós conseguimos encaminhar essa pessoa já com o diagnóstico diferencial. Abordamos essa família, abordamos esses filhos, conseguimos fazer as referências e contra-referências que o SUS nos permite, porque ele está dentro de um sistema público de saúde. Isso já foi uma vantagem, então, o que nós temos nessa amostragem, no meu entender, nós já temos um deslocamento da predominância do atendimento dos sintomas psiquiátricos que, até a gente começar a discutir na Reforma Psiquiátrica, na Luta Antimanicomial, o sintoma era determinante de internação hospitalar

²²⁶ KINOSHITA, R.T. Em Busca da Cidadania: desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. In: CAMPOS, B. C. F.; HENRIQUES, P. M. C. (org) **Contra a Maré À Beira-Mar: A experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Página Aberta, 1996, p. 46.

psiquiátrica, deslocamos isso e muito mais para a comunidade, muito mais para um trabalho inserido num contexto comunitário [...] Deslocamos simplesmente um diagnóstico baseado simplesmente em sintomas para a observação do contexto dessa pessoa, para a observação da vida dessa pessoa e, também, vamos trabalhar o que essa pessoa já perdeu, quais as perdas sofridas, isto é, que perdas de habilidades? Que perdas de contato, perdas de confiabilidade que vão ter que ser abordadas? Nós deslocamos outra coisa, um trabalho terapêutico individual para uma atividade coletiva, nós estamos chamando essa atividade coletiva, de atenção coletiva, onde esse indivíduo é colocado numa abordagem interdisciplinar, numa abordagem que lhe valorize como parte de um grupo de pessoas que pode ser tanto auxiliadas ou parte de um grupo que se pode auto-ajudar (Potência).

Os discursos-objeto acima nos apontam para um modelo de atenção coletiva em saúde mental que favorece o reconhecimento do sofridor psíquico como sujeito de direitos e deveres. A contextualização do sofridor como alguém que pertence a um espaço/tempo determinado a um grupo social, favorece uma maior compreensão do seu sofrimento e permite uma ação terapêutica mais condizente com a realidade vivida.

...Se eu tiver um CAPS e eu não tiver o controle social junto vai acontecer aquilo que eu digo: Que manicômio não é uma estrutura da engenharia como construir um prédio, que não é um substantivo mas é um verbo conjugado no presente do indicativo. O cara conjuga assim: eu manicomeio, tu manicomeia, ele manicomeia, nós manicomiamos, vós manicomiais, eles manicomeiam. Só existe manicômio quando existe um verbo, quando existe ação e a ação é feita por gente que transforma qualquer lugar em manicômio. Aí, a preocupação da Lei, a Lei ela favorece uma nova forma de cuidado mas, se ela não tiver esse ingrediente ela vai cair na mesma vala do manicômio. Quando tu perguntas se tem que ser estimulada a resistência a essas formas? Essa resistência seria o diferencial do cuidado para não ser simplesmente o cuidado assistencial, um cuidado geral (Potência).

O controle social como estratégia de garantia dos direitos do sofridor psíquico apontado no discurso-objeto Potência é, não somente, uma intervenção necessária para garantir o cumprimento da legislação em saúde mental, mas, também, como forma de assegurar o ideário ético-político que norteia a abordagem antimanicomial. Existe a necessidade de se estabelecer vínculos, laços de compromisso e de co-

responsabilidade entre os trabalhadores de saúde mental, sofredores psíquicos, seus familiares e a população em geral.

...Aos desiguais devemos tratá-los de forma desigual, igualdade é para quem é igual. Kant, disse isso na sua concepção de Estado. É para quem é igual. Saiu uma matéria de um cientista analisando a obra de Kant e ele trouxe uma metáfora: Para Kant, o Estado é como se fosse um guarda de trânsito, o papel do Estado seria cuidar para que os carros não se “peçassem”, que não avançassem o sinal. A questão que se coloca é: Todos têm carro? (risos). Então, eu acho que essa visão conservadora, elitista, liberal, para mim, é que está no cerne do problema que vai atingir o cuidado. Porque, se não, tu continuas reproduzindo a lógica liberal: “-esse cara não é igual a mim; O que ele tem a ver comigo? Ele tem uma desrazão, ele formula pensamento, ele vê o mundo diferente de mim, ele tem outros códigos de explicação. O que ele tem a ver comigo? Porque eu tenho que disponibilizar recursos e conhecimento?” (Almas da Mãe).

Com a Revolução Francesa nasce o lema “*Liberdade, Igualdade, Fraternidade*”. O termo *igualdade* passa a ser incluído em todas as constituições dos países do mundo ocidental. Este fato colaborou para que nos últimos duzentos anos as pessoas acreditassem na premissa de que *todos somos iguais*.

No discurso-objeto Almas da Mãe, podemos compreender que a realidade não se apresenta desta forma já que *todos somos diferentes*. Uma abordagem antimanicomial não pode partir da premissa da igualdade entre as pessoas, da homogeneidade entre os seres humanos, bem como, da visão de que cada sofredor é equivalente ao outro e sem diferenciação entre si. Essa outra concepção de cuidado em saúde mental considera as desigualdades entre os seres humanos; as multiplicidades culturais; as heterogeneidades e as singularidades pessoais. Para tanto, é preciso construir um novo pensar/fazer nessa prática que requer o desenvolvimento de habilidades e mudanças nas atitudes dos trabalhadores de saúde mental. A interação do trabalhador de saúde mental seja com o sofredor, seja com os familiares, seja com a população em geral deve pautar-se pelo respeito às diferenças e a diversidade da população de sofredores caracterizando o que posso chamar de sensibilidade terapêutica.

...Quando tu vêes que, nas novas experiências em saúde mental, as pessoas conseguem se relacionar, a partir de uma outra proposta, de um outro jeito de tratar (Angina do Peito).

...Como uma pessoa que tem que ser tratada no sentido de ser recebida do jeito que ela é, na sua subjetividade, no respeito pelo jeito que ela tem, na maneira como ela se coloca no mundo, no dia-a-dia, no aqui e agora. A história dela a gente tem que respeitar e não fazer com que ela se transforme do jeito que a gente gostaria que ela fosse (Espira a Respiração).

...Priorizar a subjetividade, priorizar a expressão das pessoas, o modo como elas se relacionam com elas mesmas, se é com as coisas com as coisas, se é com outras pessoas é com outras pessoas. Não tem um molde em que as pessoas tem que entrar, em que todos tem que se relacionar, em que todos tem que fazer grupos, em que todos tem estudar, todos tem que trabalhar e isso não é necessariamente assim na vida das pessoas. Se não, vamos estar criando, de novo padronizando ou amarrando subjetividades (A vista, os Olhos).

Cabe destacar a ênfase que é dada no reconhecimento das diferenças entre as pessoas. A diversidade quando reconhecida faz com que os trabalhadores de saúde mental transformem a filosofia de “tratar” *a todos da mesma maneira*. Reconhecer as diferenças entre os sofredores e responder a elas com o objetivo de dar suporte e agregar novas perspectivas de resolução dos conflitos é o desafio que se estabelece na saúde mental nesse milênio que se inicia para nós trabalhadores.

...as nossas expectativas e perspectivas com relação a doença mental e o tratamento e o acompanhamento e a transformação, como nós conversamos hoje, lá na sala, é uma coisa que vai além dessa formação acadêmica, é uma coisa sua, é uma coisa que você tem, ou você não tem ou um dia você vai ter, pelo teu envolvimento pela tua percepção, pelo teu sentimento, pela experiência, pela vivência, pelos anos de convivência com essas questões da saúde mental [...]E, nessa Reforma, nessa Luta só vai conseguir trabalhar em consonância com os seus princípios aquele técnico que conseguir, que se permitir acreditar que aquela pessoa que não estudou na mesma faculdade, na mesma universidade ela tem, sim, condição de ajudar muito mais do que eu e, a partir daí, conseguir convida-la para fazer parte desse processo. E, é interessante, o que eu tenho notado nesse processo de cuidado, que muitas vezes, o que mais consegue ajudar é um outro usuário (No Peito Traz).

...A gente tem que assumir vários papéis, não ser só um técnico e, hoje, depois de várias andanças, eu já vi as conseqüências, por exemplo, de alguém que coordena a saúde mental somente de forma técnica ou somente de forma política. Eu acho que se deve ter várias visões desse trabalho para poder, realmente, fazer com que ele ande e fazer com que ele possa integrar-se e estar dentro do todo que envolve tanto o poder publico quanto as comunidades, se inserir realmente nas vidas das pessoas (Espira a Respiração).

Um dos desafios mais importantes e abrangentes enfrentados pelos trabalhadores de saúde mental nos dias atuais é a adaptação às novas idéias como as do discurso-objeto (No Peito Traz). O que está acontecendo? Na verdade, os trabalhadores de saúde mental estão fortalecendo os usuários dos serviços, ao colocá-los no comando de certas atividades grupais desenvolvidas para a reabilitação psicossocial. Para isso, os trabalhadores de saúde mental estão aprendendo a delegar o controle e os sofredores, a ter a oportunidade de demonstrar responsabilidade sobre um trabalho e tomar decisões mais apropriadas.

...Então, naquele momento que ele está necessitando da tua presença, da tua palavra, tu tens que tratar ele conforme tu gostaria de ser tratado. Então, com certeza, tu não irias querer ser tratado de uma maneira ríspida. Então, eu acho que a primeira coisa é isso, depois junto com isso vem o que? Os cuidados, quer dizer, a pessoa ter todo um preparo, acredito eu, para lidar com determinadas situações porque nem todo sofredor psíquico, no caso, ele é tranqüilo, tem um pessoal que se agita demais, que fica agressiva então, tu tens que ter um preparo de como lidar com esse tipo de pessoa. Então não posso botar uma pessoa que nunca lidou com isso para trabalhar ou cuidar dessa pessoa. Então tem que ter um preparo, um estudo. Um estudo aprofundado de como ver determinada situação e lidar com elas. Eu acho que basicamente é isso. Tu ter carinho para lidar, não é aquela coisa assim de olhar meio com medo assim, meio de longe, eu não, ele lá e eu aqui. Eu estou aqui em cima e ele lá em baixo. Se colocar como um igual é mostrar para ele (sofredor) que tu te importas, que tu realmente te interessas que ele melhore, que ele saia do momento de crise, digamos assim, eu acho que seria isso assim. É sentimento. O negócio é sentimento sincero (Garganta Grita).

Os sofredores psíquicos de determinado serviço podem ser a mola propulsora da inovação e da mudança na atenção em saúde mental ou podem ser uma barreira poderosa contra ela. O desafio é o estímulo a criatividade e a tolerância à mudança. Os trabalhadores de saúde mental precisam aprender a lidar com a temporariedade, bem como a conviver com a flexibilidade, a espontaneidade e a imprevisibilidade próprias do pensar/fazer em saúde mental.

Assim, para Kinoshita²²⁷ é necessário inverter as prioridades do fazer em saúde mental: dedicando tempo, inteligências e energia para o desenvolvimento de projetos de vida capazes de prover a reprodução social e promover a qualidade de vida.(...) Isto

²²⁷ KINOSHITA, R.T. Em Busca da Cidadania: desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. In: CAMPOS, B. C. F.; HENRIQUES, P. M. C. (org) **Contra a Maré À Beira-Mar: A experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Página Aberta, 1996, p. 46.

exige que as intervenções técnicas sejam orientadas não para metas abstratas como “a cura”, como *restitutio ad integrum*, mas para finalidades concretas. Para o discurso-objeto Espira a Respiração o que deve ser desenvolvido e potencializado é um instrumental que atue na esfera da socialização, na esfera da interação seja com o sofredor, seja com os demais membros de uma equipe de trabalho.

...Claro tem aspectos, sintomas com os quais a família tem dificuldade de conviver mas, também, tem comportamentos que são aceitáveis e que a família convive sem dar maior importância. E, isto, vai depender da maior ou menor sensibilidade das pessoas para com aquele que é desviante [...] Eu penso que o primeiro aspecto a destacar é a visão de mundo que o profissional possa ter do sofredor. Todo trabalhador de saúde mental precisa ler muito, rever seus conceitos, suas condições de conviver com pessoas diferentes, porque nós todos somos diferentes. Outra característica é a disponibilidade de aceitar o outro, de aceitar as diferenças, de entender um outro modo de sentir, de pensar, de existir. No cuidado o afeto é fundamental, não é querer ser simplista e dizer que o amor vai resolver tudo, mais é tratar com carinho. Mas, é preciso ter a certeza que tu no vais curar o outro, e sim cuidar do outro em saúde mental (Espira A Respiração).

Estes pressupostos apresentados no discurso-objeto acima, são reafirmados por Kinoshita²²⁸ (...) diria que é desmontagem de aparatos externos e internalizados, é “desconstrução” de modelos e valores racionalístico-cartesianos; é transformação das relações de poderes codificados e cristalizados.

As ações empreendidas pelos trabalhadores de saúde mental ilustram suas habilidades, sua filosofia de vida ou visão de mundo, suas vivências. Para atender a uma outra compreensão da loucura; para responder às necessidades dos sofredores; para cumprir com a legislação em saúde mental é preciso reconhecer as conexões e interfaces existentes no processo de cuidado, entre elas: preservar as diferenças técnicas entre os profissionais e flexibilizar as fronteiras entre as diversas áreas profissionais; minimizar a hierarquização das diferentes áreas de trabalho e promover a interação como prática comunicativa por meio do qual os envolvidos participem do objetivo comum.

...Agora, dentre essa questão da loucura existe uma dimensão dela que gera

²²⁸ KINOSHITA, T. R. Uma Experiência Pioneira: A Reforma Psiquiátrica Italiana In: MARSIGLIA, R. et al **Saúde Mental e Cidadania**. 2ed. São Paulo: Mandacarú, 1990, p. 79.

sofrimento psíquico e até um adoecimento, então para essas pessoas há necessidade de se construir cuidados. Agora, estes cuidados, então, passam por realmente ter uma capacidade de tolerância com o diferente sim, uma capacidade de interagir com códigos e modos de pensamento, de produção subjetiva mesmo e afetiva, diferente do que a gente está acostumado do que é chamado de normal e, nesse sentido, o cuidado deve gerar isso [...] Nasci em Uruguaiana na época que era uma fronteira entre Argentina, Uruguai e Brasil e eu digo isso porque acho que isso influenciou no meu modo de estar na vida e em meu modo de entender a vida em relação a presença permanente do outro, de outra linguagem, outra cultura e de identificar diferenças e possibilidades de estar juntos (A Vista/ Os Olhos).

