

CERES BRAGA AREJANO



**REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA ANALÍTICA DAS RELAÇÕES
DE PODER NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE
MENTAL**

FLORIANÓPOLIS

2002

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

***REFORMA PSIQUIÁTRICA: Uma analítica das relações de poder
nos serviços de atenção à saúde mental***

CERES BRAGA AREJANO

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem na área de Filosofia da Saúde e da Enfermagem.

ORIENTADORA:

PROF^a DR^a MARIA ITAYRA COELHO DE SOUZA PADILHA

FLORIANÓPOLIS

2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

*REFORMA PSIQUIÁTRICA: Uma analítica das relações de poder
nos serviços de atenção à saúde mental*

CERES BRAGA AREJANO

BANCA EXAMINADORA:

Dra. MARIA ITAYRA COELHO DE SOUZA PADILHA- Presidente/Orientadora

Dra. IRACI DOS SANTOS – Membro

Dr. MARIO TEIXEIRA – Membro

Dra. VALÉRIA LERCH LUNARDI – Membro

Dr. MAURO LEONARDO SALVADOR CALDEIRA DOS SANTOS - Membro

Dra. MIRIAM SÜSSKIND BORENSTEIN – Suplente

Dra. AGUEDA LENITA PEREIRA WENDHAUSEN - Suplente

*Ao **Raul**, companheiro do cotidiano, das discussões teóricas, dos encontros de prazer, do riso e do pranto que fazem de uma existência comum, o ato extraordinário que é a **VIDA**.*

*Aos filhos: **Marina e Pablo** duas das maiores alegrias desse nosso cotidiano, a força necessária para fazer de cada dia um **ACONTECIMENTO**.*

A pequena **Sarah**, *in memoriam*, pelo reconhecimento de suas possibilidades, abrindo e apontando os **CAMINHOS DO CORAÇÃO**.

AGRADECIMENTOS

A Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, minha orientadora e amiga que com sua competência teórica, habilidade didática, paciência de um mestre oriental e carinho de amiga soube conduzir-me ao longo do trabalho de orientação.

A Dra. Denise Pires, Coordenadora da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, por seus ensinamentos nos diversos momentos de ensino-aprendizagem apontando caminhos no conhecimento do trabalho do profissional da saúde.

A Dra Valéria Lerch Lunardi que iluminou o princípio deste Caminho em direção ao estudo proposto.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela dedicação, atenção e interesse demonstrados nas aulas ministradas durante o Curso de Doutorado.

Aos membros do Grupo de Pesquisa- GEHCE pelo convite e oportunidade de participação.

A Dra. Rosane Gonçalves Nitschke pela oportunidade de participar do Grupo de Pesquisa- NUPEQS e pelas múltiplas trocas de informação e aprofundamento do saber.

Ao Dr. Selvino Assmann pela oportunidade do estudo e aprofundamento do conhecimento a respeito da obra e filosofia de Michel Foucault.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, em especial a Cláudia e a Fabiana, pela disponibilidade incansável, empenho e convívio cordial.

Aos meus colegas de turma do Doutorado (1999), pela acolhida e manifestações de amizade que permearam todo o convívio.

Aos colegas da turma de Doutorado 2001 que me receberam como mais um membro do grupo com suas manifestações de carinho.

A CAPES, pelo apoio financeiro oportunizado pela concessão da bolsa, tornando um pouco mais fácil a concretização da presente Tese.

Aos professores e professoras do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) pelo incentivo e torcida ao longo do Curso de Doutorado.

Ao Governo do Estado do Rio Grande do Sul, a Secretaria da Saúde, através da Coordenação de Política de Atenção Integral à Saúde Mental, na pessoa da Assistente Social Miriam Dias pela orientação e apoio ao Projeto de Pesquisa.

A Prefeitura Municipal de Porto Alegre, através da Coordenação Municipal de Saúde Mental, pela autorização para a realização da pesquisa na Pensão Pública Protegida “Nova Vida”.

Aos facilitadores Sandra Fagundes, Fátima Ficher e Raul Sotelo pelo apoio ao longo do processo da pesquisa ao apontar caminhos, realizar esclarecimentos e discussão no grupo-pesquisador.

A Loiva, Coordenadora da Pensão Nova Vida, por sua abertura e acolhimento ao desenvolvimento da pesquisa de campo.

A toda equipe de trabalho da Pensão Pública Nova Vida por sua participação na categoria de membros do grupo-pesquisador, por vivenciar a metáfora do caramujo, por correrem o desafio na busca do saber.

A todos os usuários e familiares da Pensão Pública Nova Vida que participaram com sua experiência e sabedoria de vida acrescentando uma riqueza inesgotável de informação, afeto e carinho as discussões do grupo-pesquisador.

Ao Deputado Estadual Adilson Troca (PSDB/RS) por todo apoio ao Projeto de Pesquisa.

Aos colegas Flavio, Cristiano, Marilene, Silvia e Carmen Virginia pelo interesse demonstrado, apoio e compreensão dedicados ao longo do Curso de Doutorado.

A Camila, acadêmica de Comunicação, pelo interesse e apoio fotográfico na criação e construção da apresentação da Tese.

Ao Valentin pela disposição de ajudar, apoiar e participar do momento de Defesa de Tese na apresentação dos slides.

Aos meus irmãos Tadeu e Rosah e a minha mãe Ligia por todo o interesse e apoio nos momentos mais difíceis dessa caminhada.

Finalizando, agradeço a Universidade Federal de Santa Catarina por sua acolhida e excelente estrutura colocada a disposição dos alunos.

EPÍGRAFE

SOBRE OS ANJOS QUE NOS CERCAM

“Por toda a volta os seres humanos resistem. Por onde quer que nosso olhar se debruce a vida persiste. As sentenças todas, a humilhação e a dor, não são capazes de deter a esperança, nem de exilar a felicidade. Por toda a volta os seres humanos resistem.

Às vezes, se olharmos bem, parecem anjos avessos. Anjos de pés fincados no barro que entoam cânticos e que se amam; anjos com asas surpreendentes que contornam o frio; anjos caídos, cobertos da poeira do céu e do inferno. Por toda a volta há anjos assim, feitos de luz e olhos.

Há anjos pequenos nas sinaleiras das grandes cidades; anjos confusos, metade crianças, metade fome e fumaça. Há anjos femininos que sobrevoam os parques e que dão à luz nos corredores dos hospitais. Há anjos velhos esquecidos e desabrigados. Há anjos que se deitam nas praças ou nos abrigos de ônibus e que despertam envoltos pelo álcool e o fogo. Há anjos tortos, mancos; anjos cegos, surdos. Há anjos sob lonas às margens das rodovias; há anjos nus pelas florestas. Anjos que se arrastam e anjos que sonham; anjos belos e anjos feios; anjos com sexo que beijam e nos acariciam. Por toda a volta há anjos assim, feitos de boca e súplica. Há anjos presos, anjos loucos; anjos negros, anjos brancos. Nos calabouços, há fragmentos de suas asas pelas paredes. Há anjos pelos prostíbulos envoltos em lençóis e suspiros. Pelas ruas há anjos que nos protegem e anjos que nos perseguem. Há anjos ébrios, anjos drogados; anjos que partiram de si mesmos e anjos que se partiram em pedaços. Há anjos com vírus, há anjos com botas, anjos com estrelas no peito, há anjos tatuados e anjos que caminham de mãos dadas.

Alguns entre nós, aprenderam a reconhecer estes anjos e travam com eles a luta mais importante. Sabem que os anjos desejam, sobretudo, serem tratados como seres humanos. Por isso, caminham misturados no seu caminho, oferecem acolhida aos seus movimentos e constroem com eles uma renovada vontade de voar. Os militantes dos Direitos Humanos propõem este encontro e seguem com seus corações repletos de anjos que se ergueram e cerraram seus punhos; anjos que possuem nome próprio, anjos próximos que lhes dão o motivo para prosseguir.

Lembre-mos dos anjos avessos que nos cercam. Que eles sejam, todos, reconhecidos como iguais e plenos de direitos. E que sigam únicos, diversos, apaixonadamente humanos”.

MARCOS ROLIN
Deputado Federal PT/RS

A PAISAGEM DE UMA PESQUISA

<i>APRESENTAÇÃO.....</i>	15
<i>I- PERCURSOS E MAPAS: CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO.....</i>	20
<i>1.1 A história de uma pesquisa.....</i>	21

1.2 Com o olhar debruçado sobre o objeto.....	23
II- UMA ARTE DO PENSAR: MICHEL FOUCAULT	36
III- A REFORMA PSIQUIÁTRICA RECITADA.....	51
3.1 O contexto histórico político da institucionalização da loucura no Brasil..	54
3.2 A (re)organização do espaço das cidades.....	58
3.3 Táticas e focos de poder a partir da organização do espaço terapêutico...	61
3.4 A loucura como questão do Estado.....	66
3.5 A pedagogia das primeiras reformas: a norma do trabalho.....	68
3.6 O asilo como local de seqüestro do louco.....	71
3.7 Por uma política da saúde mental.....	78
3.8 Algumas experiências recentes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	82
3.9 As Conferências de Saúde Mental: um exercício de construção das relações democráticas	87
IV- UMA ARTE DO FAZER.....	91
4.1 O Campo de Estudo: demarcações, espaços, lugares.....	95
4.2 A Sociopoética Desvelando o Silêncio.....	99
4.3 A Sociopoética uma arte, um fazer.....	103
4.4 Espaços de Jogos e Astúcias: esgotando o sentido das palavras.....	105
4.4.1 Primeira Oficina: “O Fundo do Mar”.....	106
4.4.2 Segunda Oficina: “Construindo a Concha”.....	107
4.4.3 Terceira Oficina: “A Nova Casa”.....	107
4.4.4 Quarta Oficina: “O Peso da Concha”.....	108
4.4.5 Quinta Oficina: “O Caramujo Chegou a Praia”.....	108
4.4.6 Sexta Oficina: “O Abandono da Concha”.....	109
4.4.7 Técnica de Observação Participante.....	109
4.5 A matriz geológica do caramujo grupo-pesquisador: o registro de uma passagem na história da pesquisa.....	111
4.6 Desvendando o desenho que faz a estética do caramujo.....	113

4.7 O mar ético que nós contempla através do pesquisar.....	119
V- MÍTICAS: AQUILO QUE FAZ ANDAR.....	121
5.1 VISIBILIDADE E INVISIBILIDADE DOS DISPOSITIVOS DE PODER DISCIPLINAR.....	122
a)A força é relativa, combinada.....	123
b)As relações dos trabalhadores de saúde mental e o sofredor psíquico estão confusas.....	133
c)As tecnologias normalizadoras ampliando seus domínios.....	146
5.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO PROMOTORA DE CIDADANIA E DE RELAÇÕES DEMOCRÁTICAS.....	168
a)A Reforma Psiquiátrica, como o café, é uma construção do dia-a-dia.....	169
b)A Pensão como um trabalho de características políticas, a Lei 9. 716.....	177
c)A referências éticas como norte.....	190
VI- EM UMA CONCHA CABE O MAR.....	200
VII- O TRÁFICO DO CRER REFERENCIADO BIBLIOGRAFICAMENTE.....	213
VIII- ANEXOS.....	221
ANEXO I - Lei 9.716.....	222
ANEXO II - Lei 10.216.....	225
ANEXO III – Declaração de Caracas.....	226
ANEXO IV – Declaração de Direitos dos Usuários e Familiares.....	228
IX- APÊNDICE.....	233
APÊNDICE I- Aplicando e entendendo o instrumento grupo-pesquisador como instrumento de produção do conhecimento.....	233
APÊNDICE II- Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido.....	336

RESUMO

O presente estudo aborda a temática da Reforma Psiquiátrica no País e em especial no Estado do Rio Grande do Sul, bem como o papel que é desempenhado na sociedade moderna pelo poder disciplinar. A Tese que desenvolvo neste estudo, portanto, **é a de que apesar de implantada a Reforma Psiquiátrica e dos crescentes avanços da legislação de proteção ao sofredor psíquico, este continua sendo, ao mesmo tempo, objeto e instrumento do exercício das**

relações de poder disciplinar. Este trabalho está sustentado na obra de Michel Foucault, especialmente em sua análise sobre as relações de poder. Para dar respostas à questão norteadora, dar sustentação à tese formulada e alcançar o objetivo proposto: **refletir sobre o descompasso percebido entre a vitória no campo jurídico e o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e uma prática e um fazer que parecem negar a emancipação do sofredor psíquico, isto é, sua condição de cidadão.** Realizo, portanto, uma pesquisa de característica qualitativa. Os métodos de produção de dados foram: observação participante e grupo-pesquisador, sendo este último instrumento oriundo da pesquisa sociopoética. O campo de estudo é a Pensão Pública Protegida “Nova Vida”, administrada pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre/RS. A Pensão é uma moradia temporária para pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Inaugurada, aproximadamente, há onze anos, é parte dos chamados serviços alternativos, na proposta de Reforma Psiquiátrica, implantada no Estado do Rio Grande do Sul com a aprovação da Lei 9.716 em 1992. Participaram do grupo-pesquisador 54 pessoas, entre usuários do serviço, familiares, trabalhadores de saúde mental, pessoal administrativo e de serviços gerais, estagiários e facilitadores de grupo. A partir da análise de conteúdo é possível identificar categorias de análise que explicitam os modos de relação entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico. Entre estas características apresentadas pelo grupo-pesquisador e explicitadas durante o processo de análise, sobressaem-se: **a força é relativa, combinada; as relações entre os trabalhadores de saúde mental e o sofredor psíquico estão confusas; as tecnologias normalizadoras ampliando seus domínios; a Reforma Psiquiátrica, como o café, é uma construção do dia-a-dia; a Pensão como um trabalho de características políticas, a Lei 9.716; as referências éticas como norte.** Neste sentido, se observa que, embora existam avanços na consolidação do processo de Reforma e no resgate de cidadania do sofredor psíquico, as relações de poder disciplinar entre o trabalhador e o sofredor constituem-se como um obstáculo para a plena emancipação do sofredor psíquico no serviço de atenção integral à saúde mental. Entretanto, há determinados aspectos (referências éticas como norte) que nos apontam, nos dão indícios de transformações que se operam no cotidiano das relações a partir de um processo de reflexão e que nos permitem visualizar o sonho *por uma sociedade sem exclusão.*

RESUMEN

El presente estudio aborda el tema de la Reforma Psiquiátrica en el País y en especial en el Estado de Rio Grande del Sur, así como el papel que es desempeñado en la sociedad moderna por el poder disciplinar. La Tesis que desarrollo en este estudio, es portanto la de que, a pesar de implantada la Reforma Psiquiátrica y los crecientes avances de la legislación de protección al sufridor psíquico, este continua siendo, al

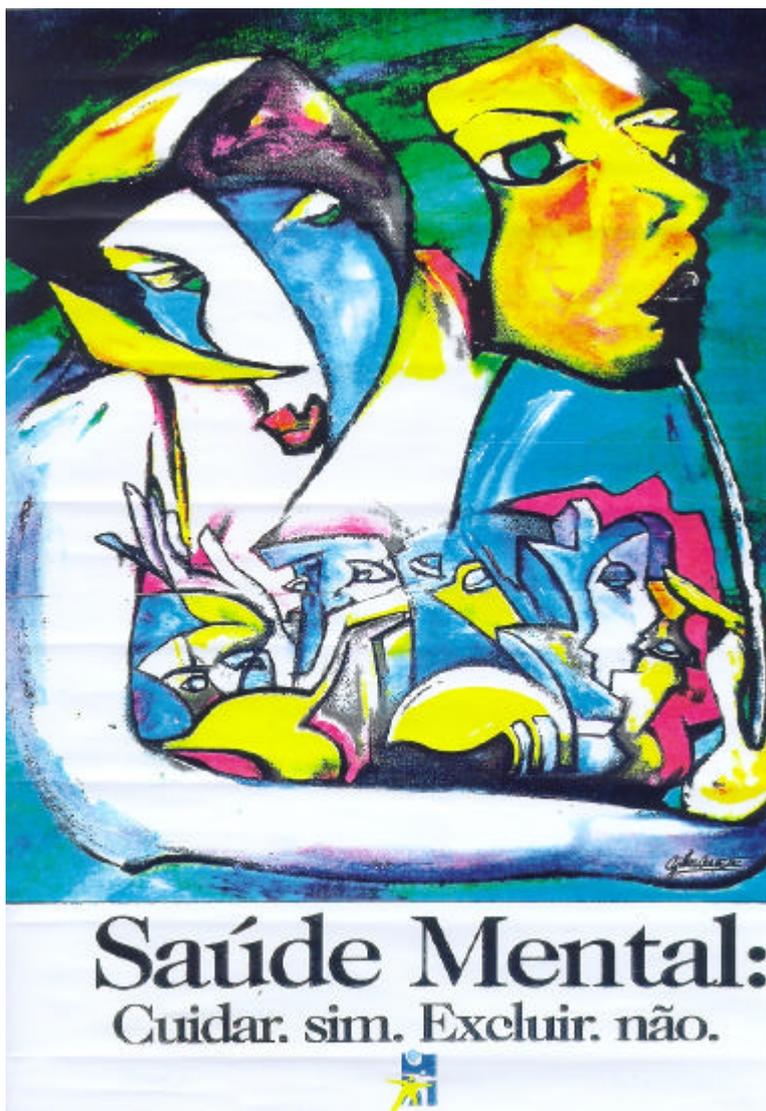
mismo tiempo, objeto e instrumento del ejercicio de las relaciones de poder disciplinar. Este trabajo está sustentado en la obra de Michel Foucault, especialmente en su análisis sobre las relaciones de poder. Para dar respuesta a la pregunta norteadora, dar sustentación a la tesis formulada y alcanzar el objetivo propuesto: reflexionar sobre el desajuste percibido entre la victoria en el campo jurídico y el nuevo discurso de la Reforma Psiquiátrica y una práctica y un hacer que parecen negar la emancipación del sufridor psíquico esto es, su condición de ciudadano. Realizo, portanto, una pesquisa de característica cualitativa. Los métodos de producción de datos fueron: observación participante y grupo-pesquisador, siendo este último el instrumento oriundo de la pesquisa sociopoética. El campo de estudio es la Pensión Pública Protegida “Nova Vida”, administrada por la Intendencia Municipal de Porto Alegre/RS. La Pensión es un abrigo temporário para personas portadoras de sufrimiento psíquico. Ignaugurada, aproximadamente, hace once años, es parte de los llamados servicios alternativos, dentro de la propuesta de la Reforma Psiquiátrica, implantada en el Estado de Rio Grande del Sur con la aprobación de la Lei 9. 716 en 1992. Participáron del grupo pesquisador 54 personas entre usuários del servicio, familiares, trabajadores de salud mental, personal administrativo y de servicios generales, estudiantes y facilitadores de grupo. A partir del análisis de contenido es posible identificar categorías de análisis que explicitan los modos de relación entre el trabajador de salud mental y el sufridor psíquico. Entre estas características presentadas por el grupo pesquisador y explicitadas durante el proceso de análisis, sobresalen: **la fuerza es relativa, combinada; las relaciones entre los trabajadores de salud mental y el sufridor psíquico están confusas; las tecnologías normalizantes ampliando sus dominios; la reforma psiquiátrica como el café es una construcción del día-a-día; la Pensión como un trabajo de características políticas, la lei 9.716; las referencias éticas como norte.** En este sentido, se observa que a pesar de que existan avances en la consolidación del proceso de Reforma y del rescate de ciudadanía del sufridor psíquico, las relaciones de poder disciplinar entre el trabajador y el sufridor se constituyen como un obstáculo para la plena emancipación del sufridor psíquico en el servicio de atención integral en salud mental. Portanto, hay determinados aspectos (referencias éticas como norte) que nos apuntan, nos dan indicios de transformaciones que se operan a partir del proceso de Reforma y que nos permiten visualizar el sueño *por una sociedad sin exclusión*.

ABSTRACT

The present study approaches the topic of the Psychiatric Reformation in the Country and especially in the State of Rio Grande do Sul, as well as the paper that is carried out in the modern society by the power to discipline. The Thesis that I develop in this study,

is there fore the that, in spite of having implanted the Psychiatric Reformation and the growing advances from the protection legislation to the psychiatric suffering, this continuons one being, at the same time, I object and instrument of the exercise of the relationships of being able to discipline. This work is sustained in the work is sustained in the work of Michel Foucault, especially in its analysis on the relationships of power. To give answer to the north question, to give sustentation to the formulated thesis and to reach the proposed objective: to meditate on the noticed question among the victory in the juridical field and the new speech of the Psychiatric Reformation and a practice and a to makethat they seem to deny the emancipation of the psychiatric suffering this is, their citizen condition. I carry out, there fore, na investigation of qualitative characteristic. The methods of production of data were: participant observation and group researcher, being this last one the instrument originating of investigation sociopoética. The study field is the Pension Public Protected Nova Life, administered by the Municipal Intendency of Porto Alegre/RS. The Pension is a coat temporary for people bearer of psychiatric suffering. Inaugurated, approximately, eleven years ago, it is part of the calls alternative services, inside the proposed of the Psychiatric Reformation, implanted in the State of Rio Grande do Sul with the approval of I Read it 9.716 in 1992. In stocking they participate of the group researcher 54 people among suffering of the service, family, workers of mental health, administrative personal and of general services, students and group facilitators. Starting from the content analysis it is possible to identify analysis categories that they demonstrate the relationship ways between the worker of mental health and the psychiatric suffering. Among these characteristics presented by the group researcher and they demonstrate during the analysis process, they stand out. The fosse is relative, combined; the relationships between the workers of mental health and the psychiatric suffering are confused; the technologies normalizantes enlarging theis domains; the Psychiatric Reformation as the coffe is a construction of the day-to-day; the Pension like a work of political characteristics, I read it 9.716; the ethical references as north. In this sense, it is observed that although advances exist in the consolidation of the process of Reformation and of the rescue of citizenship of the psychiatric suffering, the relationships of being able to discipline between the worker and suffering are constituted as na obstacle for the full emancipation of the psychiatric suffering in the service of integral attention in mental health. There fore, is certain aspects (you index etical as north) that aim us, they give us indications of transformations that are operated starting from the process of Reformation and that they alow us to visualize the dream for a society without exclusion.

APRESENTAÇÃO



Ao término de um período de decadência sobrevêm o ponto de mutação. A luz poderosa que fora banida ressurgue. Há movimento, mas este não é gerado pela força... O movimento é natural, surge espontaneamente. Por essa razão, a transformação do antigo torna-se fácil. O velho é descartado e o novo é introduzido. Ambas as medidas se harmonizam com o tempo, não resultando daí, portanto, nenhum dano. (CAPRA, 1992, p. 7)

REFORMA PSIQUIÁTRICA: Uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental é um desafio **sócio-político** enquanto pretende avaliar a aplicação dos princípios da legislação em saúde mental no Estado do Rio Grande do Sul. É um desafio **técnico** na proporção em que nos leva a refletir nossa prática como trabalhadores de saúde mental e, é também, um desafio **filosófico** porque pretende desvelar as complexidades e contradições das relações de poder entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico, no processo de reforma psiquiátrica vigente no Estado do Rio Grande do Sul e no País.

Este trabalho tem como temática a Reforma Psiquiátrica e o jogo das relações de poder. Para tanto, utilizo como referência central o contexto sócio-histórico das transformações no sistema assistencial psiquiátrico a partir da década de oitenta, no Brasil, na qual se configuram as transformações entre um saber que define um objeto que historicamente identifica a psiquiatria como tal – a doença mental e, um novo saber que se estabelece em torno de um novo objeto - a psiquiatria como um saber sobre a saúde mental - constituindo-se assim, o conflito entre: Doença Mental e Saúde Mental.

Estudar os processos de exclusão e disciplina constitui-se uma temática presente nos trabalhos de Foucault (1986,1992), e entre outros mais recentes, na década de noventa, Teixeira (1993), Padilha (1998), Kantorski (1998) e Lunardi (1999). A maioria desses estudos tem procurado retratar o caráter disciplinar das relações de poder que se estabelecem entre os profissionais da saúde e o paciente. No entanto, a articulação temática entre a Reforma Psiquiátrica e o exercício de poder manifesto nas relações de poder que se estabelecem entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico ainda é escassa, haja vista, a própria atualidade de tal processo. Assim, o presente estudo justifica-se pela escassez de trabalhos que procurem articular os eixos reforma psiquiátrica e os procedimentos de poder e, também, por buscar entender a temática numa perspectiva histórica-política, reconhecendo as determinações e contradições, presentes na concretização da prática da assistência em saúde mental, no processo de Reforma Psiquiátrica vigente no Estado do Rio Grande do Sul e no País.

Inúmeras foram às experiências que motivaram meu interesse e, dentre elas, a minha vivência como psicóloga; a experiência na reformulação dos serviços municipais de saúde mental e as constantes buscas acadêmicas e leituras sobre a História da Loucura¹, Saúde Mental Coletiva², Reforma Psiquiátrica³, entre outros, e a inserção no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial⁴ e no Fórum Gaúcho de Saúde Mental⁵.

Cabe salientar que, além dos fatores de ordem científico-social, outros de caráter pessoal, influenciaram na escolha da temática, entre estes: o desejo de ver concretizada à utopia de uma *sociedade sem exclusão*.

Durante os vinte anos de caminhada profissional, participei de debates e embates, nunca compactuando com a opressão que os saberes e práticas disciplinares tem exercido sobre o louco e a teorização da loucura.

Seguindo a minha trajetória, posso dizer que minha formação profissional, desde a graduação em psicologia, passando pelo movimento estudantil, mais tarde, pelo movimento ecológico e atualmente pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial tem sido direcionada para dois eixos: educação e saúde. Após cinco anos de trabalho na Secretaria Municipal de Educação, no Município de Rio Grande/RS, como Coordenadora do Serviço de Atenção ao Educando e, nos últimos dez anos, atuando na Secretaria Municipal da Saúde, no mesmo Município, como Diretora, Supervisora da Saúde e Coordenadora do primeiro Serviço Municipal de Atenção à Saúde Mental desenvolveu-se, em mim, a necessidade de rever na teoria, o trabalho vivenciado e, aliado a isto, o sentimento mobilizador da reflexão mais aprofundada sobre a realidade das políticas de saúde mental me conduziram, na realização do presente estudo.

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

¹ FOUCAULT, **História da Loucura**, 2 ed. São Paulo: Prespectiva, 1987.

² Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva/URCAMP/Bagé/RS –1992.

³ BASÁGLIA, F. **A Instituição Negada**. 2 ed, Rio de Janeiro: Graal, 1991.

⁴ Movimento Social dos trabalhadores de saúde mental, sofredores psíquicos e familiares criado em Baurú/São Paulo no ano de 1987.

⁵ Movimento Social de trabalhadores de saúde mental, sofredores psíquicos, familiares. Bagé/RS-1991

No **Capítulo I**, inicialmente procuro introduzir a temática, resgatando a dimensão e caracter político do processo de Reforma Psiquiátrica. O tema é pensado a partir das leituras de Michel Foucault, em especial, o papel desempenhado na sociedade moderna pelo poder disciplinar e, os questionamentos, enquanto profissional da saúde mental, sobre o processo de reforma psiquiátrica vigente no Estado do Rio Grande do Sul e no País. Apresento, ainda, os pressupostos que orientam este estudo e a definição do problema ao qual pretendo buscar uma resposta: **Porque, apesar de implantada a reforma psiquiátrica e os crescentes avanços da legislação de proteção ao sofredor psíquico este, continua sendo, ao mesmo tempo, objeto e instrumento de exercício do poder disciplinar?**

O **Capítulo II** apresenta o referencial teórico que dá sustentação à proposta de se estabelecer um paralelo entre o processo de reforma psiquiátrica e os procedimentos disciplinares do século XIX, bem como, a análise das relações de poder que se estabelecem entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico.

Logo a seguir, **no Capítulo III**, coloco em discussão o contexto histórico-político das diversas reformas que atravessam a história brasileira, suas táticas e focos de poder, concluindo o tema com a política de saúde mental vigente no Estado do Rio Grande do Sul e nas principais cidades do País.

O **Capítulo IV** traz a trajetória metodológica da pesquisa, a aproximação da realidade, o caminho escolhido, a opção pela pesquisa qualitativa, suas implicações e limites. As técnicas escolhidas para a produção dos dados foram o grupo-pesquisador como centro da metodologia utilizada e a observação participante, pois, ambas, permitem mergulhar, em maior profundidade, na realidade de um grupo social.

No **Capítulo V** apresento, através da metodologia de análise de conteúdo, as categorias e subcategorias de análise que emergiram do tratamento dos dados. Aliado a isto, aparece a convergência das influências teórica e metodológica, bem como, a relação complexa com um referente implícito: a confirmação ou não das questões apresentadas no presente estudo. Ainda, neste capítulo, coloco em discussão a Reforma Psiquiátrica e as relações de poder que se estabelecem entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico e, utilizando os dados empíricos obtidos nas oficinas, dá-se voz aos autores/atores do grupo-pesquisador.

No **Capítulo VI** como pesquisadora e autora do presente estudo, em uma perspectiva foucaultiana⁶ *onde o poder é um feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado*, trago como considerações finais o objetivo do presente estudo: **a reflexão sobre o descompasso percebido entre a vitória no campo jurídico e o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e uma prática e um fazer que parecem negar a emancipação do sofredor psíquico, isto é, sua condição de cidadão.**

Neste sentido, também Foucault,⁷ nos alerta para a necessidade de compreendermos a prática disciplinar como a grande estratégia que as relações disciplinares de poder desempenham na sociedade onde *todo o poder assegura o exercício de um saber.*

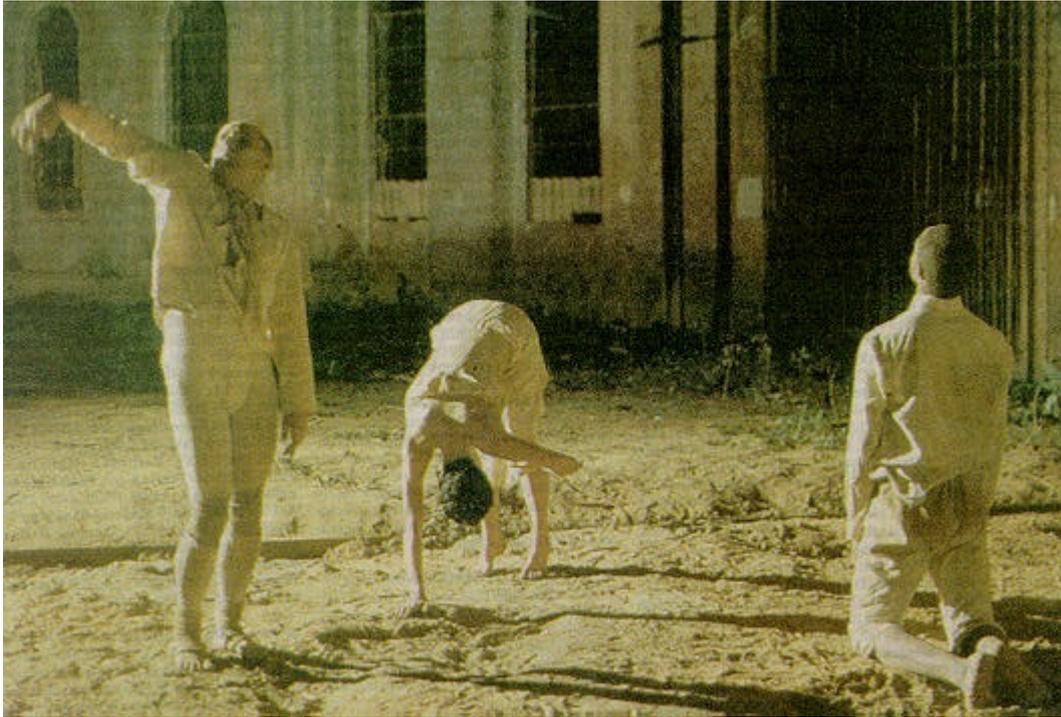
Declaro, ainda, que ao percorrer este campo do conhecimento, através dos achados da pesquisa, pretendo contribuir com a qualidade do trabalho desenvolvido nos serviços de atenção a saúde mental. Além disto, entendo que a pesquisa de campo possa, também, contribuir com outros trabalhos na área da saúde que procurem retratar a relação entre legislação em saúde e ações de assistência, assim como, relações de poder e saber em saúde.

Finalmente, espero, com o presente estudo, sensibilizar os profissionais da saúde mental para uma prática reflexiva sobre as estratégias utilizadas pelo poder disciplinar. Poder este, que, qualquer um pode acionar desde que esteja em posição de fazê-lo e qualquer um pode estar sujeito a seus mecanismos.

⁶ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**, 10 ed. São Paulo: Graal, 1992, p. 249.

⁷ Idem, p. 249.

I - PERCURSOS E MAPAS: CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO



O que as vitórias têm de ruim é que elas não são definitivas.

O que as derrotas têm de bom é que elas não são definitivas (SARAMAGO).

Dentro de uma sociedade marcada pela intolerância, àqueles que manifestam condutas ou comportamentos considerados “diferentes”; a história da saúde mental é a história da exclusão do sofredor psíquico.

Falar sobre o processo de reforma psiquiátrica, no Estado do Rio Grande do Sul é falar das lutas e da vitória conquistada através da Lei 9.716, Lei de Proteção Àqueles que Padecem de Sofrimento Psíquico. Passados quase dez anos da aprovação desta Lei (agosto, 1992), penso que o problema não está centrado no fato de se manter ou não a análise da reforma psiquiátrica proposta, no Estado do Rio Grande do Sul e no País na dinâmica imperialista da psiquiatria (Fonte: Relatório: Uma amostra da realidade manicomial brasileira)⁸, ou mesmo nos gastos públicos (Fonte: Política de Atenção Integral à Saúde Mental da Secretaria Estadual da Saúde)⁹. O problema, reside no fato de, aparentemente, desconhecermos, ou melhor, não reconhecer, na prática, a necessidade estratégica da reforma psiquiátrica, ao substituir o interesse da exclusão do “louco” por uma prática que propõe a sua (re)inserção no social. Em contra partida, me pergunto: **Podem a dimensão e caráter ético-político da própria Reforma Psiquiátrica ficarem subjugados à intervenção sobre a individualidade do sofredor psíquico e, não, sobre o sofrimento, para transformá-lo e/ou emendá-lo?**

Na verdade, toda dimensão técnica tem, também, uma dimensão política: **O que se pretende com o “fazer” nos serviços de atenção à saúde mental no processo de reforma psiquiátrica e que valores estão presentes nestes serviços?**

1.1 A história de uma pesquisa

⁸ BRASÍLIA| Caravana Nacional de Direitos Humanos: relatório: Um amostra da realidade manicomial brasileira. – Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2000.

⁹ RIO GRANDE DO SUL. Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. **Relatório Azul: Garantias e Violações dos direitos Humanos no RS**, 1999/2000. Porto Alegre: Assembléia legislativa, 2000. p.191-214.

Com efeito, penso que é chegado o momento de fazermos uma análise da aplicação dos princípios da Lei 9.716, desde sua aprovação em 7 de agosto de 1992, alcançados pelo Programa de Saúde Mental do Estado do Rio Grande do Sul.

Fruto da minha observação e vivência em alguns serviços de atenção a saúde mental no Estado do Rio Grande do Sul, nos últimos anos, percebo que a discussão sobre o processo de reforma, entre os trabalhadores de saúde mental, está centrada, principalmente, no caráter administrativo da Reforma Psiquiátrica. Ainda é muito pequena a parcela de trabalhadores de saúde mental em busca de uma discussão mais ampla e que abranja os três aspectos do processo em questão: técnico, ético e político.

Para compreender como se dão às relações de poder, no Serviço de Atenção à Saúde Mental, é preciso analisar como os jogos de verdade se põem em marcha e podem estar ligados às relações de poder. Busco saber, por exemplo, como a organização de uma nova prática “reforma psiquiátrica” pode estar ligada a toda uma série de processos sociais e econômicos, porém, também, à institucionalização e manutenção de práticas disciplinares de poder, onde todo saber assegura o exercício de um poder.

Nos séculos I e II de nossa era, o cuidado de si (epimeleia heautou, cura sui) intensifica-se (...) Na chamada cultura de si, a parrhesia ocupa um lugar privilegiado. A autoconstituição como sujeito moral exige a presença e ajuda constante de outro indivíduo, dotado da faculdade de parrhesia. A figura do outro corresponde ao parrhesiasta: Aquele no qual se deve buscar abrigo não se apresenta como um especialista, nem como um médico do corpo ou do espírito. Trata-se de um indivíduo de idade suficiente, boa forma e dotado de uma virtude determinada. Essa virtude, esse dom é a parrhesia, o falar livremente. Com isto, temos um conceito situado no centro de confluência da obrigação de dizer a verdade, dos procedimentos e técnicas de direção de consciência e da relação consigo mesmo.¹⁰

Concordando, com Foucault:¹¹ *O poder não é mau, o poder são jogos estratégicos. (...) O problema está melhor em saber como se vai evitar na prática – nas que o poder necessariamente está presente e que não é necessariamente mau em si mesmo - os efeitos de dominação. (...) Me parece necessário colocar este problema em termos de regras de direito, de técnicas racionais de governo, de ethos, de prática de si e de liberdade.*

¹⁰ ORTEGA, F. **Amizade e Estética da Existência em Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1999. p. 104-105.

A questão, portanto, que me proponho estudar no Serviço de Atenção à Saúde Mental “Pensão Pública Nova Vida” é a de que: **Como se constituem as relações de poder entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico num campo de ação onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos?**

Acredito como Foucault¹² que: *O poder é algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão.*

Neste estudo, entendo que o poder possui uma estratégia que modela o comportamento do grupo de pessoas que compõem o espaço do serviço de atenção à saúde mental “Pensão Pública Nova Vida”. Esta estratégia é denominada por Foucault de “*poder disciplinar*” e, esse poder de gerir a vida das pessoas é chamado de *biopoder*. Tal, poder, surge mais concretamente no século XVII, centra-se no corpo como máquina, o corpo como objeto a ser manipulado e disciplinado.

As formas de se estabelecerem as relações de poder, para Foucault, são variadas e, as mudanças, nessas mesmas formas, se dão de “baixo para cima”, ou seja, ao nível do micro, não bastando a mudança de “cima para baixo”.

Apreendi, como Foucault (1994), que ninguém é sujeito a não ser pelas relações de poder. Sempre há uma intencionalidade nas relações de poder e, entendo, que discutir a ética das relações se faz necessário, pois, nós trabalhadores de saúde mental, somos responsáveis pelo poder que exercemos. Esse modo de ação de alguns sobre outros, ou melhor, de ação sobre ações para proporcionar um certo número de efeitos técnicos merece, portanto, a nossa reflexão.

1.2 Com o olhar debruçado sobre o objeto

O que significa a tese, à primeira vista absurda, de que a reforma psiquiátrica, vigente no Estado do Rio Grande do Sul e mais recentemente no País, será o

¹¹ FOUCAULT, M. *Hermeneutica del Sujeto*, Madrid: La Piqueta, 1994, p. 138-139.

resultado estratégico do poder disciplinar? Estas reflexões têm início em 1992, quando, no Brasil e, em especial, no Estado do Rio Grande do Sul, vivemos mais intensamente a utopia de uma sociedade sem exclusão e passei a vivenciar as atividades do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Sul através das atividades do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Naquele ano, vivíamos no País o Governo Collor de Mello e, entre contradições, observam-se, por um lado, avanços significativos na legislação em saúde e, por outro, a não implementação do Sistema Único de Saúde (SUS)¹³. Viviam-se a crise do Projeto de Reforma Sanitária, porém, as conquistas legais dos Conselhos e das Conferências de Saúde, com seu caráter paritário e deliberativo definido em Lei¹⁴, aperfeiçoavam o controle social sobre o setor saúde.

Naquele momento, o País passava por uma grande inquietação diante de possíveis mudanças na relação entre o Estado e Sociedade, prenunciadas pela Revisão Constitucional de 1993¹⁵, e pela frustração histórica de suas expectativas por melhorias da qualidade de vida com justiça social.

Em agosto de 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde aprovou o fortalecimento da luta pela vida, ética e municipalização da saúde, **definindo o nível local como estratégico na democratização do Estado e das políticas sociais.**

O Movimento de Reforma Psiquiátrica viu reforçados seus princípios no final de 92, quando da realização da IIª Conferência Nacional de Saúde Mental, que apontava, entre os temas centrais, o modelo de atenção e direitos de cidadania e, como indicador de mudança, a participação efetiva dos usuários na realização dos trabalhos de grupos e plenárias.

Nesse mesmo ano, no Estado do Rio Grande do Sul, foi aprovada na Assembléia Legislativa, por unanimidade, a Lei nº 9.716¹⁶, de 07 de agosto de 1992,

¹² FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**, 10 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992, p. 183.

¹³ BRASIL, **Lei Orgânica da Saúde – LOS nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

¹⁴ BRASIL, **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990.

¹⁵ BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988.

¹⁶ RIO GRANDE DO SUL, **Lei da Reforma Psiquiátrica**, nº 9. 716, de 07 de agosto de 1992. 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 da outras providências. (Anexo I).

fruto da mobilização social de trabalhadores da saúde, usuários, familiares, e sindicalistas, reunidos no movimento social denominado Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Conquistava-se, assim, através do Poder Legislativo a unificação da ação política de amplos setores da sociedade organizada.

Na época, o fazer do profissional da saúde mental, em sua maioria, continuava a ser o de transformar o *“louco”* em um ser *“útil e dócil”* enquanto um número, ainda reduzido, de trabalhadores de saúde mental participavam ativamente das lutas por uma nova forma de assistência em saúde mental; pelo fim dos manicômios; pela cidadania do sofredor psíquico no Estado do Rio Grande do Sul e no País. Foi um período marcado por debates e embates, por problemas e contradições, por questionamentos internos e externos que fortaleceram o desejo e a vontade de resistência às práticas vigentes por parte de alguns trabalhadores de saúde mental.

Ainda, no mesmo período, a nível local, assumi a coordenação técnica da I Conferência Municipal de Saúde Mental e fui Membro da Comissão Organizadora do Encontro Preparatório dos Delegados Estaduais à II Conferência Nacional de Saúde Mental. Essas vivências fortaleceram, em mim, a idéia de que os cidadãos, ao adoecerem não poderiam ser desqualificados socialmente e seu “tratamento” não deveria servir de alibi para a sua exclusão social.

No entanto, o balanço dos últimos anos não tem sido tão positivo. A nível nacional, embora tenhamos conquistado a aprovação da Lei 10.216¹⁷ de 6 de abril de 2001, e mesmo no Rio Grande do Sul, estado precursor na aprovação de uma lei de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, tendo se operado, ao meu ver, significativas mudanças, na assistência à saúde mental prestada, me pergunto: **Qual será a lógica do poder, através do qual nos constituímos como trabalhadores de saúde mental, manifestando sua ação sobre o sofredor psíquico, nesses mesmos serviços, no Estado do Rio Grande do Sul?**

Implementou-se a atenção ambulatorial e foram, sim, criados os chamados serviços “alternativos”. Observo, entretanto, que sem a devida clareza e conscientização do que exatamente deveria mudar, a partir da lei, corre-se o risco de

¹⁷ BRASIL, Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (Anexo II)

que, fundamentalmente se modifiquem os espaços de realização do “tratamento”, transferindo-se e conservando-se as práticas de exclusão, discriminação e disciplina. Esta afirmação traz, como referência, as observações realizadas por mim, nos últimos anos, em alguns serviços de atenção à saúde mental no Estado do Rio Grande do Sul e dizem respeito às contradições implícitas e explícitas que perpassam o discurso e às ações práticas do trabalhador de saúde mental na assistência prestada ao sofredor psíquico.

Corroborando com esta idéia, Basaglia¹⁸, ao se referir aos hospitais psiquiátricos, coloca: (...) *abrir uma instituição, o manicômio, não é apenas abrir as portas, mas abrir a nossa cabeça em confronto com aquele que nos procura.*

E está aí, ao meu ver, a maior dificuldade de que, na ação prática, possamos observar o que simboliza a reforma psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização que a antecede, conforme os princípios da Lei nº 9.716, da Reforma Psiquiátrica, no Estado do Rio Grande do Sul.

Cabe salientar que esses princípios se referem: a não limitação da condição de cidadão; a garantia da liberdade; a atenção integral por parte do Estado; o favorecimento da inclusão social do sofredor psíquico asilado como sujeito de direitos; entre outros.

Qual pode ser, então, o papel do serviço de atenção à saúde mental “Pensão Pública Nova Vida” neste movimento de resgate da cidadania do sofredor psíquico, a partir do processo de reforma psiquiátrica vigente no Estado do Rio Grande do Sul? E ainda, ao nos constituirmos como sujeitos de ação -trabalhadores de saúde mental- do processo de reforma psiquiátrica sobre o outro -sofredor psíquico- qual a forma e como se dão as relações de poder estabelecidas no serviço de atenção à saúde mental “Pensão Pública Nova Vida”?

Para Foucault,¹⁹ as lutas a desenvolver em um mundo a transformar, mais que a interpretar estariam centradas em dispositivos, disciplinas, referindo:

o dispositivo (...) em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. (...) trata-se no caso de uma certa

¹⁸ BASÁGLIA, F. A **Instituição Negada**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991. p.26.

¹⁹ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**, 10 ed. São Paulo: Graal, 1992, p. 244-246.

manipulação de força, de uma intervenção racional e organizada nestas relações de força, seja para desenvolvê-las em determinada direção, seja para bloqueá-las, para estabilizá-las, utilizá-las, etc... O dispositivo está sempre inscrito em um jogo de poder. (...) É isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por ele.

Acredito que existam algumas correlações históricas importantes a fazer nesse momento: anterior ao século XVIII, a loucura não era sistematicamente submetida à internação e era essencialmente considerada como erro ou ilusão inscrita no eixo **verdade-erro-consciência**, tendo como habitat à natureza. A prática do internamento, no começo do século XIX, coincide com a percepção da loucura como desordem na conduta ou paixão inscrita no eixo **paixão - vontade - liberdade**, tendo como habitat o hospital psiquiátrico. Hoje, no processo de reforma psiquiátrica, como é definida a loucura? Qual o seu eixo e seu habitat? Poderíamos supor o entendimento da loucura, em nossos dias, como incapacidade de adaptação aos limites que a convivência da sociedade exige, inscrita no eixo **ininputabilidade - sofrimento - inconsciência** e tendo como habitat o serviço de atenção à saúde mental, chamando-se, este serviço, de centro de convivência comunitária, hospital dia, ambulatorios, ou mesmo, pensão pública protegida.

Na prática, percebo que a preocupação daqueles que dirigem o processo de Reforma no Estado e no País está mais centrada na concepção da Reforma como racionalização de recursos financeiros e administrativos, sinônimo de redução do número de leitos hospitalares e dos respectivos gastos públicos - *lucro econômico e utilidade política* - ou seja, os mesmos pressupostos que fizeram, para Foucault (1992), a burguesia assumir, o que, os procedimentos de exclusão dos loucos, no século XIX puseram em evidência e produziram -*os usos e as conexões da sujeição pelos sistemas locais e seus dispositivos estratégicos.*

Entendo, portanto, que é preciso trazer, para a discussão, esse processo social complexo - reforma psiquiátrica - que suscita conflitos, crises e possibilidades de transformações na organização sanitária, na justiça, nas relações de poder, enfim, na ótica da saúde e não só, nos modos de administração dos recursos públicos.

Se, de acordo com Foucault,²⁰ *o poder é um feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado*, é necessário utilizarmos princípios de análise que permitam uma analítica do poder nos serviços de atenção à saúde mental no processo de reforma psiquiátrica vigente no Estado do Rio Grande do Sul.

Acredito que a análise da dimensão ética-política, longe de contaminar e danificar o processo de reforma psiquiátrica, antes, ajuda a convertê-la em um poderoso agente de transformação da realidade social.

Reconhecer no processo de reforma um projeto ético-político-social é reavaliar substancialmente o conceito tradicional de saúde mental; é colocá-la a serviço do desenvolvimento social e não só da estrutura econômica; é colaborar com a concretização de uma sociedade que contemple a dimensão ético-solidária.

A política, como uma das importantes dimensões do ser humano, deve ser parte integrante da desconstrução/construção das práticas em saúde mental. Se queremos que o processo de reforma psiquiátrica se edifique e efetive através da prática da não exclusão, nos marcos da desinstitucionalização e, mais ainda, no reconhecimento do doente mental como sujeito de direitos (emancipação do doente mental e do próprio trabalhador de saúde mental), é preciso propor um projeto que analise, não somente, como se dá a transformação do objeto da psiquiatria, ou mesmo, como o direito de intervenção é fundado pela psiquiatria fazendo-se reconhecer como parte central da reforma psiquiátrica, mas sim, **um projeto que analise como se dá determinada relação de forças nos serviços alternativos de saúde mental e quais necessidades estratégicas acompanham o processo de reforma psiquiátrica, em andamento, no Estado do Rio Grande do Sul e no País.**

Creio que a emancipação do sofredor psíquico, bem como a do trabalhador de saúde mental, o reconhecimento do sofredor psíquico como sujeito de direitos possibilitará que a Reforma se efetive como uma transformação social e não como um mero instrumento estratégico da hegemonia psiquiátrica.

²⁰ Idem, p. 249

Como psicóloga assistencial, percebo que é na desmontagem de aparatos externos e internalizados e na “desconstrução” de modelos e valores racionalístico-cartesianos que está a possibilidade de propormos **o estudo do poder a partir da visualização das técnicas e táticas de poder disciplinar que se estabelecem entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico**. Este tipo de poder é uma das grandes invenções da sociedade burguesa e foi o instrumento fundamental para a constituição do capitalismo industrial e do tipo de sociedade que lhe corresponde. Este poder foi chamado por Foucault²¹ de “poder disciplinar” sendo colocado, pelo autor, a ênfase em como a disciplina, sendo um processo unitário, pode reduzir a força do corpo em seu aspecto político e maximizá-la como força útil.

(...) estes procedimentos se deslocam, se expandem, se modificam; mas sobretudo como são investidos e anexados por fenômenos mais globais; como poderes mais gerais ou lucros econômicos podem inserir-se no jogo destas tecnologias de poder que são, ao mesmo tempo, relativamente autônomas e infinitesimais.

Dos discursos e práticas que pertencem ao domínio disciplinar surgiu o hospital psiquiátrico. Este produz o louco como doente mental, personagem individualizado a partir das relações disciplinares de poder. Seu objetivo, para Foucault (1996): o de tornar o louco *útil e dócil* tanto do ponto de vista econômico quanto político. Ao mesmo tempo, que exerce um poder, a disciplina produz um saber. O indivíduo é, portanto, um *efeito do poder*.

Ainda, para Foucault,²² *havia uma necessidade ligada à própria existência da psiquiatria que se tornou autônoma, mas que, a partir de então, devia fundar sua intervenção fazendo-se reconhecer como parte da higiene pública.*

Orientada por esta compreensão, apresento os pressupostos que nortearam o desenvolvimento da tese e me possibilitaram construir as bases estruturais para a sua concretização.

²¹ Idem, p. 184.

²² Idem, p. 254.

O **primeiro pressuposto** estabelecido é o de que a divisão entre o saber técnico e o saber político, no processo de Reforma Psiquiátrica, é uma estratégia histórica e política eficaz para a manutenção da hegemonia dos trabalhadores de saúde mental que exercem o poder.

O trabalho em saúde mental pertence ao campo da política e dos processos sociais e excede consideravelmente o limite do setor saúde, é objeto do entrecruzamento de múltiplas disciplinas e setores e, portanto, o problema do poder e do conflito está implícito, sendo permanentemente colocado em questão no trabalho da saúde mental.

O estudo desta “microfísica” supõe, portanto, que existe uma relação entre o saber técnico e político no processo de reforma psiquiátrica e a eficácia dos dispositivos disciplinares de poder, nos serviços de atenção à saúde mental, criados a partir da Lei 9.716, no Estado do Rio Grande do Sul.

Em contra partida, acredito que se o processo terapêutico desenvolvido nos serviços de atenção à saúde mental promover alianças entre o conhecimento técnico e político, de acordo com os princípios de humanização e democratização das relações preconizados na Lei 9.716, da Reforma Psiquiátrica, estará possibilitando esse mesmo agir ético-solidário, minimizando o poder da norma, os mecanismos individualizantes e contribuindo, assim, para a diminuição da *ordenação das multiplicidades humanas*.²³ indo de encontro ao objetivo do poder disciplinar.

Foucault²⁴ acreditava que:

Todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber.

No decorrer do trabalho, despertei para inúmeros questionamentos acerca do poder, dos domínios do saber e das técnicas disciplinares utilizadas no ato de assistir em saúde mental. Ainda, são poucos os serviços, no processo de reforma, isto é, que incluem o usuário, como sujeito, do processo diagnóstico. E, em menor número, ainda,

²³ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**, 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 191.

²⁴ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**, 10 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. XXI

aqueles serviços que promovem a participação do usuário na gestão dos serviços de saúde mental e nas discussões realizadas nas reuniões da equipe de saúde mental.

Tais questionamentos e reflexões acerca da reforma psiquiátrica e de como esta se articula na prática poderiam parecer “banais” e até mesmo “naturais”; mais ainda, poderíamos supor como desnecessários já que alcançamos a garantia de sua “conquista legal” no Estado do Rio Grande do Sul e no País. No entanto, percebo que é preciso construir um novo saber sobre a loucura e o louco, no processo de reforma psiquiátrica no Estado e no País que reflita, no discurso e na prática concreta do trabalho, ações fundamentadas na solidariedade entre iguais, privilegiando a autonomia do sofredor psíquico como sujeito e fim desse processo.

Cabe, ao serviço de atenção à saúde mental, no processo de reforma psiquiátrica, a busca de práticas e fazeres que visem a inclusão do sofredor psíquico nas decisões, nos rumos e ritmos a serem adotados com referência a atenção desse próprio sofredor.

Para Arendt,²⁵ esta relação entre iguais, fundada no diálogo e na argumentação será chamada *solidariedade*.

Reforçando essa idéia para Silva e Fonseca,²⁶ essa mesma solidariedade é chamada de *relativização das relações* e acreditam, os autores, que:

(...) a relativização compreende um processo fundamentalmente participativo, de compartilhamento de saberes, revelados na ação profissional com a finalidade de transformar a realidade do processo saúde doença da população e o saber constituído a partir daí (...) Além de rever a relação entre os próprios profissionais, esse processo, revê e redimensiona a relação com a própria clientela.

Acreditando que ninguém sabe mais sobre seus fantasmas que a pessoa acometida pela loucura e, que é o profissional da saúde mental aquele que tem os instrumentos para agir neste espaço, me pergunto: **Porque o sofredor psíquico segue sendo observado como objeto de estudo e tratamento e não, também, como sujeito no processo saúde-doença mental?**

²⁵ ARENDT, H.A *Condição Humana*, 6 ed. Rio de Janeiro: Forence-Universitária, 1993.

²⁶ SILVA e FONSECA In: BELMONTE, P. R. (org.) **Temas de Saúde Mental**. Textos Básicos do CBAD. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p.8

Sobre este assunto, Foucault²⁷ afirma, ainda, que: (...) *as tecnologias de poder consistem na objetificação dos sujeitos, pela determinação de sua conduta e sujeição a determinados fins ou dominações.*

Por acreditar ser indispensável para a relação de poder que “o outro” (aquele sobre o qual ela se exerce) seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim como sujeito de ação e, portanto, que se abre todo um campo de respostas, reações e invenções, apresento o segundo pressuposto da Tese:

O **segundo pressuposto**, deste estudo, é o de que o sofredor psíquico para que possa se perceber e ser percebido como cidadão no serviço de atenção à saúde mental, necessita vivenciar relações de poder ético-solidárias e de inclusão social.

Para Foucault (1994), não há **o poder**, mas sim, relações de poder, de poder e contra-poder. Toda relação de poder pressupõe a possibilidade de resistência, pois tais relações se dão entre sujeitos livres.

Diferentemente, nos manicômios, assim como, nas prisões para Foucault (1994), não ocorrem relações de poder, mas, sim, relações de dominação, pois, não há possibilidade de negociação, questionamento, espaço para o sujeito expressar o que pensa, o que deseja, portanto, não há espaço para resistência. A pergunta que me faço, nesse momento, é: **em que direção e como se manifesta a resistência do sofredor psíquico nas relações de poder que se estabelecem entre o trabalhador de saúde mental e o próprio sofredor psíquico nos serviços de atenção à saúde mental?**

A análise histórica de Foucault²⁸ sobre a loucura refere que:

(...) quando se tratou de analisar historicamente as condições de possibilidade da psiquiatria, o próprio desenvolvimento da pesquisa apontou o saber sobre o louco - diretamente articulado com as práticas institucionais do internamento - como mais relevante do que o saber teórico sobre a loucura.

²⁷ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10 ed. Rio de Janeiro: Graal. 1992.p. XVII.

²⁸ Idem, p. IX

Acrescentaria que, hoje, no processo de reforma psiquiátrica vigente, é preciso que se aponte **o estudo sobre a ética das relações de poder**, que se estabelecem entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico, como essencial e relevante para a concretização da utopia de uma *sociedade sem exclusão*.

Uma abordagem antimanicomial baseada nos pressupostos do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, deve prevalecer na atuação prática dos trabalhadores de saúde mental como garantia do seu relacionamento ético-solidário com o sofredor psíquico.

De acordo com Fagundes:²⁹

A democratização, para se efetivar, precisa permear as relações interpessoais, laborais, institucionais e sociais. Para que todos se impliquem num processo democrático, é preciso reconhecer as desigualdades e as diferenças, criar modos de vida que superem desigualdades sociais e incluam os diferentes, bem como, legitimar espaços de liberdade e equidade.

Na metade do século XVIII, o soldado tornou-se algo que se fabrica. No início do século XIX, o doente mental é o efeito de um poder. O corpo torna-se alvo de novos mecanismos de poder, oferece-se a novas formas de saber. No século XXI, me pergunto: **se, efetivamente, o sofredor psíquico emerge como “alvo” da ruptura das relações de sujeição nos serviços de atenção à saúde mental?**

Cabe, ainda perguntar: **Que práticas e fazeres podem ser observados nos serviços de atenção à saúde mental que favoreçam: o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico, possibilitando relações de poder ético-solidárias?**

Queremos admitir, com Foucault³⁰ que a disciplina³¹ é um espaço útil do ponto de vista médico.

(...) o momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano. (...) Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos de seu comportamento.

²⁹ FAGUNDES, S. In: Rio Grande do Sul. Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. **Relatório Azul: Garantias e Violações dos Direitos Humanos no RS**, 1998/1999. Porto Alegre: Assembléia Legislativa, 1999. p. 189.

³⁰ Idem, p. 127.

³¹ A “disciplina” não pode se identificar com uma instituição nem com um aparelho; ela é um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo, que comporta todo um conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos; ela é uma “física” ou uma “anatomia” do poder, uma tecnologia, Foucault (1986, p.189).

O processo aparece claramente nos hospitais e postos de saúde com a necessidade de distribuir e dividir o espaço com rigor. Pouco a pouco, o espaço administrativo e político articula-se em espaço terapêutico. A tática disciplinar é a condição primeira para o controle e o uso de um conjunto de elementos distintos: a base para uma microfísica de um poder que poderíamos chamar, como Foucault, de “celular”.

Esta estratégia, segundo Foucault (1986), será utilizada pela psiquiatria na transformação do poder enquanto saber, quando do aparecimento em cena dos hospitais psiquiátricos e do estabelecimento de relações de dominação entre o profissional da psiquiatria e o “doente mental”. Compreendê-la é penetrar no âmago da questão da disciplina.

Cabe aos trabalhadores de saúde mental, no processo de reforma psiquiátrica, no ato de assistir, compreender o sofredor psíquico como sujeito histórico, possuidor de identidade, desejos, aspirações e com plenas possibilidades de ser o autor-ator de seu próprio destino. Compreendê-lo, como cidadão e, portanto, como sujeito de direitos e deveres.

Esse modo de relação entre o trabalhador de saúde mental e sofredor psíquico privilegia um agir ético-solidário onde não existem mais relações de dominação, mas sim, relações de poder, pois estas, se caracterizam por serem relações entre sujeitos livres; relações onde há possibilidade de resistência.

Parece-me que cabe perguntar, novamente: **Em que direção e como se manifesta a resistência do sofredor psíquico nas relações de poder que se estabelecem entre o próprio sofredor e o trabalhador de saúde mental no serviço de atenção à saúde mental?**

Admitimos, como Foucault³², que o 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 (...) O que significa que essas relações aprofundam-se dentro da sociedade, que não se localizam nas relações do Estado com os cidadãos ou na fronteira das classes e que não se contentam em reproduzir ao nível dos indivíduos, dos corpos, dos gestos e dos comportamentos, a forma

³² FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10 ed. Rio de Janeiro, Graal, 1992. p.189

geral da lei ou do governo; que se há continuidade não há analogia nem homologia, mas especificidade de mecanismo e de modalidade.

Procuro, portanto, desvendar as táticas e estratégias utilizadas pelo poder disciplinar nos serviços de atenção à saúde mental. Esse poder que, ao mesmo tempo, *individualiza, torna útil e dócil* o sofredor psíquico, o que, por sua vez, possibilita a sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos, entendendo, também, como um poder onde as relações não podem ser identificadas.

A divisão constante do normal e do anormal, a que todo o indivíduo, ainda hoje, é submetido, nos serviços de atenção à saúde mental leva, até nós, a marcação binária e o exílio do leproso.

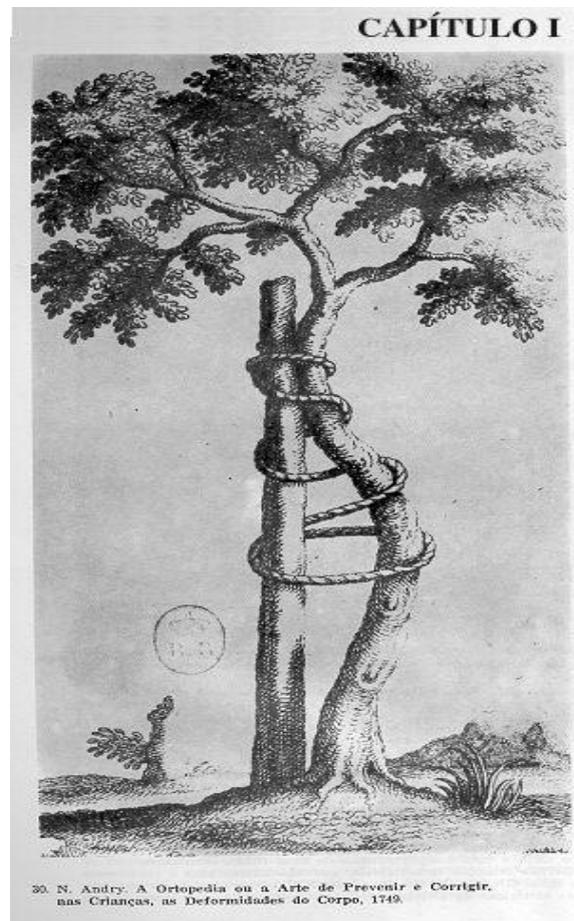
Foucault³³, em seu estudo sobre a medicina e o nascimento da psiquiatria, refere que, para o controle do louco, cria-se o hospício:

(...) como um espaço próprio para dar conta de sua especificidade; institui a utilização ordenada e controlada do tempo, que deve ser empregado, sobretudo no trabalho, desde o século XIX considerado o meio terapêutico fundamental; monta um esquema de vigilância total, (...) se baseia na “pirâmide de olhares” formada por médicos, enfermeiros, serventes; extrai da própria prática os ensinamentos capazes de aprimorar seu exercício terapêutico.

A **tese** que desenvolvo neste estudo, portanto, é a de que, apesar de implantada a Reforma Psiquiátrica e dos crescentes avanços da legislação de proteção ao sofredor psíquico, este continua sendo, ao mesmo tempo, objeto e instrumento de exercício das relações de poder disciplinar. Este estudo, pretende, ainda, **refletir sobre o descompasso percebido entre a vitória no campo jurídico e o novo discurso da Reforma Psiquiátrica, e, uma prática e um fazer que parecem negar a emancipação do sofredor psíquico, isto é, sua condição de cidadão.**

³³ Idem, p. 122.

II - UMA ARTE DO PENSAR: MICHEL FOUCAULT



O Panóptico, tem um papel de amplificação; se organiza o poder, não é pelo próprio poder, nem pela salvação imediata de uma sociedade ameaçada: o que importa é tornar mais fortes as forças sociais - aumentar a produção, desenvolver a economia, espalhar a instrução, elevar o nível da moral pública; fazer crescer e multiplicar (FOUCAULT,1986, p.183).

O referido estudo é apoiado nas obras de Michel Foucault, especialmente “Vigiar e Punir”³⁴, “Microfísica do Poder”³⁵ e *Hermeneutica del Sujeto*³⁶ onde o autor aborda a prática disciplinar como a grande estratégia que as relações de poder desempenham nas sociedades modernas, após o século XIX e o esquadramento dos espaços de poder institucional onde *todo o saber assegura o exercício de um poder*³⁷. Outro importante aspecto das investigações do referido autor³⁸ tem como objetivo:

(...) neutralizar a idéia que faz da ciência um conhecimento em que o sujeito vence as limitações de suas condições particulares de existência instalando-se na neutralidade objetiva do universal e da ideologia um conhecimento em que o sujeito tem sua relação com a verdade perturbada, obscurecida, velada pelas condições de existência.

Essa análise reforça a idéia de que *(...) todo saber é político*³⁹ porque todo saber tem sua gênese em relações de poder e isto nos leva, também, a considerar o que significam as relações de poder para Foucault⁴⁰: Estas não estão fixadas em uma classe dominante ou mesmo em um governo, mas, sim, em toda e qualquer relação entre humanos *(...) em que alguém tenta dirigir a conduta de outrem.*

Ainda para o autor, as relações de poder são móveis, podem modificar-se, não estando determinadas. Portanto, se faz necessário um certo grau de liberdade para que possamos chamá-las de relações de poder. Isto quer dizer para Foucault⁴¹ que: *(...) nas relações de poder existem necessariamente possibilidades de resistência, já que se não existissem possibilidades de resistência (...) não existiriam relações de poder.*

Cabe destacar, contudo, que Foucault estabelece em seus estudos de análise do poder a existência de três níveis: as relações estratégicas, as técnicas de governo e os estados de dominação. Minha análise se prende precisamente as relações estratégicas, ou seja, as relações de poder, entendendo que estas existem em todo o campo social desde que existam possibilidades de liberdade, neste mesmo campo

³⁴ Idem. p. 183

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

³⁶ FOUCAULT, M. **Hermeneutica del Sujeto**. Madrid: La Piqueta, 1994.

³⁷ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10 ed. Rio de Janeiro: Graal. 1992, p.186

³⁸ Idem, p. XXI

³⁹ Idem, p. XXI

⁴⁰ FOUCAULT, M. **Hermeneutica del Sujeto**. Madrid: La Piqueta, 1987, p. 125

social. Para Foucault,⁴² o interesse é: (...) *saber como os jogos de verdade podem pôr-se em marcha e estarem ligados a relações de poder.*

Em sua obra, *Vigiar e Punir*, Foucault (1986) analisa as transformações gerais e essenciais porque passa o indivíduo moderno (genealogia) como um corpo dócil e mudo, mostrando a inter-relação da tecnologia disciplinar com uma ciência social normativa (aparato científico-jurídico).

Muitos dos processos disciplinares são históricos e antecedem o homem moderno, porém, Foucault⁴³ destaca a utilização das disciplinas na modernidade como algo diferente da escravidão ou mesmo da domesticidade, apresentando-a como uma tecnologia: (...) *como uma arte do corpo humano que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente (...) Uma anatomia política, que é também igualmente uma mecânica do poder.*

Essa microfísica do poder passa a definir um certo modo de investimento político e detalhado do corpo. Permite, entretanto, de acordo com Foucault⁴⁴, através do estudo da (...) *racionalização utilitária do detalhe, da minúcia dos regulamentos a organização do corpo social inteiro através de seus aparelhos. A disciplina organiza um espaço analítico.*

Para Foucault⁴⁵, o poder disciplinar desde o começo do século XIX aplicou ao espaço de exclusão, de que o leproso era o habitante simbólico (assim como os mendigos, os vagabundos e os loucos, a população real), a técnica de poder própria do quadriculamento disciplinar.

(...) Tratar os leprosos como pestilentos, projetar recortes finos da disciplina sobre o espaço confuso do internamento, trabalhá-lo, com os métodos de repartição analítica do poder, individualizar os excluídos, mas utilizar processos de individuação para marcar exclusões.

⁴¹ Idem, p. 126

⁴² Idem, p. 133

⁴³ FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 127

⁴⁴ Idem, p. 131.

⁴⁵ Idem, p. 176.

Ainda, para Foucault (1992), a burguesia, no século XIX, não se interessa pelo louco, mas pelo lucro político e eventualmente pela utilidade econômica, resultantes dos procedimentos de exclusão.

Em experiência, mais recente, Delgado⁴⁶ reforça essa afirmação ao dizer que: (...) *em alguns casos, como no Estado do Amazonas, os anos 1979 e 1980, o problema da transformação asilar adquiria nitidamente os contornos de uma luta entre os setores público e privado.*

O surgimento do hospital psiquiátrico, a penitenciária, a escola vigiada, os hospitais de um modo geral como conhecemos hoje, já no século XIX passam a exercer um duplo controle: o da divisão binária (normal - anormal; louco – não louco; perigoso – inofensivo) e o da determinação coercitiva (quem é ele; onde deve estar e como caracterizá-lo) e exercer sobre o sujeito, de maneira individual, uma vigilância constante.

Esses dois modelos, o de uma comunidade pura (através do modelo de exclusão) e o de uma sociedade disciplinar (através das táticas das disciplinas individualizantes) são duas maneiras de exercer poder sobre os homens, de controlar suas relações, para Foucault,⁴⁷ de (...) *desmanchar suas perigosas misturas*". (...) *“esquemas diferentes, mas não incompatíveis.*

Esse tipo de poder foi chamado por Foucault⁴⁸ de poder disciplinar.

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. (...) A disciplina fabrica indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício.

Todo o sucesso alcançado pelo poder disciplinar na sociedade moderna deve-se, para Foucault,⁴⁹ sem dúvida, a alguns dispositivos muito simples: (...) *o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação num procedimento que lhe é específico, o exame.*

⁴⁶ DELGADO, P. Perspectivas da Psiquiatria Pós-Asilar no Brasil In: TUNDIS e COSTA, **Cidadania e Loucura Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1992 p. 175-176.

⁴⁷ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 176.

⁴⁸ Idem, p. 153.

⁴⁹ Idem, p. 153

Estes dispositivos que fazem parte do chamado poder disciplinar, para o autor, pouco a pouco vão tomando conta do campo social e, inclusive, invadindo os aparelhos de Estado e os rituais de soberania.

Segundo Foucault (1986), a vigilância hierárquica e a sanção normalizadora, bem como o exame é o que possibilitou e ainda possibilita o controle dos corpos, sua docilidade, individualidade e utilidade. E, portanto, a estratégia proposta, através da combinação desses instrumentos, permite que o indivíduo se torne uma realidade fabricada por essa tecnologia de poder, sendo uma das engrenagens específicas do poder disciplinar.

Ainda, a vigilância hierárquica concebida como um dispositivo do poder disciplinar, como um recurso para o “bom adestramento” permite ver e promover efeitos de poder. Está apoiada em uma série de técnicas que permitem ao ser humano ver sem ser visto, um entrecruzamento, uma multiplicidade de olhares que para Foucault,⁵⁰ significam que: (...) *uma arte 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.*

Um outro dispositivo citado, anteriormente, é a sanção normalizadora. Esta estratégia permite que em seu interior funcione um pequeno mecanismo de punições. Está, a seu cargo, um conjunto de comportamentos que escapam às leis. A sanção normalizadora reprime comportamentos e qualifica delitos específicos em suas instâncias de julgamento.

Concordando com Foucault:⁵¹

Trata-se ao mesmo tempo de tornar penalizáveis as frações mais tênues da conduta, e de dar uma função punitiva aos elementos aparentemente indiferentes do aparelho disciplinar: levando ao extremo, que tudo possa servir para punir a mínima coisa; que cada indivíduo se encontre preso numa universalidade punível-punidora.

Soma-se, à vigilância hierárquica e a sanção normalizadora, o exame, outro dos dispositivos do poder disciplinar. Este dispositivo combina as técnicas da vigilância hierárquica e da sanção normalizadora. No exame a forma moderna do poder e do

⁵⁰ Idem, p. 154.

⁵¹ Idem, p. 159-160.

saber se reúnem em uma só técnica. Para Foucault:⁵² (...) *É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir.*

Portanto, o exame transforma cada indivíduo em um caso a ser conhecido minuciosamente, no detalhe. É o indivíduo moderno objetivado, analisado e fixado, sendo manifesto o entrecruzamento do poder e do saber a nível individual e não universal. Concordando com Foucault:⁵³ *O investimento político não se faz simplesmente ao nível da consciência, das representações e no que julgamos saber, mas ao nível daquilo que torna possível algum saber.*

Como já foi colocado anteriormente, a Reforma Psiquiátrica Brasileira implementa a atenção ambulatorial em substituição ao modelo de exclusão próprio dos hospitais psiquiátricos, cria os chamados “serviços alternativos” e, um conjunto de técnicas, “as novas tecnologias”. Estas, porém, continuam assumindo, em nossos dias, a tarefa de medir, corrigir e controlar o sofredor psíquico fazendo, com isso, funcionar os dispositivos disciplinares, aperfeiçoando o exercício do poder e do saber.

Um outro ritual meticuloso do poder que Foucault analisa e que é considerado pelo autor como o paradigma da tecnologia disciplinar é o *Panoptico*⁵⁴. Essa tecnologia política não é apresentada somente como uma técnica eficaz e astuta de controle dos indivíduos, é também um laboratório para uma possível transformação.

Para Foucault:⁵⁵ *Cada vez que se tratar de uma multiplicidade de indivíduos a que se deva impor uma tarefa ou um comportamento, o esquema panóptico poderá ser utilizado.* O objetivo, desse modelo de construção, é conhecido: induzir no detento um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder. Assim, Foucault⁵⁶ assinala, ainda, que a visibilidade é uma armadilha:

⁵² Idem, p. 164.

⁵³ Idem, p. 165.

⁵⁴ O Panóptico de Bentham é a figura arquitetural dessa composição. Na periferia uma construção em anel; no centro uma torre; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção, elas tem duas janelas, uma para o interior, correspondendo as janelas da torre; outra dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado (Foucault, 1986 p. 177).

⁵⁵ Idem, p. 181.

⁵⁶ Idem, p. 177- 178

(...) é visto, mas, não vê; objeto de uma informação, nunca sujeito numa comunicação. (...) o Panóptico é uma máquina maravilhosa que, a partir dos desejos mais diversos, fabrica efeitos homogêneos de poder.

Concordando com Rabinow e Dreyfus:⁵⁷ *O panóptico produz, ao mesmo tempo, saber, poder, controle do corpo e controle do espaço, numa tecnologia disciplinar integrada.*

Essa técnica permite a expansão do poder ao localizar os corpos num espaço, ao trabalhar a distribuição dos indivíduos em relação uns aos outros, sua organização hierárquica, ou seja, como tecnologia adaptável à organização e ordenação de indivíduos e grupos.

O grande fechamento por um lado; o bom treinamento (adestramento) por outro. A lepra suscitou modelos de exclusão e a peste esquemas disciplinares. Uma é marcada; a outra, analisada e repartida. O exílio do leproso e a prisão da peste não trazem consigo o mesmo sonho político.

A Reforma Psiquiátrica vigente no País, ao utilizar a figura das “novas tecnologias”, na assistência em saúde mental (oficinas de criação coletiva, pensões públicas, casas lares, centros de convivência, hospital dia), assinala a necessidade de categorização entre os sofredores psíquicos, a partir da sintomatologia apresentada; do status social; das aptidões e dos caracteres, preocupação análoga encontrada, também, no programa do panóptico que se caracteriza pela observação individualizante, pela caracterização e classificação.

Para Foucault (1986), o esquema do panóptico funciona como uma espécie de laboratório de poder e, não só, como um sistema arquitetural e óptico, mas, como uma figura de tecnologia política que se pode e se deve destacar de qualquer uso específico.

Ressalvadas as modificações necessárias, a reforma psiquiátrica que ora vivenciamos, continua mantendo sob vigilância o sofredor psíquico que, no passado, participou do grande enclausuramento. Em cada uma de suas aplicações, a reforma psiquiátrica permite aperfeiçoar o exercício do poder e do saber. Ao individualizar,

⁵⁷ RABINOW, P. e DREYFUS, H. **Uma Trajetória Filosófica: Para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 208

permite medir os desvios, determinar os níveis, fixar as especialidades e tornar úteis as diferenças.

Será que uma das condições essenciais para a liberação do sofredor psíquico do grande enclausuramento não foi o estabelecimento de modalidades (mecanismos) que permitissem a continuação de seu controle, vigilância e exame, tornando úteis as diferenças e ajustando-as umas as outras?

Para Foucault,⁵⁸ o modelo do panóptico, ainda hoje utilizável, permite:

(...) intervir a cada momento e a pressão constante age antes mesmo que as faltas, os erros e os crimes sejam cometidos. (...) é um modelo generalizável de funcionamento; uma maneira de definir as relações do poder com a vida cotidiana dos homens.

Exemplo semelhante, no passado, é o da polícia médica, na Europa do século XIX, que para Padilha:⁵⁹ *(...) o médico político deve dificultar ou impedir o aparecimento da doença, lutando ao nível de suas causas e contra tudo o que na sociedade pode interferir no bem-estar físico e moral.*

As “novas tecnologias” em saúde mental, ao se difundirem no corpo social, tem por vocação tornarem-se aí uma função generalizada, assegurando a amplificação e a organização do poder. O que importa é tornar mais fortes as forças sociais através do aumento de produção, do desenvolvimento da economia, da educação e da minimização dos gastos em saúde. Segundo Foucault (1986), as disciplinas atuam cada vez mais como técnicas para a fabricação de indivíduos úteis, distanciando-se das formas de exclusão e encarceramento, tendem a se implantar nos setores mais importantes e produtivos da sociedade.

O exercício do poder dos profissionais da saúde mental é observado e controlado pela sociedade inteira, através dos conselhos de saúde e das coordenações de saúde mental. O social passa a exercer uma vigilância hierárquica sobre o trabalho desses profissionais. Ao analisarmos o princípio do panóptico, observamos que para Bentham apud Foucault (1986), o panoptismo é o princípio geral de uma nova “anatomia política” cujo objeto e fim não são as relações de soberania,

⁵⁸ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 181 - 182

⁵⁹ 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, 1998, p. 107.

mas as relações de disciplina, uma rede de dispositivos que estão em toda parte, sempre alertas, percorrendo toda a sociedade ininterruptamente.

Há, para Foucault (1986), uma transformação histórica, portanto, no papel das disciplinas, a extensão progressiva dos dispositivos de disciplina ao longo dos séculos XVII e XVIII, sua multiplicação através de todo o corpo social. As disciplinas funcionam cada vez mais como técnicas que fabricam indivíduos úteis. Multiplicam-se o número de instituições de disciplina e de disciplinar os aparelhos existentes.

Acredito que, diferentemente da disciplina-bloco (modelo da exclusão) encontrada nos hospitais psiquiátricos, a disciplina-mecanismo (modelo do quadriculamento) pode ser encontrada nos “serviços alternativos” em saúde mental. Esses serviços se propõem a aumentar a utilidade possível dos sofredores psíquicos, a disciplina faz crescer a habilidade de cada um, coordena essas habilidades, acelera os movimentos, multiplica a potência de fogo, aumenta a capacidade de resistência. Ao mesmo tempo que continua a moralizar as condutas, mais ela modela os comportamentos e faz os corpos entrarem numa máquina, as forças numa economia.

Para Foucault,⁶⁰ não só o hospital pode ser concebido como aparato da tecnologia das relações de poder disciplinar:

(...) Da mesma maneira que o hospital é concebido cada vez mais como ponto de apoio para a vigilância médica da população externa; depois do incêndio do Hotel-Dieu em 1772, muita gente pede que substituam os grandes estabelecimentos, tão pesados e desorganizados, por uma série de hospitais de pequena dimensão.

A Política Nacional de Saúde Mental, a partir de 1992, através do Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde, editou Portarias⁶¹ contendo uma nova normatização das políticas de saúde mental para o País. Dentre os procedimentos editados, destacam-se: a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por leitos em hospitais gerais; a abertura de pensões públicas para permitir o processo de deshospitalização do sofredor psíquico em regime asilar; a criação dos centros de convivência e o regime de hospital-dia. Estas novas orientações têm como objetivos a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos,

⁶⁰ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**, 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986 p. 186.

⁶¹ BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portarias nº 189** de 19/11/1991 e **nº 224** de 29/01/1992.

regionalizar os atendimentos, redistribuir o sofredor psíquico conforme as suas características e necessidades sociais. Como no século XIX, esses novos serviços apresentam como características: tomar conta dos doentes de determinada região; reunir informações; acompanhar os fenômenos endêmicos e epidêmicos e manter as “autoridades” a par do estado sanitário da região.

É neste sentido que podemos estabelecer um paralelo entre o processo de reforma psiquiátrica e os procedimentos disciplinares do século XIX. A difusão dos procedimentos disciplinares não se daria mais a partir de instituições fechadas, mas de “focos de controle” distribuídos pela comunidade, sejam esses focos chamados de: postos de saúde, associações de moradores, centros de convivência, oficinas de criação coletivas, pensões públicas.

Reforçando essa idéia, Padilha⁶² refere que (...) *a cada momento da história a relação de dominação se fixa num ritual, impõe obrigações e direitos e constitui procedimentos cuidadosos.*

Os mecanismos da disciplina ao serem utilizados na reforma psiquiátrica multiplicam-se e tendem a se desinstitucionalizar-se, a sair das “fortalezas fechadas” onde funcionavam e a circular em estado livre; as disciplinas maciças e compactas se decompõem em processos flexíveis de controle, que se pode transferir e adaptar. O posto de saúde e o agente comunitário passam a responder como um minúsculo observatório das condições sanitárias da região que abrangem, desempenhando o papel de disciplinamento da população.

A formação da sociedade disciplinar está ligada a um certo número de amplos processos históricos no interior dos quais ela tem lugar: econômicos, jurídico-políticos, científicos. Esta sociedade utiliza uma tática de poder que tem como princípio à diminuição da resistência e maximização da intensidade de poder dos aparelhos no interior dos quais se exerce.

Foucault, em seus trabalhos, é um crítico da instrumentalização do saber. Para ele, todo saber, é auto-conhecimento e, entender melhor o sentido do saber proposto

⁶² 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, p. 105

no processo de reforma psiquiátrica, em andamento no Estado do Rio Grande do Sul e no País, é entender melhor a relação que se estabelece entre poder e saber.

O sofredor psíquico como sujeito e fim da assistência em saúde mental, integrando e integrado à comunidade a qual pertence é o propósito a ser alcançado pelo processo de reforma psiquiátrica, implantado no Estado do Rio Grande do Sul.

O presente trabalho, ao objetivar explicitar as contradições que perpassam a Reforma Psiquiátrica no Estado busca desvelar a estratégia de articulação dos dispositivos disciplinares de poder com o novo modelo das políticas de saúde mental implantado no Rio Grande do Sul.