...Ele não foi olhado como um estranho, algo diferente. Ele entrou, sentou para tocar o violão dele, as pessoas gostaram, cantaram. Pediram para ele cantar: Canta aquela música e ele do jeito dele cantou. Eu acho que é isso. E nós aqui da cidade grande perdemos um pouco assim: de poder olhar para o outro, reconhecer a diferença mas não excluir em função da diferença (Corpo/Alma).

...Numa realidade na qual não havia hospital psiquiátrico, não havia pessoas capacitadas para trabalhar em saúde mental e havia sim, muitas pessoas que historicamente vinham sendo encaminhadas para os hospitais psiquiátricos. Surge assim, a oportunidade, pois, ali, havia um caldo de cultura político favorável a implantação de um serviço que viesse responder as necessidades daquela comunidade e as famílias também apóiam, ficam tranqüilas porque sabem que ele (o familiar) está tendo assistência e a família acaba aprendendo a lidar com a situação toda e não se precisa mais excluir a pessoa que sofre da família, da sociedade como acontecia no passado. (Potência).

Nas expressões apresentadas no discurso-objeto acima, observa-se que estas traduzem a necessidade dos sofredores e familiares de participação no cuidado, ou seja, a necessidade de inclusão do sofredor e da família nas discussões e formulações da assistência. Aliada a esta idéia, as ações dos trabalhadores de saúde mental devem romper com a lógica criada a partir do estabelecimento da razão como princípio regulador entre o normal e o anormal e serem geradoras de uma outra lógica mais solidária, tolerante e promotora do desenvolvimento pessoal e social das pessoas com sofrimento psíquico.

Esta outra lógica nos é apresentada por Kinoshita²²⁹ na seguinte afirmação: Isto faz com que se modifique a própria relação técnico-usuário, isto é, um técnico não tem

²²⁹ KINOSHITA, T. R. Uma Experiência Pioneira: A Reforma Psiquiátrica Italiana In: MARSIGLIA, R. et al **Saúde Mental e Cidadania**. 2ed. São Paulo: Mandacarú, 1990, p. 75.

mais respostas institucionais prontas a priori, mas deve criar alternativas concretas na própria relação tensa, de sujeito a sujeito, de cidadão a cidadão.

Um ponto a ser analisado diz respeito ao fato de que o trabalhador de saúde mental, não tem mais uma fórmula (receita de bolo) pronta e acabada para dar respostas às necessidades do sofredor. Essas respostas precisam ser construídas no cotidiano do trabalho, na interação entre os trabalhadores, usuários dos serviços, familiares e comunidade em geral.

Sobre este aspecto Capra²³⁰ nos apresenta o seguinte pensamento: Ao término de um período de decadência sobrevêm o ponto de mutação. A luz poderosa que fora banida ressurgue. Há movimento, mas esse não é gerado pela força. E, corroborando, ainda, com este pensamento Arejano²³¹ refere: a atenção à saúde mental é uma construção diária como o café e, é preciso que estejamos atentos ao contexto e ao complexo da situação.

Percebo que o trabalho terapêutico é sim, uma construção diária, mas é também, uma construção compartilhada onde entram em cena, juntamente com nós trabalhadores, sofredores psíquicos e familiares.

c) Estados Alterados-Alteráveis: A Singularidade das Pluralidades

Loucura e doença mental não são a mesma coisa embora possam ambos os termos, serem utilizados como sinônimos. Concordando com Foucault²³²: É o hospício que produz o louco como doente mental, personagem individualizado a partir da instauração das relações disciplinares de poder.

A utilização do termo loucura centra-se no entendimento de, primeiramente, mostrá-la como um outro discurso de verdade, de difícil compreensão pela sua linguagem mascarada e que utiliza a desrazão para mostrar-se ao outro da relação. Pode, assim, simbolizar uma verdade única para seu emissor e um significado oculto para seu receptor. Por mais paradoxais e contraditórios que possam parecer, todos estes conceitos, estes aspectos têm um significado próprio, nos dias atuais. Este

²³⁰ CAPRA, F. **Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1992, p.7.

²³¹ AREJANO, C.B. **Reforma Psiquiátrica: Uma analítica das relações de Poder nos serviços de Atenção à Saúde Mental**. Florianópolis, 2002. 218 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). PEN/UFSC.

²³² FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10ed. Rio Janeiro: Graal, 1992, p. XIX.

significado nos é mostrado por Foucault²³³ em sua analítica sobre a loucura através dos séculos:

A loucura não pode ser encontrada no estado selvagem. A loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou a capturam. Na Idade Média e no Renascimento, (...) a loucura está presente no horizonte social como um fato estético ou cotidiano. No século XVII, (...) a loucura atravessa um período de silêncio de exclusão (internação). O século XX (...) se apossa da loucura, a reduz a um fenômeno natural ligado a verdade do mundo e busca dar à experiência da loucura uma profundidade e um poder de revelação que haviam sido aniquilados pela internação.

Ocorre então um outro momento, marcado pelo reconhecimento do valor do ser humano, ou seja, o reconhecimento das necessidades de indivíduos-cidadãos sabedores e conscientes de seus valores e de sua historicidade. Neste aspecto, cresce, portanto, a importância de se construir novos conceitos que abranjam essa dimensão que é outorgada a loucura em nosso século. Penso que a loucura poderia ser percebida, atualmente, como a vida sendo “sacudida” por tremores fortes demais; ou, ainda, como sensações de rupturas devastadoras e sentimentos que atingem tal intensidade que extrapolam toda e qualquer forma ou representação. Esses aspectos são evidenciados por Morin²³⁴ quando refere: *A loucura humana é fonte de ódio, crueldade, barbárie, cegueira. Mas sem as desordens da afetividade e as irrupções do imaginário, e sem a loucura do impossível, não haveria elan, criação, invenção, amor, poesia...*

...A loucura eu vejo como a vivência de um sofrimento, claro o termo que se usa pode assustar, nós não temos que ter medo do termo, porque a palavra loucura traz um significado que a gente não tem que se livrar, porque esse significado não é ruim. Ela (a loucura) acrescenta aos ditos normais, um pouco de loucura na vida, faz com que sigam seus próprios desejos. A loucura é fugir das regras, das normas estabelecidas, do dito normal [...] Sem a loucura, o ser humano perde a sensibilidade, a nossa expressão sensível, a nossa emoção, privando-se de experimentar tanto a alegria quanto o sofrimento. Eu entendo a loucura como um estado em que a pessoa está em sofrimento nem sempre pelos pensamentos que lhe ocorrem ou, mesmo, pela conduta compulsiva. Na maior parte das vezes esse sofrimento se dá muito mais pelo sentimento de inadequação aos olhos dos outros. De sentir-se que não é aceita sua diferença. Isso eu acho que provoca maior sofrimento (Espira A Respiração).

²³³ FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos I Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicoanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999, p. 150.

²³⁴ MORIN, E. **Amor, Poesia, Sabedoria**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. p.7.

... A loucura é a vida, faz parte da nossa relação, do cotidiano da vida de todos nós. Eu não consigo pensar a loucura separada da minha vida, do dia a dia. E acho que não consigo mais pensar e nunca pensei na verdade uma forma de tratamento que não seja essa que a gente hoje está tentando construir, porque eu sinto que é um processo de transição, que nós não estamos com nada pronto ainda. E acho que também nunca vai ter nada pronto. Agora existe sim e eu acho que é isso que a gente tem que procurar olhar e procurar entender e intervir é que são essas pessoas mais frágeis, frágeis nesse sentido assim: de se desorganizarem [...] Então o que eu penso, eu penso que a loucura ela faz parte da nossa vida, ela está no nosso dia a dia. A gente circula e, é, só ter um olhar especial para as pessoas e vai ver que as pessoas, muitas vezes, têm as suas dês-compensações, não estão bem ou estão no seu momento mais difícil e não por isso precisam ser rotuladas e estigmatizadas (Corpo/Alma).

A loucura como condição humana e parte, portanto das nossas vidas, é apontada como uma entidade natural do cotidiano do seres humanos. Em cada época, como já referi acima, a loucura foi reconhecida de um modo determinado. *O louco da Idade Média se reconhecia por suas sinetas e seus ouropéis; o do século XIX, por seus delírios e seus gritos; em nossos dias, aproximamo-nos da loucura por um silencioso, dócil, exaustivo pôr a nu*²³⁵. Esta análise feita por Foucault especificamente sobre a compreensão da loucura em nossos dias está alicerçada na descoberta e administração massiva dos medicamentos chamados neurolépticos. Daí o silêncio que a caracteriza, nos dias atuais - a loucura silenciosa dos asilos. Tal aspecto faz do chamado louco um engolidor de tranqüilizantes e, seu silêncio, só será escutado quando este consiga escapar da “malha fina” do manicômio e recupere sua possibilidade de ser assistido em liberdade.

A assistência em liberdade como proposta terapêutica e de reconstrução de cidadania se apóia na reflexão de Foucault sobre o status do louco, através da história. Assistir em liberdade é uma tentativa de se romper com a exclusão histórica do louco realizada pelas diversas sociedades à seu modo. Assim sendo, para Foucault:²³⁶ *Em todas as sociedades, ou quase todas, o louco é excluído de todas as coisas e, segundo*

²³⁵ FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos**. Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicoanálises. V. 1. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1999, p. 288.

²³⁶ FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos I Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicoanálise**. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1999, p. 237.

o caso, ele se vê recebendo um status religioso, mágico, lúdico ou patológico. Tal aspecto é abordado no discurso-objeto Corpo/alma onde aparece uma reformulação do valor atribuído a linguagem do louco.

...A gente sempre tinha aquela coisa constituída de muitos anos de que o louco só fala bobagem. Isso é completamente errado. Às vezes eles dizem, não, não é as vezes, muitas vezes dizem muito mais coisas com lógica do que nós mesmos, com mais lógica (Corpo/Alma).

...Então está tendo uma maior aceitação da sociedade em si, a sociedade em si aceitou melhor as pessoas com problemas porque em verdade todas as pessoas têm problemas. Hoje eu tenho problemas amanhã, outra pessoa pode ter. É uma pessoa que eu convivo, ela é uma professora, uma advogada, todos tem o seu momento de ficar deprimido, de ficar cansado, de ficar estressado. Então é aquele momento, passou aquele momento, ta bom, ta tranquilo (Garganta Grita).

Estas concepções nos permitem identificar a cisão que a própria ciência, ao conduzir o conhecimento, estabeleceu como parâmetro para a normalização do social. Na medida em que se normaliza o social a verdade do louco deixa de ter valor e sua fala se transforma em algo confuso que precisa ser interpretado. No discurso-objeto (Corpo/Alma) se constrói consensos de que o louco não diz apenas bobagens, mas sim, diz suas verdades dentro de uma linguagem particular e às vezes mascarada. Cabe aos trabalhadores de saúde mental, portanto, o reconhecimento dessas diversas linguagens, através de uma escuta atenta, constituindo-se, assim, como um recurso valioso e potencialmente transformador daquilo que está determinado *à priori*, como modos de ação e reação.

Em outras palavras, essas implicações são apontadas por Kinoshita²³⁷: *Entendemos que a vida social é pautada por processos de trocas e intercâmbios, particularmente troca de mensagens, afetos e bens (...) no caso dos pacientes psiquiátricos o poder contratual é socialmente anulado pelo seu enquadramento no status de doente mental.*

Na verdade a interação, a troca de informações, afetos e laços que se observa nessa nova postura dos trabalhadores de saúde mental constrói um tecido de trocas

²³⁷ KINOSHITA, R.T. Em Busca da Cidadania: desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. In: CAMPOS, B. C. F.; HENRIQUES, P. M. C. (org) **Contra a Maré À Beira-Mar: A experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Página Aberta, 1996, p. 46.

sociais e acusa uma transformação que se está operando no setor saúde/saúde mental como é apontado no discurso-objeto Almas da Mãe:

...Então na verdade, assim, a sensação que eu fiquei, resumidamente, é que a gente conseguiu recolocar o debate da saúde mental, deixar claro que saúde mental é saúde, não é outra coisa e que tem que se garantir atendimento a toda a população (Almas da Mãe).

Este mesmo aspecto é apontado por Lancetti²³⁸ ao fazer referência ao trabalho do agente comunitário de saúde que participa do Programa de Saúde da Família: *Todas as pessoas, loucas ou não, mantêm um diálogo com um interlocutor invisível e a maneira que escolheremos para intervir nesse diálogo é algo muito delicado e será resolvido na discussão de casos que ocorrerão sistematicamente entre as equipes.*

... eu acho que a loucura está aí, ela está circulando, como o pessoal que faz Yoga acredita no Prana Yoga, aquela coisa da energia que circula, que ela está passando por nós constantemente e quando você pratica uma arte dessa, uma filosofia dessa, você desenvolve isso, no Yoga, no Tai Chi Chuan, nas lutas marciais, nessas coisas todas, eu acho que a loucura também é uma energia que está circulando aí. É isso que eu vejo que é a loucura, eu acho que a loucura, vamos dizer assim, ela é democrática no sentido de não escolher ninguém, ninguém é privilegiado para se tornar um esquizofrênico ou um doente mental ou lá o que seja, é uma pessoa que um belo dia adocece (No Peito Traz).

...O que eu vejo hoje é que nós estamos vivendo todos esses processos de mudança, propondo essa mudança para esse novo olhar, esse novo cuidado para a loucura. Eu vejo assim que a loucura está em todo mundo, está em todos nós. Isso não nos diferencia (Angina do Peito).

Temos claro que os conceitos presentes nos diversos discursos trazem um caráter potencializador de reconhecimento da loucura como condição humana. Tanto a visão da loucura como uma *energia que circula*, quanto à percepção das *diferenças individuais* apontadas nas falas podem, suscitar ou não, a possibilidade de constituir-se num recurso para a compreensão da própria loucura.

²³⁸ LANCETTI, A. Saúde Mental nas Entranhas da Metrópole. In: Lancetti, A. et al. **SaúdeLoucura: Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 23.

...Que existe uma quantidade infinita de pessoas que, por não serem consideradas “normais”, são tratadas totalmente diferentes, no entanto, todos nós somos portadores de alguma diferença (Potência).

...Eu sou profissional e tu és só um paciente ou alguém que está precisando dos meus cuidados. Não, eu sou alguém como tu, que neste momento estou em melhores condições psicológicas e por isso eu posso te ajudar agora. Mas daqui, a algum tempo, quem garante que tu não estarás em melhores condições e eu vou precisar do teu sorriso, da tua mão (Estatura Mediana).