O direito à vida em liberdade, à felicidade, ao trabalho, o direito de ser tudo o que se pode ser, são questões ou não, que podem estar perpassando muitas das práticas dos trabalhadores que atuam na área de saúde mental e que agem em nome da defesa da saúde das pessoas. É preciso, porém, rever esse modelo de atenção em saúde mental, onde o saber não científico apresentado pelo sofredor psíquico, ainda não é reconhecido, nem valorizado pelo trabalhador da saúde mental na relação que se estabelece entre ambos. Há, ainda, nessa mesma relação, a pressuposição de lugares definidos e determinados, com o estabelecimento de relações de poder mediadas pelo saber técnico-científico do profissional, onde este segue assumindo o poder de decisão no projeto terapêutico.

Nesta concepção, com efeito, há relação entre o conhecimento dos princípios da Lei nº 9.716, da Reforma Psiquiátrica e o caráter disciplinar das relações que se estabelecem entre o trabalhador de saúde mental e o usuário do serviço de atenção à saúde mental.

Perguntar, socializar saberes, escutar e reconhecer o saber popular como verdade para o sujeito portador de sofrimento psíquico pode ser uma das estratégias para fortalecer os enfrentamentos atuais e futuros e para que a Reforma Psiquiátrica, vigente no Estado do Rio Grande do Sul, possa privilegiar um agir ético-solidário nas relações de poder que se estabelecem entre o trabalhador da saúde mental e o sofredor psíquico, neste novo modelo.

Concordando com Lunardi⁶³ sobre a ética enquanto componente filosófico do Homem: (...) *a ética desenvolve-se a partir da concepção filosófica do homem. Homem, como ser histórico, social, como um ser que transforma, de modo consciente o mundo que o rodeia e no qual está inserido, transformando sua própria natureza.*

Nesta mesma linha de pensamento, Morin⁶⁴, sobre a dimensão das questões éticas que é dada ao homem assinala:

o homem por habitar um universo simultaneamente individual, familiar e sociocultural, um universo onde proliferam uma multiplicidade de normas, valores, deveres... (este universo) faz com que sejamos possuídos por um triplo princípio de ação, um triplo dever-fazer ou ethos.

A liberdade de pensar as nossas práticas para entendermos como somos e como reagimos, favorecendo a transformação de nós mesmos e da realidade a nossa volta é, portanto, uma das dimensões éticas do ser humano e pode ser compreendida através do cuidado de si onde, as relações éticas de cuidado podem se opor ao poder disciplinar.

Para Lunardi⁶⁵, é preciso acreditar na ética como uma possibilidade do sujeito de conhecer e se cuidar:

(...) Possibilitar que o cliente seja ele mesmo, de forma autêntica, ouvi-lo, estimular que expresse o significado não só da doença para si, mas também do seu relacionamento com o enfermeiro, (trabalhador de saúde mental) constituem-se em tecnologias que favorecem o cuidado e o conhecimento de si e não sua negação.

Concordando, também, com Gauthier⁶⁶ *“Todos os saberes são livres e iguais em direito”.*

Este conceito é reforçado por Freire⁶⁷ em relação ao papel do docente: *O educador democrático não pode negar-se o dever de, na sua prática docente, reforçar a capacidade crítica do educando, sua curiosidade, sua insubmissão.*

⁶³ LUNARDI, V. L. Responsabilidade Profissional da Enfermeira. **Texto e Contexto. Enf.**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 47-57, jul./dez. 1994.

⁶⁴ MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 105.

⁶⁵ LUNARDI, V. L. **A Ética como Cuidado de Si e o Poder Pastoral na Enfermagem**. Pelotas: Editora da UFPel; Florianópolis: UFSC, 1999, p. 139.

⁶⁶ GAUTHIER, J. **Sociopoética**. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery-UFRJ, 1999. p. 64.

⁶⁷ FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. 4 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997. p. 28.

Percebe-se, assim, a importância do papel do educador para Freire e se fizermos um paralelo com o trabalhador de saúde mental e suas “possibilidades” de compreender o sofredor psíquico como sujeito do processo saúde-doença, o próprio trabalhador pode assumir a “tarefa” de ensinar a pensar certo, ou seja, valorizando o conhecimento de si, manifesto pelo sofredor.

E, a esse respeito, Freire,⁶⁸ ainda, refere: (...) *nas condições de verdadeira aprendizagem os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo.*

Estas mesmas idéias são apresentadas por Lunardi⁶⁹ em relação às mudanças de comportamento do outro como objetivo da educação para a saúde:

Diferentemente, entender o cliente como agente de mudança e sujeito da sua saúde significa participar de uma instrumentalização mútua para aumentar a compreensão frente ao que lhe pode estar acontecendo e para decidir como agir diante da sua situação única e específica.

Caso, não sejamos capazes de assumir esse agir ético-solidário, a reforma psiquiátrica não passará de um mero transformismo a serviço da manutenção dos dispositivos disciplinares de poder.

Lunardi⁷⁰ reafirma o entendimento de que a saúde é um bem pessoal e refere que:

A saúde das pessoas é anterior e pode acontecer sem qualquer relação com os profissionais que detêm o saber médico. Esta posição, entretanto, não significa a negação ou desqualificação de um saber que vem se construindo a partir de estudos sobre as vivências e experiências das pessoas; um saber que, reconhecidamente, poderia ser utilizado, assim como outros saberes, seja para aumentar as seguranças dos sujeitos para o presente, seja para assegurar um conjunto de seguros para o futuro.

Na verdade, essa idéia está alicerçada no conhecimento produzido por Foucault (1996), quando refere que, no século XIX, os movimentos de resistência, que questionam o sistema geral de poder, têm como objetivo a vida entendida como as necessidades fundamentais, a essência concreta do ser humano, a realização de suas potencialidades, a plenitude do possível. Faz-se necessário, uma visão política dos acontecimentos, em um contexto determinado, para que se percebam as articulações

⁶⁸ Idem, p. 29.

⁶⁹ LUNARDI, V. L. *A Ética como o Cuidado de Si e o Poder Pastoral na Enfermagem*. Pelotas: Editora da UFPel; Florianópolis:UFSC, 1999. p. 98.

da anatomia política do poder, transfigurada, nestes mesmos movimentos, para responder a exigências de conjuntura.

Estas colocações fazem reportar-me à necessidade de que se contextualize quem são os sujeitos da ação e quem são os agentes da saúde. Partindo da crença de que se a saúde é um bem pessoal são, então, os próprios sujeitos os agentes da mudança.

Porém, para Lunardi⁷¹ é preciso mais que a consciência da necessidade de mudança:

(...) a consciência da necessidade de mudança pode não ser suficiente para alcançá-la. Ainda, as pessoas que vivem, mesmo em condições de vida entendidas como inadequadas pelos profissionais da saúde, tendo em vista seus contextos sociais, econômicos e culturais, podem, estar saudáveis e ter saúde, ter crenças sobre a saúde e sobre a sua saúde, apesar de poderem ter problemas de saúde. Elas não são um problema de saúde na sua totalidade, assim como não são doentes como um todo.

A análise pretendida a partir dessa citação, tendo em vista a necessidade de autonomia e respeito aos direitos de cidadão do sofredor psíquico, no processo de Reforma Psiquiátrica, reafirma a orientação de que se discuta um outro tipo de relação entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico, na qual o sofredor psíquico possa constituir-se em fim para si mesmo.

Na verdade, o conceito de relações democráticas é um conceito bastante novo e é, fundamentalmente, um produto do século XX. No decorrer do século XIX, teóricos da democracia achavam bastante natural discutir se uma ou outra pessoa, estava pronta para a democracia. No entanto, a questão a discutir é: como uma pessoa se torna democrática através do exercício pleno da democracia.

Essa é uma mudança importante, pois independe do “alcance potencial para a democracia”, das variáveis históricas e culturais. A democracia, como princípio, é a regra para o desenvolvimento de relações ético-solidárias. É nesse contexto que pretendo **refletir sobre as estratégias que possam fortalecer os enfrentamentos, atuais e futuros, para que a reforma Psiquiátrica vigente no Rio Grande do Sul e no País, possa privilegiar um agir ético-solidário nas relações de poder que se estabelecem entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico.**

⁷⁰ Idem, p. 97.

Aqui, também, podemos lembrar que Morin,⁷² nos fala, também, em democracia. No entanto, ela não se limita ao modo como, até aqui, as relações foram apresentadas, mas é vista como um sistema político de aspirações universalizadas:

A democracia supõe e alimenta a diversidade dos interesses e grupos sociais assim como a diversidade das idéias, o que significa que ela deva, não impor a ditadura da maioria, mas reconhecer o direito à existência e à expressão das minorias e dos que protestam e permitir a expressão das idéias heréticas e desviantes.

Ainda, para o mesmo autor: (...) *o problema democrático é um problema planetário com formas diversas. A aspiração democrática se choca contra a dificuldade democrática generalizada. A democracia depende da civilização, a qual depende da democracia.*

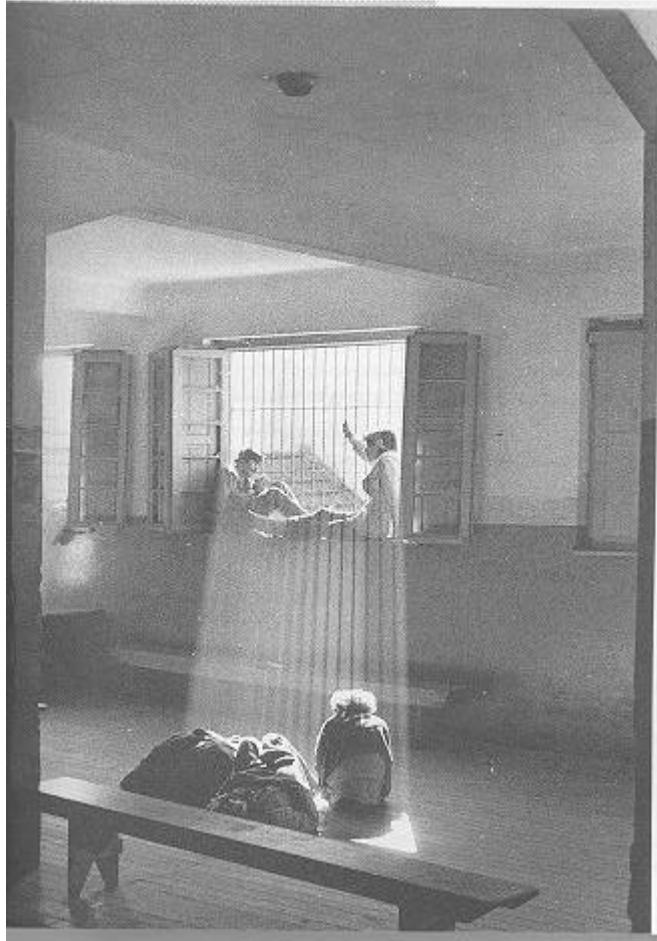
Como se observa, a democracia é muito mais, é uma cultura política e cívica. Portanto, a democracia depende das condições que dependem do seu exercício pleno. É um sistema complexo em sua organização e na prática do ideal trinitário: Liberdade, Igualdade, Fraternidade⁷³.

⁷¹ Idem, p. 96.

⁷² MORIN, E.; KERN, A B. **Terra-Pátria**. Porto Alegre: Sulina, 1995, p. 119-121.

⁷³ Revolução Francesa em 1789.

III - A REFORMA PSIQUIÁTRICA RECITADA



O objeto da medicina transforma-se ao dar um enfoque maior na saúde dos indivíduos e não mais na ação direta e lacunar sobre a doença, como essência isolada e específica, que move o projeto médico. O “médico político” deve dificultar ou impedir o aparecimento da doença, lutando ao nível de suas causas e contra tudo o que na sociedade pode interferir no bem estar físico e moral (PADILHA, 1998, p. 107).

Pode parecer paradoxal ver-se na história da prostituição no Brasil algum correlato com a 1ª Reforma Psiquiátrica promovida pelo Estado. Porém as medidas preventivas que tiveram como objetivo diminuir o número de prostitutas na rua e sua (re)localização em um espaço determinado, organizado e higienizado, tirando-as da

“ociosidade e do vazio de suas vidas”, bem poderiam merecer uma análise, dado o caráter das relações de poder disciplinar utilizadas de modo semelhante, no processo de reforma psiquiátrica. Na época, acreditavam os médicos que não se poderia propor a eliminação da prostituta, “um mal necessário”, nem sua regeneração, no sentido de fazer dela uma “mulher honesta”. Medidas preventivas são então propostas e mais, é criado um espaço próprio para a realização do desejo sexual - *o bordel* - que ficaria sob o controle do Estado através da **polícia médica**. Entre as medidas preventivas adotadas, estavam: o aprimoramento da educação, que pode dar ao homem a capacidade de controlar sua própria sexualidade (tática disciplinar); os meios de diversão, como o teatro, para a difusão da moralidade (poder da norma) e condições dignas de trabalho para a mulher sob a organização, orientação e controle do Estado (estratégia disciplinar).

O louco, no mesmo período da higienização das prostitutas, faz seu aparecimento na cena das cidades como um *“perigoso em potencial”*.

De acordo com Machado⁷⁴, a “polícia médica”, assim como agiu em relação a prostituição, com uma proposta de controle e disciplinarização do comportamento, deve dirigir prioritariamente sua atenção (...) *àqueles que circulam livremente pelas ruas da cidade*” e o louco é o próximo personagem a ser o *alvo* do poder médico sob a alegação de que: (...) *podem enfurecer-se e repentinamente cometer atos homicidas*. Eu acrescentaria ainda, outro temor: podem cometer atos obscenos contrariando a moral vigente. O louco faz seu aparecimento sob a égide de ser um atentado à moral pública e à caridade com uma diferença da prostituta: O louco é, também, na percepção da polícia médica, um atentado à segurança.

Ainda, para Machado,⁷⁵ (...) *a ação que se deve realizar principalmente é sobre o louco pobre. (...) este precisa ser higienizado e retirado dos “cárceres” do Hospital de Santa Casa de Misericórdia*. E a proposta da polícia médica será que: (...) *a loucura se trata não com a liberdade, nem com a repressão, mas com disciplina*.

A atenção e ofensiva médica, passam a configurar-se, basicamente, em relação ao louco na criação de um espaço próprio, o hospital psiquiátrico, a exemplo das

⁷⁴ MACHADO, R. et al. **Danação da Norma**, Rio de Janeiro: Graal. 1978. p.377.

prostitutas, onde a higiene, a organização do espaço, os métodos de controle moral possam ser efetivados.

Coube à medicina, a tarefa de isolar preventivamente o louco e a prostituta com o objetivo de reduzir o dano, o possível perigo que a sua simples existência poderia acarretar à sociedade. Mas, ao realizar esta ação, importou principalmente disciplinar um comportamento ou conduta entendida como anormal e, portanto, medicalizável. Pela primeira vez, a medicina denomina sua ação de **política médica**, ou seja, a polícia médica tem uma política que lhe outorga um saber-poder.

A constituição desse poder, por parte da medicina, baseado em um saber que pretende distinguir o normal do patológico e realizar o controle e a vigilância dos indivíduos considerados fora da norma (prostitutas e loucos), ao meu ver, demonstra que há uma lógica passional dando vida, ontem e sempre, ao corpo social.

Em nossos dias, qual será a relação possível entre o processo de reforma psiquiátrica proposto e aqueles que rompem a norma? Qual é o caráter político que impulsiona as medidas de resgate ou construção de cidadania àqueles que padecem de sofrimento psíquico?

Entre todas as razões apresentadas para mostrar o interesse desta análise que retrata a construção histórico-político da institucionalização da loucura no Brasil, o qual denominei de: *A Reforma Psiquiátrica Recitada*, há pelo menos duas que são essenciais. A primeira, é a de que **o controle do social, através do poder disciplinar, nada deve ao moralismo e, sim, à ficção romanesca da medicina no início do século XIX e, a segunda é a convicção de que existe uma correspondência entre a modulação daquilo que constitui a existência comum entre o marco da psiquiatria no País e o estudo do movimento de reforma psiquiátrica inscrito numa diligência de cunho coletivo.** Estas duas observações não foram, aqui apresentadas fortuitamente, elas marcam a história das reformas psiquiátricas neste País e no mundo.

Não em nome da moral, mas, sim, da segurança social, “a polícia médica” não facultou, a cada um, o direito e a possibilidade de pensar e agir por si próprio.

⁷⁵ Idem, p. 377-379.

Não há, portanto, qualquer motivo para surpresa ao se constatar que “tal estado de coisas” deixa marcas profundas nos conjuntos de representações, que nos falam das sociedades existentes no curso do tempo.

A questão que se apresenta não é filosófica, é antes histórica, porquanto é justamente anotando a resposta, que uma dada época dá ao “problema” que será possível apreciar sua relação com o poder político, econômico e social vigente no período.

A domesticação dos costumes, a medicalização da sociedade, a profissão de fé do moralismo fizeram, na história, as piores tiranias e permearam o totalitarismo das tecno-estruturas. Ao contrário, a ética salta ou se manifesta nos períodos de maior efervescência política da história e é por uma ética solidária de inclusão nos serviços de atenção sanitária e social que precisamos lutar e estar atentos às correlações históricas, políticas, técnicas e administrativas que perpassam o processo de reforma psiquiátrica vigente no Estado do Rio Grande do Sul e no País.

Sendo assim, o que tentamos demonstrar, por aproximações sucessivas, é a manifestação do poder disciplinar e a permanência do todo nos serviços de atenção sanitária e social como um ciclo do “eterno retorno” através do conjunto de regras, de estratégias, de procedimentos, de cálculos, de articulações que permitem, ainda hoje, a produção do conhecimento “verdade”.

3.1 O contexto histórico político da institucionalização da loucura no Brasil

Na pretensão de uma análise da Reforma Psiquiátrica no Brasil se faz necessário uma investigação histórica que, sem dúvida, deve começar pela “construção da loucura” em nosso País e pela visualização do saber médico vinculado à prática sócio-política com a qual este se articula: *só os conteúdos históricos podem permitir encontrar a clivagem dos confrontos, das lutas que as organizações funcionais ou sistemáticas têm por objetivo mascarar*⁷⁶.

⁷⁶ FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro: Graal, 1992 p.170.

Machado (1978) lembra que o Brasil Colônia inicia sua transformação a partir da chegada, em 1808, da corte portuguesa ao Rio de Janeiro. A chegada da Família Real ao Brasil provoca transformações econômicas e políticas: abrem-se os portos às nações amigas e firma-se um tratado comercial com a Inglaterra, o que gerou rápido progresso para o País. Até sua independência em 1822, o Brasil passa por um período de transição no qual são realizados vários benefícios, entre os quais destacam-se: criação da Imprensa Nacional; fundação do Banco do Brasil; criação das escolas médicas e da Biblioteca Pública (atual Biblioteca Nacional); construção das primeiras estradas e início do funcionamento das primeiras indústrias (siderurgia e construção naval).

Para alguns autores como Silvério Tundis, Nilson Costa e Roberto Machado o século XIX marca no Brasil o início de um processo de transformação econômico-política que atinge o âmbito da medicina. A penetração desta na sociedade, sendo o meio urbano, o espaço de reflexão e prática médica. Assim, se caracteriza o apoio científico ao Estado.

Segundo Tundis e Costa,⁷⁷ a mão-de-obra, até então escrava, tem seu perfil alterado com a chegada dos imigrantes. Após a abolição do tráfico negreiro, em 1850, da Lei do ventre livre, em 1871, e da Abolição da Escravatura, em 1888, a imigração apresenta grande crescimento. Inicia-se a criação de um operariado urbano (mão-de-obra livre nas cidades) que, como veremos a seguir, será a clientela predominante do primeiro hospício brasileiro, no início de sua existência.

Segundo, ainda, Tundis e Costa, a porcentagem de indivíduos incapazes de edificar uma estrutura simbólica e realizá-la na vida social (mão-de-obra livre nas cidades) são aqueles que, para o senso comum, merecem desprezo, hostilidade e outras sanções sociais. À psiquiatria caberia a tarefa de sancionar esses delitos como doença mental - nasce assim, o controle das virtualidades, da periculosidade e a necessidade da prevenção.

Entretanto, qual a relação entre a chegada da família Real ao Brasil e a criação do primeiro hospício brasileiro? Poderíamos pensar que o motivo é o fato de a Família

⁷⁷ TUNDIS, S.A. e COSTA, N. R. (org.) **Cidadania e Loucura Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

Real possuir entre seus membros a rainha Maria I, mãe de João VI, conhecida popularmente como a “rainha louca”, mas esta morre em 1816, antes, portanto, da criação do hospício.

A literatura existente sobre o assunto nos revela que a criação do hospício está diretamente relacionada ao crescimento e ordenamento da cidade (urbanização) e à necessidade de recolhimento dos habitantes “*desviantes*” que perambulam pelas ruas: os desempregados (imigrantes principalmente, que não aceitam as condições de trabalho existentes), os mendigos, os órfãos, os marginais e os loucos de todo tipo – os quais são recolhidos aos Asilos de Mendicância e de Órfãos, administrados pela Santa Casa de Misericórdia, antes órgão de assistência aos pobres, agora “máquina de curar”.

Uma ênfase, algo desmedida, é dada ao indivíduo que perambula pelas cidades, principalmente, se este indivíduo tem como características: a pobreza, a negritude ou a saga do imigrante.

A exemplo do que ocorrera nos principais centros europeus, a corte portuguesa, ao chegar ao Brasil, providência uma política de saneamento, delegando à medicina, segundo Teixeira⁷⁸, *as funções de execução de um extenso mapeamento do espaço urbano, visando o tratamento das enfermidades e medidas que prevenissem a transmissão de doenças. A preocupação da corte com o contágio de doenças faz surgir no Brasil a medicina social.*

O vadio é percebido como perigoso, através das “queixas” que são levadas ao Rei, situação familiar a toda época colonial onde o mecanismo da denúncia aciona o processo de governo, pondo em evidência a necessidade do conhecimento e do controle da população, tidos como possíveis quando restritos aos limites da existência urbana. Para Machado⁷⁹, essa preocupação dos governantes atesta bem a *noção de cidade como objeto e até mesmo como produto de uma estratégia de controle.*

A sociedade brasileira indica o que está pronto a se esboçar, apoiando-se em figuras que pertencem à realeza.

⁷⁸ TEIXEIRA, M. **Hospício e Poder**. Brasília: Senado Federal, 1993. p.17

⁷⁹ MACHADO, R. et al. **Danação da Norma**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 157

Ao problema da medicalização do comportamento, Foucault⁸⁰ aponta que: *o desenvolvimento da medicina, a medicalização geral do comportamento, dos discursos, dos desejos, etc., se dão onde os dois planos heterogêneos da disciplina e da soberania se encontram.*

Concordando, com Foucault (1992), podemos observar que, na sociedade da época, os direitos da soberania e os mecanismos disciplinares são duas partes intrinsecamente constitutivas dos mecanismos gerais do poder e, estes foram utilizados pela corte lusitana ao chegarem ao Brasil.

Para Machado⁸¹ (...) *a medicina social, com seu novo tipo de racionalidade, é parte integrante de um novo tipo de Estado. (...) não é uma neutralidade científica, mas sim uma política científica porque formulada por especialistas que pertencem ao aparelho do Estado.*

Lévi-Strauss,⁸² em suas observações sobre a doença mental, percebeu que as doenças mentais podem ser também consideradas como incidência sociológica na conduta de indivíduos cuja história e constituição pessoais se dissociaram parcialmente do sistema simbólico do grupo, dele se alienando. E mais: *que a saúde individual do espírito implica participação da vida social e como a recusa em prestar-se a essa participação (sempre em obediência às modalidades impostas) corresponde ao surgimento das doenças mentais.*

Retomando Machado,⁸³ *o médico cria 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 transformação da escola.*

Em outras palavras, para Foucault⁸⁴, *a burguesia não se importa com os loucos; mas os procedimentos de exclusão dos loucos puseram em evidência e produziram, a partir do século XIX, novamente devido a determinadas*

⁸⁰ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p.190

⁸¹ MACHADO. R. et al. **Danação da Norma**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 157-158.

⁸² LEVI-STRAUSS, C. Introdução à Obra de Marcel Maress. In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo, EPU, 1974. P.10.

⁸³ MACHADO. R. et al. **Danação da Norma**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 155.

⁸⁴ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**, Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. 186.

transformações, um lucro político, eventualmente alguma utilidade econômica, que consolidaram o sistema e fizeram-no funcionar em conjunto.

3.2 A (re) organização do espaço nas cidades

Com a chegada da Família Real ao Brasil (1808), a cidade do Rio de Janeiro constituindo-se em sede do Império, amplia significativamente sua população. Acompanhando a Corte Portuguesa vem a alta nobreza, militares, comerciantes, ao todo 24.000 pessoas passam a incorporar a população desta cidade.

Para Padilha⁸⁵, a nova organização econômica baseada no livre comércio passa a atrair novos imigrantes e dá-se o fenômeno da valorização da área urbana, o que contribui para: *... a penetração da medicina na sociedade, a qual incorpora o espaço urbano como alvo da reflexão e da prática médica, e a situação da medicina como apoio científico e indispensável ao Estado.*

Tornar a nação saudável era primordial para as boas relações comerciais com os países europeus. Padilha,⁸⁶ ainda, reforça essa idéia ao referir-se ao médico político: *aquele que deve dificultar ou impedir o aparecimento da doença, lutando ao nível de suas causas e contra tudo o que na sociedade pode interferir no bem estar físico e moral.*

Ao analisar esta mesma questão, Machado⁸⁷ refere que:

com a medicina social a relação com o Estado se dá em outros termos. Tendo a saúde como fio condutor da análise da sociedade, a medicina que se impôs desde o século XIX – esquadrihando o espaço urbano, inventariando o positivo e o negativo, as potencialidades e os recursos e propondo um programa normalizador do indivíduo e da população – penetra em tudo, inclusive no aparelho do Estado.

Retratando a situação sofrida pelos loucos no período, Tundis e Costa (1992) afirmam que os loucos são colocados no mesmo espaço que os outros *desviantes*, sendo submetidos a maus-tratos, o que, freqüentemente, os levam à morte. Essa, mesma situação é motivo de crítica por parte dos médicos que, aliados ao provedor

⁸⁵ 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. p. 102

⁸⁶ Idem p. 107.

da Santa Casa - José Clemente Pereira; iniciam, a partir de 1830, um movimento para a criação de um lugar específico para os loucos: o hospício (movimento esse que pode ser entendido pelo lema *Aos Loucos o Hospício*). Assim, por decreto do Imperador, é criado em 1841, no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, o Hospício Pedro II.

Seguindo a tendência européia da França, principalmente, a loucura em 1841 passa a ser encarada como doença e, como tal, sujeita a tratamento médico. A criação do primeiro hospício no Brasil, para Machado (1978), fornece à loucura o “status” de doença, que se torna o objeto da nova especialidade médica – a Psiquiatria.

Até, esse momento, de acordo com Tundis e Costa (1992), era costume das famílias, mais favorecidas economicamente, esconder em suas casas, o familiar sofredor psíquico, em quartos próprios ou mesmo em construções anexas; se violentos ou agitados eram mantidos amarrados.

A literatura de Guimarães Rosa⁸⁸, crônicas da vida dos sertões das Minas Gerais, dá conta de casos de indivíduos que, *esquisitões e ensimesmados, recolhiam-se por dias, semanas ou anos aos retiros, - lugares remotos das propriedades - ou navegavam sem rumo pelos rios*, até que se sentissem novamente em condições de retornar ao convívio da comunidade. A própria sociedade, apesar de muitas vezes reconhecer nestas atitudes - *coisa de maluco* – não julgava necessário intervir e via esses comportamentos muito mais como um aspecto da singularidade dessas pessoas do que propriamente evidencia de patologia.

Para Tundis e Costa⁸⁹, (...) *A institucionalização dos desviantes é resultante de mecanismos cotidianos, silenciosos e legitimados pelo saber científico*. Desde o momento em que as bases da sociedade capitalista foram consolidadas tomam como função sua a reclusão de órfãos, epiléticos, miseráveis, libertinos, velhos, crianças abandonadas, aleijados, religiosos, infratores e loucos. (...) *A ideologia psiquiátrica teria nascido para tornar possível classificar como doente mental todo o comportamento inadaptável aos limites da liberdade burguesa*.

⁸⁷ MACHADO, R. et al. **Danação da Norma**. Rio de Janeiro. Graal, 1978. p. 157.

⁸⁸ ROSA, J.G. **Primeiras Estórias**. Rio de Janeiro: José Olympo. 1978. p.15

⁸⁹ RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica In: TUNDIS, S. A e COSTA, N. R., (org.)

Retomando a história da organização do espaço urbano, no final do século XVIII, as cidades brasileiras permaneciam ainda escassamente povoadas. A capital, Rio de Janeiro, não contava com mais de 50.000 habitantes; mesmo outras aglomerações importantes, Bahia e Pernambuco, não deixavam de ser ainda prolongamentos da vida rural, permanecendo vazias a maior parte do ano.

Os senhores de terras e agricultores somente acorriam às cidades por ocasião de feiras e festas religiosas. As grandes propriedades rurais mais afastadas e pastoris eram organizações econômicas praticamente auto-suficientes e nas cidades a indústria era menos que incipiente e os poucos ofícios artesanais, eram exercidos por profissionais autônomos. Para Tundis e Costa⁹⁰, será exatamente esta característica central da vida econômica da colônia – o trabalho baseado na atividade servil – que *condicionará a situação social do período, moldará preconceitos e determinará transformações e conseqüências que terminarão por exigir providências e ações concretas*. Ou seja, aquelas condições classicamente invocadas como determinantes de um corte a partir do qual o insano torna-se “um problema” – *a industrialização, a urbanização e suas conseqüências - e que levaram muitos autores do século passado a admitir a doença mental como corolário inevitável do “progresso”, ainda não se tinham instalado no Brasil e já a circulação de doentes pelas cidades pedia providências das autoridades*.

Uma ação concreta é a construção do Hospício Pedro II, (inaugurado em 1852) como uma dependência da Santa Casa, localizado na Praia Vermelha - com 350 leitos -, bem distante do centro urbano, à época, sob a alegação da necessidade de se proporcionar aos doentes: calma, tranqüilidade e espaço.

Para Teixeira⁹¹, a psiquiatria, *centrada e encastelada em seus redutos agora específicos, passa mais eficientemente a cumprir o papel que lhe foi designado pelo Estado*.

A exemplo do Rio de Janeiro, seguiram-se outras construções, nos anos e décadas seguintes, de instituições em São Paulo, Pernambuco, Bahia, Rio Grande do

Cidadania e Loucura Políticas de Saúde Mental no Brasil, Petrópolis: Vozes. 1992. p.26.

⁹⁰ Idem, p. 30.

⁹¹ TEIXEIRA, M. **Hospício e Poder**, Senado Federal: Brasília, 1993. P. 19

Sul e Pará cumprindo o duplo papel de retirar do espaço público os *desviantes*, que supostamente são uma ameaça à segurança pública e tentar “curar a loucura”. A urgência que a situação exigia não permitia que se esperasse por hospícios definitivos, recorrendo-se a instalações provisórias, meio caminho entre as internações nos porões das Santas Casas e as celas das prisões e a solução final.

A instituição psiquiátrica vincula-se, desde seu início, às ordens religiosas existentes, sendo, por estas, administrada e realizado o atendimento dos internos.

No entanto, apesar de inaugurado o hospício, persistem, por parte dos médicos, as críticas aos maus-tratos e à ausência de cura dos doentes. Como resultado, o hospício é desanexado da Santa Casa, em 1890. A partir daí, o poder das religiosas é substituído pelo poder dos médicos – os quais se consideram os únicos capazes de levar adiante a proposta terapêutica do hospício, qual seja, o *tratamento moral* recomendado por Esquirol, psiquiatra discípulo de Pinel. Esse discurso da recente “Sociedade de Medicina” engrossa os protestos, enfatizando a necessidade de dar-lhes tratamento adequado, segundo as teorias e técnicas já em prática na Europa.

Acrescenta-se, ainda, para Tundis e Costa⁹² que *o chamado tratamento moral jamais chegou a se constituir em um corpo acabado de conhecimentos sobre a etiologia e tratamento da doença mental, e as várias experiências conhecidas. (...) dependeram muito mais das características de personalidade de seus diretores do que de sua adesão a uma teoria, de resto frouxa e mal definida.*

Para Machado (1978), é o reconhecimento por parte da medicina de que esta em tudo intervém e começa a não ter mais fronteiras, o que se convencionou chamar de *medicalização da sociedade*.

Observa-se, nesse momento, a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos, ao mesmo tempo, que inofensivos. Este poder é chamado por Foucault (1986) de poder disciplinar.

⁹² TUNDIS . S. A. e COSTA. N. R. (org.) **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**, Petrópolis: Vozes, 1992. p. 27.

3.3- Táticas e focos de poder a partir da organização do espaço terapêutico.

O aspecto particular do contexto histórico brasileiro, quando da aparição do doente mental na cena das cidades, difere do que se observou na sociedade européia. Ambas, em meio a um contexto de desordem e ameaça a paz social, mas aqui, em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista, pouco discriminativa para a diferença e não, em meio a um processo de industrialização e urbanização maciça, como no caso da Europa. Este aspecto, particular, social e econômico do Brasil, na época, será de fundamental importância na determinação da organização e da ideologia da instituição psiquiátrica neste País, enquanto as idéias importadas terão apenas uma importância secundária. Estas, quando aqui chegam são mutiladas e tropicalizadas - como é o caso do tratamento moral.

Tundis e Costa⁹³ consideram que o destino do doente mental seguirá irremediavelmente paralelo ao dos marginalizados de outra natureza: *exclusão em hospitais, arremedos de prisões, reeducação por laborterapias, caricaturas de campos de trabalho forçado*”, o que Foucault (1986), qualificou de “o grande enclausuramento.

Ainda, para Tundis e Costa⁹⁴ apresentam-se, naquela época, três proposições contraditórias entre si; *num extremo, uma indicação prioritariamente social, a remoção e exclusão do elemento perturbador, visando a preservação dos bens e da segurança dos cidadãos, e no outro extremo, uma indicação clínica, a intenção de curá-los. De permeio, a proposta de minorar-lhes o sofrimento, na tradição das instituições de caridade brasileiras.*

Além disso, a situação social e econômica que determina o nascimento de instituições, cuja função única que lhes exige a sociedade, é a simples segregação dos desviantes, altera-se rapidamente e pede novas providências.

Como proposta de recuperação do “material excluído”, surge um campo de conhecimento que justifica e legitima a exclusão - a Psiquiatria.

⁹³ Idem, p. 36.

Pode-se estabelecer grosseiramente o período imediatamente posterior à proclamação da República como o marco divisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiatria científica, a laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle das instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado em questões de saúde e doença mental.

Esta psiquiatria só se materializou com Juliano Moreira. Seus discípulos falam de um tempo de grande atividade científica: a classificação brasileira das doenças mentais, as duas sociedades sábias, a da psiquiatria, neurologia e ciências afins e a Liga de Higiene mental, os congressos, as teses doutorais, as preleções verbais, as conferências, os torneios letivos, os arquivos de peças anatômicas.

Entre o “arsenal” terapêutico da época, como já vimos mais acima, havia a incorporação da glorificação do trabalho; trabalho e não trabalho seria a partir de então mais um ponto de clivagem a estabelecer o limite do normal e do anormal.

De acordo com Tundis e Costa⁹⁵, (...) *era preciso reverter ao normal a tradicional moleza do brasileiro, atitude já histórica e sociologicamente determinada, mas elevada pelos alienistas à categoria de característica da índole de certos grupos sociais e étnicos*. Entre estes grupos destacam-se os negros, os indígenas, os imigrantes acompanhados de escassos recursos materiais.

A organização do cuidado do doente mental através do chamado tratamento moral compreende o isolamento, a organização do espaço terapêutico, a vigilância e a distribuição do tempo, o que poderíamos chamar de medicalização da instituição.

Para Foucault⁹⁶ (...) *o momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente ao aumento de suas habilidades, nem tão pouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto mais útil*.

⁹⁴ Idem. p. 38-39.

⁹⁵ TUNDIS, S. A e COSTA, N. R. (org.) **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental do Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1992. p. 47

⁹⁶ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**, 4ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 127

Como técnica terapêutica de cuidado, o isolamento tem como objetivo separar o doente da sociedade e da família, consideradas em parte responsáveis pelo desenvolvimento da doença mental.

A disciplina procede em primeiro lugar à distribuição dos indivíduos no espaço, o que é reafirmado por Foucault⁹⁷ (...) *a disciplina às vezes exige a cerca, a especificação de um local heterogêneo a todos os outros e fechado em si mesmo. (...) houve o grande encarceramento dos vagabundos e dos miseráveis; houve outros mais discretos, mas insidiosos e eficientes.*

A organização do espaço terapêutico prevê, ainda, a separação entre os sexos e entre os vários tipos de doentes. Há os pacientes pensionistas e os indigentes. Os pensionistas são divididos em: primeira, segunda e terceira classe. Os de primeira e segunda classes são divididos nas categorias tranqüilos e agitados; os de terceira classe e os indigentes são divididos nas categorias tranqüilos, limpos, agitados, imundos e afetados por doenças contagiosas. Esse cuidado na distribuição dos corpos no espaço é próprio da disciplina, pois esta organiza um espaço analítico de poder.

Foucault⁹⁸ declara que o espaço disciplinar tende a se decompor em tantas parcelas quantas forem necessárias e reafirma (...) *cada indivíduo em seu lugar; e em cada lugar, um indivíduo. (...) decompor as implantações coletivas, analisar as pluralidades confusas, maciças ou fugidias.*

Para Machado⁹⁹, *no hospício, quem se ocupa desta função de vigilância é sobretudo o enfermeiro, que deve acompanhar os doentes por todos os lugares e em todos os momentos.* A vigilância é, portanto, uma das atribuições básicas do pessoal da enfermagem.

A distribuição do tempo prevê a terapêutica pelo trabalho e sua prescrição é rigorosamente indicada, sendo o principal elemento do tratamento moral. É realizado mediante oficinas de costura, bordados, flores artificiais, alfaiataria, estopa, colchoaria, escovas, móveis, calçados ou jardinagem. Os doentes trabalham ainda como

⁹⁷ Idem, p.130.

⁹⁸ Idem, p.131

⁹⁹ MACHADO. R. et al. **Danação da Norma**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 436.

serventes nas obras, refeitórios, enfermarias, etc. No entanto, o trabalho é prescrito apenas para o doente pobre; o tempo do doente rico é utilizado para diversão.

De acordo com Foucault¹⁰⁰ (...) *durante séculos, as ordens religiosas foram mestres da disciplina: eram os especialistas do tempo, grandes técnicos do ritmo e das atividades regulares*". O trabalho passou a ser ao mesmo tempo meio e fim do tratamento. Segundo, ainda, Foucault¹⁰¹ (...) *"nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico*.

No que tange a proposta deste estudo, cabe salientar, portanto, que o processo de urbanização da sociedade e a domesticação dos costumes, concomitantemente, a medicalização do social, encontra seus fundamentos nas relações disciplinares de poder que tem como objetivo tornar o sujeito útil do ponto de vista do poder.

Assim, para darmos um só exemplo, a criação e utilização de técnicas terapêuticas se constituíram em um "arsenal" de estratégias disciplinares de poder da medicina, enquanto poder-saber.

Nos arquivos do CPDOC/FGV¹⁰², outras modalidades terapêuticas aplicadas no hospício são a clinoterapia (repouso no leito) e a banhoterapia (tratamento através do banho). No início, a clinoterapia é indicada para a melancolia, a mania, a neurastenia e a histeria; posteriormente para todas as formas e episódios de agudos de doenças crônicas, como o idiotismo, a epilepsia, etc., até a sua generalização como meio de vigilância e de observação dos doentes, constituindo-se num fator importantíssimo da organização interna do asilo. Com a prescrição da clinoterapia melhoram intensamente a higiene, a vigilância e a ordem, bem como a diminuição do número de homicídios, suicídios, evasões, incêndios.

Esses processos referendados pela ciência justificarão a presença de um número desproporcional de representantes das classes populares e de certos grupos étnicos, na população dos hospícios e justificarão como taras hereditárias e tendências naturais, desses grupos, determinados distúrbios mentais.

¹⁰⁰ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 137.

¹⁰¹ Idem, p.132.

¹⁰² CPDOC/FGV. In: BELMONTE, P.R. **Temas de Saúde Mental**. Testos Básicos do CBAD, Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

Foucault¹⁰³ relaciona a tática disciplinar como base para uma microfísica de poder que poderíamos chamar de *celular*. Ou seja, é o indivíduo moderno objetivado, analisado e fixado, sendo manifesto o entrecruzamento do poder e do saber a nível individual e não universal.

Além disso, também, a idéia da implantação de colônias agrícolas para doentes mentais se coadunava com a decantada vocação agrária da sociedade brasileira.

Segundo Júlio Prestes¹⁰⁴, em 1930, *O fazendeiro é o tipo representativo da nacionalidade e a fazenda é ainda o lar brasileiro por excelência, onde o trabalho se casa com a doçura da vida e a honestidade dos costumes completa a felicidade. O Brasil repousa sobre o núcleo social expresso pelas fazendas.*

Encontramos, em Foucault¹⁰⁵, a análise de tal ato: *se a exploração econômica separa a força e o produto do trabalho, digamos que a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada.*

3.4 A loucura como questão do Estado.

Quando da inauguração, o hospício D. Pedro II - marco institucional da psiquiatria brasileira – este apresentava 144 dos 350 leitos ocupados e destinava-se a receber pessoas de todo o Império. Após um ano de funcionamento, sua lotação estava esgotada. A partir de 1904, começa a haver excesso de doentes no hospício, levando à superpopulação. Entre 1905 e 1914, sua população é, em sua maioria, composta por brancos e mestiços – e 31% de estrangeiros.

A utilização do hospício como local de segregação da população não produtiva pode ser verificada pelo carácter que é dado ao trabalho como terapêutica. Este aspecto é explicitado por Foucault¹⁰⁶ ao referir que: (...) *a disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis. A disciplina aumenta as forças do*

¹⁰³ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 136.

¹⁰⁴ PRESTES, J. apud OLIVEN, R. G. **Urbanização e Mudança Social no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1982. p. 67.

¹⁰⁵ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 127.

¹⁰⁶ Idem. p. 127

corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência).

O trabalho agrícola e em pequenas oficinas é a proposta terapêutica adotada nos anos 10/20 no Brasil, sendo a base da criação das colônias agrícolas. O médico Juliano Moreira é um dos seus teóricos mais importantes.

A “dança” dos vários conceitos de doença/saúde mental deveria convidar a uma atitude de reflexão à psiquiatria da época, porém a grande diversidade de quadros clínicos, ou melhor, étnico-sociais, faz com que cada um, a sua maneira, retome as características da psiquiatria europeia do momento.

Baseado em dados do CPDOC/FGV apud Belmonte (1998): A superpopulação do hospício e a inadequação das colônias de São Bento e Conde de Mesquita, na ilha do Governador, criadas em 1890, resultam na proposta de criação de uma nova colônia agrícola no Distrito Federal, a ser implantada em Jacarepaguá.

A nova colônia atende plenamente aos objetivos terapêuticos e econômicos propostos por seus idealizadores, possibilitando a cura dos doentes pelo trabalho agropecuário e em pequenas oficinas. Essa proposta resolve os impasses da assistência psiquiátrica da época: o número crescente de internações, os gastos do Estado e a ineficiência terapêutica do modelo anterior.

As colônias da ilha do Governador são extintas quando da transferência das pacientes mulheres para a colônia do Engenho de Dentro, em 1911, e dos pacientes homens para a colônia de Jacarepaguá, em 1923. A colônia de Jacarepaguá é inaugurada em 1924; em 1935, passa a chamar-se Colônia Juliano Moreira.

Na observação de Teixeira¹⁰⁷, (...) *o ato de encarcerar o louco é a iniciativa primordial, a partir daí, o objetivo curativo pode ou não tornar-se factível.*

Outra proposta terapêutica entre os anos de 1910 e 1920 são a assistência heterofamiliar (AHF). A adoção deste modelo baseou-se no acontecido na colônia de Geel, na Bélgica, no século VII onde vários doentes mentais oriundos de várias partes do mundo acorriam a Geel para visitar o templo da Santa Protetora dos Doentes Mentais, *Dinfna*. Alguns deles não mais retornavam a seus lugares de origem, lá

permanecendo. Eram então acolhidos na localidade, integrando-se às famílias. Posteriormente, o Estado incorporou essa experiência espontânea realizada pelos moradores de Geel e construiu um hospital central para atender os casos agudos e as intercorrências.

No Brasil, Juliano Moreira propõe que a AHF seja instalada próxima ou anexa a uma colônia agrícola. À época, as ainda existentes “casas funcionais” da Colônia Juliano Moreira são construídas com o objetivo de implantar essa nova proposta.

Tentava-se, desse modo, a título de solução terapêutica recriar artificialmente o ambiente rural pré-capitalista no qual algumas práticas, agora propostas como estratégias terapêuticas eram, até certo ponto, espontâneas e decorrência natural da própria organização social daquelas sociedades.

No entanto, as novas práticas terapêuticas, o trabalho agrícola e a AHF não levam à cura dos pacientes. O trabalho serve apenas para manter os setores do asilo em funcionamento, com a exploração da mão-de-obra gratuita dos pacientes tanto pelo estabelecimento, como pelas famílias que os recebem, as chamadas *famílias nutrícias*. Experiências como estas são analisadas por Foucault¹⁰⁸ quando se refere ao Panóptico como um modelo generalizável de funcionamento: *pode ser utilizado como máquina de fazer experiências, modificar o comportamento, treinar ou retreinar os indivíduos*.

A proposta de colônias agrícolas, de acordo com os dados do arquivo do CPDOC/FGV apud Belmonte (1998) das décadas de 10 e 20, do sistema open-door (portas abertas) e do non-restraint (não-contenção), a partir de 1930, modificam-se para o sistema fechado de “hospitalização definitiva” para os doentes crônicos, incuráveis.

3.5 A pedagogia das primeiras reformas: a norma do trabalho.

¹⁰⁷ TEIXEIRA, M. **Hospício e Poder**, Brasília: Senado Federal, 1993, p. 19.

¹⁰⁸ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 179-180.

Em síntese, a assistência psiquiátrica pública no Brasil inicia-se, como vimos, com a criação e a inauguração do Hospício D. Pedro II, em 1841 e 1852, respectivamente. Cabe à psiquiatria a tarefa normalizadora da vida familiar, através da deposição no louco da responsabilidade pelos eventuais transtornos nucleares. Para Teixeira¹⁰⁹, fica sendo do psiquiatra a (...) *autoridade de discernir qual dos membros da família deverá ser excluído em nome da sanidade e o bom funcionamento de todo o grupo, e o hospital psiquiátrico, a instituição executora desta função.*

Segundo Belmonte (1998), em 1890, é criada a Assistência Médico-Legal a Alienados – AMLA, compreendendo o Hospício – denominado Hospital Nacional – e as colônias de alienados situadas na Ilha do Governador. Em 1903, Juliano Moreira promove a **Primeira Reforma Brasileira** sob a orientação da **AMLA**.

A **Segunda Reforma Brasileira**, de 1927, cria o Serviço de Assistência a Psicopatas (SAP), ainda destinando para as colônias do Engenho de Dentro e Jacarepaguá um pequeno número de doentes, considerados calmos e adaptáveis ao trabalho.

Como podemos observar, as reformas se sucedem ao longo das décadas no País, sem que se processem modificações significativas no tratamento do sofredor psíquico. A não resolutividade no quadro clínico do sofredor psíquico e a manutenção da exclusão através das justificativas terapêuticas são processos de individualização explicitados por Foucault¹¹⁰ (...) *Tratar os leprosos como pestilentos, projetar recortes finos da disciplina sobre o espaço confuso do internamento trabalhá-lo com os métodos de repartição analítica do poder, individualizar os excluídos, mas utilizar processos de individualização para marcar exclusões.*

A população, da então capital, cresce, bem como as internações psiquiátricas. Para Tundis e Costa (1992), em 1903, o Hospital Nacional de Alienados contava com 800 doentes; em 31.12.1933, com 2.000; cinco meses depois, mais 856.

As obras realizadas, até então, não conseguem solucionar o problema da super demanda aos serviços de assistência. Outros projetos são então elaborados.

¹⁰⁹ TEIXEIRA, M. **Hospício e Poder**, Brasília: Senado Federal, 1993, p. 18.

¹¹⁰ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**, 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 176

Em 1931, o projeto de reformulação da assistência prevê grande aumento e remodelação do Hospital Nacional, baseado nas (...) *velhas idéias (...) que consistiam em julgar necessários um grande hospital urbano, destinado a toda espécie de doentes mentais, e duas colônias, uma para cada sexo, reservadas àqueles doentes que pelo quadro clínico pudessem viver em liberdade.*¹¹¹ Este projeto foi abandonado, como vimos anteriormente, por motivos de ordem técnica e econômica.

Em 1932, a nova reorientação da assistência baseia-se na: *inconveniência de qualquer obra de ampliação ou remodelação do grande hospital urbano da Praia Vermelha, pelo menos si tal obra visasse manter o caracter que anacronicamente o hospital ainda conserva.*¹¹² A opção adotada, naquela época, é de construir três novos pavilhões na colônia de Jacarepaguá (cada um com capacidade para 50 doentes). Essa construção origina o projeto de ampliação da colônia e mudança da proposta da assistência, que passa a ser de acordo com os arquivos do Ministério da saúde: (...) *deixar na Praia Vermelha apenas a directoria geral de Assistencia a Psychopathas, os Institutos de Hygiene Mental e de Psycologia com os seus serviços sociais, as clínicas Psychiatrica e Neurologica da Faculdade de Medicina, e um pavilhão de clínicas em serviço aberto.*¹¹³

Ainda de acordo com esse arquivo, os pensionistas de serviço fechado são transferidos para a colônia do Engenho de Dentro e (...) *todos os indigentes de ambos os sexos, a internar em serviço fechado, (...) removidos da Praia Vermelha e do Engenho de Dentro para a fazenda do Engenho Novo, em Jacarepaguá, onde se instalaria um vasto hospital moderno, no gênero dos grandes manicômios americanos, como, por exemplo, o St. Elisabeth's Hospital de Washington ou Manhattan Hospital de New York.*¹¹⁴ O projeto prevê, ainda, um total de 5.256 leitos, porém, não é executado em sua totalidade.

¹¹¹ CPDOC/FGV. O Hospital Colônia de Jacarepaguá, In: BELMONTE, P. R. **Temas de Saúde Mental**. Textos Básicos do CBAD, Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

¹¹² CPDOC/FGV. O Hospital Colônia de Jacarepaguá In: BELMONTE, P. R. **Temas de Saúde Mental**. Textos Básicos do CBAD, Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

¹¹³ CPDOC/FGV. O Hospital Colônia de Jacarepaguá, In: BELMONTE, P. R. **Temas de Saúde Mental**. Textos Básicos do CBAD, Brasília: Ministério da saúde, 1998.

¹¹⁴ Idem, p. XIV.

Desde o início do século, os relatos das reformas são uma constante na atenção psiquiátrica prestada ao sofredor psíquico. De reforma em reforma, podemos observar uma constante redistribuição dos internos nos diferentes espaços “manicomiais” assim, como uma acelerada construção de novos espaços de redistribuição. Essa estratégia utilizada traz como um de seus propósitos a perda dos vínculos familiares do sofredor psíquico e um agravamento na sua orientação espacial. Por outra parte, a redistribuição agrega ao sofrimento uma sensação de insegurança frente à vida.

Ainda, dos arquivos do CPDOC/FGV apud Belmonte (1998), desde 1937 e, principalmente, até 1941, a assistência tem sua atuação restrita ao Rio de Janeiro, capital da República. Em 1937, é criada a Divisão de Assistência de Psicopatas (DAP) e tem início um grande inquérito realizado nos estados.

Concluído em 1941, o inquérito mostra a diversidade da assistência psiquiátrica prestada pelos estados – os quais são classificados em cinco tipos: os que não assistem os seus doentes; os em que a assistência é rudimentar, não havendo tratamento diferenciado; os em que a assistência é bastante deficiente porém o tratamento, apesar de rudimentar, apresenta certa orientação; os em que a assistência é especializada, mas ainda defeituosa e reduzida; e os que assistem e tratam seus doentes por métodos atualizados, fazem a prevenção das psicopatias e realizam serviços sociais.

Observa-se, neste mesmo inquérito, que a maioria dos estados brasileiros incorpora colônias agrícolas à sua rede de oferta de serviços, seja em complemento a hospitais tradicionais já existentes, seja como opção única ou predominante.

No primeiro caso, esperava-se que as colônias dariam conta do resíduo de crônicos que as instituições “urbanas” produziam em quantidades crescentes.

Segundo Resende¹¹⁵, (...) *a população de internados, condenados a um caminho sem retorno, não cessou de crescer; a construção de novos hospitais ou a ampliação dos já existentes eram meros paliativos e as demandas por mais verbas e*

¹¹⁵ RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica In: TUNDIS, S. A e COSTA, N. R. (org.) **Cidadania e Loucura Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1992. p. 52

mais leitos a tônica dos relatórios e conclusões de encontros e congressos de especialistas.

3.6 O asilo como local de seqüestro do louco

A partir desse resultado e tendo em vista o número total de 20.526 doentes internados, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) elabora um Plano Mínimo Hospitalar Psiquiátrico que prevê a construção de 4.000 leitos nos estados, com a ajuda técnica e financeira da União. O tipo padrão de construção hospitalar preconizada pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais é o hospital colônia. Este é considerado como modalidade hospitalar moderna, eficiente e menos dispendiosa.

No Estado do Rio Grande do Sul, desde o ano de 1884, o Hospício São Pedro procurava atender a demanda de insanos que acorriam a Porto Alegre. Frente aquilo que a cultura aponta como quebra da norma (a loucura), os médicos, a polícia e a sociedade, de um modo geral, se posicionam.

Segundo Schiavoni¹¹⁶, *A preocupação e a atenção com o meio circundante deveriam ser levadas em conta na manutenção, ou, na aquisição, da saúde. Também uma boa arquitetura deveria ser sensível a estes assuntos.*

Através dos anos, é possível observar as contradições apresentadas nos diversos discursos médicos, ao justificar as modificações do sistema hospitalar psiquiátrico. Em 1931 e 1932, são abandonados os projetos de hospitais colônias com justificativas técnicas e econômicas para tal. Em 1941, já se pode observar que houve novamente uma retomada da validade da terapêutica de utilização do modelo dos hospitais colônias.

Em 1941, o recém criado Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) incorpora o SAP e a DAP. Com o SNDM, a ação do Governo Federal faz-se presente em todos os estados do País.

¹¹⁶ SCHIAVONI, A. Corpo e Loucura na Porto Alegre do final do século XIX In: LEAL, O. F. (org) **Corpo e Significado: Ensaios de Antropologia Social**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995. p. 332.

Os auxílios aos estados são aprovados pelo governo em 1944 – ano em que o regimento do SNDM é aprovado -, sendo distribuídos a partir de 1947. Na gestão de Aduato Botelho (1945/54), o balanço do SNDM mostra os resultados da implementação do Plano Mínimo Hospitalar, com a ampliação e construção de vários hospitais-colônia no País. As propostas terapêuticas e a organização da assistência aos doentes mentais têm, como base, o discurso psiquiátrico predominante à época.

Até 1930, o discurso predominante é o preventivista que preconiza a higiene e profilaxia mental e a eugenia, sendo assim definidas por Lopez:¹¹⁷

a) Higiene mental: (...) *tem por fim preservar o psiquismo do indivíduo normal e precaver os indivíduos predispostos contra as ações desencadeantes de psicopatias. Desta maneira, se este fim é preservar o indivíduo normal ou subnormal (psicopata frusto ou predisposto) de psicopatias, trata-se de profilaxia mental; se, porém, o fim visado é manter e melhorar o ajustamento psíquico, falamos de higiene mental propriamente dita.*

b) Eugenia: (...) *entendida como estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente.*

De acordo com Lopes¹¹⁸, para difundir estas idéias foi criada em 1923, por Gustavo Riedel, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que recomendava que essas práticas terapêuticas fossem desenvolvidas nos ambulatórios de higiene mental.

Ainda para Lopez, no período de 1926 a 1930 a LBHM (...) *preconizava a higiene psíquica individual, limitando o conceito de eugenia à prevenção das doenças mentais. A partir de 1930, esse ideal eugênico transforma-se em higiene mental da raça. A higiene mental passa a ser entendida como uma aplicação desses princípios à vida social.*

A partir de 1950, o discurso organicista passa a ser predominante. Surgem as terapias biológicas, como a eletroconvulsoterapia (ECT), as psicocirurgias e os psicofármacos.

¹¹⁷ LOPEZ, C. **Higiene Mental**. Rio de Janeiro: Pongetti, 1954. p. 21

¹¹⁸ Idem. p. 21

A utilização de todas essas terapêuticas, ainda, hoje, são uma realidade no País. Em recente relatório intitulado: uma amostra da realidade manicomial brasileira¹¹⁹ da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal (junho de 2000), entregue ao Ministro da Saúde José Serra e ao Ministério Público, dá conta de que o discurso psiquiátrico destas práticas de maneira nenhuma justifica o tratamento dado ao sofredor psíquico. Exemplo, dessa situação, encontrado no referido relatório é o de que a Clínica Dr. Eiras (Paracambi-RJ), por exemplo, emprega a eletroconvulsoterapia (ECT) com a explícita orientação de não se utilizar a anestesia. No passado, esse mesmo discurso, organicista, está explicitado na introdução do Plano Hospitalar¹²⁰, de 1941, na relação entre a “ciência” psiquiátrica e o restante da medicina:

(...) a ciência que se volta ao estudo das desordens mentais já de há muito conquistou, o seu lugar de domínio, na medicina universitária. A patologia mental é enquadrada nos postulados da patologia geral; o corpo da doutrina da psiquiatria vale por uma das ricas aquisições da ciência médica. A psicopatia tem provocado uma série infinita de pesquisas e trabalhos experimentais. (...) as enfermidades mentais são estudadas, nas Universidades, em cátedras autônomas”. (...) a psiquiatria surgiu de fato quando o estudo da loucura saiu das querelas filosóficas e transbordou para o domínio da patologia e da clínica. Para o médico de hoje, o psicopata é um doente que tem características próprias e cuja afecção deve ser estudada e observada à luz dos conhecimentos científicos, visando atingir a terapêutica especializada.

De acordo com dados encontrados no CPDOC/FGV apud Belmonte¹²¹, ao fim da década de 50, a situação da atenção psiquiátrica no Brasil era caótica:

O Juqueri (RJ) abrigava 14 a 15 mil doentes. O mesmo ocorre em Barbacena (BH), que abriga 3.200 enfermos e com o Hospital São Pedro, de Porto Alegre, que acolhia mais de 3.000 e, só tinha, capacidade para 1.700; os hospitais colônias de Curitiba e Florianópolis, de construção recente, na época, atingiam cada um, a casa dos 800 pacientes, sem que suas instalações comportassem a metade dessa cifra.

Essa situação de superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições ruins de hotelaria repetia-se por todos os estados brasileiros, exatamente como ocorrera, cem anos antes quando do início da psiquiatria empírica no Brasil.

Atualmente, a atenção psiquiátrica oferecida em nosso País, continua com as mesmas carências e dificuldades enfrentadas na década de cinquenta. Após a

¹¹⁹ BRASÍLIA. I Caravana de Direitos Humanos: relatório: Uma amostra da realidade manicomial brasileira. - Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2000.

¹²⁰ CPDOC/FGV. Plano Hospitalar Psiquiátrico. Sugestões para a Ação Supletiva da União, In: BELMONTE, P. R. **Temas de Saúde Mental**. Textos Básicos - CBAD, Brasília: Ministério da Saúde. 1998.

¹²¹ Idem, p. 3

realização da I Caravana Nacional de Direitos Humanos¹²², que teve, como eixo temático, a Realidade Manicomial Brasileira, esta Caravana visitou clínicas e hospitais psiquiátricos, públicos e privados em sete estados da federação: Goiás, Amazonas, Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. Foram percorridas vinte instituições em quatorze cidades, entre os dias 14 e 24 de junho de 2000. Exemplo, das péssimas condições de atenção a saúde mental, é o representado pelo Manicômio Judiciário de Pernambuco, instituição para setenta leitos onde estavam vivendo trezentos e trinta pacientes; vários deles isolados em celas, completamente nus. Por todos os lugares percorridos pelas pessoas da Caravana são verificados o mesmo abandono, o mesmo abuso medicamentoso, as mesmas queixas dos pacientes, a mesma dor, a infinita dor das décadas precedentes.

Cinquenta anos atrás, a assistência psiquiátrica pública revelava extraordinária lentidão em tomar conhecimento das importantes transformações que sofria a prática psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos, a partir da Segunda Guerra Mundial e em se adaptar às modificações porque passava a sociedade brasileira. O descrédito que a instituição pública viveu, nesse período, junto à população está expresso através de músicas carnavalescas, anedotas e rótulos pejorativos atribuídos a determinados hospitais e, contribuirá, para fortalecer os argumentos apresentados pelas instituições de assistência psiquiátrica privadas.

É sintomático que a Organização Mundial de Saúde¹²³, através de uma resolução de um comitê de peritos em saúde mental, em 1950, recomendasse às nações membros, especialmente aos países em desenvolvimento, que investissem em ações de saúde mental, usando como argumento o alto custo da doença mental para o progresso produtivo. Esse relatório exemplificava os resultados de uma investigação levada a cabo pelo Medical Research Council da Grã-Bretanha, segundo a qual: *os transtornos psiconeuróticos produzem uma perda de tempo de produção na indústria superior àquela devida ao resfriado comum*. Concluía, assim, que o investimento em ações de saúde mental era uma proposta “rentável” economicamente, *além de ajudar a evitar os desajustes que podem acompanhar a industrialização*.

¹²² BRASÍLIA, I Caravana Nacional de Direitos Humanos: relatório: Uma amostra da realidade manicomial brasileira. – Câmara dos deputados. Coordenação de Publicações, 2000.

¹²³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Séries Informes Técnicos. Genebra, 1950.

Concordo com a afirmação de Castel¹²⁴ de que *a prática psiquiátrica é a prática de uma contradição (...) entre uma finalidade terapêutica e certas funções político-administrativas.*

Para Resende¹²⁵, estas funções político-administrativas se resumiriam em um grupo de quatro: *curar, produzir, normalizar e controlar*, ou fazendo uma leitura contextualizada da realidade da época, ainda para Resende (1992), poderiam ser: a) curar, b) recuperar a força de trabalho, c) abrir e criar novas fontes de trabalho para o pessoal da saúde mental, d) auto – reproduzir o próprio sistema de assistência e de setores da economia a, ele, ligados: hospitais, indústrias de medicamentos etc, e) ideologizar as relações sociais, conferindo desta forma racionalidade à irracionalidade do sistema, f) dar um lugar aos desviados, excluindo-os do social, g) difundir e inculcar normas de comportamento visando homogeneizar as diferenças individuais.

A partir de 1960, a psiquiatria pública começa a declinar em vista do crescimento da psiquiatria privada mediante convênios com o Estado. Somente a partir de 1980, a psiquiatria pública retorna à cena novamente.

Historicamente, no Brasil, a assistência aos portadores de transtornos mentais está centrada no recurso à hospitalização com os seus inconvenientes de cronificação, custos elevados, exclusão social, onde o doente mental é somente negado como sujeito pela psiquiatria tradicional ao referendar sua incapacidade social.

Neste sentido, Basaglia apud Amarante¹²⁶, desmascara os propósitos da internação ao dizer que (...) *esta ação de exclusão não tem o mínimo caráter técnico-terapêutico limitando-se esta à separação entre aquilo que é normal e aquilo que não o é, onde a norma não é um conceito elástico e discutível, mas é algo de fixo e de estritamente ligado aos valores do médico e da sociedade da qual é o representante.*

¹²⁴ CASTEL, R. **La Contradicción Psiquiátrica. Los crímenes de la Paz**. México, Siglo Veintiuno, 1977. p.53

¹²⁵ RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica In: TUNDIS, S. A e COSTA, N. R. (org.) **Cidadania e Loucura Políticas de Saúde Mental no Brasil**, Petrópolis: Vozes, 1992. p. 39

¹²⁶ BASAGLIA, F. et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994 p.18.

Como refere Foucault¹²⁷, esta tarefa própria dos médicos se dá a partir da normalização da prática e do saber médico no início do século XIX, (...) *A Medicina e o médico são, portanto, o primeiro objeto da normalização na Alemanha.*

Também, como vimos anteriormente no início do século XX, a assistência psiquiátrica era realizada ou em regime de filantropia ou de forma particular. O poder público não exercia nenhuma forma de administração da assistência prestada. Os loucos são colocados no mesmo espaço que os outros desviantes (pobres, desempregados, imigrantes, etc.), sendo submetidos a maus-tratos que, freqüentemente, os levam à morte. Para Basaglia¹²⁸, o sistema punitivo e coercitivo sob o qual se fundamenta o hospital psiquiátrico responde a um mandato social, função médica outorgada pela sociedade. (...) *O mandato social ao qual responde o hospital como instituição é, no pior dos casos, punitivo e custodialístico; no melhor dos casos puramente integrante.*

No Brasil, mesmo com o surgimento das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), na década de 20 e a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), nos anos 30, a assistência médico-hospitalar, na área da psiquiatria, era evitada. Para Oliveira e Teixeira¹²⁹, *somente, em 1941, com a criação do Decreto Lei nº 3.142, é que foi assegurada a prestação da assistência psiquiátrica aos doentes que fossem segurados e associados destes Institutos.* Em 1966, ocorre a unificação dos Institutos de Previdência e Assistência, com a criação, através do Decreto nº 72, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado assume, neste momento, a administração da Previdência e o acesso a assistência, continua ainda vinculado à contribuição previdenciária. A partir desse momento, com a criação do INPS, observa-se a contratação de serviços na área da assistência médica, favorecendo a privatização do setor saúde, o declínio da psiquiatria pública, cuja lentidão em acompanhar as transformações do setor, é alvo do descrédito popular.

¹²⁷ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**, 10 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992, p.83

¹²⁸ BASAGLIA, F. et. al. Considerações sobre uma experiência comunitária In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p.34-35

¹²⁹ OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. **(Im) previdência social: 60 anos da história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

Para Oliveira e Teixeira (1985), é nos anos 70, que se inserem neste sistema de privatização as instituições de assistência psiquiátrica. Com isso, observa-se, no período, um crescimento assustador dos gastos da previdência com pagamentos a serviços hospitalares comprados de terceiros, representando a quase totalidade de sua arrecadação.

O Brasil do “regime de exceção”, como era assinalado, ou melhor, dito, vivendo o processo de Ditadura Militar, não faz, portanto, nada além, naquele período da história, que sanar tecnicamente a exclusão já atuada pela sociedade, que automaticamente “recusa” aqueles que não se integram no jogo do sistema.

Concordando com Resende¹³⁰, *a psiquiatria, atorácico das tensões sociais teria importante papel a desempenhar nesta conjuntura, mas esbarra numa limitação concreta que Wanderley Guilherme dos Santos chamou de a estrutura da escassez (a finitude dos recursos materiais disponíveis), e a questão social tem que ser tratada com o recurso a outras agências, menos sutis em sua ação, mas, certamente menos dispendiosas.*

Somente nos anos 80, para Luz (1982), em um espírito de redemocratização do País, desenvolvem-se algumas tentativas de transformação das políticas de saúde, incorporando em seus objetivos: garantia de acesso ao atendimento; descentralização dos serviços de saúde, hierarquização dos atos e serviços de cuidado e participação popular nos serviços de saúde .

3.7 Por uma política da saúde mental

Estas transformações assinaladas são reflexos oriundos do final da Segunda Grande Guerra. Na Europa, algumas experiências procuram reformar o próprio hospital psiquiátrico, humanizando e ou recuperando suas funções terapêuticas. Outras buscam criar novas formas de atendimento psiquiátrico dentro de um modelo extra-asilar, ampliando a rede de assistência para dentro das comunidades, ora enfatizando a regionalização dos serviços, ora enfocando a promoção e a prevenção em saúde

¹³⁰ RESENDE, H. **Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica** In: TUNDIS, S. A. e COSTA, N. R.

mental. No Brasil, mais tardiamente, constatam-se várias tentativas de modificação na assistência em saúde mental.

Esse processo de transformação, que surge com o pós-guerra, acontece na medida em que os hospitais psiquiátricos, em vários países, passam, a ser comparados a grandes campos de concentração. A análise da sua ineficiência terapêutica e a necessidade crescente de mão de obra para a reconstrução dos países destruídos pela guerra propiciam várias tentativas de modificação nos hospitais psiquiátricos.

Isto demonstra, segundo Basaglia¹³¹, que uma transformação não obedece necessariamente a exigências técnicas gerais e fixas, *...mas responde a fatores que em grande parte são externos às exigências organizativas puras e simples da instituição, e têm suas raízes na sociedade.*

A mudança de um hospital psiquiátrico tradicional para novas formas de organização e de assistência percorrerá caminhos diversos e entre estas experiências destacam-se a Comunidade Terapêutica (Inglaterra); a Psiquiatria de Setor (França); a Psiquiatria Comunitária (Estados Unidos) e a Psiquiatria Democrática (Itália). O ponto de partida comum a todas estas novas experiências é a recusa do hospital psiquiátrico tradicional e a necessidade de serem revistos os próprios conceitos de “assistência psiquiátrica”, de “estrutura organizativa” e mesmo de “terapia”, sob bases totalmente novas.

A Comunidade Terapêutica aparece na Inglaterra, com Maxwel Jones, no início da década de 50. Para ele, o hospital psiquiátrico não cumpria sua função de recuperar os pacientes e, em muitos casos, os prejudicava. A filosofia da comunidade terapêutica baseia-se na democracia das relações, procurando enfatizar a participação de todos, na organização das atividades, na administração do hospital e no aspecto terapêutico. Para tanto, são realizadas reuniões e assembléias gerais, muitas vezes diariamente. Enfatiza-se de todas as formas, a liberdade de

(org.) **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde mental no Brasil**, Petrópolis: Vozes, 1992. p. 67-68.

¹³¹ BASAGLIA, F. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Petrópolis: Fiocruz, 1994, p.31

comunicação. Tudo o que ocorre dentro da comunidade é objeto de análise do ponto de vista individual e, principalmente, do interpessoal.

Sob o ponto de vista da Comunidade Terapêutica, todos os participantes da comunidade têm uma função terapêutica, sejam técnicos, internos, familiares ou a própria comunidade. Outro aspecto bastante valorizado é o trabalho, considerado de vital importância para a recuperação dos internos. Através do trabalho, procura-se utilizar ao máximo as oportunidades de reaprendizagem social (Belmonte, 1998).

A Psiquiatria de Setor iniciou-se na França e sua abordagem busca recuperar a função terapêutica, o que, para seus teóricos, não é possível em uma instituição hospitalar alienante. Daí a idéia de levar a psiquiatria à população, evitando a segregação e o isolamento.

Um outro aspecto relevante e que influenciou o desenvolvimento desse modelo foi a necessidade econômica de diminuir os gastos do tratamento tradicional realizado em hospital psiquiátrico. O paciente passa a ser tratado no seu próprio meio social, na sua comunidade, sendo a internação considerada uma etapa do processo de tratamento. Para tanto, procura-se dividir a comunidade em setores geográficos, onde cada setor possuiria uma população de, no máximo, 70 mil habitantes e contaria com uma equipe de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais.

O próprio hospital seria dividido em setores, de acordo com a divisão da região, o que possibilita à equipe responsável pelo território o efetivo acompanhamento e tratamento dos pacientes de sua área de abrangência.

A Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, fortemente influenciada pelos trabalhos de Caplan, desenvolve-se na década de 60, nos Estados Unidos, no governo do presidente Kennedy. A Psiquiatria Comunitária busca uma aproximação com a saúde pública em geral, utilizando o modelo de História Natural das Doenças, de Leavell e Clark. Assim, busca intervir nas causas do surgimento das doenças, pretendendo, desse modo, buscar a prevenção da doença mental e, mais ainda, a promoção da saúde mental. Nessa abordagem, um conceito básico é o de crise. Esse momento é considerado crucial para que se evite o surgimento da doença. As crises podem ser desencadeadas tanto por um processo de desenvolvimento - por exemplo, a entrada na adolescência, a ocorrência de uma gravidez - como por um processo eventual -

aquelas ocasionadas por grandes perdas: a morte de familiares, decepções amorosas, entre outras.

Numa tentativa de prevenir uma má resolução das crises, são criados trabalhos para atender as pessoas que estão passando por esse momento. Criam-se, então, atendimentos destinados a gestantes e adolescentes, por exemplo. A saúde mental é considerada sinônimo de adaptação, ou seja, da boa capacidade de um indivíduo integrar-se em um grupo. Torna-se indispensável à identificação das pessoas com chances de ficar doentes. Assim, são desenvolvidas várias técnicas e formas de buscar os “suspeitos” dentro da própria população. Questionários são criados e aplicados. Seus resultados indicam possíveis candidatos ao tratamento psiquiátrico.

Numa tentativa de evitar - e tratar o mais rápido possível - a doença mental, cria-se uma rede de serviços na comunidade, o que faz com que surjam, em vários pontos dos Estados Unidos, os Centros Comunitários de Saúde Mental - são criadas equipes comunitárias para atuarem nos mesmos.

Essa forma de abordar a assistência espalhou-se por diversos países, principalmente por ter sido adotada como modelo, durante um período, pelas instituições oficiais de saúde (Organização Mundial da Saúde e Organização Panamericana de Saúde). Esse modelo, foi, também, adotado pela saúde pública no Brasil.

Remetendo-nos a Foucault¹³², (...) *o peso das velhas casas de segurança, com sua arquitetura de fortaleza, é substituído pela geometria simples e econômica de uma casa de certeza. A eficácia do poder, sua força limitadora, passaram, de algum modo para o outro lado – para o lado de sua superfície de aplicação.*

A transformação e a destruição dos hospitais psiquiátricos não é uma obra que percorre etapas pré-constituídas e lineares. As semelhanças comuns entre as diversas experiências, se existem, se resumem na recusa da violência e das funções hierárquicas tradicionais.

Na década de 60, em Gorizia, a partir dos trabalhos de Basaglia, inicia-se o processo de transformação da assistência psiquiátrica italiana, que teve seu melhor

¹³² FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 176.

momento na cidade de Trieste. O Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, nesta localidade, a partir do início da década de 70, sofre significativo processo de abertura e desmontagem de suas estruturas que objetivam substituir integralmente a anterior concepção do hospital psiquiátrico.

No Brasil, pode-se dizer que os primeiros sinais de possibilidade de transformação ocorrem no final da década de 70 e no decorrer da seguinte. A Psiquiatria Italiana apresentará grande influência no Brasil, inspirando algumas experiências importantes - como a desenvolvida na cidade de Santos, como exemplo.

Em 1987, é criado o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, uma rede informal que busca articular propostas e ações contra o modelo manicomial. Para Amarante (1994), a partir de então, iniciam-se algumas tentativas de modificação do sistema asilar de assistência em saúde mental.

Já na década de 80 essas tentativas de transformação começam a ter respaldo nas próprias políticas de saúde. Em 1987, acontecem a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Este II Encontro representa um marco importante, pois a partir dele o movimento em busca de transformação na assistência psiquiátrica deixa de ser exclusivamente um movimento de técnicos na área, buscando envolver várias esferas da sociedade através do lema: *Por uma sociedade sem manicômios.*

Os anos 80 e 90 são marcados pelo surgimento de várias experiências inovadoras na assistência em saúde mental no País.

3.8 Algumas experiências recentes da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Observam-se, nesta última década, várias experiências de assistência à saúde mental em nosso País. Às vezes, amparadas por leis estaduais ou municipais e mesmo, sem o seu apoio, estas experiências visam resgatar a singularidade e a complexidade do adoecer psíquico. São serviços novos ou em reformulação, que oferecem amparo e tratamento, sem associá-los à opressão, exclusão ou repressão.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, é inaugurado em 1987 segundo Goldberg (1994). Este CAPS estrutura-se em quatro núcleos: Núcleo Terapêutico, Núcleo de Projetos especiais, Núcleo de Ensino e Pesquisa e um Núcleo Administrativo.

Em Olinda, a Coordenação de Saúde Mental do município elaborou o projeto Loucura e Arte: a Linguagem dos Excluídos, cujo objetivo é, de acordo com a tradição da cidade, articular grupos de criação artística e cultural, visando estabelecer uma inter-relação entre a produção simbólica da loucura e a produção das artes plásticas, ciências e música. (Olinda,1994).

No Rio Grande do Sul, as mudanças na área de saúde mental vêm ocorrendo em várias frentes, com a criação do Curso de Saúde Mental Coletiva, no ano de 1990, nas cidades de Santa Maria e Bagé e os Cursos de Administração em Saúde Mental Coletiva na cidade do Rio Grande, Alegrete e Melo (no Uruguai). Foram abertos serviços “alternativos” em Saúde Mental, sendo os que mais se destacaram foram São Lourenço (Nossa Casa), Bagé (Oficina de Criação Coletiva), Alegrete (Cooperativa Corpo Santo), Rio Grande (Oficina das Subjetividades Mar-Amar), entre outros. Esse trabalho era acompanhado pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental, o qual promovia encontros para discussão do trabalho e mobilização para aprovação da Lei 9.716/92 de Reforma Psiquiátrica. Esta Lei foi a primeira aprovada no País, na Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, em 07 de agosto de 1992. A partir desse momento, um terço dos municípios do Estado, passam a desenvolver trabalhos de Atenção Integral à Saúde Mental. Enquanto isso, no maior hospital Psiquiátrico do Estado, o Hospital São Pedro, inicia-se um processo de ressocialização dos internos e de democratização das relações. Este processo é chamado de “São Pedro Cidadão”.

No Estado do Rio de Janeiro, a cidade de Volta Redonda e, também, Angra dos Reis experimentaram mudanças na assistência aos doentes mentais. Igualmente, em Niterói e São Gonçalo, cerca de 14 serviços substitutivos ao modelo asilar estão em funcionamento, tendo sido criados na primeira metade dos anos 90.

A experiência de Angra dos Reis centrou-se, não apenas na criação do CAPS, serviço aberto, mas na reintegração de pacientes com histórico de longas internações.

Como o Município não possuía hospitais psiquiátricos, seus doentes mentais eram internados longe da local de moradia. A equipe, frente a esta situação, iniciou o programa “De volta para Casa” - que tinha, como objetivo, a ressocialização, na comunidade de pacientes com vários anos de internação.

A experiência mais conhecida e mais complexa foi desenvolvida na cidade de Santos, no Estado de São Paulo.

No contexto brasileiro, o processo Santista de transformação da assistência em saúde mental deve ser considerado como de extrema importância. Santos foi a primeira cidade brasileira a construir uma rede de serviços totalmente substitutivos ao manicômio. A partir dessa experiência, multiplicam-se, por todo País, tentativas de superar o modelo psiquiátrico tradicional de atendimento.

Santos pôde vivenciar uma profunda modificação da própria maneira de a sociedade lidar com a loucura, além da simples reestruturação da assistência em si. Nesse processo de transformação, o primeiro passo foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico conveniado com o INAMPS, construído na década de 50 e em situação de violência e desrespeito aos direitos humanos, sendo denunciadas pela imprensa local no final de 89. As vistorias realizadas, pelo então, SUDS, revelam, irregularidades e a Prefeitura juntamente com vários setores da sociedade civil decretou a intervenção no local, no dia 3 de maio de 1989.

A proposta inicial proíbe todo e qualquer ato de violência contra os internos e desativam-se as celas fortes - a Liberdade é um ponto essencial e passa-se a promoção de atividades que estimulem a autonomia e a emancipação perdidas ao longo das internações.

Inicia-se, portanto, um processo pedagógico de resgate da individualidade e de reconhecimento do sofredor psíquico como sujeito de direitos. São construídas estratégias para desmontar a estrutura do manicômio: aproximações com a sociedade de um modo geral. Sob a influência da experiência italiana começou a ser construído um novo sistema de saúde mental, com uma rede de estruturas externas totalmente substitutivas ao asilo.

São, então, construídos cinco Núcleos de Atenção Psicossocial -NAPS (1989), a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência TAM-TAM, o Pronto Socorro Psiquiátrico Municipal e o Lar Abrigado República “Manoel da Silva Neto”.

Os NAPS de Santos são, regionalizados, funcionando todos os dias (24 horas) e respondem pelo atendimento de sua região. Os NAPS procuram apresentar características dos espaços sociais públicos: sala-de-estar, de convivência, refeitórios, etc.

A Unidade de Reabilitação Psicossocial gerência projetos de trabalho: Cooperativas Sociais; o Centro de Convivência TAM-TAM busca facilitar a produção de novos valores sociais em relação à loucura, através de projetos artesanais, teatro e oficinas de rádio.

Uma outra estratégia para a ressocialização é o Lar Abrigado. Inaugurado em 1993, serve de moradia e espaço de atenção para quatorze usuários gravemente institucionalizados.

Como se pode observar, cada cidade tem uma maneira peculiar de encaminhar as questões relativas à transformação em saúde mental. Ao se conhecer os trabalhos, se identificam as influências dos diversos processos e o desenvolvimento singular de cada experiência. Cada serviço recebe uma denominação própria, mas, em comum, destacam-se as diversas formas de atenção diária sem a necessidade da internação hospitalar. A forma de atendimento procura ser personalizada, específica, respeitando as histórias de vida, a dinâmica familiar, as redes sociais.

Todas essas novas formas de atenção têm encontrado respaldo nas políticas oficiais de saúde e o próprio Ministério tem procurado incentivar e facilitar a criação de serviços que respeitem a autonomia e liberdade do sofredor psíquico o que pode ser verificado nas Portarias nºs. 189/91 e 224/92¹³³.

A Portaria nº 189/91 possibilita a remuneração de atendimentos em núcleos/centros de atenção psicossocial, com atendimento em um ou dois turnos, oficinas terapêuticas realizadas por profissionais de nível médio ou superior. As

¹³³ BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria nacional de Assistência a Saúde. Portarias n. 189 e 224. In: BELMONTE, P. R et al. **Temas de saúde Mental. Textos Básicos do CBAD**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1998. p. 35.

oficinas terapêuticas são definidas como atividades grupais de socialização, expressão e inserção social.

A Portaria nº 224/92 dispõe sobre as seguintes normas para o atendimento em NAPS/CAPS:

1. Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional;

2 Os NAPS/CAPS podem, também, constituir-se em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Realizam atendimento a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica, ou egressos de internação hospitalar. Devem estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental;

3. Os NAPS/CAPS são unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana, das 8 às 18, segundo definição do poder local. Devem contar com leitos para repouso eventual

4. A assistência ao sofredor psíquico no NAPS/CAPS inclui as atividades: atenção individual (medicação, atendimento psicoterápico, de orientação); atenção grupal (psicoterapia de grupo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas); visitas domiciliares; atendimento à família, atividades comunitárias.

5. A equipe técnica mínima é composta por: um médico psiquiatra, um enfermeiro e quatro outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, etc), e outros profissionais de nível médio, necessários às atividades desenvolvidas.

Como é possível observar, a partir da década de noventa, passa a existir uma preocupação com a reformulação na atenção ao sofredor psíquico. Essa reformulação pressupõe uma atenção mais humanizada, uma diminuição das internações, a existência de uma equipe mínima de trabalho e uma fiscalização das instituições psiquiátricas pelo próprio Estado. Este processo de transformações ocorridas na

atenção ao sofredor psíquico em nosso País, não é significativo, em termos das dimensões de alcance do novo modelo. Ainda é bastante reduzido o número de locais que desenvolvem as novas práticas e existe uma carência na formação e capacitação dos recursos humanos que desenvolvem esse novo modelo de atenção à saúde mental.