Emerge assim a idéia de relações simétricas entre indivíduos, uma relação não excludente, que reconhece o valor humano dos indivíduos em sofrimento psíquico. É minha intenção ao proceder a essa analítica abrir um diálogo, buscar a compreensão, compartilhar preocupações e também oportunizar a reflexão sobre uma outra forma de compreender a realidade da loucura. O grande salto da saúde mental, que ora se apresenta, é a arte de poder conviver com a loucura como destaca o discurso-objeto *No Peito Traz*.

...Essa relação de convivência é que é a grande arte de você poder, não sofrer e viver e achar que a loucura está aí, para quem quiser ver, quem quiser se relacionar ou, então, quem quiser esconder, né (*No Peito Traz*).

Isto implica conceber a loucura como uma dimensão intrínseca do seres humanos onde os envolvidos partilham os enunciados que preferem com suas normas e valores subjacentes, sabendo que cada indivíduo compartilha determinada cultura, crenças e valores que determinam uma dada forma de ser e fazer as coisas. Sendo assim, lembro Foucault²³⁹ ao referir-se ao personagem do Rei Lear de Shakespeare: *...o louco, no teatro, é um personagem que exprime com seu corpo a verdade de que os outros atores e espectadores não estão conscientes, personagem através do qual a verdade aparece.*

²³⁹ FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos I Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicoanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999, p. 240.

5.3 POLÍTICAS PÚBLICAS: A REFORMA PSIQUIÁTRICA POSSÍVEL E SITUADA

A expressão Reforma Psiquiátrica Possível e Situada foi escolhida para definir uma política pública que possibilite a execução das ações previstas na Lei 10.216. Ancorada na prática dos serviços e na produção do conhecimento, a Reforma está refletida na diversidade de ações e contextos. A ampliação do campo das práticas em Saúde Mental (serviços alternativos) e a sua inserção nos programas de saúde estão alicerçadas num cenário caracterizado pela descentralização da gestão do SUS e pela implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) em âmbito nacional. Neste contexto a atuação prática dos trabalhadores de Saúde Mental é desenvolvida em espaços territoriais definidos em nível municipal e local.

A emergência desse novo campo do conhecimento - Saúde Mental - está atrelada a uma necessidade social a responder- maior humanização do cuidado- trazendo como elementos que lhe dão sustentação: o resgate da cidadania e a dignidade da população. Insere-se na tendência mundial que passa a valorizar a deshospitalização dos procedimentos de saúde como estratégia para a redução dos gastos públicos em saúde, mas, não só.

A Reforma é, também, o resultado de uma mobilização reivindicatória da sociedade que apresenta uma estratégia reorganizadora das práticas assistenciais, privilegiando novos espaços “territórios” de desenvolvimento dessas práticas, ou seja, espaços que possibilitam a integração do sofredor, promovendo a organização das atividades em território definido, reafirmando e incorporando, nas ações de saúde mental, os princípios e garantias dos direitos humanos. A proposta de mudança do modelo de cuidado em saúde mental e de reorganização do sistema de saúde são a tônica do discurso antimanicomial brasileiro, que vem se contrapondo a um modelo assistencial historicamente centrado na doença mental, hospitalocêntrico e cronificador. A expansão de uma outra forma de cuidado em saúde mental ganha novo impulso com a aprovação da Lei 10.216 que dá amparo legal às mudanças na atenção e na reorganização do setor.

O presente estudo, portanto, discute as diretrizes e o percurso histórico conceitual que viabilizam a formulação e implantação da política de Saúde Mental do Ministério da Saúde; o grau de intencionalidade do Programa de Saúde Mental, como estratégia de reorganização da Saúde Mental, sendo a concretização desse objetivo, o tema desse enunciado. Ou seja, busco situar, por um lado, os fundamentos teórico-metodológicos e pressupostos organizativos enquanto política de Saúde Mental tal como é formulada pelo Ministério da Saúde e, por outro lado, analisar, na percepção de seus atores/autores, a implementação de tal proposta no País.

O novo modelo tem seus limites e possibilidades vinculadas à forma de inserção das ações em saúde mental no sistema municipal de saúde. A implantação e implementação desse outro cuidado em Saúde Mental pode alterar os princípios e diretrizes organizativas à nível municipal e provocar a reorganização/reestruturação do setor saúde, alterando a lógica do modelo vigente.

Com base nesta alteração da lógica do modelo em saúde mental como pode ser estudado o complexo ato de cuidar, seja em nível individual, seja em nível grupal? A ética da estética merece atenção daqueles que se interessam por um outro modelo de assistência ou ainda, por novas práticas de cuidado em Saúde Mental. Essa expressão mágica, que atravessa a história da civilização, carrega em si uma ruptura com o pensamento cartesiano, quando o próprio Descartes para Foucault²⁴⁰ *substitui um sujeito que funda as práticas do conhecimento por um sujeito constituído através das práticas de si*. Em outras palavras, para Descartes temos um sujeito não ascético de saber. Esta mudança faz instaurar a ciência moderna, com seus pressupostos de objetividade baseados na evidência direta. Já, o complexo ato de cuidar, no paradigma da saúde mental que é, também, o paradigma que trata da produção da cultura enseja novas formas de compreender e conviver com os diferentes.

A Reforma, portanto, situa-se, na perspectiva da subjetividade, num modo mais abrangente e singular de encarar o fenômeno do sofrimento psíquico. É preciso considerar que há produções originais de subjetividade no adoecer humano, ou seja, a dimensão subjetiva do sofrimento mental pode se configurar individualizante,

²⁴⁰ FOUCAULT, M. Apêndice da 2ª Edição In: RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault Uma Trajetória Filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 277.

conforme os variados elementos do contexto (tradições familiares, hábitos, costumes e crenças) contrariando a lógica da instituição psiquiátrica que na visão de Spricigo²⁴¹ *A instituição constrói uma face para o doente que é formulada a partir da negação de sua subjetividade, da negação da identidade, da objetivação extrema do indivíduo enquanto objeto de saber.*

Nas falas abaixo são elaboradas algumas considerações ilustrativas sobre a necessidade de um cuidado ético que respeite as crenças e valores do sofredor como nos apontam os seguintes discursos-objeto:

...A história dela a gente tem que respeitar e não fazer com que ela se transforme do jeito que a gente gostaria que ela fosse (Corpo/Alma).

...Quando comecei a ler o material que o Basaglia escrevia, começamos a ver que aquilo que a gente fazia não era nem prevenção, que aquilo ali era a história natural de um processo de quem queria trabalhar com conceitos principalmente éticos. Pois, o Benedetto Sarraceno fala que: Hoje em dia toda a medicina está voltada, vamos dizer assim, é uma medicina ligada a evidências científicas e ele sempre diz que: quero uma psiquiatria voltada para evidências éticas (Potência).

...Então, se levar em conta o contexto eu vou realmente conseguir, primeiro lutar para que essa pessoa tenha seus direitos, ele é cidadão, ele faz parte da coletividade e precisa ser respeitado nas suas crenças e valores (Espira A Respiração).

A partir da expressão: “quero uma psiquiatria voltada para evidências éticas” o enunciado por uma ética da estética foi acionado para assegurar que o cuidado na atenção ao sofredor respeite sua verdade internalizada, o exercício do desejo e que este possa ser o árbitro final de seu próprio discurso.

Um fenômeno de real importância no cuidado em saúde mental e que reforça essa analítica nos é apresentado por Foucault²⁴² quando da utilização da expressão *épiméleia* que se aproxima dos discursos-objeto acima e que para o autor o conceito significa uma atitude geral, uma maneira de proceder, de estabelecer relações com os outros: (...) *é uma determinada forma de atenção, de olhar (...) determinado modo de*

²⁴¹ SPRICIGO, J. **Desinstitucionalização ou Desospitalização - A Aplicação do Discurso na Prática Psiquiátrica de um serviço de Florianópolis**, Florianópolis, 2001. 163f. Tese (Doutorado em Enfermagem) PEN/UFSC. P. 88.

²⁴² FOUCAULT, M. **Hermeneutica del Sujeto**. Madrid: La Piqueta, 1987, p. 34-35.

atuar, uma forma de comportar-se que se exerce sobre si mesmo(...) define uma maneira de ser.

Da *épiméleia* derivam uma série de práticas que na cultura ocidental passaram a ser incorporadas, dentre elas, a meditação. Esta noção traz embutida uma atitude ética para consigo mesmo e como conseqüência para com os outros e com o mundo. Este princípio de conduta, se incorporado ao novo modelo de assistência, contemplará a questão da cidadania de forma mais efetiva ao defender a fiscalização e punição de instituições geradoras de sofrimento psíquico. O mesmo princípio, diz respeito ainda, ou está imbricado nas ações e programas destinados a reabilitar o sofredor na sua comunidade por meio de serviços substitutivos onde se faz a distinção entre a forma de cuidado prestada no novo modelo e aquela prestada no modelo hospitalocêntrico.

A primeira (novo modelo) está relacionada a um *corpus* que define uma maneira de ser, uma atitude dos trabalhadores de saúde mental que levam a intervenção nos processos de adoecimento e recuperação do sofredor de uma forma mais reflexiva; ou seja, as interações do indivíduo em sofrimento com o espaço são territorializadas respeitando determinado modo de enfrentamento com o mundo; sua inserção na estrutura social é valorizada; as relações com as instâncias e modalidades provedoras de assistência à saúde são diversificadas (rede de assistência) e, é dado ênfase à postura do sofredor diante das particularidades de sua vida e sobre os acontecimentos circundantes, enquanto à forma de cuidado no modelo hospitalocêntrico estimula historicamente a cronificação e o isolamento do sofredor.

O novo modelo contrapondo-se ao modelo hospitalocêntrico privilegia, portanto, um agir ético-solidário como uma das possibilidades de transformação da vida do sofredor. Retomo aqui, o segundo pressuposto que, refere: a loucura precisa ser compreendida como um acontecimento histórico, complexo e subjetivo no qual o indivíduo experimenta a vida em seus limites e a própria vida como estados alterados-alteráveis observo assim, que o cuidado ao sofredor excede o campo da saúde, fazendo com que nós trabalhadores de saúde mental tenhamos a necessidade de ter uma visão ampliada do setor.

...Essa grande quantidade de novos serviços que estão aparecendo do tipo: NAPS, CAPS, etc. ainda, a formação me parece precária, porque também um técnico com essa visão disso tudo que eu estou falando para você, não

acontece: ele ganha o diploma e já sai com isso tudo, não sai. Ele sai sabendo quem foi Basaglia, quem foi Freud, quem foi Brauler, quem foram todos esses grandes mestres da psiquiatria, da psicanálise, da psicologia, etc. Agora, a convivência é só a vida, o dia-a-dia, a experiência, o olho no olho, é só isso que vai dizer para essa pessoa, para esse jovem, para essa pessoa recém formada qual é a melhor forma de lidar com essa questão da doença mental, qual a ética e como pode fazer uma gestão no serviço criativa, diferente do que existe e não deu certo até agora (No Peito Traz).

...O serviço foi se constituindo e construindo os momentos dentro da comunidade. Foi através de uma fala na associação de moradores, que nasceu a equipe de trabalho na comunidade, respeitando eticamente as características e necessidades locais (Espira A Respiração).

...O que não dá é para entender que o conhecimento só se produza no serviço ou que o serviço se faz e o conhecimento é da Academia descolado dessa realidade. A gente sabe que isso é superado mas, que, na prática ainda é vigente. A separação entre conhecimento e prática existe e é preciso unir os dois para que haja eficácia-ética nos serviços substitutivos (Potência).

Observa-se, nos discursos-objeto acima, que a gestão dos serviços apresenta um estilo que combinou velocidade, diversidade, ousadia, criatividade e eficácia. Fica claro também, a necessidade de se capacitar os trabalhadores de saúde mental nesse novo modelo e unir a prática a um arcabouço teórico.

Esse modelo que está sendo proposto exige que se pense a perspectiva emancipatória dos trabalhadores de Saúde Mental. Esses novos serviços fundamentados na Constituição, foram criados primeiro e legalizados depois com a aprovação da Lei 10.216 e esse fato implica o desafio de responder como os trabalhadores em seu conjunto podem interferir na sua própria história, fazer valer suas posições, aspirações e necessidades, diante do alto grau de complexidade e desenvolvimento do processo de Reforma.

Cabe responder, no entanto, como enfrentar a substituição do especialista de saúde mental pelo cidadão trabalhador de saúde mental? Do poder exercido pelo desenvolvimento técnico-científico, pelo ideal libertário da saúde mental? Estas e outras questões se colocam de forma aguda para todos os que participamos da luta pela mudança na atenção ao sofredor psíquico e do enfrentamento entre concepções e modelos conflitantes, antagônicos, mesmo.

Isto nos impõe uma dupla recusa: à razão como instrumento de dominação do

homem e ao irracionalismo com a perda do papel da ciência e da técnica na produção de qualidade de vida para todos.

...Então, eu acho que é isso sim, é poder reinventar o tempo todo, é poder abrir esses espaços de atendimento, é poder deixar que essas coisas aconteçam de forma mais natural e não tão formal como acontece hoje. É preciso que a ação tenha uma forma ética sobre tudo (Corpo/Alma).

...A palavra cotidiano funciona como um paradigma, isto é ela tem que ser uma clinica que pense sim a questão da subjetividade mas que pense que a inserção do sujeito no mundo se dá em um lugar definido, num lugar social histórico-cultural definido, e, num tempo definido, e esse tempo definido é concomitante a clinica, isto é, tem que ser uma clinica do sujeito mas do sujeito no dia a dia, na sua vida diária, na sua vida cotidiana. Nesse sentido é uma clinica que vai conflitar com aquilo que eu disse, aí logo no inicio, que é o conflito inevitável que ela vai ser uma clinica que se intromete na vida do sujeito e é uma clinica que compartilha da vida cotidiana do sujeito, por tanto, eu gosto da expressão de que é uma clinica do cotidiano, uma clínica de ações éticas (Espinha Dorsal)

...Como eu não estou vinculado ao processo acadêmico eu fico contente quando vocês estão escrevendo toda essa história que nós vivemos, eu, tu, o grupo do Fórum Gaúcho, o grupo da Luta, todas aquelas pessoas que se apaixonaram por uma possibilidade de criar um novo sistema de atenção a saúde mental no nosso País, na nossa América Latina, no mundo. Então, o que eu digo, o Baságlio diz assim: primeiro fazer depois escrever e peço desculpas pela empiria, pelo meu lado empírico, mas se eu fizesse ao contrário, primeiro escrever, como estava te falando a pouco, os homens de papel gostam de primeiro escrever para depois fazer, eu estaria correndo o risco de estar reciclando o antigo [...]E aí, ela viu que esse familiar tinha sido encaminhado para o hospital psiquiátrico. Ela, então, foi até lá e encarou o profissional médico de plantão e disse: Eu vou lhe dizer que isso não precisa ser assim. Essa pessoa pode ser atendida, cuidada de outro modo. Não há nenhuma necessidade de ele ser encaminhado para o hospital psiquiátrico, ou seja, ela interferiu com aquilo que ela tinha experienciado, vivido na saúde mental e não deixou que esse indivíduo entrasse, que coincidentemente era familiar dela, num processo, num circuito que historicamente a gente conhece qual seria – a cronificação (Potência).