Eu acredito que essa situação expressa as dificuldades que esse novo modelo vem enfrentando, entre elas: a insistência na manutenção do modelo tradicional de atenção psiquiátrica por parte de alguns profissionais da saúde e de administradores de hospitais psiquiátricos que lucram com esse modelo de assistência, ausência de uma legislação a nível nacional que reforce a implantação generalizada do novo modelo (a Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001 ainda não foi regulamentada) e a atuação dos profissionais da saúde mental que, por possuírem uma formação tradicional, reproduzem, na maioria das vezes, em sua atuação prática, o modelo “manicomial”, na assistência prestada em saúde mental.

Portanto, o que se observa são trabalhos setorizados e com grandes dificuldades de desenvolvimento entre a implantação do novo modelo e o abandono do velho.

Em vivências práticas, tenho observado, na maioria dos novos serviços de atenção à saúde mental, a manutenção das relações de poder disciplinar na relação que se estabelece entre o profissional da saúde e o sofredor psíquico; a utilização dos “velhos conceitos” sobre o processo saúde-doença mental; o estabelecimento dos métodos disciplinares de poder, ou seja, a reprodução da atenção do modelo “manicomial” em um espaço que pretende negar essa forma de atenção.

Por outra parte, podemos observar que as mudanças políticas (troca de prefeitos) a nível municipal, também influem na permanência ou abandono do trabalho desenvolvido no novo modelo, ou seja, a constante troca das coordenações dos serviços a níveis locais e estaduais influenciam as atividades desenvolvidas.

Na atualidade o Governo do Estado do Rio Grande do Sul parece apostar na Reforma Psiquiátrica. Através da Coordenação da Política de Atenção Integral a Saúde Mental, o Projeto São Pedro Cidadão vem buscando garantir a sua sistematização através do acompanhamento da implantação dos serviços residenciais

terapêuticos, da reestruturação da assistência aos moradores do Hospital Psiquiátrico São Pedro e da formação do grupo de trabalho para a organização do Centro de Atenção Psicossocial da Criança e do Adolescente do Hospital.

Em contra partida, continuamos ainda, infelizmente, a mover-nos no âmbito de uma tradição psiquiátrica ligada a uma concepção de saúde-doença mental e de cura, que é permeada de valores e juízos socialmente e historicamente determinados.

3.9 As Conferências de Saúde Mental: um exercício de construção das relações democráticas

A Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica¹³⁴, convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPS) em 1990, sediada em Caracas (Venezuela), objetivou estruturar princípios básicos e estratégias necessárias para implementar, na prática, a reestruturação da assistência psiquiátrica. Com a participação de diversas associações relacionadas com a área e delegações técnicas de países latino-americanos, redigiu-se um documento denominado “Declaração de Caracas”,¹³⁵ que redireciona o processo de reestruturação da saúde mental na América Latina.

Essa Declaração ressalta que a assistência psiquiátrica tradicional centrada no hospital, não permite que se alcance os objetivos de uma atenção integral, participativa, descentralizada, contínua e preventiva. A Declaração de Caracas reforça a atenção primária nos Sistemas Locais de Saúde e permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e em suas redes sociais. Aliado as diretrizes técnicas, a Conferência se manifesta em relação às legislações dos países, com vistas a assegurar o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais.

A assistência em saúde mental deixa, então, de ser algo específico de alguns especialistas e passa a ser uma questão ampla que envolve a sociedade e diversos profissionais ligados à área, sejam ou não da saúde.

¹³⁴ VENEZUELA, Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Memórias da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica. Caracas, 1990.** Brasília: Printel Gráfica e Editora, 1992.

¹³⁵ DECLARAÇÃO DE CARACAS (Anexo III).

Nesse caminho, um outro ponto importante é a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que acontece em 1992 e traz, como principal inovação, a participação efetiva dos usuários, familiares, sociedade e técnicos.

O redimensionamento da assistência em saúde mental aponta para uma rede:

...de atenção que deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, unidade de atenção intensiva em saúde mental (em regime de hospital-dia), centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão ¹³⁶.

Esta Conferência ¹³⁷ define a equipe de saúde como:

- a) necessariamente multiprofissional;
- b) integrada por profissionais de outros campos do conhecimento como, por exemplo, trabalhadores das áreas artística, cultural e educacional;
- c) livre do tradicional loteamento de funções e marcada por uma participação mais efetiva dos enfermeiros, auxiliares e atendentes;
- d) articulada com os setores populares no sentido de *escuta* e respeito aos saberes emergentes das diferentes culturas locais;
- e) implicada com todo o serviço, onde todos os operadores sociais são agentes do processo cultural em saúde mental.

Podemos observar que a proposta aponta para uma evolução das relações entre os profissionais da saúde e o sofredor psíquico. O processo de Reforma Psiquiátrica sugere uma grande transformação nesse campo, o campo das relações de poder.

Aliado a isto, há uma mudança significativa na concepção do sofrimento psíquico, não se restringindo à concepção de doença localizada no corpo, mas à existência-sofrimento.

As Conferências deram a possibilidade de participação de todos os segmentos envolvidos na saúde mental (profissionais da saúde, usuários, familiares),

¹³⁶ BRASÍLIA. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. 1992. p. 13. mimeo.

possibilitando a elaboração da Carta dos direitos dos usuários, o que se traduziu numa maior possibilidade de resgate de cidadania para o sofredor psíquico.

A Carta dos Direitos dos Usuários¹³⁸ continua sendo um dos instrumentos de conquistas de avanço no processo de implantação dos serviços de atenção integral à saúde mental.

Foi observado, porém, que o Estado como responsável pela implantação do novo modelo, não agiu, na maioria das vezes, com força suficiente, para o cumprimento das diretrizes apontadas pelos relatórios das Conferências de Saúde Mental e pelo conteúdo da Carta dos Direitos dos Usuários.

Também, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial não tem conseguido mobilizar forças suficientes para a regulamentação da Lei Nº 10.216, de Proteção ao Sofredor Psíquico.

Hoje, o próprio Ministério da Saúde reduziu o poder da Coordenação Nacional de Saúde Mental, ao transformar essa Coordenação em Comissão Nacional de Saúde Mental e a Secretaria Nacional de Reforma Psiquiátrica em Programa de Saúde Mental.

No entanto, observamos que as relações entre o trabalhador da saúde e o sofredor psíquico, ainda, não garantem, o tratamento mais humano, solidário e personalizado que visa a autonomia do cliente, ou seja, o sofredor psíquico como **sujeito e fim da saúde mental**.

Numa perspectiva histórica seria possível fazer, através da prática do poder disciplinar, o parentesco histórico da formação da escola, do exército, da própria igreja e não somente deste (poder disciplinar) em relação à formação e origem da psiquiatria.

Percebe-se na obra de Michel Foucault, dentre outros, o entrelaçamento das relações de poder disciplinar na construção histórica da sociedade moderna. Nenhum dos símbolos convencionais desta sociedade - expressos nos modos de produção,

¹³⁷ Idem, p. 16.

¹³⁸ CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS (Anexo IV).

poder, ideologia, ética, capitalismo, progresso, revolução - foi capaz de comportar-se como soberano absoluto.

O poder disciplinar, localizado na base da estrutura social, contendo todas as formas e estruturas, não se confundiu com nenhuma forma e estrutura. Contradições à parte, podemos encontrá-lo nas raízes de toda mudança da sociedade moderna. Penso que não existe um único fator social privilegiado - econômico, político ou ideológico - como fator elementar dessa representação, mas, me atrevo a imaginar aquilo que de uma ou outra maneira acha-se disseminado na própria existência cotidiana desse mesmo social – tornar o ser humano útil e dócil.

IV - UMA ARTE DO FAZER



O corpo de cada um de nós é uma forma de vida, que por ter uma história e raízes ancestrais ainda atuante, vivas, irradiantes, sabe muitas coisas – algumas claras, outras escuras e outras claro-escuras (GAUTHIER, 1999, p. 23).

Na ciência, as questões sobre saúde mental têm sido exploradas de diferentes modos e a escolha de uma abordagem teórico-metodológica deve considerar a característica de constante reconstituição de um saber que deve estar a serviço da compreensão e aceitação do ser humano, em sua singularidade e diferenças. O ser humano, no processo saúde-doença, tem como possibilidade, o sofrimento psíquico.

Habilidades e técnicas crescentes possibilitaram, ao ser humano, o “tratamento”

desse sofredor. Nossa insatisfação, no caso do “tratamento”, permite questionar **porque o sofredor psíquico é observado como objeto de estudo e tratamento e não como sujeito no processo saúde-doença mental?**

É, neste sentido, que gostaria de afirmar a necessidade do reconhecimento, pela academia, dos saberes implícitos e explícitos que são desenvolvidos na prática da saúde mental, pelas enfermeiras, psicólogas, psiquiatras, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, pelos auxiliares de enfermagem e, principalmente, pelos usuários do serviço de atenção à saúde mental que são o grupo central do cuidado na instituição.

O saber entendido por todos aqueles que participam do processo de cuidado em saúde mental como construção coletiva e contributiva é o que permitirá o aprofundamento e aprimoramento do conhecimento na área da saúde mental.

Portanto, **que práticas e fazeres podem ser observados nos serviços de atenção a saúde mental que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico possibilitando relações de poder ético-solidárias?**

Retomando, nossa primeira questão: **podem estas práticas de “tratamento” que transformam o sofredor psíquico em objeto de estudo se libertar das estratégias do poder disciplinar, favorecendo, portanto, as relações de poder ético-solidárias?**

E mais, **em que direção e como se manifesta a resistência, desse mesmo sofredor, nas relações de poder que estabelecem com o trabalhador de saúde mental?**

Acredito que a tentativa de captar o ponto de vista dos trabalhadores e usuários dos serviços de atenção à saúde mental possibilitará **refletir e compreender o descompasso entre a vitória no campo jurídico e o novo discurso da reforma psiquiátrica e uma prática e um fazer que parecem negar a emancipação do sofredor psíquico, isto é, sua condição de cidadão.**

Para a compreensão destas questões, é fundamental não substituir o ponto de vista dos atores envolvidos por uma grade de respostas e, sim, trabalhar com um

universo de significados, desejos, comportamentos, crenças, atitudes e valores que melhor traduzam o espaço das relações humanas.

Gauthier¹³⁹ em relação ao pesquisar, assinala: *É um momento importante, que revela as implicações, os limites e a riqueza do pensamento e da imaginação de cada um...*

Portanto, essas mesmas questões não são passíveis de serem reveladas através dos números, pois, elas necessitam da compreensão da verdade com que se produz a interação humana, por isso, proponho, ao estudo, um caráter qualitativo que se preocupe com um nível de realidade que não pode ser quantificado.

A abordagem qualitativa, hoje, vem ao encontro de um “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. Esta forma de abordagem trabalha com o universo de significados, representações, crenças, valores, atitudes, aprofundando um lado não perceptível das relações sociais e a compreensão da realidade humana vivida socialmente.

A metodologia, nesta perspectiva, implica, segundo Haguette (1992), a compreensão dos fenômenos sociais, suas especificidades, origem e razão de ser; fenômenos estes complexos e únicos.

De acordo com Polit e Hungler,¹⁴⁰ (...) *a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle imposto ao pesquisador).*

Assim, a pesquisa qualitativa torna-se importante e apresenta como propósito para Minayo.¹⁴¹

a) compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; b) compreender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; c)

¹³⁹ Idem, p. 48.

¹⁴⁰ POLIT, D. e HUNGLER, B. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 270.

¹⁴¹ MINAYO, M. C. S. **Desafio do Conhecimento**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992, p. 134.

avaliar as políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina.

Portanto, a premissa da pesquisa qualitativa é aquela em que todos os conhecimentos sobre os indivíduos são possíveis, somente, a partir da descrição da experiência humana, de como ela é vivida e definida pelos seus atores.

Afim de interrogar o sentido das práticas e das experiências humanas, opto por desenvolver uma pesquisa utilizando o *método qualitativo*, seguindo a proposta da Sociopoética de Gauthier.¹⁴²

O estudo proposto caracteriza-se, portanto, por uma pesquisa denominada indagatória de campo, acompanhada por uma reflexão autocrítica por parte do grupo-pesquisador. E, com o objetivo da triangulação na produção dos dados, aliado à técnica do grupo-pesquisador, foram utilizadas, também: a observação participante e a discussão de grupo como técnicas complementares.

O **grupo-pesquisador** é o centro da metodologia utilizada na produção dos dados. É uma exigência ética e política na construção de um saber. Para Gauthier¹⁴³, o que não se quer, em uma pesquisa, *é reproduzir as práticas instituídas de pesquisa onde o grupo pesquisado é explorado como produtores de dados e onde o sentido último da pesquisa sempre lhes escapa.*

Assim, a proposta do grupo-pesquisador é a de favorecer que os pesquisados se transformem em verdadeiros co-pesquisadores, tanto na construção do conhecimento, bem como na tomada de decisões para que o processo de pesquisa possa chegar até sua conclusão.

Somando-se a esta técnica, a utilização da técnica da **observação participante**, deve-se ao seu caráter direto para o estudo de uma ampla variedade de fenômenos, sendo definida por Minayo¹⁴⁴ como:

Um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.

¹⁴² GAUTHIER, J. **Sociopoética**. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery/UFRJ, 1999.

¹⁴³ Idem, p. 41.

¹⁴⁴ MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992, p. 135

Reafirmando o exposto, Richardson¹⁴⁵ acrescenta: *À simultaneidade da ocorrência espontânea a presença do observador ao acontecimento, independentemente assim da observação de outrem.*

Acredito que a escolha pelo método qualitativo, numa abordagem sociopoética, me permite mergulhar, em maior profundidade, na realidade de um grupo social.

Ainda, Richardson, ao referir-se ao bom relacionamento que deve permear o contato entre o pesquisador e os elementos do grupo, destaca o duplo papel vivenciado pelo pesquisador na utilização da técnica da observação participante:

São duas situações distintas e que não podem ser confundidas nem negligenciadas. Aqui entram em jogo dois aspectos: o preparo técnico, com o domínio de conteúdo de todos os elementos envolvidos na metodologia de trabalho, e o preparo emocional e afetivo do observador. Este cobre o campo das relações no ambiente de trabalho e a sua subjetividade e isenção de contaminação afetiva no registro de suas observações no desempenho dos dois papéis distintos, para que os dados colhidos não sejam viciados, trazendo prejuízos quanto à fidedignidade da pesquisa.

Para Gauthier (1999), a pesquisa é aquele caminho que se faz caminhando, não é um caminho pré-determinado, mas aberto ao inesperado, à criatividade e aos aspectos que podem surgir de forma espontânea no desenvolvimento do grupo-pesquisador.

Finalizando, a técnica de **discussão de grupo**, como mais uma técnica complementar à produção dos dados, aliada as duas técnicas apresentadas anteriormente, **não se traduz apenas na troca de sentidos** entre os participantes do grupo, **mas, sim, e, principalmente, numa auto-crítica grupal** em torno do tema em questão.

4.1 O Campo do Estudo: demarcações, espaços, lugares

Dos caminhos percorridos, das cidades visitadas, dos serviços de atenção à saúde mental construídos, vivenciados e explorados, ao propor este estudo, opto pela primeira unidade de atenção sanitária e social, a prestar serviço na área de saúde mental, na proposta de Reforma Psiquiátrica, implantada no Estado do Rio Grande do

¹⁴⁵ RICHARSON, R. J. e Col. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999. p. 263.

Sul, no ano de 1992 e denominada: *Pensão Pública Protegida “Nova Vida”*¹⁴⁶.

*“Ao pesquisar sociopoeticamente estamos sempre interrogando o sentido das práticas e experiências de grupos humanos; logo podemos somente encontrar respostas locais e parciais a nossas inquietações. O que valida a pesquisa sociopoética é o fato de estarmos no caminho do meio, entre os saberes espontâneos que os grupos têm da vida social e a crítica destes saberes, proporcionada pelo método do grupo-pesquisador” Gauthier.*¹⁴⁷

A observação participante, o grupo-pesquisador e as discussões de grupo, instrumentos de pesquisa utilizados na produção de dados, foram realizadas na Pensão Pública Nova Vida, administrada pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre-RS.

A Pensão é uma moradia temporária para pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Criada, há aproximadamente, onze anos, é parte dos chamados serviços alternativos, na proposta da Reforma Psiquiátrica, implantada no Estado do Rio Grande do Sul a partir da lei 9.716 de 1992.

A criação da Pensão Pública Protegida Nova vida precede a aprovação da Lei. O serviço oferece: atendimento 24 horas, moradia temporária, alimentação, manutenção, limpeza, serviço de enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. O acompanhamento clínico é realizado fora da Pensão (consultas especializadas, exames diagnósticos, prescrição da medicação, internação hospitalar, procedimento ambulatorial, etc...).

Quando do início das oficinas temáticas, a Pensão contava com 14 moradores. Todos eles, de acordo com a equipe técnica do serviço, apresentavam dificuldades no convívio familiar e social, mas com perspectivas de (re)inserção social apontadas pela equipe técnica.

Os usuários, em sua maioria, trazem um histórico de longas internações em hospitais psiquiátricos e importantes necessidades no âmbito da organização da vida prática. A Pensão é um espaço aberto onde a saída é livre e a circulação, também. Os usuários obedecem a uma rotina de atividades pré-fixadas como alimentação, cuidados de higiene, oficinas de arte, psicoterapia, assistência de enfermagem e assembléias que se realizam no salão principal da Pensão. São, ainda, atendidos

¹⁴⁶ Unidade Sanitária de Atenção à Saúde Mental que abriga ex-internos do Hospital Psiquiátrico São Pedro em regime asilar sob administração da Prefeitura Municipal de Porto Alegre/RS.

individualmente e, em grupos, por uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiro, psicólogos, nutricionista, assistente social, terapeuta ocupacional e auxiliares de enfermagem, secretaria e serviços gerais.

Neste caminho escolhido para o estudo, primeiramente, encaminhei um ofício à Coordenação Estadual de Saúde Mental do Estado do Rio Grande do Sul, dirigido a Coordenadora Míriam Dias, onde procurei resumidamente relatar o meu interesse em desenvolver uma pesquisa na unidade sanitária e social “Pensão Pública Protegida Nova Vida” apontando as possibilidades de interesse para o Estado, a partir dos resultados obtidos, de avaliação do trabalho, conforme os princípios da Lei 9. 716, da Reforma Psiquiátrica, de 7 de agosto de 1992.

Posteriormente, tendo em vista a transferência da Coordenação da referida Unidade Sanitária para o Município de Porto Alegre, fiz um contato com a assessora do Secretário Municipal de Saúde – Joaquim Klieman, no qual foi explicitado o objetivo da pesquisa.

Por solicitação da mesma assessoria, foi encaminhado, ao Secretário Municipal de Saúde, uma cópia do projeto de pesquisa para que fosse apreciado pela Comissão de Ética da Secretaria.

Após sua aprovação foi realizada uma reunião com a Coordenadora da Unidade Sanitária e o Coordenador Municipal de Saúde Mental para conhecimento e discussão do projeto de pesquisa.

Posterior a esta etapa, foi realizado um encontro com a equipe de saúde mental da Pensão Pública Protegida Nova Vida e com alguns moradores e familiares dos usuários para apresentação, discussão, análise e aprovação do consentimento livre e esclarecido do projeto. Os encontros, por sugestão da equipe de saúde mental realizaram-se em separado.

Em outro momento, que ocorreu em período concomitante ao anterior, procurei fazer contato, com duas lideranças, do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e do Fórum Gaúcho de Saúde Mental – Sandra Fagundes e Fátima Fischer, sendo encaminhados conjuntamente, uma síntese do projeto de pesquisa e o convite para

¹⁴⁷ GAUTHIER, J. **Sociopoética**. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery/UFRJ, 1999, p.15

integrarem o grupo-pesquisador como facilitadoras no processo de produção dos dados. Também, o convite ao Ddo. Raul Fernando Sotelo Prandoni (PEN/UFSC) para compartilhar da busca conjunta de uma maior e melhor percepção e compreensão da realidade apresentada no campo de estudo, integrando-se, portanto, como o 3º membro facilitador a compor o grupo-pesquisador.

Baseado em dados apresentados pelo Relatório Azul¹⁴⁸, a Pensão Pública Protegida Nova Vida, realiza, quotidianamente o esforço de ruptura com o sistema hospitalocêntrico e ensaia uma nova, ainda que tímida, forma de atendimento aos sofredores psíquicos. Constitui-se em um serviço de referência no âmbito da saúde mental, no processo de reforma psiquiátrica, no Estado do Rio Grande do Sul. Com uma capacidade instalada para atender vinte moradores em caráter temporário, tem procurado restituir a cada um de seus usuários a condição de cidadão que lhes foi negada por serem portadores de uma “doença psiquiátrica”, durante muitos anos. Trata-se de um trabalho construído quotidianamente, que abrange desde noções de higiene pessoal a encaminhamentos para cursos profissionalizantes, visando à autonomia, o crescimento pessoal de cada um e, principalmente, a (des)interdição do estigma outorgado pela psiquiatria a esse sofredor (doente mental) e a sua (re)inserção no social.

Ao refletir sobre a necessidade de se buscar os saberes recalcados e oprimidos de quem sofre a atenção em saúde mental e, não, somente, daqueles que prestam esta atenção, foram definidos como sujeitos desta pesquisa e que compõem o grupo-pesquisador todos os envolvidos com e na atenção em saúde mental e que pertençam à instituição referida, ou seja: os 14 usuários do serviço, 3 psicólogos, 1 enfermeiro, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 1 nutricionista, 16 auxiliares de enfermagem, 7 estagiários, 1 cozinheiro, 2 auxiliares de cozinha, 1 auxiliar administrativo e 3 familiares de usuários, além dos três psicólogos convidados para integrar o grupo-pesquisador como facilitadores. O universo da pesquisa soma, portanto, a possibilidade de 54 participantes.

¹⁴⁸ RIO GRANDE DO SUL, Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. **Relatório azul: Garantias e Violações dos direitos Humanos no RS, 1997**. Porto alegre: Assembléia Legislativa, 1998.

4.2 A Sociopoética desvelando o silêncio

Neste processo, a escolha que assumi enquanto pesquisadora, para a conquista do propósito, foi o método qualitativo dentro da abordagem Sociopoética como teoria da pesquisa e do processo ensino-aprendizagem.

A opção pela Sociopoética deve-se ao fato de que esta é a que permite que “*várias abordagens possam armar suas tendas*”. Ela supõe uma teoria do social, um devir-revolucionário dos pesquisadores em interação com o grupo-pesquisador.

Para Gauthier,¹⁴⁹ a pesquisa sociopoética é caracterizada como um processo democrático de produção de dados, assinalando, ainda, que:

...ela se preocupa com a necessidade de criar a democracia na produção do conhecimento e encontra as tradições como caminhos rumo a democracia. Por essa mesma razão, ela abre o quadro da pesquisa a várias abordagens teóricas possíveis, os pesquisadores, facilitadores e co-pesquisadores são autônomos.

Outro aspecto que contribuiu para a eleição desta estratégia diz respeito a sua sintonia com a democratização das relações entre pesquisador e pesquisados.

*Nas pesquisas sociopoéticas não se trata somente, na atividade do grupo-pesquisador, de troca de sentidos, mas sim de uma co-construção ou co-produção, ou ainda co-criação de conhecimentos.*¹⁵⁰

Concordando com Gauthier (1999), a sociopoética possibilita interrogar o sentido das práticas dos grupos humanos.

Essa idéia é reforçada por Santos e Gauthier¹⁵¹ *O saber é feito para ser partilhado, quer dizer criticado, mas também apreciado.* Este saber interessa também, a quem ele se destina.

Também, para Gauthier¹⁵² a sociopoética *busca entender, ou seja, vivenciar para entender o momento criador, tanto do saber como das ilusões.*

Refiro-me, a esta citação, para explicar que a sociopoética, ao solicitar no processo de pesquisa, a expressão do desconhecido, do recalcado, do escondido, dos saberes enterrados e imersos deve, a cada oficina de trabalho, iniciar pelo

¹⁴⁹ Idem, p. 73

¹⁵⁰ GAUTHIER, J. **Sociopoética**. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery/UFRJ, 1999. p. 51

¹⁵¹ SANTOS, I e GAUTHIER, J. **Enfermagem. Análise Institucional e Socio-Poética**. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery, 1999 p. 82.

¹⁵² GAUTHIER, J. **Sociopoética**. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery/UFRJ, 1999, p.53

relaxamento dos componentes do grupo. É o momento do relaxamento que permite ao grupo-pesquisador diminuir o nível de controle consciente, possibilitando a criação de imagens, ou seja, a criação da palavra em ato. O relaxamento deve proporcionar um espaço de confiança a todos os envolvidos no projeto de pesquisa.

Para Gauthier¹⁵³ ... *pensamos que a criatividade artística toca esses núcleos inconscientes, até, no caso dos grandes criadores, movimentá-los em sentidos inesperados, ainda não explorados. (...) a sociopoética resgata o que foi silenciado, entupido, matado no passado.*

Pesquisando novos caminhos para a abordagem do conhecimento, Santos e Gauthier,¹⁵⁴ dizem que *é preciso convocar a criatividade, a sensualidade, a sensibilidade, a sexualidade, enfim, tudo que se pode chamar de poética (do grego poieîn, criar) para incentivar nas pessoas a expressão do seu saber implícito, num sentido crítico.*

Entre as razões que permearam a escolha da abordagem sociopoética como instrumento para a produção dos dados, é que esta promove um processo de criação/desestabilização, no grupo e nas pessoas, permitindo-lhes liberar conteúdos escondidos ou reprimidos.

E, mais, para a evolução do conhecimento, é importante ressaltar as situações e estratégias de poder que orientam os indivíduos em busca do saber em saúde mental e a consciência de que o conhecimento intelectual está também, ligado as questões ideológicas e institucionais que envolvem os indivíduos na sua prática profissional.

O saber, assim produzido, pode ser, como aponta Tuillier apud Santos e Gauthier (1999) uma *linguagem* e o grupo-pesquisador se auto-ajuda ao perceber o mundo segundo muitas e outras vozes.

Concordando com Santos e Gauthier,¹⁵⁵ *a sociopoética é um educar mutual entre pesquisadores e seus grupos de pesquisa.*

¹⁵³ Idem, p.54

¹⁵⁴ SANTOS, I.; GAUTHIER, I. **Enfermagem. Análise Institucional e Sócio-Poética.** Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery/UFRJ. 1999, p. 76

¹⁵⁵ Idem, p. 79.

Com a intenção de abordar as questões formuladas neste estudo, a pesquisa sociopoética valida saberes, através da utilização do grupo-pesquisador como técnica de pesquisa.

A escolha e a possibilidade da utilização do método do grupo-pesquisador, no estudo proposto, é, que, neste, não existe apenas uma técnica de pesquisa mas, várias técnicas podem ser desenvolvidas como estratégia para uma maior e melhor produção dos dados. Foram acrescentadas, portanto, as técnicas de observação participante e discussão de grupo na pesquisa proposta.

Cabe, ainda, salientar que: o grupo de pessoas que compõe o grupo-pesquisador é reconhecido na pesquisa sociopoética como grupo-sujeitos mais que informantes dos dados, sendo co-responsáveis pelos resultados obtidos.

Como componentes do estudo de campo, utiliza técnicas propostas por Santos e Gauthier (1999), fundamentais que são: a utilização de instrumentos poéticos, ligados à arte e a criatividade. Na busca da compreensão e maior clarificação sobre a técnica grupo-pesquisador, apresento-a destacando os momentos que a compõem:

1º momento – Apresentação do tema orientador, do pesquisador e do grupo envolvido vão delimitar qual a “demanda do saber”.

2º momento – A partir da análise e confronto do conhecimento, nascem novas perguntas que agora não são mais apenas oriundas do tema orientador da pesquisadora, mas, sim, uma produção do próprio grupo.

3º momento – A partir do surgimento de novas perguntas, começa-se uma “transformação do mundo” seja no sentido de uma pesquisa-ação, seja no sentido de uma pesquisa-participante.

4º momento – Conclusões são apresentadas, hipóteses levantadas, a pesquisadora mostra a estrutura de pensamento do grupo, coloca as suas próprias referências de vida ou seus referenciais teóricos em diálogo com os outros participantes da pesquisa.

5º momento – É o momento da avaliação grupal de todo o processo da pesquisa desenvolvido com este método. A pesquisadora aponta o que lhe pode dar uma consciência melhor das suas implicações, daquelas de onde surgiu o tema orientador e o grupo-pesquisador valida os dados encontrados.

6º momento – É o momento de socialização do conhecimento produzido pelo grupo-pesquisador, a divulgação dos achados científicos, abrindo espaço para o debate e a crítica, visando o aperfeiçoamento. A publicação da pesquisa é o que reforça o grau de compromisso do grupo com os resultados da pesquisa. Este saber produzido não pode ficar somente no âmbito de conhecimento do grupo-pesquisador e da Academia.

Tendo definido os encaminhamentos básicos da pesquisa, procurei delinear o processo da pesquisa. Foi definido, a priori, para apresentação da proposta, o número de oficinas temáticas a serem realizadas, pelo grupo-pesquisador, e o desenvolvimento de cada uma relacionado aos pressupostos do estudo e aos momentos que compõem o instrumento chamado de Grupo-Pesquisador, na pesquisa Sociopoética.

O número de oficinas temáticas realizadas excedeu aos momentos que compõem o instrumento denominado de grupo-pesquisador, ultrapassando, também, o número inicialmente proposto para este estudo. Cada oficina contou com mais de um Encontro, o que dependeu das necessidades apresentadas pelo grupo-pesquisador no desenvolvimento das atividades.

Neste estudo, ao buscar compreender **o processo de reforma psiquiátrica e como se dão as relações de poder que se estabelecem entre o sofredor psíquico e o trabalhador de saúde mental**, foi utilizada, nas oficinas temáticas, principalmente, a técnica da associação livre a partir de palavras chaves. As palavras chaves escolhidas são oriundas da técnica de lugares geo-míticos apresentada por Gauthier¹⁵⁶. Somando-se a estas, foram utilizadas outras palavras que emergiram durante o próprio trabalho do grupo-pesquisador. Aliado a técnica da associação livre, utilizei, também, a construção de imagens, através da técnica da colagem de imagens produzidas pelos recortes de revistas, escolhidos aleatoriamente.

Neste aspecto, apóio-me em Trentini e Paim¹⁵⁷ que referem: *Nesse tecer da reunião, técnicas várias permitem ao grupo fornecer informações segundo a linha teórica de orientação da pesquisa e da perspectiva assistencial, que está valorizada no grupo.*

Referindo-me, ainda, à técnica de colagem, concordo com Maffesoli¹⁵⁸ quando

¹⁵⁶ GAUTHIER, J. SANTOS, I., SOUZA, L. & FIGUEIREDO, N. A Sociopoética: uma filosofia diferente e prazerosa. In: GAUTHIER, J. ;CABRAL, I. SANTOS, I & TAVARES, C. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan, 1998, p. 186.

¹⁵⁷ TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem: Uma Modalidade Convergente-Assistencial**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. p. 100.

¹⁵⁸ MAFFESOLI, M. **O conhecimento do cotidiano: para uma sociologia da compreensão**. Lisboa: Veja, s/d. p. 113.

diz: *trata-se de reunir num mesmo gesto as formas e os conteúdos que, estando dispersos nem por isto fazem parte da estrutura mundana numa dada época. A colagem é, stricto sensu, uma metáfora; ela transporta para o mesmo lugar, reúne, mistura os gêneros sem se preocupar com sua economia e sua lógica próprias.*

Nesse caminhar da pesquisa, ao buscar compreender o sentido da reforma psiquiátrica e as relações de poder, adotei como recursos externos de registro e documentação a utilização do gravador, da máquina fotográfica e o registro dos relatores do grupo-pesquisador realizado em cada Encontro, bem como, as notas de observação dos facilitadores sobre o desenvolvimento do trabalho.

Segundo Tentini e Paim¹⁵⁹: *A documentação de depoimentos e dinâmica de grupo, por gravação ou em fitas cassete, filmagens, descrições manuscritas, configuradas a fotografias, ou outras formas complementares, são um acervo de material que reflete a aproximação do fenômeno que aí se fez.*

Com estas estratégias, busquei **a triangulação na produção de dados**, a partir do entendimento de Gauthier¹⁶⁰ e colaboradores: *o pesquisador constrói uma série de possibilidades de informações que lhe indicam se seu caminho está correto: é a triangulação na coleta de dados.*

Trentini e Paim¹⁶¹ a este respeito destacam: *O estudo dessas informações e a sua organização sistemática em dados dependem também das estratégias que foram utilizadas para dar precisão, confiabilidade, fidelidade e outras qualidades exigidas de informações em pesquisas.*

4.3 A Sociopoética uma arte, um fazer

Tendo como uma das estratégias utilizadas, na produção dos dados, a técnica do grupo-pesquisador, utilizei, como ferramenta, uma construção pessoal, a metáfora da construção da “concha do caramujo”, como forma de favorecer a produção do

¹⁵⁹ TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem: Uma Modalidade Convergente-Assistencial**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. p. 100.

¹⁶⁰ GAUTHIER, J. **Sociopoética**, Rio de Janeiro: Escola Anna Nery/UF RJ, 1999. p. 45.

¹⁶¹ TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem: Uma Modalidade Convergente-Assistencial**.

conhecimento no grupo-pesquisador.

Segundo Ricoeur¹⁶², *“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”*.

A utilização da metáfora como recurso para as oficinas temáticas surgiu da necessidade de se produzir imagens que favorecessem a produção de dados, diminuindo a resistência do grupo-pesquisador.

Ainda, para Ricoeur¹⁶³ (...) *“é nesta síntese do heterogêneo como lugar do não-dito e do inédito que a metáfora e a narração se encontram, trazendo a linguagem, em sucessivas variações imaginativas, a nova pertinência de sentidos impertinentes ou a nova congruência da complexidade da ação”*.

Esta metáfora conta à história do caramujo na construção de sua “própria casa”, ou seja, sua própria vida. Sua concha¹⁶⁴ (casa-vida) registra signos, sinais e sons de sua história em sua passagem pelo fundo do mar. Estes sinais são a representação do conhecimento adquirido pelo caramujo em cada lugar que percorre e vive a sua experiência. Estas inscrições observadas na concha representam, portanto, os diferentes lugares e os materiais com os quais o caramujo constrói sua história. Em determinado momento de sua vida, o caramujo necessita deixar sua concha porque esta se torna pesada demais para a sua movimentação e, a partir daí, começa uma nova construção de casa (história). Esse período de “saída de casa” é o momento de maior fragilidade do caramujo, onde este fica totalmente exposto ao meio em que vive.

*... assim deve a sociopoética completar Deleuze-Guattari e Foucault (seus pensamentos do desmembramento), ao desenvolver o segundo nascimento de Dionísio sua ligação com Nanã, e entender um pouco do silêncio, do mistério da morte no pesquisar, no viver, no vivenciar.*¹⁶⁵

Fazendo uma certa aproximação, os momentos vivenciados pelo grupo-

Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. p. 100.

¹⁶² RICOEUR, P. **A Metáfora Viva**. Porto: Rés, 1983, p. XIV.

¹⁶³ Idem, p. I

¹⁶⁴ Nome científico: carapaça.

¹⁶⁵ Idem, p. 70.

pesquisador nas diversas oficinas propostas, à semelhança do caramujo ao deixar a concha, produziu também, no grupo, certa fragilidade, pois exigiu que cada sujeito do grupo-pesquisador se expusesse ao manifestar opiniões e dúvidas no processo de produção dos dados. Assim como o caramujo registra a construção de sua história na concha, cada momento desta pesquisa, através do instrumento denominado de oficinas temáticas, registrou, também, a construção do conhecimento produzido pelo grupo-pesquisador.

A partir de algumas questões norteadoras, através das quais o grupo-pesquisador procurou responder **porque apesar de implantada a reforma psiquiátrica e os crescentes avanços da legislação de proteção ao sofredor psíquico este continua sendo, ao mesmo tempo, objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar**, desenvolveram-se seis oficinas temáticas entre os meses de agosto a dezembro de 2001.

4.4 Espaços de jogos e astúcias: esgotando o sentido das palavras

Como forma de responder aos pressupostos do tema-problema, a produção de dados, centrada na técnica do grupo-pesquisador, foi organizada em oficinas que permitissem a produção de informações. A produção desse material para o estudo permitiu analisar congruências, contradições e dados de apoio às tendências do tema-orientador.

Como já assinalado, anteriormente, foram convidados a participar do grupo-pesquisador: usuários, familiares, trabalhadores de saúde mental, auxiliares de serviços gerais e de secretaria, estagiários, ou seja, todo o pessoal pertencente a Pensão. Somando um universo de 54 pessoas, que assinaram o consentimento livre e esclarecido, dentre as quais, mais da metade se mantiveram as mesmas até o final dos trabalhos.

4.4.1 Primeira Oficina – “O FUNDO DO MAR”

Reforma Psiquiátrica: a outra margem do processo. O que você acredita que aconteceu?

O encontro teve como objetivo procurar conhecer o tema orientador da pesquisa e delimitar a “demanda do saber” do grupo-pesquisador. Participaram, desta oficina, 26 pessoas.

Dentro da metáfora proposta, este encontro registrou o conhecimento do “fundo do mar”. Inicialmente foi coletada a “história do caramujo”.

Antes de introduzir o tema, foi utilizada uma dinâmica de relaxamento para favorecer a troca de “sentidos”, o conhecimento sobre os componentes do grupo, a qual denominei de “*Eu sou*”.

Inicialmente, realizei uma apresentação do tema a ser pesquisado e a utilização da metáfora do caramujo como forma de favorecer a manifestação dos componentes do grupo-pesquisador.

Na dinâmica “*Eu sou*” cada participante do grupo apresentou-se, o que contribuiu para o favorecimento da discussão, assim, como também, para a possibilidade de integração dos membros do grupo e análise das relações de aproximação a partir da identificação do imaginário de cada um.

Esta dinâmica contribuiu para a valorização do intercâmbio dos membros do grupo e para a promoção das experiências compartilhadas.

Na seqüência do encontro, a partir da apresentação do tema orientador, o grupo construiu em conjunto, utilizando a técnica dos lugares geo-míticos, o retrato da Reforma Psiquiátrica no Estado. Em seguida, houve uma discussão de grupo, a partir do trabalho realizado, onde os participantes analisaram em grupo criticamente a realidade vivida no processo de reforma, elaboraram conceitos e refletiram sobre as responsabilidades de cada um dentro do referido processo.

Este encontro foi importante para se delimitar a “demanda do saber” do grupo-pesquisador, o interesse do grupo no significado do processo de reforma e a tomada de consciência do momento vivido em relação à reforma psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Sul. Além disto, constituiu-se em um momento de compreensão da realidade e de inter-relação dos conceitos de reforma psiquiátrica formulados inicialmente pela pesquisadora e o construído pelo grupo-pesquisador, sendo elaborado, a partir, desse momento, um conceito próprio do grupo-pesquisador.

4.4.2 Segunda Oficina – “CONSTRUINDO A CONCHA”

A transversalidade dos desejos e poderes na instituição de saúde mental. As pessoas do grupo como sujeitos da pesquisa.

O encontro teve como objetivos identificar a percepção das relações que se estabelecem entre os trabalhadores de saúde mental e o sofredor psíquico e provocar o surgimento de novas perguntas, não mais oriundas do tema orientador do pesquisador, mas, sim, como produção do próprio grupo a respeito da temática a ser desenvolvida. Participaram desta oficina 24 pessoas.

De acordo com a metáfora utilizada, este encontro se propôs a identificar os signos, sinais e sons que registra a “concha” de cada sujeito do grupo-pesquisador.

O “retrato” da reforma psiquiátrica foi conceituado pelo grupo. Analisou-se criticamente a realidade vivida no processo de reforma. E, ainda, a reflexão sobre a responsabilidade de cada um, nesse processo, a partir do conteúdo manifesto no primeiro Encontro.

A técnica *dos lugares geo-míticos* estimulou o prazer de descobrir ao parar e olhar um caminho que muitas vezes não se sabe onde vai dar. Neste sentido, o prazer, também, aparece quando o grupo indica alguma coisa que buscamos naquele caminho e que não havíamos percebido. Assim, há a promoção de uma troca de saberes sobre a nossa afetividade na relação com o outro e a percepção de um conhecimento maior sobre nós mesmos e a nossa história.

Finalizando o encontro, como encaminhamentos ou linhas de atuação do grupo, foi realizada uma discussão que denotou a ética dos relacionamentos, sendo explicitados pelo grupo, numa breve avaliação do trabalho, o contexto e o conteúdo das mensagens.

Este encontro teve sua importância na análise e confronto de opiniões sobre o tema apresentado como gerador de perguntas e produção do próprio grupo.

4.4.3 Terceira Oficina – “A NOVA CASA”

Em uma concha cabe o mar

O encontro teve como objetivo identificar o relacionamento que se estabelece entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico, no processo de reforma psiquiátrica. Participaram desta oficina 25 pessoas.

Já como uma produção do próprio grupo, a palavra geradora é apresentada e estabelece-se uma discussão, no sentido de reafirmar ou não o que foi apresentado até então.

Para o desenvolvimento do trabalho, o grupo-pesquisador foi convidado a formar pequenos grupos e conceituar a palavra proposta pelo grupo no encontro anterior relacionando-a ao processo de reforma e as relações que se estabelecem entre o trabalhador e o sofredor psíquico.

A leitura e apresentação dos grupos sobre a mesma temática possibilitou o intercâmbio do grupo-pesquisador como um todo.

O resultado de uma maior e melhor conceituação dada pelo grupo-pesquisador, sobre a palavra proposta como identificadora e resultante do tema: “relações de poder” no contexto da Reforma foi, também, discutida no grande grupo, o que propiciou uma aproximação maior da realidade vivenciada pelo próprio grupo.

Finalizando, o encontro trouxe uma diversidade de aspectos que procurou dar conta da complexidade da questão.

4.4.4 Quarta Oficina – “O PESO DA CONCHA”

Como diz o dito popular “de médico e de louco, todo mundo tem um pouco”.

O encontro tem como objetivo identificar, descrever, dimensionar a cultura, o saber do grupo sobre as relações que se estabelecem entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico. Participaram desta oficina 22 pessoas.

Na metáfora utilizada, este encontro pretendeu dimensionar, ainda, os padrões de conhecimento existentes no grupo-pesquisador sobre a loucura e o louco.

Inicialmente, foi proposta, uma técnica de escolha de palavras chaves, dispostas no chão e oriundas dos primeiros encontros do grupo-pesquisador.

Cada membro do grupo, ao escolher sua palavra chave, justificou sua escolha, defendendo a idéia com forte argumentação.

Após a apresentação da palavra, o grupo foi convidado a debater as escolhas realizadas relacionando-as com os aspectos da prática vivenciada no serviço de atenção à saúde mental.

A seguir, foi feita uma reflexão sobre o trabalho apresentado, a qual contribuiu para uma “transformação do mundo”, seja no sentido de permitir ao grupo captar a realidade histórica, concreta, do “ser médico e louco”, promover o conhecimento da realidade local a partir de situações e sujeitos que realizam anonimamente a história; propiciar o entendimento de que a loucura mesmo imersa num movimento histórico de amplo alcance é sempre uma versão local desse movimento; contribuir para que possam ser explicitadas as correlações de forças que tomam forma internamente na instituição, as formas de relação predominantes, as prioridades administrativas, as tradições acadêmicas, isto é, tudo o que constitui a trama real na prática da saúde mental no novo modelo de reforma proposto.

4.4.5 Quinta Oficina – “O CARAMUJO CHEGOU A PRAIA”

A intenção de ver e ser-visto – A não dissociação do par nas formas de relação que se estabelecem na instituição.

A partir das perspectivas levantadas no encontro anterior, este encontro tem como objetivos promover a formação de “conclusões hipotéticas” sobre a estrutura de pensamento do grupo e permitir por parte da pesquisadora a manifestação de opiniões a respeito de seus pressupostos que deram origem à pesquisa estabelecendo uma relação com o conteúdo manifesto pelo grupo. Participaram desta oficina 25 pessoas.

Deste tipo de subsídios teóricos mais próximos da realidade da reforma psiquiátrica poderá se obter pistas conceituais de como abordar as questões levantadas pelo grupo-pesquisador, em uma construção teórica que resgata, para Santos e Gauthier¹⁶⁶ (...) “o aprender como o se apropriar de um saber não possuído e que pode ser encontrado em objetos, lugares e pessoas”.

Na sala, foram colocadas pelo chão várias gravuras referentes às relações humanas, em seguida solicitou-se que os membros do grupo percorressem a sala e escolhessem aquela gravura que mais lhes chamou a atenção. Logo após, as pessoas foram convidadas a uma escuta sensível e cada

¹⁶⁶ SANTOS, I.; GAUTHIER, J. *Enfermagem e Análise Institucional e Sócio-Poética*. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery-UFRJ, 1999. p. 57.

um declarou porque a gravura escolhida lhe chamou atenção. Esta técnica permitiu a cada pessoa se mostrar e deixar o seu saber aflorar, logo após foram montados vários painéis com as imagens escolhidas.

Concordando com Santos e Gauthier¹⁶⁷ sobre este momento do grupo-pesquisador cabe salientar que na relação de saber destacam-se: *"ações, percepções e emoções e o conhecimento de como a relação de saber e a relação de aprender podem interferir na construção de saberes individuais e coletivos"*.

Finalizando o encontro, promoveu uma discussão de grupo a respeito do conteúdo e significado das escolhas realizadas, confirmando a apropriação, por parte do grupo-pesquisador de um saber "não possuído" e que pode ser identificado através da técnica de colagem de gravuras.

4.4.6 Sexta Oficina – “O ABANDONO DA CONCHA”

O saber como relação, produto e resultado.

O encontro teve como objetivo promover a avaliação grupal de todo o processo de estudo. Participaram desta oficina 24 pessoas.

Em consonância com a metáfora, este encontro propôs o “abandono da concha” e teve como objetivo a construção de uma “nova concha”, o qual, tem como significado a criação de um novo conhecimento.

Inicialmente foi proposta uma técnica de sensibilização denominada por mim de *“Laços de família”*. Cada pessoa escolheu um colega de grupo e fez uma apresentação em termos do afeto que o colega despertou no grupo. Este momento abriu espaço para o debate, apreciação das relações e críticas visando o aperfeiçoamento e incentivo para a continuidade do processo no grupo.

Logo, a seguir foi proposto que o grupo formasse pequenos grupos e foi trabalhado o seu conhecimento e sua relação com a prática, aquele conhecimento que cada um tem, aquele saber que cada um possui e sua relação com o cotidiano da Pensão, com a vida prática da Pensão, sendo apresentado como conteúdo teórico para análise a Lei de Reforma Psiquiátrica, Lei 9.716 do Estado do Rio Grande do Sul.

Logo após, se deu início a avaliação do processo de pesquisa desenvolvido com este método do grupo-pesquisador. Procurei, nesse momento, apontar tudo que pode dar uma consciência melhor das implicações de onde surgiu o tema orientador, da busca teórica (modelo foucaultiano de poder) que apóia esta construção; entendimento político (Lei 9.716, da Reforma Psiquiátrica); a unicidade da realidade em estudo colocando o desafio de aprender analiticamente o que *“a vida”* da pesquisa reuniu.

Assim, o importante foi evitar, nesse momento, a transferência mecânica daqueles conceitos que, embora tenham uma tradição consagrada nas ciências sociais, foram elaborados e definidos como pertencentes a outro nível, o do pesquisador. O trabalho no grupo exigiu o respeito à avaliação das categorias apontadas pelo grupo-pesquisador e a precisão dos conceitos necessários ou, mais pertinentes, ao tema trabalhado. Para finalizar esse momento, a avaliação reuniu processo e produto da pesquisa inter-relacionadamente com a reflexão e o debate teórico.

4.4.7 Técnica de Observação Participante

Aliado, a técnica do grupo-pesquisador, foi utilizada a técnica da observação participante que, segundo Bruyn (1966) apud Haguette¹⁶⁸, permite:... *um compartilhar*

¹⁶⁷ Idem., p. 58

¹⁶⁸ BRUYN apud HAGUETTE. T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1992, p.

consciente e sistemático, conforme as circunstâncias o permitam, nas atividades de vida e, eventualmente, nos interesses e afetos de um grupo de pessoas.

Também, para Trentini e Paim¹⁶⁹, a observação é uma ação inerente à nossa vida cotidiana. Se você prestar atenção às observações feitas no decorrer de apenas um dia de sua existência, verá que observa fenômenos os mais variados (...) quando, porém observamos certa situação com o objetivo de responder a uma indagação específica, esta observação se tornará um processo consciente e, portanto, poderá ser sistematizada.

Essa assertiva pode ser reforçada por Triviños¹⁷⁰ ao referir-se a um observar determinado, àquele outro que detém nossa atenção, que deverá ser abstratamente separado de seu contexto: *em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atividades, significados.*

Como destaque central da modalidade de observação participante, cabe registrar a colocação feita por Richardson¹⁷¹ com relação à postura desempenhada pelo observador: *Na observação participante, o observador não é apenas um espectador do fato que está sendo estudado, ele se coloca na posição e ao nível dos outros elementos humanos que compõem o fenômeno a ser observado.*

Cabe, ainda, destacar como dois aspectos positivos, assinalados por Richardson (1999), o fato de se obter a informação no momento que ocorre o fato e a presença do observador no acontecimento.

A própria idéia de aliar a técnica da observação participante à técnica do grupo-pesquisador pode ser respondida, ainda, por Richardson¹⁷² como apropriada, já que: *A grande vantagem da observação participante diz respeito à sua própria natureza, isto é, ao fato do pesquisador tornar-se membro do grupo sob observação.*

Esta técnica, no desenrolar da pesquisa, envolveu quatro momentos intercomplementares e interdependentes, ora individuais ora coletivos com o propósito

70

¹⁶⁹ TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem: Uma Modalidade Convergente Assistencial**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. p. 88.

¹⁷⁰ TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1990. p. 153.

¹⁷¹ RICHARDSON, R. J. e Col. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999. p. 261.

de: caracterização do cenário e dos atores do estudo; reconhecimento da realidade; diagnóstico da realidade e o planejamento de alternativas para a transformação positiva desta realidade, bem como, um encaminhamento para o processo emancipatório dos sujeitos envolvidos.

Optei por observação participante, como já assinalado anteriormente, de caráter livre, tendo em vista a essência que conserva a pesquisa qualitativa: **a importância dos sujeitos, de sua prática e a ausência de pré-categorias de observação.**

Quanto à produção dos dados, na observação participante, foram considerados os seguintes aspectos metodológicos: as anotações de campo e a amostragem de tempo.

Tiveram início com a coleta de informações as Notas de Campo, ou como convencionei chamar, Notas de Observação (NO). As anotações de campo ou NO consistiram, fundamentalmente, na descrição física e afetiva dos sujeitos (grupo-pesquisador) e na descrição dos aspectos eco-socio-culturais no qual estão estes mesmos sujeitos inseridos.

Quanto à amostragem do tempo, esta foi realizada através da escolha intencional de aliar os momentos de observação ao da realização das oficinas, já que, nestes momentos, concentram-se, no local, todos os trabalhadores da Casa. Os dias escolhidos para a realização das oficinas eram, portanto, os mesmos dias da reunião de equipe de trabalho da Casa. Ao todo, foram sete momentos, nos quais procurei manter uma descrição fidedigna das circunstâncias físicas consideradas, manifestações (verbais ou corporais) e das situações vivenciadas. O roteiro das anotações de campo é apresentado no APENDICE I, integrando as outras observações, obedecendo a uma sistematização das diversas modalidades de observações apresentadas a seguir.

4.5 A matriz geológica do caramujo grupo-pesquisador: o

¹⁷² Idem, p. 262.

registro de uma passagem na história da pesquisa

A forma de registros foi semelhante à adotada por Trentini e Paim¹⁷³ reforçada, também, por Nitschke¹⁷⁴ sendo utilizadas, portanto: “*Notas de Observação*”, “*Notas do Pesquisador*”, “*Notas Metodológicas*” e “*Notas Teóricas*”. Foram acrescidas, a este material as “*Notas de Oficinas*”, “*Notas dos Facilitadores*” e “*Notas dos Relatores*” como forma de complementar os dados observados.

Nas “*Notas de Observação*” (**NO**) foram relatadas as descrições dos sujeitos, as interações entre os membros do grupo-pesquisador, os comportamentos dos sujeitos que convivem na Casa, o dia-a-dia das atividades desenvolvidas e os diálogos mantidos fora do grupo-pesquisador.

Nas “*Notas do Pesquisador*” (**NP**) foram registradas, as percepções, os sentimentos, as reflexões e conhecimento adquirido na pesquisa pelo próprio pesquisador.

Nas “*Notas Metodológicas*” (**NM**) foram registrados aspectos relevantes da metodologia utilizada e sua adequação ao momento vivenciado no decorrer da pesquisa.

Nas “*Notas Teóricas*” (**NT**) foram relatados os aspectos teóricos pertinentes ao conteúdo, manifesto das oficinas e sua relação com os pressupostos da Tese e com o referencial teórico proposto.

Nas “*Notas de Oficinas*” (**NOF**) foram registrados na íntegra e fielmente os diálogos presenciados, verbalizações e comentários espontâneos originados durante a realização das oficinas temáticas.

Nas “*Notas dos Facilitadores*” (**NF**) foram registrados as inter-relações produzidas no grupo-pesquisador, as intervenções propostas para o aprofundamento da temática e a observação do facilitar sobre o desenvolvimento das oficinas temáticas.

¹⁷³ TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem: Uma Modalidade Convergente-Assistencial**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. p. 102-104.

¹⁷⁴ NITSCHKE, R. G. **Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para interação familiar saudável**. Florianópolis, 1991. 313 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) PEN/UFSC.

Nas “Notas dos Relatores” (NR) foram registrados aspectos do desenvolvimento do trabalho em pequenos grupos e discussão do grupo-pesquisador.

Os registros foram feitos de modo descritivo, logo após o término das observações, a fim de que não se perdessem os seus aspectos mais relevantes. As transcrições das fitas (Notas de Oficinas), os resumos que compuseram as Notas de Observação, Notas Teóricas, Notas do Pesquisador, Notas Metodológicas, Notas dos Facilitadores e Notas dos Relatores que integram a apresentação dos Encontros são apresentados no Apêndice I.

4.6 Desvendando o desenho que faz a estética do caramujo

Concomitantemente ao trilhar do grupo-pesquisador que permitiu traçar tal ou qual silhueta da pesquisa, a análise dos dados acompanhou e permeou todos os momentos desta pesquisa desde o seu início, tornando-se mais incisiva a análise, ao se concluir a etapa de produção dos dados.

O material colhido foi submetido à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin¹⁷⁵ a qual é designada como:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

A sistematização e a explicitação do conteúdo das mensagens propostas por Bardin, nem sempre foi facilmente alcançada. Somente após um “trilhar amoroso”, expressão utilizada por Gauthier,¹⁷⁶ (...) *vem o tempo da intuição, daquelas escolhas necessariamente subjetivas, (...) pois a estrutura de pensamento procurada não é sempre bem visível.*

¹⁷⁵ BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: 70, 1977. p. 42.

¹⁷⁶ GAUTHIER, J. **Sociopoética**. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery/UFRJ, 1999, p. 47.

Ainda, segundo Gauthier (1999), a análise dos dados é um trabalho de interpretação do conteúdo de pensamento do grupo-pesquisador e, permite, ao pesquisador, tocar alguns aspectos do pensamento inconsciente do próprio grupo.

Cabe destacar que, ao final do processo de análise dos dados, foi marcado novo encontro com o grupo-pesquisador, onde publicamente foram discutidas as categorias de análise encontradas e cada pessoa, no grupo, pôde avaliar e validar ou não as categorias que emergiram no trabalho de produção de dados num processo de avaliação do próprio grupo-pesquisador. Este trabalho pretendeu uma maior e melhor validação dos resultados.

Ao se trabalhar a palavra e o seu significado, buscou-se na análise de conteúdo compreender as mensagens (comunicação) do grupo-pesquisador.

Concordando com Bardin:¹⁷⁷ *O analista possui a sua disposição (ou cria) todo um jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à questão que procura resolver.*

E, por falar em jogo, a utilização das Notas de Observação, bem como as demais notas se constituíram em uma análise preliminar dos dados, sendo produzidas ao término de cada oficina realizada.

Entre os autores que reforçam a análise preliminar ao trabalho de campo Cicourel apud Minayo¹⁷⁸ refere que: *Cada passo produz dados que podem ser relacionados com dados a serem obtidos, posteriormente, a fim de: melhorar a teoria, a metodologia e clarificar o problema central.*

A tarefa de análise de dados é uma tarefa imensa e, embora, tenha, também, se constituído em um desafio para mim, pois, ao não existirem regras fixadas *à priori*, foi necessário organizar e dar sentido ao material produzido pelo grupo-pesquisador.

A principal tarefa, nesse momento da pesquisa, foi a ordenação do material qualitativo e a elaboração de um método de indexação do seu conteúdo.

A codificação, então realizada, foi feita através do encontro de categorias

¹⁷⁷ BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: 70, 1977, p. 42.

¹⁷⁸ CICOUREL apud MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992, p. 147.

(códigos que pudessem significar segmentos de dados) e suas propriedades. Ao serem identificadas as categorias, foi possível estabelecer sub-categorias e sua relação com as questões propostas no estudo.

Para Bardin,¹⁷⁹ *a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo.*

As oficinas foram analisadas através da transcrição em fita cassete e, de seus respectivos registros através das notas ao final de cada encontro.

Até este momento, os registros em forma de notas, bem como o que compôs a análise preliminar foram manuscritos.

Após a digitação do material coletado, procedi a uma nova leitura dos dados, o que trouxe um “novo olhar” para os dados produzidos no campo de estudo.

Como dar continuidade à categorização dos dados? Foi, nesse momento, que a criação dos *arquivos conceituais*, possibilitou que, esses mesmos arquivos, então, separados em tópicos (palavras), fossem reunidos em *unidades de registro* (tema) que, por sua vez, foram, novamente distribuídos em *unidades de significação complexa*” ou tema eixo, onde o discurso, pôde então, se organizar.

Um dos aspectos que facilitou esse momento de análise dos dados foi a utilização da margem direita das páginas de transcrição dos diálogos do grupo-pesquisador, onde foram apontados os arquivos conceituais e as unidades de registro.

O perfil delineado nessa análise resultou na formação de unidades de significação complexa e contemplou os objetivos da pesquisa que, a partir daí, permitiu outros dois momentos da análise: *a inferência e a interpretação.*

Toda essa caminhada consumiu um período longo de tempo onde as certezas e incertezas do processo permearam a análise dos dados.

Ao iniciar a análise dos dados, me senti fascinada pela possibilidade de novas descobertas e, ao mesmo tempo, temerosa desse “trilhar amoroso”, pois, é uma caminhada entre o que poderia ser falso e o que poderia ser verdadeiro.

¹⁷⁹ BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa:70, 1977, p. 103

Concordando com o significado dado por Foucault¹⁸⁰ sobre seu conceito de verdade este não significa para o autor: *o conjunto de coisas verdadeiras que devemos descobrir ou fazer aceitar, mas o conjunto das regras segundo as quais separamos o verdadeiro do falso e atribuímos ao falso, efeitos específicos de poder.*

Confesso que senti, também, certa resistência ao iniciar esta etapa do trabalho, o que, no sentido psicanalítico, poderia significar uma certa possibilidade de retardar possíveis conflitos, dominá-los parcialmente, ou ainda, a posição “privilegiada” de resolvê-los imaginariamente.

O rodeio ou receio em começar, efetivamente, o trabalho, não demorou muito tempo, pois, a vida nos empurra a cada instante e não podemos nos paralisar quando é necessário agir.

Era preciso, portanto, estudar aquela comunicação que guardava em seus elementos constituintes (a palavra), todo o segredo do vir a ser, do devir, a concretização da utopia (a própria Tese).

Era preciso descobrir o que diziam as falas e sua relação complexa com um referente implícito, re-descobrir através delas os pressupostos da pesquisa, suas questões numa concepção do discurso como palavra em ato.

O processo de análise dos dados durou um período de cinco meses, durante os quais a conversa constante com o material produzido, a motivação, o desejo e o investimento apreendido foi intenso para alcançar o que procurava.

Observo que esse trabalho de elaboração traz consigo um conteúdo latente que permeia a organização do material coletado, sua categorização e análise. A preocupação, inicial, era: que a qualidade da análise pudesse fazer justiça à quantidade de material coletado. Era, portanto, uma elaboração do pensamento, aqui e agora, ligada à elaboração da palavra, sem perder de vista a qualidade do resultado a ser apresentado.

Ligado a tudo isso, foi necessário, ainda, uma convergência das influências, teóricas e metodológicas, para proceder à análise.

¹⁸⁰ FOUCAULT, M. In: RABINOW, P.; DREYFUS, P. **Michel Foucault. Uma Trajetória Filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995. p.263.

Finalizando, foram utilizadas as letras GP para assinalar as falas do grupo-pesquisador.

As categorias e subcategorias emergiram, após nova análise, a partir da reunião de todos os dados da coluna da direita que passaram a integrar duas grandes categorias com suas respectivas subcategorias, constituindo o que chamei de **Míticas: aquilo que faz andar.**

Como resultado desse trabalho de categorização e análise, a partir das técnicas utilizadas para a produção dos dados, apresento a seguir as categorias de análise que emergiram do tratamento dos dados:

1- Visibilidade e Invisibilidade dos Dispositivos Disciplinares de Poder

a- A força é relativa, combinada...

b- As relações entre os trabalhadores de saúde mental e o sofredor psíquico estão confusas...

c- As tecnologias normalizadoras ampliando seus domínios...

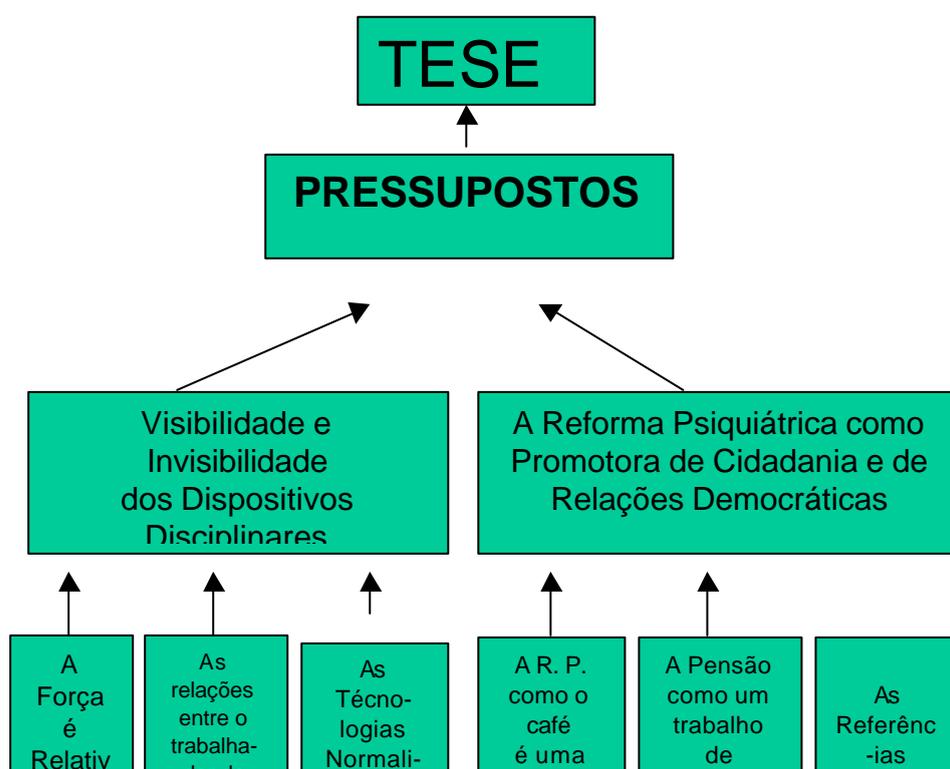
2- A Reforma Psiquiátrica como Promotora de Cidadania e de Relações Democráticas

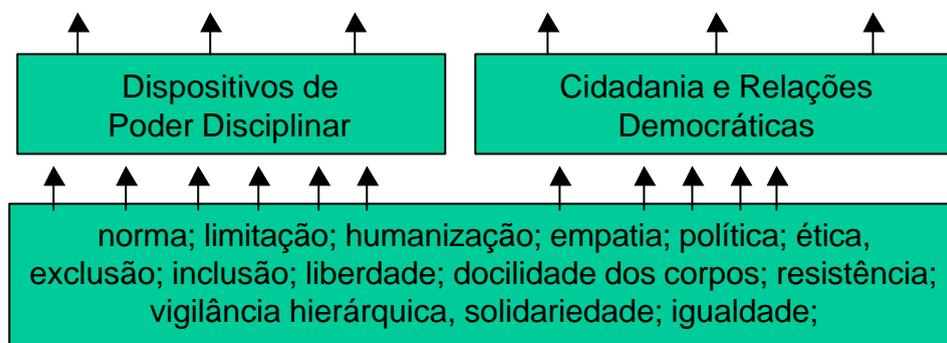
a- A Reforma Psiquiátrica, como o café é uma construção do dia-a-dia...

b- A Pensão como um trabalho de características políticas, a Lei 9.716...

c- As referências éticas como norte...

A apresentação destas categorias e subcategorias para sua maior e melhor compreensão pelo leitor podem ser visualizadas, no diagrama construído para este fim:





Cabe destacar, novamente, que ao final do processo de análise dos dados, foi marcado novo encontro com o grupo-pesquisador, onde foram discutidas as categorias de análise encontradas e cada pessoa, no grupo, pode avaliar e reconhecer publicamente, as categorias que emergiram no trabalho de produção de danos num processo de avaliação do próprio grupo-pesquisador. Este trabalho pretendeu submeter os resultados obtidos na análise de dados a validação do grupo. Este 7º Encontro é o momento de Validação da Sociopoética pelo grupo-pesquisador ficando, estabelecido no grupo, o compromisso de que, logo após a Defesa da Tese, se trabalhe o **6º Momento da técnica do grupo-pesquisador**, isto é, **a socialização do conhecimento**, sendo proposto, então, a organização de seminários para a apresentação do presente estudo com a participação de outros serviços da rede de atenção à saúde mental.

4.7 O mar ético que nos contempla através do pesquisar

Inicialmente, é preciso situar o que significa a palavra ética, qual a sua conceituação e compreensão para um procedimento ético em pesquisa.

Concordando, com Foucault apud Rabinow e Dreyfus¹⁸¹, a ética é: *rapport à soi*, o tipo de relação que se deve ter consigo mesmo e que determina a maneira pela

qual o indivíduo deve se constituir a si mesmo como o sujeito moral de suas próprias ações.

Nessa mesma ótica, Padilha¹⁸² refere que: a responsabilidade é dever, obrigação do pesquisador de produzir um conhecimento digno e enriquecedor para a ciência que se ocupa, bem como compartilhar a forma como essa descoberta será feita, com aquele que lhe dará as ferramentas para atingir seu objetivo, o sujeito da pesquisa.

É importante destacar que aqueles aspectos da pesquisa como: garantia do anonimato e, o sigilo dos dados, foi mantido. O projeto foi inicialmente apreciado pela Comissão de Ética da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre/RS e aprovado.

Logo após a aprovação, foi apresentado à equipe técnica que trabalha na unidade sanitária a ser pesquisada e que, também, obteve o consentimento do grupo e, por fim, cada sujeito do grupo-pesquisador, depois de conhecer o projeto, deu seu consentimento livre e esclarecido por escrito a fim de participar da pesquisa integrando o grupo-pesquisador (APÊNDICE II).

Estes sujeitos, foram alertados para a possibilidade, se assim o desejassem, de se desligarem do grupo-pesquisador e, ao mesmo tempo, de que, no decorrer do trabalho, todo o acesso à informação seria fornecido.

Baseada na resolução 196/96, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentares de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, procurei respeitar a dignidade de cada participante do grupo-pesquisador, compartilhar informações e promover a autonomia e o diálogo franco no grupo.

¹⁸¹ Idem, p. 263.

¹⁸² PADILHA, M. I. C. S. Questões éticas: cuidados metodológicos na pesquisa de enfermagem: **Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 4. n. 2. 1995. p. 118-132.

V - MÍTICAS: AQUILO QUE FAZ ANDAR



Existiam, de fato, práticas- e muito especialmente essa importante prática do internamento que se havia desenvolvido desde os começos do século XVII e que havia sido a condição para a inserção do sujeito louco neste tipo de jogo de verdade- que me reenviavam muito mais ao problema das instituições de poder que ao problema da ideologia. E foi desse modo como tive que apresentar o problema das relações de poder/saber, um problema que não é para mim o fundamental, se não mais bem um instrumento que me permite analisar, da forma que me parece mais precisa, o problema das relações existentes entre sujeito e jogos de verdade. (FOUCAULT, 1987, p. 122).

A partir desse momento em que a produção do grupo-pesquisador será apresentada, o uso das categorias e sub-categorias de registro adquire um caráter quase banal, pois chegar a elas, às noções correspondentes e as especificidades dessa relação, muito particular, é tarefa de alta complexidade a qual consumiu infindáveis dias, semanas e meses. O receio de cair em reducionismos, atualmente inaceitáveis, tendo em vista o caráter qualitativo da pesquisa, bem como, em uma possível ideologização político-partidária provocou, também, um certo nível de temores

ao elaborar esse momento acadêmico.

Diante desse contexto, conforme já venho destacando, a descoberta de que tudo era importante, selecionar algo a ser excluído poderia ocasionar uma perda significativa do conjunto de conhecimentos produzidos pelo grupo-pesquisador.

O risco de perder-me nesse labirinto, a exemplo da história mitológica do “Minotauro”, só foi superado ao buscar alicerçar o conhecimento produzido pelo grupo-pesquisador ao conjunto de conhecimentos produzidos pelo autor que dá sustentação ao referencial teórico -Michel Foucault- e, a partir dele, então, ao definir **a ligação chave**, *relações de poder e seus dispositivos nos serviços de atenção a saúde mental*, foi possível selecionar as categorias e sub-categorias significantes a serem desenvolvidas.

5.1 VISIBILIDADE E INVISIBILIDADE DOS DISPOSITIVOS DISCIPLINARES DE PODER

Antes de entrar nos detalhes da análise sobre os dispositivos disciplinares de poder é importante deixar claro que, como Foucault, esta analítica não pretende “*escrever à história do passado em termos do presente*” nem, ao menos, encontrar “*a semente do presente em um ponto distante do passado*”. Não é, portanto, uma análise presenteista, nem, tampouco, finalista. Pretendo, fazer uma reflexão sobre **o descompasso entre a vitória no campo jurídico, o novo discurso da reforma psiquiátrica e uma prática e um fazer que parecem negar a emancipação do sofredor psíquico, isto é, sua condição de cidadão.**

A categoria de análise: **visibilidade e invisibilidade dos dispositivos disciplinares de poder** pretende apresentar de um modo diagnóstico a situação atual das relações disciplinares de poder no serviço de atenção à saúde mental, tendo como subcategorias ou tema eixo a organização do discurso, abaixo descrito e comentado.

a- A força é relativa, combinada...

Sob determinada ótica, na objetivação dos corpos, a força relativa, combinada, é o eixo para a compreensão das relações de poder que se estabelecem no processo de Reforma.

De uma maneira generalizada pode-se dizer que a normalização do social, no processo de Reforma, utiliza uma combinação de elementos (disciplina e afeto) para a conquista de seu propósito: tornar os corpos úteis e dóceis.

Concordando com Foucault¹⁸³ sobre a técnica da observação minuciosa do detalhe para a utilização dos homens:

Uma observação minuciosa do detalhe, e ao mesmo tempo um enfoque político dessas pequenas coisas, para controle e utilização dos homens, sobem através da era clássica, levando consigo todo um conjunto de técnicas, todo um corpo de processos e de saber, de descrições, de receitas e de dados. E desses esmiuçamentos, sem dúvida, nasceu o homem do humanismo moderno.

Por mais paradoxal que isto possa parecer e por mais contraditórios que sejam os resultados, pode-se dizer que, de certo modo, a Reforma Psiquiátrica carrega, ainda, os estigmas de uma doença: a disciplina.

A disciplinarização das sociedades, a partir do século XVIII na Europa, para Rabinow e Dreyfus (1995), tentou um ajuste, cada vez mais racional e econômico, entre as atividades produtivas, as redes de comunicação e o jogo das relações de poder.

Nessa mesma linha de pensamento, para Ornellas:¹⁸⁴ *Enquanto o equilíbrio e a harmonia, interna e externa, constituem a base sobre a qual foram elaboradas as explicações dos gregos sobre saúde e doença, o que se dá nos séculos XVII e XVIII é a emergência de um novo olhar que observa e analisa, como princípio metodológico da estruturação dos saberes.*

Esse mesmo princípio metodológico aplicado à racionalização do social, segundo Luz¹⁸⁵, envolve: (...) *a criação de instituições que tem por objetivo a objetivação dos corpos humanos através da organização de políticas e práticas sociais.*

¹⁸³ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 130.

¹⁸⁴ ORNELLAS, C. P. **O Paciente Excluído: História e Crítica das Práticas Médicas de Confinamento**. Rio de Janeiro: Reven, 1997, p. 25.

¹⁸⁵ LUZ, M. T. **As Instituições Médicas no Brasil**. Rio de Janeiro. Graal, 1982, p. 84.

A diversidade de práticas e discursos sociais voltados para uma verdadeira normalização do indivíduo ainda, para Luz (1982), pode ser observada em instituições que concentram o caráter de disciplinamento do social como: os quartéis, as escolas, os conventos, asilos e hospitais. Estas instituições são criadas com o objetivo de aplicar o racionalismo à moral do período.

A importância dada ao aspecto de normalização do social é enfatizada pelo grupo-pesquisador:

*GP - “Eu posso dizer que não há liberdade e impor a minha força. Mas, aqui, diferente dos outros lugares que eu trabalhei, a gente não usa, **tanto**, a força, ela é **relativa**, ela é **combinada**”.*

GP- “E, eu acho, também, que a gente (trabalhador de saúde mental) tem o direito de errar com eles (sofredor psíquico), que é o mesmo direito que nós temos de não saber fazer um café. Às vezes, a gente está lidando com eles e acha que a gente está certa e não está”.

GP - “Se a gente entende que impor a força para alguns pacientes, tipo assim: Ou tu fazes isso, ou tu vais embora, se a gente entende que isso é bom para o paciente a gente faz, mas isso é custoso para a gente fazer, isso é uma coisa que não existe nos outros lugares, as pessoas impõe a força quando tem, não quando é adequado ou não. Se eu quero, eu imponho, mas, eu não uso a força contra este ou aquele quando eu tenho essa força. Eu uso quando eu acho que é adequado para elas. E, às vezes, mesmo sendo adequado, eles conseguem que eu não use. Isso é uma coisa em aberto que a gente não entende”.

GP- “eu uso –a força, quando eu acho que é necessário naquele momento”..

Creio que, se inaugura, assim, um novo nível de inteligibilidade das práticas em saúde mental onde o exercício da força é, portanto, **relativo, combinado**. Na tentativa de normalização do social, fica clara a subordinação das práticas organizadas a uma avaliação pessoal do como e quanto é necessário utilizar estratégias de força para que se mantenham as regras de convívio, a ordenação da vida diária. Observo que a prática é considerada mais fundamental do que a teoria na busca de algum sistema de regras de formação.

Este aspecto de objetivação dos corpos humanos é salientado, também, por Ornellas:¹⁸⁶

¹⁸⁶ ORNELLAS, C. P. **O Paciente Excluído: História e Crítica das Práticas Médicas de Confinamento**. Rio de

Enquanto os paradigmas são substituídos, as formas de intervenção vão sendo elaboradas, e a organização das práticas adquire consistência. Dos modos de compreender a saúde e a doença sucedem-se os diferentes modos de lidar com ambos: a elaboração de práticas e saberes, consubstanciados em um trabalho, de que o corpo dos indivíduos consiste no primeiro objeto, e a criação e organização de formas institucionalizadas de intervenção coletiva.

Neste sentido, aponta Castel apud Figueira:¹⁸⁷ (...) *a doença mental, ao mesmo tempo, que, é subjetivamente uma infelicidade, é objetivamente, ao menos em parte, o produto de um conjunto de processos complexos que não são todos, bem longe disso, de ordem psicológica.* Fazendo um comentário sobre a citação de Castel, Figueira¹⁸⁸ posiciona-se: (...) *Tal ideologia, difusa (porque não dá nome aos processos complexos) e negativa (porque neles diminui o peso ponderal dos de ordem psicológica), aponta a sociedade como patrocinadora da loucura (ou como empresária da demanda).*

Portadores do “segredo” e emissários da “salvação”: a psiquiatria, pretende, portanto, uma mudança importante na visão que é dada pela sociedade à doença mental.

De acordo com Goffman:¹⁸⁹

O objetivo da psiquiatria tem sido interpor uma perspectiva técnica: a compreensão e o tratamento devem substituir o revide; uma preocupação com os interesses do ofensor (público leigo) deve substituir a preocupação com o círculo social por ele ofendido. Abstenho-me de comentar aqui o infortúnio que tem representado para muito destes ofensores terem sido agraciados com tais benesses da medicina.

No mesmo texto, podemos observar a contradição da psiquiatria apontada pelo próprio Goffman¹⁹⁰ na seguinte citação:

Ao passar tão rapidamente do delito social ao sintoma mental, o psiquiatra tende a apresentar a mesma dificuldade que o leigo para avaliar a impropriedade de um dado ato – o que é defensável no caso de atos extremamente desviantes, mas não quando se trata de muitas outras impropriedades mais suaves. Isto é inevitável, pois simplesmente não possuímos um mapeamento técnico dos vários padrões de comportamento aprovados em uma sociedade, e mesmo a pouca informação que temos não é ministrada durante o treinamento nas escolas de medicina.

janeiro. Reven, 1997. p. 29.

¹⁸⁷ CASTEL, apud FIGUEIRA, S.A (org.) Notas Introdutórias ao Estudo das Terapêuticas II: Robert Castel e Michel Foucault. In: _____. **Sociedade e Doença Mental**. Rio de Janeiro: Campus, 1978. p. 105.

¹⁸⁸ FIGUEIRA, S.A (org.) Notas Introdutórias ao Estudo das Terapêuticas II: Robert Castel e Michel Foucault. In: _____. **Sociedade e Doença Mental**. Rio de Janeiro: Campus, 1978. p. 105.

¹⁸⁹ GOFFMAN, E. Sintomas Mentais e Ordem Pública In: FIGUEIRA, S. A (org.) **Sociedade e Doença Mental**, Rio de Janeiro: Campus, 1978. p. 9.

¹⁹⁰ Idem, p. 10.

Observa-se nas enunciações acima uma ênfase ora na necessidade de se modificar a percepção do social sobre o sofredor psíquico e, ao mesmo tempo, a impossibilidade da psiquiatria, ao se intitular detentora de uma “abordagem esclarecida” sobre a doença mental, de “vender” no mercado social suas próprias fantasias a respeito da doença mental. Ao contrário, observa-se, na história da psiquiatria, um movimento de reforçar a idéia da conduta manifesta pelo sofredor psíquico como delito social, tendo em vista as “terapêuticas” (penas) utilizadas pela psiquiatria, ao longo dos séculos, com o objetivo do disciplinamento social (cura) àqueles que padecem de sofrimento psíquico.

No entendimento apresentado pelo grupo-pesquisador, esta idéia é reafirmada pelo exercício do controle social, através da racionalização utilitária do detalhe na contabilidade moral e no controle político do social. Para Foucault,¹⁹¹ a era clássica não a inaugurou mas, soube, muito bem, ressaltá-la: *Nessa grande tradição da eminência do detalhe viriam se localizar, sem dificuldade, todas as meticulosidades da educação cristã, da pedagogia escolar ou militar, de todas as formas, finalmente de treinamento.*

GP- *“Se estabeleceu um dia para o café preto, buscando aquela coisa de uma postura junto ao café, independente dele ser descafeinado ou não... deixou-se de fazer o café preto (diariamente) e todos os dias se serve o café com leite e eles podem tomar a vontade para que este contato se torne natural”.*

GP – *“Alimentação, por isso eu achei interessante quando colocaram essa questão do leite. Acho que o leite significa isso, mais assim, o lado mais afetivo que faltou, das carências que não veio da mãe, do leite materno e que muitas vezes a gente tem que fazer esse papel, injetar o leite, mais maternal, para poder acessar mais alguma coisa”.*

GP – *“Se a gente vai ver no café a gente pode colocar canela, botar chocolate, dependendo do gosto a gente vai acrescentando o ingrediente que for do desejo da pessoa. A gente pode fazer vários tipos: o pingado, o expresso. E, aí, o café, também, traduz isso, para cada um vai buscar aquilo que é do seu desejo, vai poder botar uma pitadinha daquilo que ele gosta, vai fazer o seu café, personalizar o seu café, talvez”.*

O destaque dado, a troca do café pelo café descafeinado, confirma a compreensão do grupo-pesquisador para a necessidade de se estabelecer uma

normatização, até mesmo, sobre um hábito do dia-a-dia. Isto confirma o entendimento dado por Foucault:¹⁹² *o controle das mínimas parcelas da vida e do corpo.*

Entendo que o cuidado com o detalhe estabelece certa analogia com as práticas de controle dos corpos utilizadas nos hospitais, escolas e quartéis. O investimento político aplicado ao usuário da Pensão denota procedimentos restritos dos atores envolvidos (trabalhadores de saúde mental) às políticas do corpo e seus desejos.

Esse modo de investimento político e detalhado que se aplicou ao corpo, não cessou de ganhar campos cada vez mais vastos no social, ainda, para Foucault:¹⁹³ *A minúcia dos regulamentos, o olhar esmiuçante das inspeções, o controle das mínimas parcelas da vida e do corpo darão em breve, no quadro da escola, do quartel, do hospital ou da oficina, um conteúdo laicizado, uma racionalidade econômica ou técnica a esse cálculo místico do ínfimo e do infinito.*

A importância dada a tal aspecto foi fortemente enfatizada pelo grupo pesquisador ao fazer referência à necessidade de se impor limites na relação que se estabelece entre o trabalhador e o sofredor psíquico.

GP - “Até onde essa abertura é positiva? Até aonde, a falta de limite, também, não é um princípio angustiante para o paciente, para o doente e para nós, os trabalhadores? E, como é que se pode dar esse limite sem ser violento? E, como é que posso dar limites para uma pessoa que eu gosto, com a qual eu me importo, mas, que eu estou vendo que ela não pode ultrapassar? Ela vai agredir alguém, ela vai gritar, ela vai ser desonesta, ela vai ser hipócrita, ela mente, ela se esconde de si mesmo”.

GP - “Então, essa é nossa dificuldade de impor limites, o uso da força, que é a relação de poder que vocês estão investigando. Nós temos poder e não usamos, isso é inédito, o poder ninguém cogita de não usá-lo, pelo contrário, se há poder tem que ser usado, a idéia é que quem tem poder, usa. A gente está vendo isso no mundo, é assim, o poder é usado”.

No livro *Vigiar e Punir*, Foucault (1986), nos apresenta, através do estudo das táticas e técnicas do disciplinamento onde o corpo é o principal alvo, as relações de poder e as relações de objeto como algo complexo.

¹⁹¹ FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 128.

¹⁹² *Idem*, 129.

¹⁹³ *Idem*, p. 129.

As táticas de objetivação do sofredor psíquico, apontadas pelo grupo-pesquisador, fazem parte da cultura dos trabalhadores de saúde mental, ficando evidente a complexidade no modo de se relacionar desses profissionais com o sofredor psíquico, no processo de Reforma, ou seja, essas relações são complexas e fazem parte de um sistema histórico de articulações políticas.