Como os discursos-objeto acima apontam, o processo terapêutico nada mais é do que resignificar, dar novo significado a vida, e que, para isso, foi preciso criar um novo dispositivo – ético estético- articulado a rede tecida pela organização da saúde. Este dispositivo testemunha uma mudança significativa no modelo de atenção, pode-se sustentar, outrossim, a ocorrência correlata de um tipo de percepção que causou impacto no surgimento do Movimento “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, como salienta o discurso-objeto Potência: ...”ela interferiu com aquilo que ela tinha

experenciado (conhecimento), vivido na saúde mental [...] e não deixou que esse indivíduo entrasse num processo, num circuito que historicamente a gente conhece qual seria – a cronificação”.

Foucault (1992) aborda a esse respeito que poder e saber estão diretamente implicados e não há um campo de saber que não constitua relações de poder. Indiscutivelmente Foucault²⁴³, ainda em seu trabalho genealógico aponta nesta mesma direção: a influência das relações de poder na constituição e organização das ciências humanas.

A construção de projetos na atenção à Saúde Mental, a criação de estratégias para a execução desses projetos e a intervenção nas políticas sociais e sanitárias consideram a transformação institucional necessária pois nos fazem pensar sobre as questões éticas envolvidas na assistência ao sofredor psíquico. No campo da saúde mental a expressão “reforma psiquiátrica” torna-se, até certo ponto, inadequado para representar as propostas mais radicais de transformação do pensamento e da ação na assistência ao sofredor psíquico.

Concordando com Foucault apud Amarante²⁴⁴: *(...) torna-se possível, e necessário, superar a própria noção de “saúde mental”, enquanto projeto de normalização, de construção de “sujeitos ideais”, de produção de uma certa normalidade psicológica e social construída pelo mesmo referencial psiquiátrico-psicológico fermentado nos muros do manicômio.*

A efetiva transformação do cuidado em saúde mental passa por uma clínica que reflita e trabalhe ética e esteticamente questões antagônicas como saúde/doença, normal/anormal, razão/desrazão, autonomia/dependência, atenção individual/coletiva, objetividade/subjetividade. Entendo ser, portanto, este estudo, contributivo à sistematização de recursos teóricos que possibilitem o uso crítico e articulado na prática clínica dos princípios e diretrizes do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

O problema apresentado neste estudo refere que: uma das possibilidades para a

²⁴³ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

²⁴⁴ FOUCAULT, M. apud AMARANTE, P. Forças e Diversidade: as transformações na saúde e na loucura In: CASTELO BRANCO, G; NEVES, B. LF. **Michel Foucault da arqueologia à estética da existência**, Londrina/Rio de Janeiro: NAU Editora, 1998, p. 28.

condução à humanização da loucura é a reflexão de uma abordagem anti-manicomial aderente a nova compreensão do sofredor psíquico como sujeito complexo e subjetivo em si próprio. Após, a leitura de Foucault, não é mais possível falar em humanização ou modernização do hospital psiquiátrico e, este, é um aspecto fundamentalmente presente no movimento antimanicomial: a negação da instituição manicomial, a negação e a denúncia da violência a qual é submetido o sofredor psíquico dentro e fora da instituição asilar como é reforçado nos discursos-objeto abaixo:

...Em 87 teve início, aquele curso de Administração em Saúde Mental Coletiva, onde fui convidada a participar e aí, com o Ruben e a Sandra, eu tenho o marco que, eu digo sempre, que abriu minha mente. A partir do curso, e foi importante para mim, porque eu comecei a fazer uma crítica que até então não havia acontecido, eu comecei a ter uma outra leitura sobre a loucura e o hospital psiquiátrico. Quando se é recém formado tu entras na lógica da instituição, o que tu aprendes lá é o que tu reproduzes, a partir daí mudou muito minha postura frente a essa realidade e passei a me interessar mais e a compor o que logo veio a chamar-se Fórum Gaúcho de Saúde Mental (Espira A Respiração).

...E, aí entra a questão da formação. Então, se tu formas profissionais, na verdade tu formatas profissionais. Tu os deixas bonitinhos e tu dizeis: Olha tu vais sair aqui da faculdade, tu tens que fazer isso, isso e isso para ser um bom profissional. Então, tu vais atender um público direcionado. É preciso unir prática e teoria, num só tecido, só assim vai dar certo a formação (Corpo/Alma).

... A mudança, ela vai acontecer no momento que houver uma transformação nas pessoas, nada vai mudar enquanto cada um de nós profissionais não consiga construir programas de graduação e pós-graduação onde se trabalhe, priorizando, a mudança do sujeito (ideológica) e não somente da técnica [...] A mudança tem que ser do sujeito, as propostas de mudança do ponto de vista legal, do ponto de vista teórico está construído ou está sendo construída, pode-se consolidar mais, do ponto de vista teórico, os pressupostos da Reforma. Agora, o que eu penso se precisa é trabalharmos mais na capacitação do sujeito que cuida. Penso que tem que haver a promoção de cursos com propostas de construção de sujeitos capazes de fazer a ação em saúde mental acontecer e uma ação dentro da visão social, visão de cuidado de vida, não de cuidado de doença, de cuidar a vida que num momento determinado pode passar por dificuldades (Angina do Peito).

De acordo com os discursos-objeto acima a capacitação em serviço ou a formação baseada nos princípios e diretrizes da Reforma denotam a existência de conflito entre o saber hegemônico, dominante e os novos saberes que vão se construindo no cotidiano como, por exemplo, o estudo na comunidade, das redes

naturais de suporte social. Essas redes ao serem detectadas são um desafio inusitado para o campo do conhecimento. No campo da saúde mental seu estudo é especialmente necessário para que se ampliem as práticas empreendidas pelos serviços formais e, em particular, no campo da atenção à saúde mental.

No Brasil, a saúde do povo, é responsabilidade social, o que a determina como direito social, impulsionando a organização de movimentos sociais em busca da qualidade de vida da população. Dada a efervescência das mudanças ocorridas no período de 1987 à 2002, os movimentos sociais foram privilegiados face à postura democrática da gestão na saúde, ou seja, os movimentos sociais penetraram nos espaços institucionais da saúde através da realização de conferências de saúde e saúde mental, bem como, da participação nos conselhos de saúde.

O reconhecimento da distinção entre o saber orientado para o poder e o saber orientado para o exercício ético, e a possibilidade de articulação dos dois mundos, fornece os fundamentos teórico-metodológicos necessários à superação da lógica do modelo centrado no hospital e dá sustentação ao processo de Reforma, conforme o discurso-objeto a seguir:

...A Capacitação acadêmica convencional, de cursos de formação de graduação, mesmo de especializações, de mestrado e doutorado eu acho que elas estão muito amarradas. Estão impedindo e talvez os doutorados sejam os que buscam romper um pouco mais com essa restrição que tem em relação a produção de conhecimento, de novas tecnologias, da interação, da contaminação mesmo entre uma disciplina e outra. Agora, as universidades estão cada vez mais se provocando para isso, para a capacitação. A Academia indo para a rua, para contribuir em relação aos serviços e com isso contribuindo com o que conhece de pedagogia e de investigação. A universidade pode fornecer uma capacitação válida e necessária (Potência).

...Na questão da saúde mental já que nós temos as leis e agora a Lei Federal eu acho que teria que ter um suporte maior dentro da academia para a capacitação em saúde mental. Não é uma questão de livre escolha do professor de psiquiatria, de psicologia ou de enfermagem psiquiátrica, ele é professor de uma instituição pública federal e tem que defender o sistema único de saúde com suas leis e saúde mental é lei federal (Estatuta Mediana).

...Porque tem “enes” maneiras de fazer saúde mental. Tu sabes? Tu tens uma escola, tu tens uma unidade de saúde, tu tens uma pessoa mais próxima dessas questões, que já faz um trabalho com as famílias daquela região. O PACs e o PSF também, foram fundamentais. Começamos a ver que tinham municípios que não internavam mais como resultado desse trabalho. Eles tinham uma enfermeira e um médico que faziam a avaliação, revisão medicamentosa. Sabe? Então é um conjunto de elementos, pensando numa política. Isso que eu tive essa oportunidade e foi muito rica de ver a

amplitude e a complexidade, como tu tens que estar vendo diferentes níveis, essa questão, para garantir lá na ponta que tem o remédio, que tem o profissional e que tem alguém que cuida de nós. Conseguimos disseminar para o conjunto do Estado essa idéia que já existia no Estado do Rio Grande do Sul, já havia experiências e se podia dizer “tal município faz assim”. Tínhamos um leque de possibilidades, de jeito de ser feito, com experiências locais existentes [...] Um dia, acho que essa história foi com uma pessoa ligada às artes, ele estava com fantoches na bolsa e, ao tirar alguma coisa da pasta dele, caiu o fantoche e os usuários se interessaram e começaram a falar a partir do fantoche, ele passou a realizar oficinas de fantoche e conseguir as verbalizações que não estava conseguindo e pode, assim, escutar as pessoas e entendê-las [...] É, isso que eu digo, tem aquele campo duro que o entendimento só se dá a partir da linguagem, mas tem esse outro campo, que é outro campo epistemológico que ajuda a explicar. Tem um outro campo, o campo da Antropologia que ajuda a explicar. Imagina a linguagem, a linguagem é crivada de códigos e de significados de acordo com a classe, de acordo com a renda, de acordo com a tua história de família, de acordo com a tua subjetividade. Imagina o usuário, ou paciente chegar num ambiente onde lhe é exigido a verbalização no grupo (Almas da Mãe).

De acordo com os discursos-objeto acima, as leis deixam os serviços mais ancorados na sociedade e retratam ainda com certa insistência a importância da Academia no fornecimento da capacitação que se faz necessária aos trabalhadores de saúde mental como uma “esteira” fundamental que integra teoria e prática. Percebemos que a mobilização da sociedade através do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial produziu saberes e práticas coletivas que transformam atores em autores. A partir do contexto vivido é possível reinterpretar o “ato” onde saber/poder e solidariedade se confrontam.

A experiência na reorganização dos serviços ambulatoriais que tem seu início no final da década de 80 no Rio Grande do Sul é acompanhada por um processo de capacitação onde a discussão do cotidiano dos serviços, do vínculo, da acolhida e da responsabilidade pelo cuidado integral da saúde são pontos de pauta importante para um cuidado de qualidade na saúde coletiva e individual. A invenção do método de trabalho, as conexões com os recursos da comunidade e a criatividade nas respostas às experiências vividas passam a fazer parte do trabalho.

Colaborando com essas idéias Foucault (1994), já em seus últimos trabalhos, nos diz que é preciso pensar em uma nova economia das relações de poder a qual, visa estabelecer o uso de formas de resistência contra as diferentes formas de poder.

Os Cursos como são apresentados no discurso-objeto a seguir são estratégias de resistência como nos aponta Foucault com o objetivo fortalecer a noção de equipe de saúde mental e transmitir as idéias principais do novo modelo de atenção, entre elas, as do vínculo e da autonomia do sofredor. Relacionar a prática vivenciada às teorias disponíveis no momento e, repensar a “nossa sociedade de controle e dominação”.

...Uma vez por mês juntávamos as pessoas de referência na saúde mental de cada região da cidade, montávamos seminários, fazíamos discussão e combinações. Começamos assim, a montar, a dar uma estrutura porque tínhamos o CAIS 8 [...] Todo o trabalho, começou em 87 com a Sandra, aquela infinidade de cursos, que eu já nem me lembro quantos, 8 ou 10 cursos, naquela ocasião. E outra coisa interessante, no nosso governo, na nossa gestão, é que muitas pessoas que eram do Movimento assumiram postos importantes ou foram coordenadores regionais de saúde, ou foram coordenadores das ações de saúde dentro da Coordenadoria Regional, várias pessoas, as primeiras reuniões era só se reencontrar com as pessoas que haviam feito os cursos junto com a gente [...] Muitos daqueles municípios que já tinham serviço, bom até porque os trabalhadores já haviam feito os cursos de saúde mental, estavam convencidos da necessidade de mudar e os municípios. mais espertos, já se tinham dado conta de que poderiam ganhar mais, junto a população, tendo serviço local [...] Chegou um momento, segundo semestre de 2002, nós já havíamos perdido as eleições, ainda nos chamavam nos municípios e eu dizia: Mas que querem comigo, nós perdemos as eleições. E, lá íamos nós continuar as ações. Fazíamos seminários, encontros, porque havíamos plantado a semente (Almas da Mãe).

...Usamos vários processos terapêuticos: os tradicionais, os medicamentosos, os psico-terapêuticos e até os religiosos [...] Chamamos o padre e ele deu um show, nos ajudou nessa situação de crise, conseguiu colocar coisas muito mais importantes para aquele momento, para o sofrimento daquela mãe do que nós, com todo o nosso conhecimento [...] Não é, muitas vezes, o psiquiatra, o psicoterapeuta, o psicopedagogo, o psicoenfermeiro que pode cuidar, mas, muitas vezes, pode ser até o psicodélico, pode ser aquele cara que chega com o violão, pode ser o hippie, isso nos deu uma flexibilidade muito grande e fez com que percebêssemos que no campo da saúde mental é preciso atuar em rede (Potência).

No entanto o saber tradicional tem uma tendência a se fixar e somente se responsabilizar pela doença e não pela pessoa doente, ou melhor, em sofrimento. E, essa é mais um obstáculo a ser superado quando se objetiva a transformação em Saúde Mental. A clínica antimanicomial, a clínica centrada numa ética da estética, a clínica do cotidiano é capaz de reconhecer as diferentes necessidades em pessoas com patologias iguais, é capaz de propor condutas terapêuticas de forma pactuada,

utilizando recursos diversos.

É importante ressaltar que as falas se referem às redes de conhecimento necessárias para a implementação das ações em saúde mental. A criação de tecnologia, processo ou produto, derivados da capacitação somam-se sob a forma de pessoal, instalações, equipamentos ou recursos acessível a todos e inscritos num campo ético, o que se constitui em mais elementos para a ressignificação das ações em saúde mental.