Vê-se, que, para o grupo-pesquisador, o entendimento de poder é similar ao entendimento dado por Foucault às relações de dominação.

Para o grupo-pesquisador, **a força é relativa, combinada**, a dominação não é a essência do poder. Porém, no entendimento do próprio grupo, o poder se exerce, tanto, sobre o dominante quanto sobre o dominado.

Em outras palavras, entende-se que, para o grupo-pesquisador a análise das relações centra-se mais na idéia de *um poder* como posse do que na idéia de *relações de poder*. Estas deveriam se apresentar, na compreensão do grupo-pesquisador, como relações fechadas e cuidadosamente calculadas para proporcionar um certo número de efeitos técnicos.

Acredito que a percepção das relações sociais como um processo complexo, ambíguo, contraditório, onde permanentemente precisamos negociar com diferentes atores a “imposição” de nossa percepção ou visão de mundo, pode transformar o entendimento do conflito de algo catastrófico e anormal para a compreensão nova do **conflito como um fenômeno a ser pesquisado nas relações sociais**.

Esta idéia é apoiada em Velho¹⁹⁴ que declara: *É dentro dessa perspectiva que se pode estudar um sistema de acusações como uma estratégia mais ou menos consciente de manipular poder e organizar emoções, delimitando fronteiras*.

O grupo-pesquisador aponta, ainda, que o sofredor psíquico (o outro da relação) **é reconhecido e se mantém como objeto da ação** na medida em que se mantêm as relações de objeto, dentro da expressão utilizada: **a força é relativa, combinada**.

¹⁹⁴ VELHO, G. Duas Categorias de Acusação na Cultura Brasileira Contemporânea. In: FIGUEIRA, S. A (org.) **Sociedade e Doença Mental**. Rio de Janeiro: Campus, 1978. p. 37.

GP- *“Se a gente entende que impor a força para alguns pacientes é bom para eles a gente faz... Eu uso (a força) quando eu acho que é adequado para elas”.*

GP - *“Às vezes, as tuas idéias se sobrepõe as minhas, porque tu tens mais força, porque tu ameaças, porque tu dizes coisas...”.*

GP – *“Porque, vamos supor, na firma tu tens o teu horário de café e as pessoas se viciam a isso, todo dia, mais que o vicio, eu tenho o vicio do café, eu tenho que almoçar mas eu tenho que saber que tenho meu café pronto para tomar e eu acho que, também, o vicio dentro dessa coisa da psiquiatria que é, eu tenho o meu viciamento de tratar um paciente igual a todos os outros e não pode ser, um tem que ter o tratamento diferente do outro e tu não podes te viciar nisso. Eu acho que o café por um lado ele é viciante, como existe também, o viciamento de um tratamento que diz: todos os pacientes podem usar o neozine e, não podem. O tratamento de um é com neozine e o do outro pode não ser “.*

GP - *“É só tirar a cafeína e continuam tomando café e talvez poderão tomar mais café quotidianamente sem ter os efeitos colaterais mas, o uso deste outro café foi uma coisa assim, tirando o café se percebeu que eles ficaram mais relaxados e não quiseram mais aquele café mesmo, não sabendo, que ele não era cafeinado”.*

Assim, encontramos no grupo-pesquisador, seus próprios mecanismos de controle e dominação, aplicados às “crises” da instituição.

No grupo-pesquisador, há, pelo menos, dois tipos de entendimento sobre o poder: o poder sobre o mais fraco da relação (a força do poder) e o poder pastoral aplicado àquele de quem eu tenho o “dever de cuidar”.

Considerando como entendimento de poder a definição dada por Foucault de que: não há o poder, mas sim, relações de poder e contrapoder (1994) e, que, o poder se exerce mais que se possui, que não é o privilégio de uma classe social dominante, mas o efeito causado por um conjunto de estratégias (1992), reporto-me, mais uma vez, para o grupo-pesquisador, onde poder é sinônimo de relações de objetivação do sujeito e, como tal, é explicitado, pelo grupo-pesquisador: a sua maior ou menor utilização, depende do grau de consciência do trabalhador de saúde mental envolvido na questão. Esse entendimento do poder, apresentado pelo grupo-pesquisador, não está muito longe, também, da ideologia cristã (poder pastoral), apresentada por Foucault, em seus estudos sobre o cuidado de si (1985) e que assegura, ao pastor, o poder de ser o responsável pelo cuidado para com as ovelhas de seu rebanho, onde o

pastor é aquele que acredita saber o que é melhor para o outro da relação.

Porém, o grupo-pesquisador alerta também para a percepção da alternância de poder nas relações. Essa percepção aproxima-se mais do entendimento dado por Foucault (1994) às relações de poder, ou seja, que são relações que se dão entre sujeitos livres.

GP - *“O grau de exposição nesse tipo de poder, nessa relação, eu me exponho muito para minha mulher e na medida que a gente estabelece uma relação semelhante de diálogo com o paciente onde o poder é trocado, às vezes, eles (o sofredor psíquico) tem poder sobre a gente, vamos negar nós, que, às vezes, eles não nos levam por diante? Quantas vezes o paciente pega e consegue impor uma vantagem para gente, tipo: Nunca vou fazer o que vocês querem, não adianta, vocês não vão chegar aonde vocês querem e não chegamos”. Aqui, ele pode tudo.*

GP – *“...eu converso com os pacientes do mesmo jeito que eu converso com os técnicos, o mesmo diálogo, as relações de poder são dadas da mesma força, se eles tiverem força eles se impõe, se eles não tiverem não se impõe. Então, essa relação, essa abertura, é o que é mais fascinante para mim. É poder, as vezes, ser conduzido por alguém que entre aspas, não teria poder de condução, não teria poder de impor sua idéia e impõe”.*

Ao mesmo tempo, o exercício do poder, como podemos observar, no entendimento dado pelo grupo-pesquisador, não é simplesmente uma relação entre parceiros (marido-mulher), ou ainda, entre parceiros individuais ou coletivos. Para que se exerça o poder, o grupo-pesquisador acredita que é preciso o envolvimento de ambos na relação, ou seja, que toda relação de poder pressupõe a possibilidade de resistência, pois tais relações se dão entre sujeitos livres.

Apoiando-me, em Rabinow e Dreyfus,¹⁹⁵ *só há poder exercido por uns sobre os outros; o poder só existe em ato, mesmo que se inscreva num campo de possibilidade esparso que se apóia sobre estruturas permanentes.*

GP – *“Às vezes, sinalizam coisas, que te fazem se dar conta de certos processos que tu estás passando, então essa dialética, esse movimento é muito interessante, essa troca é muito interessante, essa possibilidade de se transformar o outro, também este é um estágio de transformação para todos nós. Para profissionais, usuários e qualquer pessoa que entra aqui dentro. É um espaço de renovação, de reciclagem para todo mundo. Trata-los é tratarmos também de alguma forma. Quem transforma quem é uma questão bem aberta. A Reforma tem*

¹⁹⁵ RABINOW, P. e DREYFUS, H. **Michel Foucault Uma Trajetória Filosófica: Para além do estruturalismo e da**

um pouco dessa coisa de jogar com esses conceitos de relativizar papéis”.

GP - *“Se ele ficar parado, sozinho, sem ninguém tocar, mexer, dosar o açúcar, ele fica frio, fraco, fedorento, esquecido e sem importância. Nós tomamos uma outra frase aqui: “se o café não tivesse aparecido ninguém se lembraria” e assim como o café foi inventado, o louco, o “tratamento”, os atendimentos, etc.. foram inventados. Que existem várias formas de se fazer café, existem várias formas de sofrimento que exigiriam diferentes formas de internação”.*

Assim, pensa o grupo-pesquisador. Tal é a idéia, tal é o problema da internação. **Como falar da intencionalidade sem sujeito, da estratégia sem o estrategista?** Fenômeno próprio do poder da normalização acredito, como Foucault,¹⁹⁶ que o interesse é: *saber como os jogos de verdade podem por-se em marcha e estarem ligados a relações de poder.*

Ainda, apoiando-me em Foucault,¹⁹⁷ o poder disciplinar desde o começo do século XIX (...) *define lugares determinados para satisfazer não só a necessidade de vigiar, de romper as comunicações perigosas, mas também de criar um espaço útil.*

No entendimento do grupo-pesquisador, **a “invenção” do louco, e o espaço de internação** são elementos constituintes de uma mecânica do poder. O corpo como um objeto a ser manipulado é a chave do poder disciplinar.

Segundo, Spricigo:¹⁹⁸ *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.*

GP - *“Não sei se eu entendo o que ela está dizendo: que o limite é o limite da força, onde a pessoa não pode ultrapassar porque há uma barreira, esses limites são necessários na nossa vida. A gente precisa dos limites para se orientar, essa abertura que eu falei é um campo aberto que angustia”.*

GP – *“Poucas pessoas souberam disso, a princípio os usuários em si não perceberam o que podia ser, podia ser a água fria, podia ser qualquer coisa, o importante para eles era tomarem os três litros. A questão não era essa, era a gente poder voltar a conviver bem com o café, como a gente tem que conviver bem com o açúcar, com qualquer outro alimento”.*

hermenêutica. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995. p. 242.

¹⁹⁶ FOUCAULT, M. *Hermeneutica del Sujeto*. Madrid: La Piqueta, 1987, p. 133.

¹⁹⁷ FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 132.

¹⁹⁸ SPRICIGO, J. S. *Desinstitucionalização ou Desospitalização-A Aplicação do Discurso na Prática Psiquiátrica de um serviço de Florianópolis*, Florianópolis, 2001. 163 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) PEN/UFSC. p. 88.

Não podemos deixar de observar que esta descrição feita pelo grupo-pesquisador é uma analogia, quase perfeita, da *arte das distribuições*, ou seja, para Foucault¹⁹⁹ aquilo que define o seguinte princípio: *A cada indivíduo, seu lugar; e em cada lugar um indivíduo*. Ainda, para Foucault, **na disciplina** os elementos são codificados, pois cada um é definido pelo lugar que ocupa numa série e pelo afastamento que o separa dos demais.

A definição de uma estratégia para a implantação mais efetiva do processo de Reforma, passa a fazer parte da pauta das “demandas” do grupo-pesquisador que elabora algumas considerações ilustrativas sobre a complexidade que acompanha a implantação do processo de Reforma Psiquiátrica e sua aplicação na prática da assistência em saúde mental.

GP – *“Eu vi bastante a questão da necessidade de investimento para que o processo (da Reforma) se dê. A relação aqui no serviço é uma coisa muito complexa porque tem várias linhas de relação e aí eu vejo que a gente trabalha num grupo de funcionários e o quanto isso tem que ser um investimento constante”.*

GP – *“O que está escrito aqui: “Tinha que ser feito uma limpa para começar tudo de novo e daí por diante fazer dar certo.... Isso é uma utopia irrealizável... as vezes, as pessoas estão muito insatisfeitas e, aí, ficam agarradas naquilo (modelo antigo) porque não tem nada para fazer e, cada vez mais dá errado. E, as vezes, fazer outras coisas, no começo vai ser difícil, mas depois de um tempo...”.*

GP - *“Persistência é na insistência que temos que ter persistência. Uma outra questão em relação à persistência é a Casa de Passagem. Uma alternativa às relações profissionais. As relações profissionais estão se deteriorando, impõem-se relações familiares. Houve um amadurecimento e talvez, tenha-se chegado na madurez. Fomos acometidos pela síndrome do desânimo ao tentar transformar em relações familiares uma relação onde irá haver uma separação daí a pouco para nunca mais, um outro abandono”.*

GP – *“Não, não é a mesma pessoa, mas eles são bem parecidos e isso dá para ver que a gente pode não ser igual e até ser parecido em alguns momentos. Fazendo o seu trabalho, fazendo algumas coisas podemos andar juntos”.*

GP – *“As coisas quando acontecem dependem muito de nós, ele está do lado de fora, mas ele podia estar do lado de dentro, depende das nossas atitudes”.*

¹⁹⁹ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 131.

A partir da expressão: *“uma alternativa às relações profissionais”* a categoria de “profissional da saúde mental” foi acionada pelo grupo-pesquisador para assegurar que as relações que se estabelecem entre estes e o sofredor psíquico, se dêem sem a “contaminação” do afeto, da tolerância que, na maioria das vezes, caracterizam as relações familiares, como uma alternativa para favorecer a implantação da Reforma.

A organização, a disciplina como categoria de relação é também, salientada pelo grupo como necessária ao estabelecimento das relações entre o trabalhador e o sofredor psíquico.

Assim, vê-se, no entendimento do grupo-pesquisador, o aspecto **da disciplina** integrando-se ao conteúdo das relações, na assistência em saúde mental, como tentativa de se consolidar o processo de Reforma na prática.

Pode-se, portanto, admitir que os dispositivos de poder disciplinar se apresentam no cotidiano da atenção em saúde mental. Observamos, entretanto, certa sutileza, por parte do grupo-pesquisador na aplicação desses dispositivos. É do “jogo” dos dispositivos de poder disciplinar, portanto, do “jogo” de poder que **a utilização da força seja relativa, combinada.**

Efeito de redundância, a Reforma Psiquiátrica tem como obstáculo para a sua penetrabilidade e sua repercussão para o exterior, aquilo que ela mesma traz como elemento tático necessário: **a disciplina.**

b- As relações entre os trabalhadores de saúde mental e o sofredor psíquico estão confusas...

Numa sociedade em que os elementos principais (trabalhador de saúde e sofredor psíquico) não estão mais colocados em pontos equidistantes (dentro e fora da “clausura”), mas fazem parte de um mesmo ponto (a inserção comum no social), as relações apresentam-se de maneira confusa, incerta e ambígua.

É importante não esquecermos que na história, momentos que poderiam ser definidos como bizarros, engendraram novas formas de inovação e experimentação das relações sociais.

Em outros termos, o que aparece nas falas do grupo-pesquisador como uma possível dicotomia das relações recria uma batalha ideológica, ou melhor, definindo um campo de fórmulas refletidas, ou ainda, **um jogo de comunicações e relações de poder articuladas umas as outras.**

Com isso, a Reforma Psiquiátrica chama para si, e de acordo com as regras de um saber específico, o dispositivo disciplinar. Amparado pela modernidade, o dispositivo de poder é quem a sustenta.

GP – *“Eu lembro, desde que a gente veio parar aqui, as relações eram muito complicadas e desde então, a gente vem num processo de amadurecimento, digamos das relações (...) E, eu acredito que embora tenhamos alguns vestígios do passado, de coisas muito complicadas, históricas, aqui na Casa, eu acho que a gente está reconhecendo, se apropriando mais para onde a gente vai. Eu acho que as relações estão ficando mais maduras (...) e a gente vem buscando transformar as relações numa coisa mais, talvez não tão hipócrita mas, ainda aparece”.*

GP – *“Eu não posso ter uma relação aqui, em casa eu posso brigar, discutir, bater e tudo, aqui eu não posso brigar, discutir e coisas assim, aqui sou profissional, eu não posso botar minha idéia, impor isso, de repente a confusão que eu acho é porque a gente não pode fazer assim”.*

GP – *“Mas, eu queria perguntar, eu queria saber a situação dos companheiros, vocês que moram aqui com o paciente. Eu queria perguntar um negócio. A gente, às vezes, é pai, chamam de pai, chamam a gente de mãe, de irmão...”.*

GP – *“...A relação aqui no serviço é uma coisa muito complexa porque tem várias linhas de relação e aí eu vejo que a gente trabalha num grupo de funcionários e o quanto isso tem que ser um investimento constante. A busca da relação profissional, porque as coisas se confundem, as nossas relações ficam familiares, se perde, às vezes, as questões profissionais na relação que se estabelece com o usuário. A tolerância em excesso na relação, leva ao nível de as pessoas não terem mais limites, então eu acho que eu colocaria essa questão da tolerância nas relações como um outro aspecto que precisa ser revisto na Reforma. A disciplina faz bem para relação”.*

GP – *“Tem isso assim, de determinadas pessoas não conseguirem sair daqui numa boa. Eu acho que, como é um grupo onde as relações se tornam muito familiares não conseguem manter um nível...”.*

A reflexão crítica do grupo-pesquisador nos conduz a uma interpretação do sujeito que tenta compreender o significado de seu comportamento, um significado

desconhecido dele. Por outro lado, uma tentativa de entendimento na explicitação de um sentimento que acredita traduzir o que de fato ocorre nas relações entre o sofredor psíquico e o trabalhador de saúde mental, **percebe que as relações se configuram de modo confuso e por vezes contraditório.**

Será que isto quer dizer que é necessário buscar um caráter próprio às relações de poder que se estabelecem entre o trabalhador e o sofredor no serviço de atenção a saúde mental?

De fato, aquilo que define uma relação de poder, segundo, Rabinow e Dreyfus,²⁰⁰ é: *... modo de ação que não age direta e imediatamente sobre os outros, mas que age sobre sua própria ação.*

GP - *“Eu acho assim, a relação profissional, não sei se porque, faria falta, esses dias eu estava pensando, de ter um uniforme, a falta de ter um uniforme, uma coisa assim, para te resguardar. Tu podes te resguardar, não precisa te expor mais, nem tanto, tu tem que saber te resguardar. É uma relação profissional. Em todas as relações tu não podes, tu tens posições, tu não pode te posicionar com determinada pessoa, minha relação eu tenho uma relação profissional”.*

GP - *“...tem uma pessoa com várias coisas nas mãos e, isso aqui, me pareceu assim que as relações, às vezes, são complicadas, que tem coisas que a gente não sabe bem o que fazer com elas”.*

GP - *“A Casa não tem, fica essa relação de confusão, as pessoas não sabem o seu papel. O que tu estás fazendo aqui? O seu papel profissional. Essa exposição, as pessoas não sabem. As pessoas ficam perdidas. Essa é muita exposição. É um profissional, tem que ter, se expor mais, até, tem que ter o teu limite. Não posso me expor, aqui, como no meio íntimo, dos amigos, na minha casa. Tenho que me impor, não totalmente, diferente, mas tenho que ter um outro tipo de relação”.*

Entendo tratar-se de uma constatação simplificadora, mas, de suma importância no tocante à necessidade de se estabelecer estratégias por parte dos trabalhadores de saúde mental na definição e/ou ajustes das relações nos serviços de atenção à saúde mental. Colocar o uniforme pode significar uma proteção para o trabalhador de saúde mental já que as relações que se estabelecem estão confusas, o

²⁰⁰ RABINOW, P. e DREYFUS, H. *Michel Foucault Uma Trajetória Filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995. p. 243.

uniforme é, portanto, **algo representativo dos modos de se relacionar** e garantir ao trabalhador a sustentação do poder/saber ainda, (re)conhecido de um passado recente.

Observa-se, também, que para o grupo-pesquisador, frente à inexistência dos muros, as pessoas não sabem como se relacionar, **as relações dos trabalhadores de saúde mental estão confusas** já que a disciplina exige o “fechamento dos espaços” para manter o controle e a utilidade dos corpos. A ausência, portanto, de muros faz com que as pessoas não consigam definir-se pelo lugar que ocupam numa série, ou mesmo, pelo afastamento que os separam dos outros.

GP - “Acham que está tudo resolvido, não tem muros, um mundo, uma sociedade tão forte, com barreiras quanto aquelas dos muros do manicômio, as pessoas, nós também, temos prisões nossas que também, temos que enfrentar quotidianamente”.

GP - “... agora quando entra a coisa dos papéis de cada um, dos lugares de cada um aqui dentro, eu percebo que essa dissociação se impõe formando guetos dentro do grupo, então eu acho sempre um desafio conseguir transitar nos diferentes espaços. Poder ser respeitado e respeitar a qualidade das pessoas”.

Não podemos deixar de notar, como já assinalado anteriormente, que esta organização espacial pode, também, ser representativa da necessidade manifesta pelo poder disciplinar de que, segundo Foucault,²⁰¹ *A cada indivíduo, seu lugar; e em cada lugar, um indivíduo. (...) Importa estabelecer as presenças e as ausências, saber onde e como se encontrar os indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos.*

Ao referir-se à medicalização do espaço hospitalar desde o século XVIII, Borenstein²⁰² destaca: *Fora dos muros do hospital, a sociedade também incorporou esta medicalização, em quase todas as esferas sociais...*

GP – “Eu falo, eu acho que nessa vida, todos nós precisamos de um espaço mas todo aquele espaço que nós precisamos, não é um espaço a princípio. E, quando nós conquistamos um espaço, nós conquistamos o carinho, o afeto, nós conquistamos muita coisa boa”.

²⁰¹ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 131.

²⁰² BORENSTEIN, M. S. **O Cotidiano da Enfermagem no Hospital de Caridade de Florianópolis, no período de**

Certamente, os caminhos da Reforma, passam pela mudança do nível de submissão do sofredor psíquico ao poder médico, mas, também, pela ampliação do espaço para o exercício da resistência do sofredor.

Campos,²⁰³ ao fazer referência ao conceito de “libertação dos homens”, no pensamento marxista, mesmo quando analisando a história do fazer saúde, refere que o processo de libertação teria duas grandes vertentes:

(...) uma, resultante do desenvolvimento das forças produtivas e dos saberes, inclusive daqueles que capacitassem a humanidade a organizar o processo produtivo segundo padrões mais equânimes e racionais; e outra, de ordem política e ideológica, que implicaria a ampliação de noções de direito social, instauração de níveis progressivos de cidadania e participação de contingentes populacionais cada vez mais amplos nos esquemas de poder e de governo da vida em sociedade.

GP - “A gente está com as mãos cheias de situações, de coisas e, em alguns momentos, a gente tem que sair um pouco, se isolar para poder refletir sobre essas questões, sobre essas coisas, em alguns momentos, as relações ficam bem acirradas, aqui tem dois cachorros se enfrentando, existem situações no relacionamento desse jeito”.

GP - “A relação aqui no serviço é uma coisa muito complexa porque tem várias linhas de relação e aí eu vejo que a gente trabalha num grupo de funcionários e quanto isso tem que ser um investimento constante. A busca da relação, porque se confundem as coisas, as nossas relações ficam familiares, se perde, às vezes, as questões profissionais. A questão do relacionamento com os usuários... acho que a gente tem uma tolerância infinita...tolerância em excesso. Às vezes, chega-se ao nível das pessoas não terem limites”.

Nesse aspecto, é inegável a influência do modo de organização do sistema em saúde mental, ao mesmo tempo, em que propõe a inclusão do sofredor psíquico no social, a preservação de seus direitos constitucionais, a lógica do velho modelo manicomial precede, ou melhor dito, persegue as relações entre o trabalhador de saúde e o sofredor psíquico.

As dimensões culturais, políticas e ideológicas necessárias para que se completasse o processo de Reforma não conseguiram superar o pensamento mais tradicional da atenção em saúde mental.

1953 a 1968. Florianópolis, 2000. 217 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) PEN/UFSC. p. 45.

²⁰³ CAMPOS, G.W. S. **Reforma da Reforma Repensando a Saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29.

Concordando com Pelbart:²⁰⁴

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.

Para o grupo-pesquisador, fica clara a necessidade da disciplina (às vezes chega-se ao nível das pessoas não terem limites) pois, esta, não é simplesmente uma arte de repartir os corpos, mas, de compor forças, para se obter um aparelho diferenciado.

Ao trazerem, ainda, no grupo-pesquisador, a imagem de que existe uma confusão nas relações entre os trabalhadores de saúde mental e o sofredor psíquico, esta imagem reafirma que o poder é multidirecional funcionando de baixo para cima e de cima para baixo.

GP - *“Eu trouxe o fulano para cá, eu propus para ele uma vida diferente, eu idealizei como poderia viver e, algumas vezes, a gente nem propõe, a gente pega e diz: - essa vida não te serve, a vida que tu vais viver é essa. E, aí, vão aparecer os conflitos depois”.*

GP - *“Tem os macetes, a gente conhece os psiquiatras e acaba fazendo com que eles internem ou não um paciente, mas, no final, o poder é deles. Deveria ser neutro, o paciente deveria ter um atendimento neutro, mas, não é assim”.*

GP - *“Essa coisa da gente, na verdade ter um mínimo de relação no âmbito superficial é uma coisa de tu nunca saber em quem confiar, com quem efetivamente contar, porque é um grupo que tem uma dissociação crônica, entre os técnicos e os auxiliares que é superada, digamos assim, não aparece tanto, no nível afetivo, porque se refere a relações de amizade, coleguismo, as coisas conseguem fluir de uma forma indiscriminada”.*

Segundo Lunardi Filho²⁰⁵ a centralidade outorgada pela enfermagem a prescrição médica no fazer cotidiano da assistência em enfermagem nos revela: *O trabalho de enfermagem numa posição de extrema dependência do ato médico parece servir também para reforçar o mito de sua subalternidade à medicina.*

No meu entendimento, o trabalho de enfermagem ao dar ênfase à prescrição

²⁰⁴ PELBART, P.P. Manicômio Mental- A Outra Face da Clausura. In: LANCETTI, A **SaúdeLoucura**. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 134.

²⁰⁵ LUNARDI FILHO, D. W. **O Mito da Subalternidade do Trabalho da Enfermagem à Medicina**. Florianópolis, 1998. 338 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) PEN/UFSC. p. 244.

médica produz o restabelecimento do conjunto do ato médico, sua continuidade, o que constitui um tecido complexo de interações dentro da instituição. É o poder organizando-se a si próprio ao ressuscitar no ato de assistir de outro profissional da saúde.

Para Foucault (1986), a disciplina é a técnica que toma os indivíduos, ao mesmo tempo, como objeto e instrumento de seu exercício. Com a disciplina, o poder se torna invisível e os objetos do poder se tornam mais visíveis. Para o grupo-pesquisador, o objetivo é tornar um corpo “dócil”, submetido, utilizado e aperfeiçoado.

Do ponto de vista tecnológico, há sem dúvida, limitações no modelo assistencial proposto, tendo em vista a manutenção do poder médico-psiquiátrico na decisão da terapêutica adotada.

Enfim, o princípio de separação entre quem faz a prescrição e aquele que a sofre, ao considerar somente uma de suas partes na tomada de decisão segue anulando, o processo de decisão terapêutica do sofredor psíquico, como sujeito da ação.

A ênfase colocada pelo grupo-pesquisador na situação, muitas vezes confusa do relacionamento entre o trabalhador e o sofredor, reafirma: a construção de uma nova consciência ético-solidária entre os trabalhadores de saúde mental e o sofredor psíquico, depende, nestas circunstâncias, de um movimento que combine as três dimensões do processo de Reforma Psiquiátrica: a dimensão política, a dimensão técnica e a dimensão ética.

No caso da saúde mental, há o desafio de tornar real o processo de Reforma Psiquiátrica de acordo com os princípios da Lei, com a abrangência universal, garantia dos direitos e organização dos serviços alternativos de assistência. Este é o objetivo e a pretensão deste estudo. **Refletir sobre o “fazer” em saúde mental e apontar alguns caminhos para a emancipação do sofredor psíquico, isto é, uma prática na assistência em saúde mental que garanta sua condição de cidadão.**

Esta questão é apontada pelo grupo-pesquisador com uma certa tensão ou problema quando surgem situações “não explicitadas” pelo trabalhador de saúde

mental e que geram uma “aliança” entre eles, no próprio grupo. Esta situação pode ser observada na metáfora abaixo descrita e foi utilizada para “justificar” a não participação dos usuários no V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial no Estado do Rio de Janeiro, no mesmo período da realização das oficinas.

GP - “Caiu à ficha”.

GP - “Tem tudo a ver”...

GP - “Tem tudo a ver com as relações, não é ... fulana”.

As figuras de linguagem utilizadas dão oportunidade para que o “sistema de aliança” entre os trabalhadores de saúde mental faça valer seus direitos na ordem do poder. Ou seja, ficam restritos ao entendimento dos trabalhadores de saúde mental da Pensão os motivos que impediram a participação dos usuários no referido Encontro.

Para o grupo-pesquisador, a utilização de relações estratégicas onde um parceiro “do jogo” age em função daquilo que ele pensa dever ser a ação dos outros e daquilo que ele acredita que os outros pensarão ser a dele, traz para as relações entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico um confronto onde o objetivo é tornar as escolhas feitas em soluções “verdadeiras”.

Desse modo, mecanismos miúdos, quotidianos e físicos, ou seja, os micropoderes que constituem as disciplinas, remete-nos à discussão feita por Foucault:²⁰⁶ *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.*

GP - “Tivemos uma reação muito grande de algumas pessoas talvez porque exatamente porque dessa coisa do vício porque o café cafeinado dá o vício, o descafeinado também, dá uma necessidade de algo que não foi suprido então, assim, interessante internamente essa questão da experiência de troca aqui”.

Aparentemente há uma superposição de imagens nesta forma de apresentação por parte do grupo-pesquisador sobre os tipos de café. Um único critério discriminatório, na realidade, foi usado: a presença ou ausência de cafeína. Porém,

quando absolutizadas, induzem à perda da visão de totalidade. É preciso que não vejamos somente as partes, mas também, o todo de uma mesma questão.

Segundo Foucault:²⁰⁷ *Aparentemente as disciplinas não constituem nada mais que um infradireto. Parecem prolongar, até um nível infinitesimal das existências singulares, as formas gerais definidas pelo direito; ou ainda, aparecem como maneiras de aprendizagem que permite aos indivíduos se integrarem a essas exigências gerais.*

Morin²⁰⁸ destaca, ainda: *É preciso também considerar os sistemas de idéias como realidades de um tipo particular, dotadas de uma certa autonomia ‘objetiva’ com relação aos espíritos que as alimentam e se alimentam delas. É preciso pois ver o mundo das idéias não como um produto da sociedade somente, ou um produto do espírito, mas ver também que o produto tem, no domínio complexo, sempre uma autonomia relativa.*

O grupo-pesquisador traz na discussão apresentada, a seguir, a subordinação não reversível de uns em relação aos outros, a desigualdade de posição das pessoas que “habitam” a Pensão em relação à norma.

GP - “Agora, não se pode tirar, dizer que os outros não possam tomar, quem tem saúde, quem tem possibilidade, que tomem cafeína, mas, isso, eu acho, que é uma questão, ainda, incompatível com a medicação, de toda uma situação. Eu acho que nesse caso a gente tem que ver o que é melhor para a saúde deles e as pessoas tomarem consciência disso”.

GP – “Eu acho que tem a ver com inclusão e exclusão também. A gente tem um grupo, ele é fechado. Eu acho que a fulana tentou participar algumas vezes, quis participar, mas ele é fechado. Mas eu acho que isto que tu estás dizendo é uma proposta e eu vou fazer um grupo semelhante”.

Nessa citação, confirma-se a ausência de homogeneidade nas formas de se produzir à atenção, embora exista uma conformação final do modo dominante de se organizar a atenção, uma vez que se atribui ao profissional o conhecimento unilateral sobre a saúde do outro.

²⁰⁶ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 195.

²⁰⁷ Idem, p. 195.

²⁰⁸ MORIN, E.; MOIGNE, J-L. **A inteligência da Complexidade**. 2 ed. São Paulo: Peirópolis, 2000. p. 65.

Foucault²⁰⁹, em seu estudo sobre os mecanismos da disciplina, traz como referência: *Enquanto os sistemas jurídicos qualificam os sujeitos de direito, segundo normas universais, as disciplinas caracterizam, classificam, especializam; distribuem ao longo de uma escala, repartem em torno de uma norma, hierarquizam os indivíduos em relação uns aos outros, e, levando ao limite, desqualificam e invalidam.*

GP - “Tudo bem, eu acho que essa postura do nosso usuário não é só em relação ao café, mas, sim, em várias outras coisas, em vários outros alimentos que prejudicam muito a saúde deles. A gente tenta trabalhar aqui dentro, até com orientação médica, mas não consegue, é vícios que se come. Então, eu acredito assim, que a gente busca, nessa (re)socialização, levar o nosso usuário para as questões de mais normalidade mas como ele indivíduo, porque a normalidade, porque a normalidade está para cada indivíduo e o café descafeinado, se eles adquirirem esses hábitos, visto que a medicação é cara e outras coisas, este hábito não é inacessível ao usuário”.

Para o grupo-pesquisador, é assinalado o sistema das diferenciações que é próprio das relações de poder. Concordando, com Rabinow e Dreyfus,²¹⁰ para a análise das relações de poder é preciso estabelecer alguns pontos: *Toda relação de poder opera diferenciações que são, para ela, ao mesmo tempo, condições e efeitos.*

Somando-se, a isto, observamos que, no grupo-pesquisador, é apontado um modo de agir que é próprio das relações de poder que é **um modo de ação sobre ações**. As relações de poder disciplinar destacadas pelo grupo pesquisador na proibição de tomar café podem estar enraizadas no nexos social, ao associar o “vício” do café a outros possíveis vícios, de antemão, atribuídos ao sofredor psíquico. Trata-se, ao mesmo tempo, de uma relação de incitação recíproca e de luta entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico.

É a força do corpo sendo reduzida como força **política** e maximizada como força **útil**. Este aspecto é muito bem observado no pensamento de Foucault:²¹¹ *O crescimento de uma economia capitalista fez apelo à modalidade específica do poder disciplinar, cujas fórmulas gerais, cujos processos de submissão das forças e*

²⁰⁹ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p.195.

²¹⁰ RABINOW, P. ; DREYFUS, H. **Michel Foucault. Uma Trajetória Filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 246.

dos corpos, cuja anatomia política em uma palavra, podem ser postos em funcionamento através de regimes políticos, de aparelhos ou de instituições muito diversas.

GP- *“A gente tenta trabalhar aqui dentro, até com orientação médica, mas a gente não consegue, é vícios que se come. A gente busca nessa ressocialização, levar o nosso usuário para as questões de mais normalidade”.*

Retomando a definição de que **as relações de poder são ações para estruturar o campo possível de ação dos outros**, concordo, com Rabinow e Dreyfus,²¹² quando referem que: *Viver em sociedade é, de qualquer maneira, viver de modo que seja possível a alguns agirem sobre a ação dos outros.*

GP - *“Porque, vamos supor, na firma, tu tens o teu horário de café e as pessoas se viciam a isso, todo dia... eu tenho o vício do café todo dia... e, também, o vício dentro dessa coisa da psiquiatria, eu tenho o meu viciamento de tratar um paciente igual a todos os outros e não pode ser, um tem que ter o tratamento diferente do outro e tu não podes te viciar nisso. Eu acho que o café, por um lado, ele é viciante, como existe, também, o viciamento de um tratamento que diz: todos os pacientes podem tomar neozine e não podem. O tratamento de um é com neozine e o do outro pode não ser”.*

Deste modo, demonstra o grupo-pesquisador que, também, se faz necessário uma reflexão sobre **a ação possível sobre as ações dos outros**, deixando clara a conexão entre a proibição do café, o uso indiscriminado da medicação e o sonho de uma sociedade que manifeste uma docilidade automática, isto é, o sofredor psíquico como objeto da ação.

GP - *“A Reforma é o bem, é o absoluto, na verdade não é. As pessoas não deixam de ter necessidade, não deixam de precisar de ajuda, continuam precisando de um atendimento que embora não seja num lugar específico com muros, elas continuam precisando que as pessoas se preocupem, se ocupem e trabalhem muito, porque se não fica fácil a gente (re)socializar todo mundo que é doente e ah!... os que são contra a Reforma acham que vão ficar sem o que fazer, não vão ter o que trabalhar”.*

É interessante observar que estas afirmações tratam-se de percepções, por parte do grupo-pesquisador, que detêm alto poder de contaminação.

²¹¹ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 194.

²¹² RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel foucault Uma Trajetória Filosófica: Para além do estruturalismo e da**

Velho²¹³ lembra-nos que toda percepção com alto poder de contaminação nem sempre aparece isolada e explicitada e que a mesma tende a misturar-se com outros tipos de percepções referindo: *Uma vez explicitada, implica elaborado ritual de exorcização, envolvendo todo um aparato institucional legitimado por um saber oficial, respaldado pela lei e pela possibilidade de coerção por parte do aparelho de Estado.*

GP - “Desafio é o modo como eu percebo as relações aqui dentro, que eu pessoalmente não acho nada fácil me relacionar dentro desse grupo”.

GP - “Da substituição por outros lugares. Eu acho que a Pensão, ainda tenta realmente, levar para a sua casa e não para uma outra Pensão e só leva o paciente para uma outra Pensão porque não tem essa força da família para ajudar”.

GP - “A Reforma, ainda que inevitável, deverá esbarrar na resistência de alguns. Essa resistência pode ser resultante da forma, por vezes, inadequada, que a reforma é apresentada. Quando algo nos é oferecido em detrimento do que já possuímos é natural que ponderemos sobre o risco dessa perda. Cabe, aos agentes desse processo obedecer à progressividade dessa mudança que deverá acontecer gradativamente”.

Portanto, observo que as motivações apresentadas pelo grupo-pesquisador em relação ao modo de se relacionarem nos serviços de atenção à saúde mental não são apenas para a manutenção de posições privilegiadas ou, ainda, a necessidade de garantias ao exercício de poder de uma classe de trabalhadores mas, também, um estilo de vida, sentimentos, afetos internalizados através de um conjunto de símbolos, um código de emoções a respeito do sofredor psíquico em um dado contexto.

O grupo-pesquisador nos mostra que **o processo de Reforma provoca medos e incompreensão no trabalho a ser desenvolvido**. O “sufoco” manifesto no grupo ao tentar colocar em prática as atividades propostas pela Reforma de (re)inserção, (re)socialização do sofredor psíquico denota a incompreensão do próprio processo, por parte dos trabalhadores de saúde mental. Mais, é preciso que se problematizem esses sentimentos à respeito do processo de Reforma já que estes são sempre o resultado provisório de uma negociação entre forças desiguais e em

hermenêutica. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995. p, 245-246.

²¹³ VELHO, G. Duas Categorias de Acusação na Cultura Brasileira Contemporânea. In: FIGUEIRA, S. A (org.) **Sociedade e Doença Mental.** Rio de Janeiro: Campus, 1978. p. 37.

constante transformação.

Observo, também, que o primeiro pressuposto da tese é reafirmado pelas falas do grupo-pesquisador ao denotar a incompreensão do processo de Reforma: **a divisão entre o saber técnico e político é uma estratégia histórica e eficaz para a manutenção da hegemonia daqueles que exercem o poder.**

De acordo com Foucault (1986), ao se trabalhar com relações de poder é preciso defini-las, compreender seu significado e, mais, compreender como os jogos de verdade interagem nas relações de poder.

GP – *“Então, não tem internação nos leitos clínicos em hospital geral, não tem modelo de internação diferenciada. É uma briga, os psiquiatras ainda brigam muito, não tem o modelo ideal, aquele que o paciente está em crise, não quer ser internado e quem define que ele deve ser internado e põe ele amarrado e leva para o hospital somos nós”.*

GP – *“Então, no artigo, aquele das internações, a gente percebe, que é problemático o processo de internação, porque nós somos a negação do modelo clássico, entretanto, não tem um modelo novo de internação, ainda funcionando. Então, nós somos obrigados a cuidar dos pacientes que estão em situação difícil, se expondo a risco, nos expondo a doenças por que a doença psiquiátrica tem a capacidade de transitar de uma pessoa para outra. A gente se afeta com a crise do outro”.*

Considerando o que são as relações de poder para Foucault (1986), estas não estão em uma classe dominante ou mesmo em um governo, mas, sim, são toda e qualquer relação entre humanos *em que alguém tenta dirigir a conduta de outrem.*

Considerando o modelo histórico das internações em hospitais psiquiátricos, sendo este, até o momento, o único recurso, ou melhor dito, a maior oferta em número de leitos, que a sociedade põe à disposição de quem padece de sofrimento psíquico fica, como foi apontado pelo grupo-pesquisador, bastante complexo se tentar um outro modelo de internação quando existe uma carência de leitos em hospitais gerais, por um lado, e por outro, a própria dificuldade de se mudar a cultura da periculosidade a respeito do sofredor, por parte dos trabalhadores em saúde.

Conforme é destacado por Foucault:²¹⁴ *Primeiro o hospital, depois a escola, mais tarde ainda, a oficina, não foram simplesmente postos em ordem pelas*

²¹⁴ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 196.

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.

A preocupação apontada pelo grupo-pesquisador a respeito do “novo modelo de internação” não esconde a tensão que gera a internação tendo uma demanda maior que a oferta. Entendo, a esse respeito, que é necessário nos perguntarmos: Porque toda terapia só é possível se o sofredor aceitar a versão do trabalhador de saúde mental a partir da teoria que o formou e do sistema em que se inscreve?

De antemão, reconheço que a discussão que se segue talvez interesse, sobretudo, àqueles de nós que, como eu, vêm refletindo sobre um aspecto particular do processo de Reforma Psiquiátrica que são as relações de poder disciplinar. No entendimento de Foucault,²¹⁵ para que estas relações de força se dêem, as lutas a desenvolver estariam centradas em dispositivos:

Trata-se no caso de uma certa manipulação de força, de uma intervenção racional e organizada nestas relações de força, seja para desenvolvê-las em determinada direção, seja para bloqueá-las, para estabilizá-las, utilizá-las, etc...(...) É isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por ele.

Herzlich²¹⁶ nos aponta com clareza que: *A medicina científica passou a ser uma das expressões privilegiadas dessa modernidade exageradamente cientificista e tecnicista, colocando, a cada progresso realizado, mais perigos à saúde dos indivíduos do que os que conseguia exorcizar. (...) a doença e a medicina se inscrevem numa série de dilemas em que se expressa nossa relação ambígua com a evolução científica e social.*

Observa-se, então, por parte do grupo-pesquisador, que nasce uma demanda incessante a partir da insuficiência de leitos em hospitais gerais e por conseguinte a própria negação da existência do novo modelo.

GP- “...nós somos a negação do modelo clássico de internação, no entanto não tem um modelo novo de internação, ainda funcionando”.

As pistas apontadas pelo grupo-pesquisador nos oferecem uma compreensão

²¹⁵ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10 ed. São Paulo: Graal, 1992, p. 244-246.