Pensar e atuar em rede, hoje, é um desafio que enfrentamos para colocarmos em ação às propostas teórico-práticas da Saúde Mental. A clínica do cotidiano, portanto, tem por objetivo prestar atenção integral, humanizada, contínua e centrada no contexto sócio-histórico de cada indivíduo, a partir de ações conjugadas com as estratégias de territorialização e intersetorialidade.

a) Território: Por um mundo onde caibam todos

A conexão existente entre processos políticos específicos e origem e desenvolvimento das políticas públicas de Saúde Mental nos anos 90, no Brasil, nos remete a produção de sentidos acerca das transformações na atenção ao sofredor. Essa atenção é vista pelas políticas públicas, neste período, como um objeto a ser modificado, alterado ou mesmo substituído em partes sem, que, o trabalhador de saúde mental tenha clareza “do que” precisa ser modificado. Ao problematizar tal questão, os trabalhadores de saúde mental abrem essa discussão para a sociedade como um todo e usuários dos serviços, familiares, sindicalistas e comunidade engajam-se neste debate sobre a Reforma Psiquiátrica.

A questão ética do cuidado tem merecido destaque, desde então, pois ao reafirmar a dignidade, enaltecendo o valor da pessoa humana com sofrimento psíquico traz à cena a família que passa a desempenhar um papel relevante no cuidado ao sofredor. Este deixa de ser visto como um sujeito isolado das necessidades de apoio sócio-familiar, sendo, então, sujeito construído em e na relação com a família extensiva. A busca de alternativas éticas e morais para enfrentar o dilema do sofrimento psíquico sugerem e impõem que se faça uma reflexão mais aprofundada sobre o cuidado no paradigma da Saúde Mental onde é possível identificar uma

política integrativa, termo cunhado por Villalobos²⁴⁵, e que quer dizer: *ações de investimento social com vistas a favorecer a autonomia dos sujeitos e sua inserção social*.

Nos discursos-objeto abaixo se identifica a necessidade dos serviços de saúde mental de contarem com *políticas integrativas* favorecedoras de uma maior inclusão social do sofredor.

...Os familiares que estão sempre envolvidos, mas muitas vezes, escapando entre os dedos, isso é uma queixa de técnico, principalmente, do técnico que tenta trazer os familiares para os serviços, para participarem mais juntos do cuidado, mas eles escapam, não vão. Não sabemos como fazer para trazer a família. Isso tudo é muito novo ainda, ou a sociedade não está preparada ou nós trabalhadores é que não estamos (No Peito Traz).

...Nós deslocamos outra coisa, um trabalho terapêutico individual para uma atividade coletiva, nós estamos chamando essa atividade coletiva, de atenção coletiva, onde esse indivíduo é colocado numa abordagem interdisciplinar, numa abordagem que lhe valorize como parte de um grupo de pessoas que pode ser tanto auxiliadas ou parte de um grupo que se pode auto-ajudar. Essa família passa a ser trazida como parceira desse processo e não como causadora de uma patologia. É um projeto coletivo [...] O pessoal da área da psiquiatria, psicologia, com o familiar do paciente, com essas experiências adquiridas nesses grupos, o familiar do paciente acabou participando também e acabou aprendendo como lidar com esse tipo de paciente, ele acabou vendo que ele não precisava esconder do vizinho que tinha um familiar com problemas mentais ou psicológicos ou ainda, como os regredidos que tem algum problema físico. Então que eles poderiam integrá-los a sociedade e participar do que estavam vivendo (Potência).

A ampliação de respostas no enfrentamento ao sofredor psíquico, como apontam as falas acima é importante e viável, quando se favorece a criação de redes de suporte e se cria oportunidades e trocas de experiências, afeto e acolhimento na família superando a lógica da atenção do modelo curativo, individualista e exclusivista. A proteção à saúde mental impõe políticas públicas amplas de desenvolvimento econômico e social que torne menos vulnerável a população.

A qualidade da atenção está atrelada à busca permanente de diálogo na ampliação da consciência coletiva sobre o processo saúde/doença mental com a percepção de co-responsabilidade da família sobre o tratamento; contribui para a

²⁴⁵ VILLALOBOS, V.S. O Estado de bem-estar social na América Latina: necessidades de redefinição. *Cadernos Adenauer*, São Paulo, n.1, p. 49-69. 2000.

percepção dos direitos e deveres sociais e fortalece a relação família/equipe de saúde mental. O território é o espaço privilegiado para a identificação de pessoas em risco, para a realização de uma abordagem antimanicomial e construção de grupos de suporte e de informação em parceria com os serviços.

...A assistência integral a saúde mental é um direito do cidadão, assegurado pela Carta Constitucional. A atenção em saúde mental, portanto, não pode ser justificativa para qualquer violação dos direitos humanos, como ocorreu no passado. Trabalhador de saúde e sofredor psíquico são sujeitos sociais inseridos em um dado processo, autores de sua história no presente, inseridos num determinado contexto, num determinado espaço. Essa é a relação que se quer estabelecer nos serviços de atenção à saúde mental (Sobrancelhas).

É no território - espaço estético da cidadania - que encontro à definição do belo que permeia a *Re-forma* e que inevitavelmente, se associa à definição (*forma*) do que é bom e verdadeiro. Essa perspectiva, de antemão, já aponta para um cuidado que transcenda a saúde mental, ou seja, um exercício cotidiano da consciência cidadã e que envolva não só o sofredor psíquico e sua família, mas também o próprio trabalhador de saúde mental como apontam as falas acima. É possível afirmar que existem novos cenários e novos atores no jogo das políticas públicas de Saúde Mental:

...O serviço de Rio Grande é muito diferente, porque no serviço comunitário de Pelotas, a pessoa está perto de sua casa, são todos vizinhos, assim se a pessoa não vem ao serviço a gente vai até a casa dela, ou o outro vizinho sabe o que aconteceu e pode nos trazer um recado do usuário. Aqui, é bem diferente. As pessoas vêm de longe, da Vila da Quinta, do Povo Novo, nós os trabalhadores, estamos longe da vida das pessoas, aqui é o centro da cidade (Espira A Respiração).

...Fomos trabalhar com as potencialidades identificadas nos municípios com a lógica de criar serviços locais para atender as pessoas onde elas vivem, de entender que o sofrimento psíquico é um objeto de trabalho das pessoas da saúde mental e que pode ser feito (o Trabalho) nos municípios por isso também que uma rede de cuidado para atender uma pessoa em sofrimento não dá para se limitar a saúde, ela tem que ser maior do que a saúde. Ela tem que buscar a cultura, tem que buscar as redes de vizinhança, as redes sociais [...] Uma experiência que me deixou impactada uma agente comunitária de São Paulo que foi falar com um traficante porque ele havia jurado de morte uma portadora de sofrimento psíquico que estava devendo para ele e a agente comunitária foi falar com o traficante e disse: tu não podes matar a 'fulana' porque ela está louca, ela está mal e é uma covardia tu fazeres isso com ela, tu precisas dar um tempo para ela porque agora ela está louca (A Vista, Os Olhos).

A atenção no território é uma estratégia reorganizadora das práticas assistenciais, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde mental dos indivíduos, possibilitando a integração e promovendo a organização das atividades num local definido, reafirmando e incorporando os princípios da Lei 10.216.

...Integrei a equipe de saúde mental do Município e comecei a prestar serviços junto as comunidades. Estes serviços estão montados por territórios, e em cada bairro da cidade há uma equipe, eu fui para a equipe do distrito, hoje a gente chama distrito, naquela época, não, a gente chamava de bairro Fragata onde se iniciou um trabalho com pacientes, usuários, que não eram usuários porque o serviço não existia, mas havia uma proposta para pessoas com transtornos mentais crônicos e uma proposta de se ter uma ação substitutiva ao hospital, a internação psiquiátrica, que até então era a única prática à que as pessoas recorriam, a única atenção que as pessoas tinham quando em crise ou também, durante o período entre uma consulta e outra para buscar uma medicação ou ter um acompanhamento [...] Nós começamos a fazer o acompanhamento domiciliar deste usuário e fizemos um vínculo com ele e com a família, encaminhamos ele para a rede, para o CAPs e ele foi acolhido e foi muito interessante porque ele não precisou mais de uma internação psiquiátrica (Espira A Respiração).

...Território outra palavra chave onde funcionava esse serviço junto ao Estado, isto é as forças do Estado que, fazem a mediação entre essa situação da violência, da violência de um cidadão sobre outro (Espinha Dorsal).

Também para Foucault²⁴⁶, território tem um significado especial: (...) é sem dúvida uma noção geográfica, mas é antes de tudo uma noção jurídico-política: aquilo que é controlado por um certo tipo de poder.

Nos discursos-objeto acima se percebe a necessidade da luta por políticas consistentes que se funda em projetos que desenvolvam a autonomia do sofredor na busca da qualidade de vida de toda a comunidade. A conversão do trabalhador de saúde mental em empreendedor de projeto, processo ou serviço é não só permitida, mas estimulada o que redefine a própria função social dos serviços de atenção à saúde mental, o que pode ser observado no discurso-objeto a seguir:

...Bom, com este diagnostico feito é que eu me dei conta, que eu achei doloroso, começamos todo um trabalho nas equipes em reorganizar os distritos sanitários para que no mínimo tivessem nem que fosse a atenção

²⁴⁶ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992, p. 157.

básica, mas tivesse uma equipe de referência e a onde em regiões mais complexas, com mais população houvesse minimamente alguma organização do sistema para eles [...] aí o diagnóstico que a gente fez resultou na concentração em quatro regiões do Estado os leitos psiquiátricos, tínhamos o Gapi (Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica) funcionando, acabamos com ele em 2001, tendo em vista a nova política federal, de avaliação. E a gente já estava pensando na linha da descentralização [...] No sentido assim, que tivesse claro que determinada região, tal município, que havia de oferta de serviço, o que precisava para funcionar, para que minimamente a população pudesse ter acesso (Almas da Mãe).

A relação entre Saúde Mental, espaço de resistência e qualidade de vida é um tema de investigação que vem sendo pesquisado em todo mundo. No Brasil, a necessidade de uma reflexão sobre os fatores determinantes da exclusão, do isolamento que historicamente atinge o sofredor psíquico e suas conseqüências, é ponto permanente de pauta nas discussões em Saúde Mental.

Entre as demandas do serviço de saúde, encontra-se a assistência dada ao sofredor psíquico, os quais representam uma parcela com forte tendência à marginalização dos serviços de saúde, seja pela incapacidade de procurarem esses serviços; pelas patologias restritivas que lhes acometem, ou ainda, pela não resolutividade dos próprios serviços. Devido a tais limitações, o cuidado ao sofredor, gera uma necessidade no setor saúde de transformação da assistência prestada.

Como resposta a esta situação o Programa de Saúde da Família (PSF), desde a sua implantação no País, apresenta a assistência domiciliar como uma das estratégias que permite identificar o sofredor psíquico e seus cuidadores na área de abrangência do Programa (território). Aliado a isto, o PSF procura determinar o perfil do sofredor; medir o grau de sobrecarga emocional dos cuidadores, relacionado a esta atividade; intervir através da formação de grupos de apoio na própria comunidade estimulando, assim, a formação de uma rede social de proteção territorializada.

Portanto, a reorganização do processo de trabalho em Saúde Mental “incluído” no Programa de Saúde da Família para que possa operar satisfatoriamente evitando a institucionalização, a cronificação, entre outros, passa por uma proposta que privilegie o trabalho em equipe enquanto possibilidade de recomposição dos trabalhos

parcelares. O profissional da saúde, partícipe deste Programa, ao não isolar-se em seu “núcleo de competência” favorece a integração das atividades, tanto na organização do trabalho, dos saberes quanto na interação entre sujeitos – entre trabalhadores e destes com os usuários dos serviços. Posso dizer que o PSF, como estratégia, imprime novo sentido à saúde mental e tem como resultado a troca e articulação de um “campo de produção de cuidado” comum à maioria dos trabalhadores de saúde. A recomposição e recriação permanente do processo coletivo de trabalho em Saúde Mental é o espaço de resistência necessário para uma práxis oportuna e afinada com os objetivos maiores da Lei 10.216.

...Eu gosto da expressão de fazer caber mais a loucura no nosso cotidiano e dar maior suporte para esse sofrimento. O que é isso? Que a pessoa que está em sofrimento possa identificar que ela está em sofrimento, que ela está necessitando de cuidados e, que a gente tem programas como o PSF e serviços que dão esse cuidado, ou seja, se a pessoa não está em condições de ir para a escola, por exemplo, está bem, ela não vai para a escola mas, a escola não expulsa pelo fato de estar em sofrimento [...] Então, eu acho que tem uma dimensão ética aí também, que é aquela que a pessoa por existir tem direito a viver, a re-viver, e as instituições e a sociedade precisam criar esses espaços, propor isto como resposta as necessidades do sofredor, uma proposta, mesmo sabendo das dificuldades para que isso aconteça no dia a dia [...] A pessoa que está em sofrimento ela precisa de um olhar específico, de um cuidado específico mesmo nessas situações mais adversas como é o ambiente das drogas e do tráfico de drogas. Então, é a gente criar realmente espaços para cuidar das pessoas que estão em sofrimento, sem ser discriminatório ou sem condenar seja a morte ou a exclusão (A Vista, Os Olhos).

...e de demonstrar, sim, que é possível atender as pessoas na sua cidade e com os dispositivos que a própria comunidade pode criar a partir de sua cultura, de seu território, de suas características. É criar um espaço de resistência e fazer valer a Lei (Almas da Mãe).

Se a Saúde Mental é encarada como uma finalidade social desejável, essencial para a melhoria da qualidade de vida da população, como é revelado nos discursos-objeto acima, se faz necessário à viabilização concreta e a execução desta conquista democrática (Lei 10.216) nos espaços onde se vive, ou seja, na comunidade.

Foucault²⁴⁷ em sua análise sobre a resistência, ou melhor, sobre os espaços de

²⁴⁷ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992, p. 241.

resistência reforça a idéia de força das camadas populares da sociedade fazendo uma relação com o poder: (...) *Para resistir, é preciso que a resistência seja como o poder. Tão inventiva, tão móvel, tão produtiva quanto ele. Que, como ele, venha de “baixo” e se distribua estrategicamente.*

A Saúde Mental como parte que integra a saúde geral, encontra-se através do PSF inserida neste contexto, uma vez que as ações desenvolvidas pelo Programa somente serão satisfatórias quando estiverem interagindo com todos os segmentos, ou seja, trabalhadores de saúde e saúde mental e comunidade de forma interdisciplinar, integralizada e territorializada.

...As instituições chamadas alternativas são alternativas não só ao asilo psiquiátrico ou ao hospital psiquiátrico, mais elas são alternativas digamos ao modelo ou extremamente autoritário e disciplinar da psiquiatria convencional ou ao modelo ingênuo, ingênuo no sentido político das psicoterapias todas que se supõem sempre libertarias mas que, na verdade, quaisquer intervenções desse tipo contem em si a possibilidade de um certo grau de normalização [...] Seguindo hoje inevitavelmente esse tipo de indagação que está marcado em mim devido a minha experiência de Coordenador de Saúde Mental do Brasil e eu tenho um entusiasmo muito grande pelo trabalho que vem sendo desenvolvido nos serviços chamados alternativos não só porque são alternativos à internação psiquiátrica convencional mais porque buscam de fato dialogar com as tradições teóricas tanto da psiquiatria tanto da psicologia, da psicanálise, da reabilitação psicossocial, dialogar de uma forma criativa no cenário histórico, concreto, real, cultural do Brasil e tentar a partir disso formular digamos permanentemente novos modelos de atenção [...] Então eu entendo que uma das características que esses serviços têm e que fazem parte de uma nova clínica desse tipo que você me pergunta, tem que ser necessariamente a abertura generosa à inventividade, eles tem que ser abertos á criação do novo, a possibilidade de colocar sempre em questão as tradições embora, também, a competência teórica que não é simples de dialogar competentemente com essas tradições mais eles tem que ser abertos a criatividade e a inventividade (Espinha Dorsal).

O processo de Reforma, como denota o sujeito Espinha Dorsal, não é só um processo substitutivo ao hospital psiquiátrico, mas sim, ao modelo empregado. O plano de desenvolvimento da atenção em Saúde Mental no País é um valioso instrumento de gestão por estabelecer princípios, diretrizes, metas e responsabilidades desde que elaborado com a participação e envolvimento dos trabalhadores de saúde mental – quem executa- e usuários e familiares dos serviços- aqueles que sofrem a ação.

Os CAPs ou NAPs chamados, também, de serviços alternativos, são serviços de

atenção à saúde mental regidos pela lógica antimanicomial onde os dispositivos extra hospitalares são os suportes de um modelo de atendimento sustentado pelo respeito aos direitos humanos e de cidadania. Estes serviços se estruturam a partir da compreensão de que promoção da saúde envolve aspectos relacionados à qualidade de vida, à equidade, à cidadania, ao desenvolvimento sócio-econômico-cultural e a participação social.

Historicamente, quase todas as investidas institucionais e societárias direcionadas ao aperfeiçoamento da atenção em Saúde Mental; garantia de acesso aos serviços e defesa dos direitos do cidadão, defrontaram-se com modelos hegemônicos revestidos de interesses ora corporativistas, ora mercantis ou clientelísticos, típicos da nossa sociedade contemporânea, ligada a práticas autoritárias exercidas, em parte, por alguns modelos inter-institucionais vigentes de governabilidade. Para reverter esse trágico quadro foi necessário um novo ponto de partida.

Num País, cujo modelo de política pública de atenção à saúde preconiza ser à saúde “dever do Estado” e têm sua capacidade instalada ainda, sob domínio do setor privado, os interesses decorrentes desse antagonismo, levam a exigir uma permanente e comprometida mobilização social na garantia dos direitos constitucionais de seus cidadãos. Porém, não só a existência de um marco legal- Lei 10.216- é suficiente para o seu cumprimento, é preciso que haja exigência por parte da sociedade. Vivemos hoje um desafio, continuado e persistente de se fazer cumprir as leis de proteção ao sofredor psíquico.

Foucault²⁴⁸ nos apresenta um novo dilema – “o do lado correto”- *que só funciona para alguns como sinal de pertencimento: estar do “lado correto”, do lado da loucura, das crianças, da delinqüência, do sexo.*

A década de 90 foi um período de alta democracia política e dá-se o mesmo no setor saúde que amplia a esfera pública frente à esfera privada rumo à universalização e garantia dos direitos. Esse outro lado, com o qual concordamos, é apresentado nos discursos-objeto a seguir:

...A liberdade de ir e vir é a questão central dos CAPS, esse equipamento, e, depois, no outro dia, se tu não quiseres vir tu podes ficar em casa [...] A

²⁴⁸ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. 239

camiseta é uma forma de resistência onde nós começamos a placar nas camisetas frases que se contrapõe a história desse isolamento, dessa resistência contra a loucura, contra a diferença para transformar a visão que se tinha até então no social. Trazer as pessoas para o nosso lado. [...] Essa resistência seria o diferencial do cuidado para não ser simplesmente o cuidado assistencial, um cuidado geral. Era preciso que se toma-se partido. [...] Era muito interessante: o pessoal chegava quietinho, homens e mulheres, chegam muito deprimidos, quietos e de repente se viam envoltos numa atmosfera tão familiar, o pessoal todo na volta, criavam aquela atmosfera de carinho, bem família mesmo e eles acabavam se sentindo queridos, protegidos, então eles acabavam começando a falar dos problemas, das ansiedades, dos desejos que tinham, como queriam que fosse e acabavam se integrando de uma tal maneira que no final aquilo não era um grupo de terapia era uma família. Então criou-se laços de amizade entre o pessoal, pessoas que não falavam com ninguém antes, que seriam aqueles colocados antigamente no hospital psiquiátrico, porque se isolavam ou ficavam agressivos quando conversavam. Esses pacientes eles acabaram criando laços de amizade que duraram, eles terminavam o tratamento, eles estavam ótimos, bem integrados a sociedade, quer dizer iam viajar, foram viajar para os congressos de saúde mental que houveram e foram muitos e se comportaram muito bem nos congressos, acabaram criando idéias muito boas e dando idéias muito boas para que essa Luta (antimanicomial) tivesse mais força (Potência).

...Nosso CAPS atende 900 consultas mês e só registramos uma internação, encaminhada num final de semana. Funciona 24 horas, às vezes, nos finais de semana, a gente se depara com situações irreversíveis, mas é pouca a necessidade de internação [...]Hoje, por exemplo, a gente trabalha com internação domiciliar. Ainda, hoje de manhã fomos medicar uma menina em casa e essa medida simples evitou a internação (Espira A Respiração).

...mas na realidade, o que eu penso é que, melhorou a qualidade do atendimento, é o que a gente vê. Hoje várias cidades têm núcleos como os CAPs e os NAPs. Agora, o que eu penso é: O que está se fazendo com essas novas tecnologias? Será que nós não estamos reproduzindo a institucionalização de uma forma diferente usando o discurso da não institucionalização? (Angina do Peito).

Aliado a necessidade de se manter um trabalho de resistência e de permanente atmosfera familiar, uma outra estratégia de superação de barreiras, quando se trabalha com o sofrimento psíquico é o cuidar em liberdade como apontado nos discursos-objeto a seguir:

...existe de fato uma possibilidade de tratar em liberdade que foi a grande questão dos anos sessenta e setenta, de dizer que a própria liberdade é terapêutica e, mais, que também o tratamento pode ser feito em regime da liberdade e pode ser é deve ser produtor da liberdade (Espinha Dorsal).

...Outra coisa, nesse cuidado, que nós colocamos e, que, é bárbaro, é esse processo de porta aberta. Esse processo de trabalhar sem a clausura, esse processo do ir e vir do sofredor [...] Essa abertura, essa liberdade que o Basaglia chamou bem que é terapêutica, é uma coisa fenomenal nesse modelo de cuidado [...] Quando a gente vê que, depois mais de uma década de luta, nós conseguimos, mesmo não sendo a lei original de reforma psiquiátrica que nós queríamos, é um equipamento legislativo, na área de saúde mental, que esse País nunca teve. A onde começa fazendo referência aos direitos humanos em relação aos doentes mentais, tínhamos uma legislação de 1934 então tudo isso, que foi acontecendo nesse início de século, sete de abril de 2001, foi muito importante para nós e, foi assim, como um processo de gratificação por todas as dificuldades que passamos desde o início do movimento de Luta (Potência).

A liberdade enquanto ação terapêutica retratada na Clínica do Quotidiano poderá, no campo da reabilitação, promover a construção de estratégias que favoreçam a expressão e a vivência dos direitos do sofredor psíquico. Direitos à moradia, ao trabalho, à educação e ao lazer, etc. Esta reflexão encontra suporte numa referência de Rotelli²⁴⁹ que diz: *Deve-se trabalhar para melhorar a qualidade de vida das pessoas e não para seqüestrar as contradições e geri-las tecnicamente.*

...Em realidade, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial começa com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que, embora, tendo uma formação acadêmica tradicional de cuidar o paciente psiquiátrico, já tínhamos uma outra visão de quem estava começando a pensar e ver as coisas por outro lado. De uma forma diferente. Mas a partir desse movimento nós trabalhadores sentíamos que o nosso fazer não dava conta da vida desses pessoas, dava conta apenas da doença em alguns aspectos mas, não dava conta da saúde dessas pessoas (Angina do Peito).

...Agora foi criado o hospital-dia que tanto se falou nas palestras, nos encontros. Vão os pacientes com depressão para lá e até tomam uma medicação mas eles tem o tempo deles ocupado e depois voltam para a sua casa (Garganta Grita).

...Mais eu achei maravilhoso, a gente fez um trabalho maravilhoso na moradia começando com a obra. Passamos a acompanhar as pessoas, cuidar de cachorro dentro da unidade, que era proibido, fizemos uma serie de coisas com muita liberdade e, no fim, foi ótimo eles me ajudaram sem saber o quanto foi bom ficar naquela unidade, aí Cristo [...]E, porque a gente fazia isso? Por entender que se tu não fizesses um reforço no trabalho no âmbito grande, ambulatorial como se chama, tu vai continuar reproduzindo a política hospitalocêntrica. Não adianta. Enquanto o GAPI, fiscalizando os hospitais e brigando para que eles melhorassem a qualidade deles, centramos fogo na atenção municipal e na atenção ambulatorial. Começamos a organizar a rede de acesso a emergência, esse é um dos problemas

²⁴⁹ ROTELLI, F. Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 154.

gravíssimos do Rio Grande do Sul (Almas da Mãe).

Como refletem os discursos-objeto da Potência, Garganta-Grita e Almas da Mãe o comprometimento dos trabalhadores de Saúde Mental fazem com a Lei tenha eficácia e proporcione deliberadamente a consolidação de seus princípios, ideários e objetivos. Mais do que isso, trabalhadores, usuários dos serviços e familiares proporcionam as estratégias de articulação necessárias a concretização dos direitos dos sofredores psíquicos, assegurando uma atenção em Saúde Mental ética, eficaz e qualificada. A reafirmação da liberdade nas ações em saúde mental, observada no discurso-objeto Almas da Mãe, como pressuposto e base do cuidado traduzem um novo sentimento, uma “ética da vida” que suscita uma nova imagem do mundo.

A Reforma Psiquiátrica entendida como processo social em construção e refletida no discurso-objeto Almas da Mãe é proposta que merece ser continuada porque vem constituindo-se em aparelho de reforma do Estado e de formação de cidadania ao identificar e procurar atender melhor as necessidades de saúde mental da população. Nessa lógica, o sofrimento psíquico é compreendido em sua dimensão histórico-social, onde a subjetividade do indivíduo não é reduzida a um processo individualizado, prevalecendo à interdisciplinaridade como um aspecto metodológico fundamental. Este aspecto gera um campo amplo de atenção, que transcende o atendimento individual e clínico. Sendo a práxis sustentada na concepção de que a promoção de saúde é um processo complexo, amplo que envolve condições ambientais, sociais, políticas e econômicas, entendendo ser essencial a participação ativa da comunidade na construção e consolidação de leis e portarias de proteção ao sofredor.

A eficácia de um novo modelo somente poderá ser alcançada quando adotarmos, nós trabalhadores de Saúde Mental, fiel parceria com os usuários e suas famílias, agentes detentores de possíveis ações judiciais legais que possibilitem o cumprimento da legislação vigente.

Reafirmando essa idéia Dallari²⁵⁰ refere: *O mundo contemporâneo aceita com*

²⁵⁰ DALLARI, S. G. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995, p. 15.

dificuldade o erro, ainda que casual. De modo especial em sua parte mais desenvolvida, aumenta consideravelmente o número de ações exigindo a reparação dos danos sofridos. Crescem, também, as possibilidades de agir mediante ampliação da legitimidade processual.

O desafio do milênio é construir um processo de moralidade na atenção à saúde mental que passe necessariamente pela inclusão social do sofredor e não pelo cuidado baseado no isolamento e exclusão. Esse processo de moralidade está associado a uma visão de mundo que busca a validação das subjetividades, o resgate da cidadania e a reconstrução do valor social do sofredor.

Estas reflexões se fortalecem na medida em que entram em cena as mobilizações populares e um processo de desmistificação da loucura que ganha, com o passar dos anos, um número maior de adeptos. Esse trabalho cultural junto à população resulta na construção de serviços alternativos e na construção de leis estaduais e federal como um importante respaldo para a luta ideológica.

Embora, as mudanças promovidas inicialmente, fossem tímidas, sem dar conta das especificidades da saúde mental, no Rio Grande do Sul, em especial, assume-se o desafio da consolidação e continuidade desse processo de Reforma com a aprovação da Lei Estadual 9.716 em agosto de 92 que dispõe sobre a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por serviços ambulatoriais.

O destaque dado pelo discurso-objeto *No Peito Traz*: a importância do conhecimento sobre a legislação em saúde mental faz com que o trabalhador engajado em práticas políticas transfira a política para o cotidiano vivido.

...Eu acho que o profissional da saúde mental para poder dar atenção e poder tentar ajudar uma pessoa que tenha problema psíquico, uma doença mental qualquer, ele tem que ter uma abertura muito grande para além destas questões. Ele tem que se relacionar com estas questões de uma forma que vá além do seu conhecimento técnico, vamos dizer assim. O conhecimento da legislação, por exemplo, porque nós temos uma crença, nós companheiros dessa jornada, eu, você, e tantos outros que nos conhecemos e que temos as mesmas crenças nós sabemos que tratar está além da medicação, existe toda uma crença num cuidado que é ideológica (*No Peito Traz*).

...Acho que não, a ideologia não muda e ela esta vinculada ao cuidado. Eu acho importante que a gente saiba disso. Porque, se tu não tens nenhuma visão ideológica, tu não tens como cuidar do outro (*Espira A Respiração*).

A necessidade de se oferecer um outro tipo de “resposta” a demanda e de se organizar ações que coloquem os serviços como referência para os usuários que tradicionalmente se dirigem aos hospitais psiquiátricos é essencial para a efetiva construção/invenção de uma nova forma de atenção em saúde mental como nos demonstram as falas abaixo:

...A saúde mental pública é uma questão de paixão, quando tu entras tem que entrar com tudo e levantar bandeiras (Corpo/Alma).

...Aí fizemos todo esse trabalho, a minha avaliação de que naquele tempo a gente mexeu com algumas “teias de aranha” da instituição, eu acho que a gente conseguiu criar uma base para mostrar que tinha uma outra mensagem, uma outra forma de ver o fenômeno da loucura. Mostramos como era essa outra política da Saúde Mental e conseguimos que alguns trabalhadores, justamente os mais humildes, os mais simples comesçassem a entender também nossa proposta e passassem a ser nossos aliados. Na realidade, a maioria dos técnicos foi radicalmente uma oposição a nós. É uma questão ideológica mesmo (Potência).

...Percebo que os avanços que se operam na saúde mental não podem ser creditados apenas, ou seja, a psiquiatria, a psicologia ou a enfermagem psiquiátrica. São avanços decorrentes de uma ética, de uma moral, de uma ideologia, próprias de nossa pós-modernidade. Onde percebo tensões, contradições e mudanças como parte do modo de trabalhar dos novos serviços (Sobrancelhas).

Em um país como o Brasil, com tantas desigualdades sociais, as percepções individuais sobre Saúde Mental são igualmente variadas, fazendo com que a luta pelos direitos de cidadania, nas diversas esferas da sociedade não seja, ainda, uma realidade na maioria dos municípios. A participação popular, no processo de busca de qualidade de vida, aliada aos esforços dos trabalhadores, deve contribuir significativamente para a reestruturação que se quer alcançar no setor:

...O familiar ficava se perguntando se não seria melhor hospitalizar, lá ele recebe tal medicação, ficava sedado, tranqüilo? Acabava conversando com a gente que já tinha passado pelo tratamento e via que funcionava. O pessoal estava ali e bem, de prova, de testemunha chave que o novo tipo de tratamento utilizado funcionava melhor que o quarto escuro, do que os maus tratos, digamos assim, porque eles aprenderam, foi difícil, até eles aprenderem isso, anos e anos se passaram e quantos pacientes sofreram por causa disso. Ainda bem que terminou (Garganta Grita).

--- A assistência em saúde mental hoje percorre o caminho das portarias ministeriais, o caminho da legislação em saúde e saúde mental (contamos

com as leis orgânicas da saúde e com as leis estadual e federal de saúde mental) e o caminho das lutas do Fórum Gaúcho de Saúde Mental e do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial [...] Criam-se novos espaços de atenção ao sofredor psíquico, criam-se legislação de proteção, respaldadas pelas portarias ministeriais e pela luta dos trabalhadores de saúde mental, usuários, familiares e sindicalistas na conquista de direitos e garantias legais e modifica-se o Código Civil em relação ao sofredor, no entanto, ainda podemos observar um grande desconhecimento por parte da sociedade, sobre estas transformações e mesmo, por parte dos trabalhadores em saúde mental e mesmo, ainda, por parte da Academia (Sobrancelhas).

Concordando, com o discurso-objeto Sobrancelhas: é somente quando a comunidade tornar-se partícipe das ações em Saúde Mental que se fortalecem os direitos dos cidadãos, conquistam-se e instauram-se políticas públicas condizentes com as necessidades locais.

...Foi uma das melhores experiências que eu tive na minha vida. E, porque eu acho que foi a melhor. Porque, por algumas circunstâncias, a gente conseguiu que muitas das equipes dessem apoio a essa idéia. Então nos conseguimos constituir equipes com médico geral comunitário, dentistas (que era o chefe da equipe). Precisamos acolher técnicos de outros lugares para completar a equipe. Fomos assim, “no braço e no peito” [...] então, a gente se preocupou muito com isso, a qualidade técnica, então criamos um comitê de perícia em psico-farmacologia, chamamos todas as universidades, formalizamos para dar apoio a política, procurei pessoas com capacidade para ver essa parte mais técnica. Tudo o que acontecia e a gente não tinha domínio chamávamos o especialista, queremos parecer, queremos opinião sobre tal coisa (Almas da Mãe).

...Desmanchar aquela lógica de que é só no hospital psiquiátrico que a pessoa se trata. Isso é o que fica, é mostrar que saúde mental é um direito de qualquer pessoa. Que nós não temos autoridade nenhuma de segregar alguém só porque tem um diagnóstico psiquiátrico. Isso foi nosso maior foco. Desmanchar a idéia contrária (Potência).

...A assistência em saúde mental começa a ter uma história, o modo como isso ocorre, a mediação de pessoas que trazem para dentro da sociedade o que estava oculto por uma máscara humanitária. A sociedade toma consciência, em parte, da violência e da exclusão que o sofredor é submetido no dia a dia e passa a ser nossa aliada nesse processo de transformação [...] Em minha opinião, a organização das ações em saúde mental exige do trabalhador presença de espírito, o reconhecimento da situação presente e uma dose de preparação para acontecimentos não previstos [...] É preciso que os novos serviços garantam a manifestação das expressões comuns através das quais as pessoas se recusam aceitar determinada situação ou intervenção nas suas vidas e, não definam, simplesmente, os atos de alienação, por exemplo, como atos psicóticos e ponto final [...] Uma parte constituinte e essencial do cuidado em saúde mental é a aproximação e a interação entre o trabalhador e o sofredor psíquico. Cada “esquema” de

contato pode ser, ao mesmo tempo, uma fonte de identidade, um guia para uma conduta mais harmônica e satisfatória do sofredor para consigo mesmo, bem como, uma base para a solidariedade e separação futura do serviço (Sobrancelhas).

A comunidade esclarecida como demonstra o discurso-objeto Sobrancelhas detém conhecimento satisfatório sobre os mecanismos institucionais e não-institucionais de participação. O usuário pode influenciar no controle de qualidade do serviço de Saúde Mental. A eficácia das ações em Saúde Mental está necessariamente vinculada a conscientização do usuário e sua mobilização organizada. Aliados a isto, somam-se o uso de mecanismos participativos (conferências e conselhos de saúde) e a conscientização dos gestores e coordenadores dos programas de saúde mental.

... Fizemos toda uma negociação, passamos pela bi-partite para ser aprovado que era a proposta de regionalizar o Estado e aí fechamos: Tal região só interna em tais leitos. Fizemos uma redistribuição, essas regiões com mais leitos receberem leitos de outras regionais também, estavam lá os leitos, foi uma tensão mas nós não abrimos mão [...] Ele não pensa na lógica da saúde da população. Onde tem dinheiro? Que rubrica que eu tenho condições de gastar? É isso que eu vou realizar. Tá entendendo? E a saúde mental não tinha. As únicas rubricas da saúde mental que a saúde mental tinha, e agora mudou o quadro, era as AIHs para internação psiquiátrica. A AIH para internação psiquiátrica é verba federal. Então, porque que o município lá de “Cumcubinhas” vai tirar a verba dele, ele tem que realizar programas de atenção básica, epidemiologia e, portanto, não vai gastar com psiquiatria, se, já tem, um gestor pagando as internações psiquiátricas: - o problema é dele, não é meu. Isso foi uma das dificuldades que eu senti no início. Como convencer os gestores municipais da necessidade de investimento na atenção integral à saúde mental. Como convencer e não ficar só no convencimento ético, moral [...] Começou a criar projetos com financiamentos, com viabilidade e isso gerou, realmente, outro patamar. Quando terminamos a gestão só faltavam no Estado 27 municípios que não tinham nada de saúde mental. A maior parte deles tinha atenção básica, 333, o que quer dizer isso? Que alguma unidade de saúde no mínimo tinha ou um médico generalista, junto com uma enfermeira ou assistente social que cuidava daquelas pessoas, que atendia as questões de saúde mental (Almas da Mãe).

...O serviço se configura como ator de transformação na comunidade em que está inserido. É isso que tenho observado em São Lourenço do Sul, ou mesmo, na experiência de cidades como Alegrete ou Bagé no Rio Grande do Sul. Em Rio Grande, por ser uma cidade de porte maior, não observo tais transformações sociais provocadas pelo serviço, ainda não. Penso que estamos vivendo, nesse momento, aquele período, de qualquer processo de transformação, que abre mais contradições do que as resolve. Isto não significa que a “coisa” não esteja dando certo (Sobrancelhas).

A proposta da Reforma faz parte de um projeto de transformação da atenção em Saúde Mental apoiado por diferentes segmentos da sociedade (trabalhadores de saúde, usuários, familiares, entre outros) congregados no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Este projeto encontra-se endossado como política pública sintonizada com o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o discurso-objeto Almas da Mãe, garantindo o direito à saúde de todos os cidadãos, respeito às singularidades e favorecimento da autonomia do sofredor, bem como, a preservação da sua integridade física, mental e social, assegurados na Lei 10.216. Isto demonstra que estamos *cunhando* a construção de um novo modelo de atenção à saúde que possibilita à incorporação na prática, de uma estratégia de reorientação da atenção básica adequada a realidade local.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao encaminhar está analítica para a finalização deste estudo centrado na reflexão de uma abordagem antimanicomial aderente a nova compreensão do sofredor psíquico como sujeito complexo e subjetivo em si próprio, pretendo estar em consonância com as exigências deste novo tempo e em sinergia com meu compromisso ético, dentro da utopia e da luta por “uma sociedade sem exclusão”.

A vinculação deste trabalho com a realidade é a estratégia necessária para a nova compreensão que se pretende e reordenação do cuidado em saúde mental. Na discursiva sobre a verdade Foucault apud Rabinow e Dreyfus (1995) salientam que o verdadeiro dito a tempo e a quem de direito, por aquele que é o seu detentor, cura.

O campo das políticas públicas em saúde tem se destacado pela capacidade de propor mudanças e neste sentido pode, até mesmo, ser considerado àquele (campo) que mais avançou em termos de reformas administrativas, políticas e organizativas. Muitos são os fatores que de forma positiva ou negativa tem influenciado o câmbio no setor saúde.

Em contrapartida, a Reforma Psiquiátrica, enquanto estratégia de reorientação da atenção, voltada para um paradigma sanitário de produção social da saúde, demanda tempos distintos, uma vez que as mudanças decorrentes são da ordem político-ideológica e não somente técnico-científica. De outro lado, uma integração da teoria às práticas e uma compreensão do sentido profissional desses fazeres diante das demandas se tornam indispensáveis, pois a história da Reforma está sendo escrita.

Trabalhadores de saúde mental, usuários, familiares, homens e mulheres estão conscientemente em ação através da força de seu trabalho e do engenho de suas lutas, para fazer da utopia *por uma sociedade sem exclusão* uma realização no presente e do lema *por uma sociedade sem manicômios* um compromisso com o futuro.

Sabemos que é necessário procurar alternativas para efetivar práticas que respondam à nova realidade e aos problemas de um modelo de atenção à saúde mental

baseado na lógica da igualdade e dos direitos humanos. Esta consciência já faz parte do pensar e do fazer em Saúde Mental, ou seja, estamos nos perguntando: de que modo uma abordagem antimanicomial pode favorecer a compreensão do sofridor psíquico, em seu contexto, como sujeito complexo e subjetivo?

De um lado, procurei mostrar que na origem de nossa insatisfação está a percepção de que ‘as relações de poder disciplinar que se estabelecem na relação de cuidado são, ainda hoje, contributivas à construção e a manutenção da objetivação do sujeito’ e de outro lado que é possível pensar a loucura como um ‘acontecimento complexo e subjetivo no qual o indivíduo experimenta a vida em seus limites e a própria vida como estados alterados-alteráveis’.

Neste sentido, entender as raízes de nossa insatisfação já é compreender, entrar em contato com as práticas e desvendá-las sendo este, um tema privilegiado neste estudo.

Portanto, acredito que esse estudo possa subsidiar outros trabalhos e práticas no cotidiano das ações em Saúde Mental já, que, num primeiro momento, observo como a proposta da Reforma exerce um fascínio sobre a maioria dos trabalhadores de saúde mental, seja qual for o nível de responsabilidade no trabalho. Esse mesmo fascínio impede inicialmente a reflexão crítica sobre aspectos que precisam ou merecem nossa atenção. É preciso nos perguntar, por exemplo: se as velhas concepções sobre o sofrimento psíquico perduram no cotidiano das práticas e nos discursos auto-intitulados de transformadores?

Ao introduzirmos formas ‘diferentes’ de ações no campo da Saúde Mental, não significa, simplesmente, oficializar ‘normas de boas intenções’. Bem como, um marco norteador, estabelecido de cima para baixo, e que será aceito ou deverá ser aceito mais como “ato de fé” do que como verdadeira transformação no interior das diferentes práticas profissionais que compõe o cenário da Saúde Mental não é por si só, promotor de uma nova forma de encarar e compreender a loucura.

A atenção em Saúde Mental, herdeira das políticas disciplinares do conhecimento “psi” deve manter um diálogo permanente para resolver as contradições internas a esse respeito, tanto de seus atores quanto da ideologia que sustenta as suas práticas. Fazer, portanto, uma história do presente sobre o cuidado em Saúde Mental,

significa reconhecer as continuidades e rupturas no dispositivo “saúde mental”.

Mudanças de concepções não acontecem do dia para noite e, o ponto de partida, somos todos nós, trabalhadores, usuários e familiares. É preciso uma compreensão diferenciada sobre as novas ações em saúde mental. A nova lógica proposta pela Política de Saúde Mental; a integração de alguns projetos unindo as ações de saúde e saúde mental; a criação de espaços férteis na conquista da reabilitação em saúde mental e a qualidade na troca de informações entre os trabalhadores de saúde mental são pontos chaves para o avanço e consolidação desse novo modelo.

É preciso que se construam no dia-a-dia dos serviços e das instituições formadoras espaços potenciais de intercâmbio e renovação. A implementação desses espaços de discussão e reflexão, fornecerá a possibilidade de nos perguntar sobre o lugar desde o qual “falam” e desde os quais são “falados” o que possibilitará a transformação de uma clínica da reabilitação para uma clínica do cotidiano, ou seja, uma clínica marcada por um caminho de criatividade, espontaneidade e pela construção/desconstrução de novas/velhas utopias.

Em que pesem os grandes avanços obtidos com a implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, restam importantes desafios para a completa implementação da Lei 10.216, entre eles: a maior responsabilização dos trabalhadores de Saúde Mental e gestores públicos com a implementação do Programa de Saúde Mental; a otimização dos recursos disponíveis; a inserção maior dos programas de saúde mental nas redes de serviços; desenvolvimento de ações em saúde mental compatíveis com a realidade epidemiológica local; a implantação efetiva de programas de capacitação, formação e contratação de recursos humanos e, para finalizar, a avaliação permanente dos mesmos programas. O ponto de partida dessas ações, no entanto, não deve ser uma *tabula rasa*, mas sim o já construído, visto é claro, a partir da reflexão aprofundada dos pressupostos da própria Reforma.

As linhas cruzadas que cobrem a face da Reforma na atualidade refletem, naturalmente, o interesse formativo que tem emergido, gradualmente, nos últimos anos, precisando, no entanto, do refinamento de perspectivas teóricas e do desenvolvimento de novas metodologias aderentes à nova proposta de atenção em

Saúde Mental.

Gostaria também de insistir, em relação a isto, que a distinção entre formação e treinamento é necessária. Já que entendo formação como proposta abrangente de compreensão, problematização e criticidade e não somente apreensão do conhecimento obtido no nível de treinamento.

Acho que o que de principal eu gostaria de propor como eixo de reflexão é a insatisfação geradora deste estudo. As teorias das práticas em saúde mental, os métodos com suas técnicas e instrumentos não respondem mais a esse novo tempo. Em relação às teorias estas não me parecem compatíveis com a exigência de uma ampla gama de possibilidades (multiplicidade e diversidade) que apresenta a Saúde Mental.

Acredito que não se justifica uma visão teórica particular, mas que a pluralidade teórico-metodológica somente poderá concorrer para que o campo das políticas públicas em Saúde Mental continue a trazer sua contribuição para a solução dos problemas do setor e favorecimento na organização de suas práticas.

Finalizando, essa discursiva sobre a verdade Foucault apud Rabinow e Dreyfus²⁵¹ salienta: *o verdadeiro se for dito a tempo, a quem de direito, e por aquele que é ao mesmo tempo seu detentor e seu responsável, cura.*

Nesse ponto me pergunto: De que modo, portanto, uma abordagem antimanicomial pode compreender o sofredor psíquico, em seu contexto, como sujeito complexo e subjetivo? E, como pode ser possível, a participação ativa do sofredor psíquico no processo diagnóstico minimizando o poder da norma e dos mecanismos objetivantes utilizados no cuidado?

Ao analisar, as formas tradicionais de cuidado observo a utilização e implementação de dispositivos disciplinares de poder que, nos fazem supor que, a disciplina e o controle, são inerentes ao ato de cuidado.

Portanto, quais as razões que podem levar as relações no cuidado (assistência à loucura) se manterem assimétricas apesar das conquistas alcançadas pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial na atenção integral ao sofredor psíquico?

Finalizando, o que pretendi foi entrar em contato com o conhecimento empírico

²⁵¹ FOUCAULT, M. apud RABINOW, P. e DREYFUS, H. **Michel Foucault Uma Trajetória Filosófica: Para além do estruturalismo e da hermenêutica**, Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995. p .197.

tal como existe e é praticado sendo, portanto, sua analítica indispensável para que se possa repensar nossa prática. É preciso que os estudos repensem as relações entre sociedade e saúde mental, mas, também, que os trabalhadores de Saúde Mental reavaliem suas perspectivas quanto ao cuidado e a inter-relação entre as diversas áreas do conhecimento que compõe o quadro do setor.

Mais que buscar certezas, a analítica terá atingido seus objetivos se ocupar espaços e posições na cultura 'psi' e fundamentalmente nos preparar para lidar com outras posições estimulando, assim, uma discussão madura sobre o tema em estudo: uma das possibilidades para a humanização da loucura é a reflexão de uma abordagem antimanicomial aderente a nova compreensão do sofredor psíquico como sujeito complexo e subjetivo em si próprio.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKOUN, A Modernité et pós-modernité. **Societés**: revue des sciences humaines et sociales. França: Montrouge Cedex, 1995.

ALBERTI, V. **Historia oral**: a experiência do CPDOC. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1990.

ALMEIDA, M. C. DE. Complexidade do casulo à borboleta. In: CASTRO, G.; CARVALHO, E. A ; ALMEIDA, M.C. DE. **Ensaio de Complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 1997

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AREJANO, C. B. **Reforma psiquiátrica**: uma Análise das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental. Florianópolis, 2002. 214 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) PEN/UFSC.

_____. Uma visão teórica sobre a centralidade do trabalho nas práticas em saúde mental, **Ciências da Saúde**, Florianópolis. v.21. n. 1, p. 53-60, jan/jun.2002.

_____. ;PRANDONI, R. F. S. Loucura e Complexificação no Quotidiano Familiar, **Ciências da Saúde**, Florianópolis. v. 19, n. 1, p.26-32,jan/jun. 2000.

ARENDT, H. **A condição humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1993.

BADIOU, A. **Para uma nova teoria do sujeito**. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Personix, 1991

BASAGLIA, F. **A instituição negada**, 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BERGAMINI, C. W. **Psicologia aplicada a administração de empresas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1988.

BERTOLETE, J. M. Em Busca de uma Identidade para a Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

BRASIL, ART. 196, Seção II, Da Saúde, Capítulo II, da Seguridade Social, Título VIII, Da Ordem Social. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 7 ed. Porto Alegre: CORAG, 2000

BRÁSILIA. **I Caravana Nacional de Direitos Humanos**: relatório: uma amostra da realidade manicomial brasileira. Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2000.

- CALVINO, I. **Cidades invisíveis**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- CAPRA, F. **Ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1992
- CASTEL, R. La Contradicción Psiquiátrica In: BASAGLIA, F.; ONGARO, B. F. **Los Crímenes de la Paz**. México: Siglo XXI, 1977, p. 154.
- CASTEL, R. apud FOUCAULT, M. **Ditos e escritos i problematização do sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicoanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999,
- CASTELO BRANCO, G e BAÊTA NEVES, L. **Michel Foucault: da arqueologia do saber a estética da existência**. Rio de Janeiro: Nau, 1998.
- CASTRO, G. et al. **Ensaio de complexidade**, Porto Alegre: Sulina, 1997.
- CHIZZOTTI, A **Pesquisa em ciências humanas e sociais**, São Paulo: Cortez, 1991.
- COHEN, H. e NATELLA, G. **Trabajar en salud mental: la Desmanicomializacion en Rio Negro**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1995.
- DALLARI, S. G. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995,
- DEMO, P. **Metodologia de conhecimento científico**. São Paulo: Cortez, 1990.
- DONZELOT, J. Espacio Cerrado In: CASTEL, R. et al **Espacios de poder**. Madrid: La Piqueta, 1981.
- DURAND, C. **As Estruturas antropológicas do imaginário**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- ERDMANN, R. H. **Organização de sistemas de produção**. Florianópolis: Insular, 1998.
- EY, H. **Tratado de psiquiatria**. 8 ed. Barcelona: Toray Masson, 1978.
- EY, H. apud CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1978,
- FAGUNDES, S. Fórum Gaúcho de Saúde Mental: dirigido às pessoas e suas vidas, não as suas patologias. **Relatório Azul**. Comissão de Direitos Humanos. Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, 1998-1999.
- FERNANDES, G. I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial. Salvador-Bahia. In: **Trancar não é Tratar**. 2 ed. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia/ 6ª Região, 1997.
- FIGUEIREDO, L. C. M. **Revisitando as Psicologias: Da Epistemologia à Ética das Práticas e Discursos Psicológicos**. São Paulo: Educ; Petrópolis: Vozes, 1996.

FUENTES, C. apud GOOLISHIANE, H e ANDERSON, H. Narrativa e Self: Alguns Dilemas Pós-Modernos da Psicoterapia in SCHNITMAN, D. **Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do saber**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002

FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos I Problematização do Sujeito**: Psicologia, Psiquiatria e Psicoanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999,

_____. La Gubernamentalidad In: CASTEL, R; DONZELOT, J; FOUCAULT, M. et al. **Espacios de poder**. Madrid: La Piqueta, 1981.

_____. **História da loucura**, São Paulo: Perspectiva, 1987.

_____. **Hermeneutica del sujeto**, Madrid: La Piqueta, 1987.

_____. **Microfísica do poder**, 10.ed. São Paulo: Graal, 1992.

_____. **Vigiar e punir**, 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

_____. **História da sexualidade**, 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. apud AMARANTE, P. Forças e Diversidade: as transformações na saúde e na loucura In: CASTELO BRANCO, G; NEVES, B. LF. **Michel Foucault da arqueologia à estética da existência**, Londrina/Rio de Janeiro: NAU Editora, 1998

FOUCAULT, M. Apêndice da 2ª Edição In: RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault Uma Trajetória Filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

GALLI, V. **Salud mental**: definiciones y problemas. Argentina: Ministério da Saúde, 1986.

GARCIA, C. **Clínica do social**. Belo Horizonte: UFMG/FAFICH/Mestrado em Psicologia, 1997

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade Deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GUERREIRO, D. **Narrativas do viver com diabetes mellitus experiências pessoais e culturais**. Florianópolis: UFSC, 2000. Tese de Doutorado.

HAGHETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

KINOSHITA, R.T. Uma Experiência Pioneira: A Reforma Psiquiátrica Italiana In: MARSIGLIA, R. G. et al. **Saúde mental e cidadania**. São Paulo: Mandacaru, 1990.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (org) **Reabilitação psicossocial no Brasil** São Paulo: Hucitec, 1996.

KINOSHITA, R.T. Em Busca da Cidadania: desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. In: CAMPOS, B. C. F.; HENRIQUES, P. M. C. (org) **Contra a Maré À Beira-Mar: A experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Página Aberta, 1996

LANCETTI, A et al. **SaúdeLoucura 2**, São Paulo: Hucitec, 1990.

LANCETTI, A. A Modo de Posfácio In: MARSIGLIA, R. et al **Saúde mental e cidadania**. 2 ed. São Paulo: Mandacaru, 1990.

LANCETTI, A. Saúde Mental nas Entradas da Metrópole In: **SaúdeLoucura: Saúde Mental e Saúde da Família**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

LUDKE, M. & ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação: Abordagem Qualitativa**. São Paulo: E.P.U. 1986.

MACHADO, R et al. **Danação da norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAFFESOLI, M. **A Conquista do presente**, Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

_____. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa**. Rio de Janeiro: Forense, 3 ed. 2000

MAIA, A. A genealogia de Foucault e as formas fundamentais de poder-saber: o inquérito e o exame. In: CASTELO BRANCO, G. e BAËTA NEVES, L. **Michel Foucault: da arqueologia do saber à estética da existência**. Rio de Janeiro: Nau, 1998.

MALVAREZ, S. e FERRO, R. **Enfermero Pussin: Reflexiones sobre um Silencio em la Historia de las Ideas Psiquiátricas**. Revista Argentina de Enfermería-, N 28, Julio 1991.

MARIOTTI, H. Prefácio. In: MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. **A árvore do conhecimento**. As Bases Biológicas da Compreensão Humana. São Paulo: Palas Athena. 3ed. 2003,

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. **A árvore do conhecimento**. As Bases Biológicas da Compreensão Humana. São Paulo: Palas Athena. 3ed. 2003,

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

_____. **O método 4**, Porto Alegre: Sulina, 1998.

_____. **Amor, poesia, sabedoria**, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

_____. **Amour, poésie, sagesse.** Paris: Seuil, 1997.

_____. A Noção de Sujeito In: SCHNITMAN, D. **Novos paradigmas, cultura e subjetividade.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

_____. Complexidade e ética da solidariedade In: CASTRO, G.; CARVALHO, E.A; ALMEIDA, M.C. DE **Ensaio de complexidade.** Porto Alegre: Sulina, 1997.

MORIN, E. e KERN, A. B. **Terra-pátria,** Porto Alegre: Sulina, 1995.

MOURA NETO, F. D. M.de . Bases para uma Reforma Psiquiátrica In: MARSIGLIA, R. G. et al. **Saúde mental e cidadania.** São Paulo: Mandacaru, 1990

ORTEGA, F. **Amizade e estética da existência em Foucault.** Rio de Janeiro: Graal, 1999,

PADILHA, M. I. C. S. **A mística do silêncio:** a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no Século XIX. Pelotas: Editora Universitária/UFPEL, 1998.

ORNELLAS, C. P. **O paciente excluído:** história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1997

PELBART, P. P. Manicômio Mental- A Outra face da Clausura In: LANCETTI, A **Saúde Loucura 2.** São Paulo: Hucitec, 1990.

POLIT, D; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PRIGOGINE, I. apud ERDMANN, R. **Organizações de sistemas e produção,** Florianópolis: Insular, 1998.

RABINOW, P. e DREYFUS, H. **Michel Foucault uma trajetória filosófica:** para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social métodos e técnicas.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RICOEUR, P. **Metáfora viva.** Porto: Rés, 1983.

RIO GRANDE DO SUL, **Lei da Reforma Psiquiátrica,** n. 9.716, de 07 de agosto de 1992.

ROLIN, M. **I Caravana Nacional de Direitos Humanos: Uma amostra da realidade manicomial brasileira.** Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2000

ROSÁRIO, A B. do **Biblioteca digital:** bibliografia internacional anotada. Disponível em: <http://www15.vianetworks.com.br/casadasrosas/trans/bispo/bispovd.htm> Acesso em: 27set. 2002.

ROTELLI, F. Superando o Manicômio- o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SCHINITNAN, D. F. **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**, Porto Alegre:

Artes Médicas, 1996.

SPRICIGO, J. **Desinstitucionalização ou desospitalização** - a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis, 2001. 163f. Tese (doutorado em Enfermagem) PEN/UFSC.

STENGERS, I. apud AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994

TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos Serviços de Saúde Dimensões Analíticas. **Cadernos da Nona**, Brasília: UNB, 1992

TRENTINI, M e PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem uma modalidade convergente assistencial**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1999.

TORQUEMADA, T. (1420-1498) Monge espanhol e grande inquisidor, famoso por sua implacável administração da Inquisição. MICROSOFT CORPORATION. **Enciclopédia Microsoft ® Encarta ® 97** © 1993-1996.

VASCONCELOS, M.E. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo: Paulus. 2003

VILLALOBOS, V.S. **O Estado de bem-estar social na América Latina: necessidades de redefinição**. Cadernos Adenauer, São Paulo, n.1, p. 49-69. 2000.