²¹⁶ HERZLICH apud CARRARA, Entre Cientistas e Bruxos In: ALVES, P. C. e MINAYO, M. C. S. **Saúde e Doença**

dessa mudança de paradigma que o processo de Reforma provoca. A mudança de abordagem que se faz necessária, e que é apontada pelo grupo-pesquisador, passa a ser uma das lutas prioritárias, se queremos que o **processo de Reforma se edifique e se efetive em uma lógica de acolhimento e respeito ao sofredor psíquico.**

A “cura” do sofredor psíquico através do processo de internação só é possível porque o sofredor acredita nela e existe, também, a crença do próprio trabalhador de saúde mental nesse “modelo terapêutico”. Sendo o trabalhador de saúde, membro de uma sociedade que, também, detêm essa mesma crença fica prejudicada a “opção” pela escolha terapêutica do novo sistema ético de cuidado apontado nas diretrizes da Reforma.

Buscando, novamente, uma conjunção, unindo as expressões utilizadas pelo grupo-pesquisador, destaco **a separação entre o saber técnico e político como uns dos maiores entraves ao desenvolvimento claro do processo de Reforma Psiquiátrica em questão.**

c- As tecnologias normalizadoras ampliando seus domínios...

A normalização do social implica em não deixar escapar nenhum detalhe, elemento ou mesmo acontecimento; implica em observar o objeto fechado, isolado do todo.

Morin²¹⁷, contrariando esta idéia refere: *Das coisas separáveis ou separadas, é preciso conceber também sua inseparabilidade.*

Para Foucault (1986), no entanto, existem dois modelos que traduzem o paradigma de uma sociedade normalizadora: o modelo do panóptico e o modelo confessional destacando sua importância para a compreensão da sociedade. A sociedade normalizadora, para o autor, tornou-se uma forma poderosa de domínio.

Tanto o modelo do panóptico quanto o modelo confessional são observados na dinâmica da Pensão. Entendo que estes modelos traduzem a difusão do poder em

Um Olhar Antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 39.

²¹⁷ MORIN, E.; MOIGNE, J-L. Le **A Inteligência da Complexidade**. 2 ed. São Paulo: Peirópolis, 2000. p. 113.

tecnologias próprias de uma ciência subjetivante - a psiquiatria ou mesmo a psicologia. Percebo que é através dos métodos clínicos do exame e da “confissão” que a terapêutica torna-se um campo específico de significado e sentido para a “cura” ou o controle dos indivíduos. Esses procedimentos, fundamentalmente hermenêuticos combinados, produzem resultados sobre o “objeto” (sofredor psíquico), que permitem codificar e controlar o discurso.

Ainda, para Foucault:²¹⁸ *Tomados um por um, a maior parte desses processos tem uma longa história atrás de si. Mas o ponto da novidade, no século XVIII, é que, compondo-se e regularizando-se, eles atingem o nível a partir do qual formação de saber e majoração de poder se reforçam regularmente segundo um processo circular.*

Daí, sem dúvida, a importância que é dada aos micropoderes da disciplina e a própria dificuldade de nos desfazermos deles sem um substituto adequado.

A preocupação apontada pelo grupo-pesquisador em relação ao café, ao controle e a coordenação do ato, demonstram a submissão do sofredor psíquico a tais mecanismos. Ou seja, a decisão adotada pelos trabalhadores de saúde mental, sobre a troca do café pelo café descafeinado traduz, no meu entendimento, um caráter corretivo transfigurado numa intervenção essencialmente terapêutica. A escolha da palavra café pelo grupo-pesquisador torna visível a justificativa da utilização de estratégias disciplinares de poder para a compreensão do que é dito como “verdadeiro” por parte de quem detém o saber-poder.

GP - *“O café é um santo remédio para a neurose, mas, tem que ser controlado, se não faz mal, nem os remédios fazem efeito”.*

GP - *“O café deve ser dosado. Se não se consegue dosar, não se deveria tomar. Uma dose e numa circunstância adequada seria saudável”.*

Considerando-se, o que Foucault²¹⁹ propõe como resultado da disciplina:

Pouco a pouco um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas. Nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista

²¹⁸ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 196.

²¹⁹ Idem, p. 132.

médico.

No entendimento do grupo-pesquisador, também, as pequenas coisas precisam ser controladas, como o hábito do cafezinho.

O discurso, apresentado pelo grupo-pesquisador, coloca em relevo um componente significativo das interações que se fazem de uma conduta ou comportamento atribuído ao sofredor psíquico em relação à sobrevivência intelectual do grupo de trabalhadores de saúde mental.

Este aspecto é muito bem explorado por Figueira:²²⁰

Esta dupla aproximação (lugares diferentes, tempos diferentes) não é uma aproximação de coisas naturalmente diferentes, mas de coisas distanciadas pela “estrutura do espírito científico” que hierarquiza e seleciona os diferentes problemas, pela organização e transmissão do saber. (...) em instituições que atribuem pesos ponderais diferentes às questões, batizando-as “verdadeiras” ou “falsas”, dignas de atenção legítimas ou perigos a serem sanados por anátemas profiláticos.

Ainda, sobre este aspecto, para Foucault:²²¹ *Na disciplina, os elementos são intercambiáveis, pois cada um se define pelo lugar que ocupa na série, e pela distância que os separa dos outros.*

Tendo como primeiro pressuposto estabelecido que: **a divisão entre o saber técnico e político, no processo de Reforma Psiquiátrica, é uma estratégia histórica e eficaz para a manutenção daqueles que exercem o poder**, observo que o trabalho em saúde mental excede consideravelmente o limite do setor saúde, é objeto do entrecruzamento de múltiplos fatores e, portanto, o problema do poder e do saber é permanentemente colocado em questão no cotidiano do trabalho em saúde mental. Penso, que quando este poder é colocado em funcionamento, o sofredor psíquico (o outro da relação) perde a sua verdade internalizada, perde a possibilidade de exercitar o desejo, deixa de ser o árbitro final de seu próprio discurso.

GP- *“É importante que se obedeça a hora de tomar café, o local do café”...*

GP- *“Ela me dá escondido”...*

GP- *“A quantidade que eles tomam de café com cafeína é tão imensa que, o que eles tomariam de café descafeinado, seria um custo menor”.*

²²⁰ FIGUEIRA, S. A Notas Introdutórias ao Estudo das Terapêuticas II: Robert Castel e Michel Foucault. In: _____. (org.) **Sociedade e Doença Mental**. Rio de Janeiro: Campus, 1978. p. 88.

Outro ponto importante a ser destacado sobre a disciplina, enquanto mecanismo de poder, é o aspecto da acumulação de capital.

Como já destacado anteriormente, Foucault²²² enfatiza: *Não teria sido possível resolver o problema da acumulação de homens sem o crescimento de um aparelho de produção capaz ao mesmo tempo de mantê-los e de utilizá-los: inversamente, as técnicas que tornam útil a multiplicidade cumulativa de homens aceleraram o movimento de acumulação de capital.*

Vê-se, em relevo, a grande “operação” da disciplina que, segundo Foucault:²²³ *(...) é ao mesmo tempo uma técnica de poder e um processo de saber. Trata-se de organizar o múltiplo, e se obter um instrumento para percorrê-lo e dominá-lo; trata-se de lhes impor uma ordem.*

Esta analogia entre o café e a Reforma Psiquiátrica, tenta introduzir no novo modelo também, os mecanismos disciplinares de poder. Trata-se, ao mesmo tempo de lhes impor uma ordem e criar uma estrutura científica que explique o que o café descafeinado significa. O sujeito (sofredor psíquico) não poderia saber os segredos de seu próprio poder (o entendimento da utilização do café cafeinado como forma de resistência aos efeitos impregnadores da medicação).

GP- *“Tinha o café normal e o descafeinado, então, assim, o café normal era a Reforma Psiquiátrica Velha, o café descafeinado é a Nova Reforma Psiquiátrica. Nós tiramos uma coisa deles e colocamos outra”.*

GP – *“A troca do café? A minha postura foi mostrar o novo e ver que o novo é tão bom quanto o velho”.*

GP- *Só que na medida em que a gente associou a própria Reforma ao café, a gente já parte do pressuposto que vai ser sempre assim. Essa questão, da avaliação e da reflexão sobre a própria prática, quero dizer, que a gente pode se encontrar daqui a dez anos e vamos estar reavaliando, buscando o melhor modo de fazer café. A avaliação do trabalho faz parte do dia-a-dia. E, isso é algo fácil de fazer? É fácil fazer café?*

O tema discutido pelo grupo-pesquisador na associação que se faz entre o café e a Reforma Psiquiátrica é complexo e precisa ser fonte para uma articulação crítica

²²¹ FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 133.

²²² Idem, p. 194.

da realidade da atenção em saúde mental ou, então, que lancemos mão de uma condenação *in toto* como fruto de uma ideologia comprometida e equivocada.

Para o grupo-pesquisador o poder disciplinar com suas assimetrias de poder efetuam uma suspensão, nunca total, do direito.

GP – *“Em toda relação sempre tem poder, sempre tem poder. Entre marido e mulher queiram ou não sempre tem poder”.*

GP- *“É preciso obedecer ao regulamento, mas isso nem sempre acontece”.*

GP – *“As relações de poder são horrorosas dentro de um contexto mais amplo, como o da Secretaria, nesse sentido, horrorosas”.*

GP- *“Eu acho que é um grupo onde as coisas aparentemente fluem mas existe uma coisa de “rádio-corredor” que funciona muito dentro desse grupo”.*

Na engrenagem que se estabelece entre um corpo que manipula (trabalhador de saúde mental) e um corpo que é manipulado (sofredor psíquico), o poder vem se introduzir, amarra a ambos na relação que se estabelece.

Este aspecto é destacado por Foucault²²⁴ ao estabelecer um complexo paralelo entre o corpo e a máquina: *A regulamentação imposta pelo poder é ao mesmo tempo a lei de construção da operação.*

Segundo Foucault²²⁵, a composição de forças, nova exigência que a disciplina tem que atender, faz com que ela busque inventar uma maquinaria: *(...) construir uma máquina cujo efeito será elevado ao máximo pela articulação combinada de peças elementares de que ela se compõe. A disciplina (...) é uma arte de compor forças para obter um aparelho eficiente.*

Retomando, Foucault²²⁶ ao falar do modelo confessional, como o momento em que o próprio acusado toma lugar no ritual de produção de verdade, o autor refere: *ela é também o ato pelo qual o acusado aceita a acusação e reconhece que esta é bem fundamentada; transforma uma afirmação feita sem ele em uma afirmação voluntária.*

²²³ Idem, p. 135.

²²⁴ Idem, p. 139.

²²⁵ Idem, p. 147.

GP- *“Confesso que tem gente que usa a mesma medida na cafeteira, independente de o café ser extra-forte ou descafeinado... depende do gosto de cada um...”*

GP- *Tem o café vencido, acho que a palavra chave é o café. Tem o café vencido que não é muito bom, porque às vezes, tu tens o descuido e não vês a validade.*

Continuando, Foucault²²⁷ diz que: *Essa ambigüidade da confissão (elemento de prova e contrapartida da informação; efeito de coação e transação semi-voluntária) explica os dois grandes meios que o direito clássico utiliza para obtê-la: o juramento e a tortura.*

As justificativas por parte do grupo-pesquisador em relação ao uso do café transformam, no meu entendimento, o papel originalmente moralizador e judicativo das tecnologias normalizadoras numa hermenêutica, numa analítica.

GP - *“Quando tomarem o café, poderem perceber que eles podem tomar de outra forma, ou ainda, saberem que, se eles não podem tomar, se isso interage para eles, se isso excita tanto, eles tem o café sim, mas, tem, uma outra, alternativa. É só tirar a cafeína e continuam tomando café quotidianamente sem ter os efeitos colaterais, mas, o uso desse outro café foi uma coisa assim: tirando o café se percebeu que eles ficam mais relaxados e não quiseram mais aquele café, mesmo, não sabendo que ele não era mais cafeinado”.*

Ainda, segundo Foucault:²²⁸ *A penalidade perpétua que atravessa todos os pontos e controla todos os instantes das instituições disciplinares compara, diferencia, hierarquiza, homogeneíza, exclui. Em uma palavra, ela normaliza.*

GP- *“E aí o café também traduz isso, para cada um, vai buscar aquilo que é do seu desejo, vai poder botar uma pitadinha daquilo que ele gosta, vai fazer o seu café, personalizar o seu café, talvez”.*

GP- *“Quando se fala no café, me pareceu e trouxe um sentimento de liberdade, porque isso aqui de fazer o cafezinho, trazer o café para a sala me parece algo diferente da rotina diária da instituição que é tudo na hora certa, então o café pode ser aquela coisa que nos dá um sentimento de liberdade... um ato de liberdade”.*

GP- *“Não é fácil, tu tens que botar a água em uma determinada temperatura para que não queime, aí se deixa inchar. Depois de o grão, não o pó, estar mais ou menos inchado é que se bota a água, novamente... eu acho que não é fácil fazer café. Esperar que se plante, que se*

²²⁶ Idem, p. 38.

²²⁷ Idem, p. 38.

colha e que vá ser moído até que se tenha acesso a ele. Tu vais te que comprá-lo e aí entram as formas de fazê-lo...”.

Observamos, no grupo-pesquisador, que a prática de tomar café é uma prática de resistência do sofredor psíquico aos efeitos impregnadores da medicação. Potencializador de autonomia, este instrumento é utilizado como ato de liberdade e se traduz em um ato realizado ritualmente pelo acusado (sofredor).

Como fortalecer esta espécie ameaçada de prática resistente (ato de liberdade/desejo) e como poderiam ser fortalecidas outras práticas resistentes de modo não-totalizador e não-normalizador?

Para o grupo pesquisador, a regulamentação imposta ao sofredor psíquico – café descafeinado- é ao mesmo tempo a lei de construção da operação.

Foucault²²⁹ nos aponta que esse caráter do poder disciplinar: *tem uma função menos de retirada que de síntese, menos de extorsão do produto que de laço coercitivo com o aparelho de produção.*

Como declara Foucault (1994), em seu estudo sobre Sujeito e Poder acredito que analisar as formas de resistência permitam compreender o que são as relações de poder.

Para a superação de um dilema que é tão crucial quanto complexo, quase um sinal distintivo desse final/início de século, a confusão, que ora se observa, na análise das atividades que correspondem ao processo de Reforma e aquelas ditas manicomiais precisam ser aprofundadas. É necessário que se avance na discussão sobre as atividades potencializadoras de autonomia. A expansão e aceleração do processo de Reforma somente será possível se emprendermos a crítica da Reforma, que ora se apresenta como um bem em si, sem a visualização dos conflitos que se operam no “fazer” da saúde mental.

Seguramente, o exemplo, mais claro, da necessidade de emprendermos uma análise crítica, ao processo em questão, está centrado na internação psiquiátrica, como atividade de cuidado. Esta não avançou dentro do processo já que o modelo de

²²⁸ Idem, p. 163.

²²⁹ Idem., p. 139.

internação em hospitais gerais, proposto e legislado pelo Ministério da Saúde, ainda é reduzido, sendo que a oferta maior de leitos está concentrada, ainda, nos hospitais psiquiátricos, tanto no Estado do Rio Grande do Sul quanto no País.

No entanto, dado o caráter de uma prática que se pode projetar historicamente como uma prática de exclusão, de rejeição a tudo que é estranho, louco, delinqüente- o internamento já enfrenta resistências por parte do grupo-pesquisador.

A utilização da metáfora sobre a ponte, expressa essa situação de resistência ao antigo modelo, o que pode ser observado nas falas a seguir:

GP - "A ponte se transforma então, em uma estratégia para atravessar algo".

GP - (A ponte é) "uma forma de ultrapassar obstáculos".

GP - "Eu acho que a falha, o erro, produz a crise e a crise pode produzir a capacidade de reagir, de construir novamente".

Seguramente, a Reforma Psiquiátrica é apenas um dos elementos de uma nova conjuntura que está provocando os trabalhadores de saúde mental a assumirem outras posições teórico-metodológicas.

Atualmente, o bojo da crise apontada pelo grupo-pesquisador, a partir da crítica aos limites impostos pelo processo de internação psiquiátrica, começa a gerar apreensões e angústia, mas, também, como se observa, começa a ser gestado um movimento de resistência expresso nos diálogos do grupo-pesquisador.

GP - "Repensar a medicação dos usuários...revisar a conduta dos usuários e dos terapeutas para melhorar o convívio no grupo".

GP - "às vezes as tuas idéias se sobrepõe as minhas porque tu tens mais força, porque tu ameaças, porque tu dizes".

GP - "Há dez anos, ele é obrigado a organizar o armário mas não organiza o armário e a gente conversa e a gente continua dialogando. Isso é abertura, espaço e a pessoa se fecha no limite, no espaço que tem: "Meu limite é a loucura, não ser organizado, então eu continuo desorganizado como uma forma de se auto determinar na sua"...

As diversas situações de resistência que emergem nas falas do grupo-pesquisador expressam que as relações de poder são móveis, que podem modificar-se, não estando determinadas de uma só vez.

Segundo Foucault:²³⁰ *nas relações de poder existem necessariamente possibilidades de resistência, já que se não existissem possibilidades de resistência (...) não existiriam relações de poder.*

Nesta análise das formas de resistência apresentadas pelo grupo-pesquisador, encontramos lutas que afirmam o direito de ser diferente, que atacam o que pode fragmentar o sujeito, separá-lo do social e até mesmo sobre as tecnologias que exercem um poder sem controle sobre os corpos desses mesmos sujeitos, **o controle dos corpos através de sua docilidade**, como é o caso das internações em hospitais psiquiátricos.

GP - “Essa pessoa disse claro para nós: eu vou escolher as pessoas que não trabalham com psiquiatria porque não quero pessoas viciadas... ainda, tem aquelas pessoas viciadas que tratam as pessoas em surto só contidas, isso ele disse para nós”.

GP - “Café e Reforma é muito nosso, pelo Brasil e pelo Rio Grande. O café reanima o doente que fica para baixo, com a medicação, que bota para baixo o ânimo da pessoa. O café é o antídoto para veneno de cobra. Tem que tomar três vezes por dia”.

GP - “Ah, é, não se marcha em cima de uma ponte. Se a gente está marchando e chega próximo à ponte, não se marcha mais, porque, à frequência dos passos, se forem uniformes, a cadência vibra e a ponte pode cair. Não se pode andar todos com o mesmo passo em cima do muro”.

Estas considerações feitas pelo grupo-pesquisador reforçam a importância de se identificar as diversas formas de resistência manifestas pelo sofredor, no cotidiano do serviço de atenção à saúde mental, como forma de enfrentamento das **tecnologias normalizadoras e para a expansão de seus domínios**.

A expressão utilizada pelo grupo-pesquisador: *“é o antídoto para veneno de cobra”* é, sem dúvida alguma, de grande importância epistemológica e política quando se quer atingir certos alvos. Esta representação do café como antídoto é produto social em duplo sentido: o antídoto é necessário quando somos “picados” e, mais, que a difusão da medicação, como prática do serviço, não se faz sobre sujeitos passivos.

A interpretação dada pelo grupo-pesquisador a respeito do café, parte, no meu entendimento, de que há uma verdade profunda conhecida e escondida. É tarefa da

²³⁰ FOUCAULT, M. **Hermenêutica Del Sujeto**. Madrid: La Piqueta, 1987, p. 125.

interpretação colocar esta verdade em discurso. Acredito que será uma tarefa importante e gratificante analisar outros discursos interpretativos e mostrar suas relações e similitudes com as práticas normalizadoras.

Na formação da sociedade disciplinar, para Foucault (1986), ocorre o nascimento da minuciosa tática militar e política pela qual se exerce nos Estados o controle dos corpos e das forças individuais. Apontada pelo grupo-pesquisador, esta tática pode ser observada em dois aspectos: a proibição do café fazendo um paralelo com a contenção e a estratégia da mudança ou frequência “dos passos em cima da ponte” com o correlato: “mudanças no modo de tratamento”, **onde todo comportamento cai no campo do bem e do mal.**

Concordando com Foucault:²³¹ *Trata-se ao mesmo tempo de tornar penalizáveis as frações mais tênues da conduta, e dar uma função punitiva aos elementos aparentemente indiferentes do aparelho disciplinar: levando ao extremo, que tudo possa servir para punir a mínima coisa; que cada indivíduo se encontre preso numa universalidade punível-punidora.*

GP - “É bom, (o café) em certas horas é maravilhoso bem preparadinho, é uma beleza. Não para todos faz mal:só se tomado em excesso”.

O *mais poder* apontado pelo grupo-pesquisador que é sempre fixado do mesmo lado, ou seja, a desigualdade de posição das pessoas envolvidas na questão, demonstra a ação dos mecanismos de poder disciplinar.

GP - “Porque quando a criatura está viciada ela não tem liberdade de escolha, ela não toma mais pelo sabor...ela toma sem perceber. A troca, a substituição (do café) ela funcionou muito melhor do que eu mesma esperava, as pessoas passaram, os usuários passaram a tomar sim, porque a gente deu à vontade. Se, estabeleceu um dia para o café preto, buscando aquela coisa de uma postura junto ao café, independente de ele ser descafeinado ou não, mais coerente deixou-se o cafezinho preto e todos os dias se serve o café com leite e, eles, podem tomar à vontade para que este contato seja natural”.

GP - “Dificuldades: às vezes o paciente tem ajuda “mas não tem ele mesmo” de alguma forma sentem-se presos a regras”.

GP - “Então, essa pessoa, que teria que arrumar o armário, há muito tempo está prometendo

que vai fazer e não o faz. O armário, cada vez mais, vai se tornando a própria imagem do caos. Isso mobiliza, dá uma a sensação de impotência, de incapacidade na gente. E, isso, desafia o nível de tolerância. O meu não é dos mais altos”.

O grupo-pesquisador aponta para um elemento característico da punição na disciplina: gratificação-sanção.

De acordo com Foucault,²³² nos sistemas disciplinares funciona: (...) *toda uma micropenalidade do tempo...da atividade...da maneira de ser...do corpo...da sexualidade.*

Acredito que a vigilância contínua e funcional, o domínio sobre o corpo (proibição do café) a título de punição (pelos excessos cometidos), trata-se, ao mesmo tempo, de tornar penalizáveis as ações mais tênues da conduta do sofredor psíquico.

Esta forma de poder que, se aplica no cotidiano, para o grupo-pesquisador, categoriza o indivíduo, liga-o a sua própria identidade, impõe-lhe uma lei de verdade. Todo o comportamento na “sanção normalizadora” se situa entre dois pólos – o bem e o mal.

Outros problemas que emergem no cotidiano do grupo-pesquisador são trazidos e nos apontam certos incômodos e ameaças. Aparece, claramente, nas falas do grupo, o processo que combina vigilância e sanção normalizadora, chamado por Foucault (1986) de *exame*, ou seja, **um investimento político ao nível daquilo que torna possível algum saber.**

Ainda para Foucault,²³³ *O século XVIII inventou as técnicas da disciplina e o exame, um pouco sem dúvida como a Idade Média inventou o inquérito judiciário.*

Penso que uma ironia deste dispositivo é nos fazer crer que contribui para nossa “liberação”. Ao afirmar uma externalidade privilegiada, ao mesmo tempo, participa do desdobramento do poder.

Sendo utilizada pelo grupo-pesquisador a metáfora da *ponte em manutenção permanente* como uma analogia do exame, este aparece com sua natureza inconsciente, onde só um especialista pode interpretar.

²³¹ FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 160.

²³² Idem, p. 159.

GP - *“Em manutenção permanente, ou seja, limpeza permanente”.*

GP - *“... mas a entrada do poço é onde está a sujeira, então, vai ver que falta a manutenção”.*

GP - *“Nada sobrevive, nada vai em frente, nada desenvolve, se não acontecer a manutenção em tudo”.*

GP - *“O que importa é a manutenção, é a eficiência, é não sujar”.*

GP - *“Acho, que, como todos, precisa de manutenção constante”.*

Ainda, destacando essa correspondência, observa-se que: o poder que a disciplina põe em funcionamento é um poder direto e físico que os homens exercem uns sobre os outros.

Lembro aqui, de acordo com as falas apresentadas pelo grupo pesquisador, que as técnicas estão prontas a ultrapassar os limites das sociedades. A modernidade traz a identificação do ser humano com a ordem mecânica, física e química das coisas.

Acredito que o grupo-pesquisador, ao por entre parênteses a consciência do sujeito, despreza, no mesmo gesto, as “representações” das quais esse sujeito é suporte.

A manutenção constante, trazida pelo grupo-pesquisador, reflete que os mecanismos de poder disciplinar estão no próprio fundamento da sociedade.

Para Foucault:²³⁴ *Uma das condições essenciais para a liberação epistemológica da medicina no fim do século XVIII foi a organização do hospital como aparelho de examinar. O ritual da visita é uma de suas formas mais evidentes.*

Quando o grupo-pesquisador desenvolve padrões, ele cria limites para agir no espaço de trabalho, fazendo **um investimento político ao nível daquilo que torna possível algum saber**. Como as visitas médicas ao interior do hospital foram utilizadas como “arte de examinar”, **a manutenção constante** é a forma encontrada pelo grupo-pesquisador, mais evidente, de manter o importante funcionamento dos princípios da reforma psiquiátrica na prática.

²³³ Idem, p. 197.

²³⁴ Idem, p. 165.

Cabe destacar, também, o grande número de trabalhadores de saúde em relação ao número de usuários da Pensão, numa tentativa de contornar a questão: ausência dos muros de contenção.

Esta idéia nos reporta ao texto de Foucault²³⁵ quando diz: *O poder disciplinar, ao contrário, se exerce tornando-se invisível: em compensação impõe aos que submete um princípio de visibilidade obrigatória.*

Novamente, a utilização da metáfora da ponte, por parte do grupo ao elaborar uma teoria esquemática a respeito do seu significado marca um tento – as características da Reforma, estudadas de forma “ingênua”, até o momento demonstram que estas fazem parte de um modelo mais amplamente organizado e estruturado.

GP - “... a ponte é o único lugar onde o quartel deixa fazer tudo diferente”.

GP - “Eu acho que está bonito, mas, tem que ver realmente o que significa outra ponte. É algo de superação e eu acho que uma das coisas que precisa ser superada e, é uma das brigas, é desmanchar o que está cristalizado, assim, o doente mental é assim, vai ser assim. Está cristalizada a identidade: “eu sou louco e por isso eu posso fazer o que bem entendo, dizer o que bem entendo”. Pode ser louco mas tem alguns limites. Não se pode dizer tudo o que tu pensas. A outra é: “eu sou terapeuta, portanto, eu não posso xingar, eu não posso ficar braba, eu não posso isso, eu tenho que entender”. Não, eu sou terapeuta mas, eu posso demonstrar raiva, a raiva pode ser terapêutica. Tem uma desacomodação, eu estou com a palavra desinstitucionalização na cabeça, desacomodação de identidades para fazer a ponte. Se não, não sai a ponte”.

GP - “Não podemos botar-lhe tanto peso em cima, se não, pode cair”.

Vários estudiosos têm ressaltado que a mudança de paradigma da doença mental para saúde mental deverá corresponder a uma reorientação mais completa do sofredor psíquico, na mesma medida em que transforma a perspectiva pela qual este percebe seu mundo e relaciona-se com outros.

O espaço da Reforma é o espaço por excelência onde o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico, podem ser conduzidos a uma reorganização da sua experiência no mundo “psi”.

²³⁵ Idem, p. 167.

Ao pensar nas mudanças necessárias para a efetivação do processo de reforma psiquiátrica, na emancipação e cidadania do sofredor psíquico, percebo que o grupo-pesquisador aponta para um regime disciplinar, onde a individuação é descendente, isto é, à medida em que o poder se torna mais anônimo e funcional, aqueles sobre os quais se exerce, tendem a ser mais individualizados.

A fiscalização, a observação, as medidas comparativas são os instrumentos utilizados, segundo Foucault (1986), pelo sistema disciplinar, para marcar as diferenças, separar os desvios e desmanchar as perigosas misturas.

Trazida pelo grupo-pesquisador a imagem da ponte, numa metáfora às relações entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico, pode ser reforçada, também por Foucault²³⁶ quando resgata que: *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*, poderíamos, então, reafirmar: **o olhar hierárquico fabricando efeitos homogêneos de poder.**

GP – “... o olhar político do nosso serviço que temos para fora. O cuidado que se tem que ter com a política de saúde mental, o olhar que nós temos com o nosso usuário, que, para cada um, são diferentes e, o olhar, que nós temos como amigos, como trabalhador com o outro. O olho”.

GP - “O olhar dos usuários para com o trabalhador de saúde mental”.

GP - “O olhar que temos que ter com o usuário, a diferença de cada um. É, isso, o olhar para com o usuário, cada um é um olhar diferente”.

Quando se quer pensar um novo social ou o social de outro modo, na atenção em saúde mental, o que nos é apresentado pelo grupo-pesquisador, num primeiro momento, nos parece impotente e redundante. O olhar como código lingüístico, todos preocupados com o *modus operandi* do olhar, segundo as diferentes categorizações feitas pelo grupo, é um reforço, de acordo com Foucault (1986), de práticas disciplinares produtoras de alto grau de individuação.

²³⁶ Idem, p. 172.

O que pode ser respaldado por Foucault²³⁷ em sua análise sobre a sociedade disciplinar: (...) *quando se elaboraram, por todo o corpo social, os processos para repartir os indivíduos, fixá-los e distribuí-los espacialmente, classificá-los, tirar deles o máximo de tempo, e o máximo de forças, treinar seus corpos, codificar seu comportamento contínuo (...) formar em torno deles um aparelho completo de observação, registro e anotações, constituir sobre eles uma saber que se acumula e centraliza.*

No Estado do Rio Grande do Sul, bem como, no País há uma pluralidade de serviços de atenção a saúde mental inseridos no processo de Reforma. Cada qual com um rico repertório de imagens de reabilitação e “cura” ao sofredor psíquico mas, que expressam distintas visões de mundo e oferecem aos seus participantes (trabalhador de saúde mental e sofredor psíquico) de modo geral posições e/ou, papéis que mantêm a vigilância hierárquica como ritual da “cura”.

A forma geral de um mecanismo para tornar os indivíduos dóceis e úteis é, apontada pelo grupo-pesquisador, como necessária à manutenção da sujeição disciplinar.

GP - “Eu posso tudo é a mesma coisa que não poder nada, estou completamente preso. Então, quando há limites, eu posso organizar minha vida. Limites de horário, banho, saídas, passeios, o que eu posso dizer ou não, como eu posso ou não posso tratar as pessoas”.

GP - “Já, que, tu estás falando em movimento, eu vi muito isso, nessa foto. São casais dançando, esse movimento, a relação em si é um grande movimento, uma dança. E, muitas vezes, a gente tem que aprender a dançar, tem uns, que já aprenderam a dançar e vão ensinar os outros a dançar e, esse movimento, tem uns que vão conseguir dançar, outros não, é isso”.

O olhar hierárquico ou vigilância hierárquica, ou ainda, utilizando expressão cunhada por Foucault:²³⁸ *o encaixamento espacial das vigilâncias hierarquizadas*, é apontado pelo grupo-pesquisador como necessário, para agir sobre aquele que abriga. Coordenar bem o cuidado para que se possa observar melhor o sofredor psíquico, **fabricando efeitos homogêneos de poder.**

O poder disciplinar, no espaço que domina, manifesta, essencialmente, seu

²³⁷ Idem, p. 207.

²³⁸ Idem, p.154.

poder, arrumando seus objetos, ou seja, **o corpo como objeto e alvo do poder**.

Esse diálogo apresentado pelo grupo-pesquisador é um campo atravessado por uma miríade de interpretações e potencialmente ambíguo para todos os que se debruçarem sobre sua análise na tentativa de compreender-lhe o funcionamento.

Não estou, com isso, aceitando, mecanicamente, sem críticas, mas tais críticas precisam aguardar novas respostas ou o debate, a fim de que não escapem à consciência dos sujeitos do grupo-pesquisador.

GP - “Mas, agora, eu estou vendo ele muito parado. Parado demais, como eu poderia dizer, explicar essas coisas, está sempre na cadeira, não corta o cabelo, não cuida a barba. Eu acho que ele deveria apresentar o mínimo, se desenvolver um pouco mais. É claro que o trabalho é lento... mas não sei o que houve, não está em surto mas não está muito bem, não”.

GP - “Nós temos alguns usuários que são crianças na mentalidade, como a própria doença e, que, na verdade, como são crianças, a gente acaba meio como mãezonas, cuidados e, até mesmo, com colegas a gente tem problemas e procura ajudar muito, é carinho de mãe mesmo”.

Outros problemas que emergem no cotidiano do grupo-pesquisador são apontados: **o corpo como objeto e alvo do poder**. Os esquemas de docilidade, para Foucault (1986), são visíveis no corpo que se manipula, modela, ou ainda, que obedece e responde.

Concordando, com Foucault:²³⁹ *O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano. (...) Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos.*

Outro elemento importante para a análise das relações é o de que, mesmo num novo contexto de experiência, o trabalhador de saúde mental segue alguns “rituais” do antigo modelo sem redirecionar sua atenção a novos aspectos de sua experiência ou perceber essa experiência segundo nova ótica.

GP – “Isso, aqui, foi uma viagem que aconteceu. São Paulo e, aqui, os rapazes em frente ao ônibus, entendeu? Os rapazes, os usuários, os técnicos também, segurando o ônibus”.

²³⁹ Idem, p. 127.

GP - “Tem a ver que foi uma viagem que aconteceu e nós estamos segurando o ônibus... A gente não conseguiu segurar o ônibus. Segurar, porra, o ônibus”.

GP- “O poder é tão forte que a gente não, não no Rio de Janeiro, né?”

Para facilitar um melhor entendimento das questões apresentadas pelo grupo-pesquisador em relação às práticas médico-psicológicas engendradas pela mudança de enfoque na análise das condições dos sofredores psíquicos de participarem do V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial observam-se práticas terapêuticas de exclusão (obs: nenhum usuário da Pensão pode participar do referido Encontro, realizado no Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2001).

Através da fala do grupo-pesquisador, pode-se compreender o caráter de obviedade que a não participação do sofredor psíquico no V Encontro da Luta assumiu, desde cedo.

Algumas situações de exclusão aparecem no grupo-pesquisador que reforçam a necessidade de se **acreditar na concretização da utopia de uma sociedade sem exclusão.**

GP - “Eu acho que tem haver com inclusão e exclusão também. A gente tem um grupo (de ginástica), ele é fechado. Eu acho que ela tentou participar algumas vezes, quis participar, mas ele é fechado. Mas eu acho que isto que tu estás dizendo é uma proposta e eu vou fazer um outro grupo semelhante”.

GP- “Daí, fica complicado falar de inclusão. Porque na verdade a gente está falando de exclusão, né”.

O reconhecimento por parte do grupo-pesquisador de que o papel suposto ou exigido de aparelhos para transformar os indivíduos (atividade de ginástica desenvolvida na Pensão e que congrega alguns usuários previamente selecionados pelo trabalhador de saúde mental) mantêm um caráter de exclusão, ou seja, o grupo de ginástica não acolhe todos que dele querem participar.

Acredito que é preciso uma mudança na perspectiva subjetiva pela qual o sofredor psíquico é percebido no novo contexto da atenção em saúde mental. O paralelo entre o aspecto objetivo e subjetivo de se manter um grupo fechado de ginástica retrata, no meu entendimento, mais uma noção de exclusão do que uma dificuldade operacional da “permissão” para o usuário participar de determinado grupo

social, isto é, do grupo de ginástica.

GP - “Eu boto essas duas fotos aqui para a gente pensar. Aparentemente são movimentos estranhos, mas, é que eles propõem uma diferença: a diferença da inclusão com a exclusão, como lados diferentes, não como um lugar melhor do que o outro”.

Na metade do século XVIII, para Foucault (1986), o soldado torna-se algo que se fabrica. No início do século XIX, o doente mental é o efeito de um poder. No século XXI, me pergunto **se o sofredor psíquico emerge como “alvo” da ruptura das relações de sujeição que se estabeleceram entre ele e o trabalhador de saúde mental?**

Buscando a conjunção, unindo o que foi dito no grupo-pesquisador com as imagens escolhidas, durante a oficina de colagem (5ª oficina realizada pelo grupo-pesquisador), com relação à exclusão, esta, é entendida e associada àquele que rouba, que perde seus parentes, com o negro, com a escravidão. Sendo, ainda, manifesto e apontado àqueles que a praticam: executivos ao assinarem um contrato, a violência do policial civil e militar.

GP - Este é um camburão que pegou o homem que estava roubando, maconha, baseado...

GP- Esse daqui é uma família que perdeu seus parentes e está chorando. E, aqui é a escuridão dos negros, dos escravos.

GP - “Aqui, são executivos tomando decisão, assinaturas, pelo jeito é uma aprovação, estão na alegria. E, isso, é uma coisa bem diferente que eu escolhi, também, que o relacionamento é péssimo. O guarda batendo no cidadão que está no chão. E, aqui, tem o movimento dos sem-terras, um lado armado de foice e do outro os militares com armamento de fogo”.

Trago, como uma referência importante para o entendimento do sentido da exclusão, o que foi apontado pelo grupo-pesquisador em algumas imagens escolhidas durante a oficina de colagem: retratam a força da exclusão histórica, daquele que não segue as normas estabelecidas pelo social e não uma alusão precisa sobre a exclusão do louco que é institucionalizado.

Podemos observar, ainda, nas falas apontadas pelo grupo-pesquisador como sinônimo de exclusão, a subtração da problemática do poder na instituição, insinuando em seu lugar, a problemática do poder “privado”, familiar e social.

Além disso, esse “encadeamento de ações” pode ser formado por alguns elos, expressos no grupo-pesquisador, quando refere que: ninguém pode ser totalmente livre e que esta liberdade, mesmo que provisória, pode terminar quando a “**norma**” é desobedecida, sendo, então, apontado, o elo “perdido” com o serviço.

Neste conjunto de idéias, apresentadas pelo grupo-pesquisador, sobre os mecanismos da exclusão na atenção em saúde mental, o que “salta aos olhos” e tende a passar despercebido é a problemática do poder e da objetificação da ação para “problemática pessoal do poder”, daqueles investimentos inconscientes e do tipo de posição que naturalmente se articulam com os mecanismos de poder.

GP- Mas, aconteceu essa semana, uma situação horrível envolvendo a indignidade, a impostura, a falta de decoro e de respeito de uma pessoa que teve uma posição importantíssima dentro da Casa. Realmente uma coisa muito grave envolvendo uma usuária em função dessa falta de respeito, de dignidade”.

GP - “Essa foto eu peguei pelo lado de fora, mas, mesmo, ele estando do lado de fora, tem um lugar que é inacessível, independente desse lugar ser bom ou ruim. Essa foto, é um rapaz do lado de fora de umas grades, ele representaria ou representa liberdade, mas, ao mesmo tempo, tem um lado, um lugar inacessível que é dentro das grades. Então, eu fico pensando, que a gente fala tanto da liberdade, de estar fora, mas como, também, tem um lugar que vai ser sempre inacessível”.

GP - “Duas pessoas que estavam com tudo para sair, benefício, e ela atacou um usuário, ela se machucou, estava difícil, ela queria matar e aí, tive que internar”.

A história das internações psiquiátricas é a própria história da psiquiatria, embora o Movimento de Reforma edite: **novas alternativas ao trabalho em saúde mental**. No entendimento do grupo-pesquisador, a internação em hospitais psiquiátricos, desde o início do Movimento de Reforma segue associada, na atenção prestada, aos novos mecanismos propostos.

Foucault²⁴⁰ retrata a necessidade de se manter diferenciações com relação ao encarceramento, dependendo do indiciamento ou da condenação: *E deve-se requerer essa transformação aos efeitos internos do encarceramento. Prisão-castigo, prisão-aparelho.*

²⁴⁰ Idem, p. 209.

Esse encadeamento (de processos disciplinares), por sua vez, apresenta multiplicidade de processos, muitas vezes mínimos, de origens diferentes, que se distinguem pelo campo de aplicação, mas que, para Foucault (1986), ainda, permitem um controle minucioso do corpo, sujeição constante, ao mesmo tempo, que lhes impõe uma relação de docilidade, o que é destacado pelo autor na expressão: ***a dissociação do par ver - ser visto.***

A “queda da armadura institucional”, com o advento da Reforma, requer essa transformação nos sentimentos apontados pelo grupo-pesquisador, aos efeitos internos da relação, que se estabelece entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico.

GP – “Saber que, às vezes, a própria oferta de ajuda pode causar ansiedade e angústia no paciente. Uma pessoa que está estabilizada muitos anos de uma determinada maneira, a mudança em si, mesmo que seja para melhor, é um processo angustiante e a gente é impactada duas vezes, com isso, por que a gente percebe a dor que o paciente traz na sua própria vida, na sua própria história, de seu desequilíbrio químico, que é dele e que sofre mais, a gente sente que a pessoa está angustiada, também, por causa do processo (reforma), no qual ela está envolvida, um processo de mudança, de transformação que, muitas vezes, a gente não sabe até que ponto a pessoa pediu aquela mudança, até que ponto ela quer, até que ponto ela pode saber que quer aquilo”.

Para Foucault²⁴¹ *...nosso conhecimento científico e médico da loucura repousa implicitamente sobre a constituição anterior de uma experiência ética do desatino.*

GP - Isso, impacta os profissionais duas vezes, porque se cuida do paciente, se cuidava no manicômio, independente do manejo, da política, da visão de cuidado ser distorcida, errada e desumana, os cuidadores sempre existiram, as pessoas que cuidam dos seus semelhantes sempre existem, em qualquer situação, então, a gente, continua cuidando dos pacientes, continua sensível ao sofrimento e percebe, ainda, que há essa carga para os pacientes da transição”...

GP - “...a gente sente que a pessoa está angustiada até por causa do processo (Reforma) de mudança”.

Na discussão apresentada pelo grupo-pesquisador destaca-se a inversão do

²⁴¹ FOUCAULT, M. **História da Loucura**, São Paulo: Perspectiva, 1978, p. 93.

esquema Panóptico no processo da Reforma Psiquiátrica. De acordo com Foucault:²⁴²
O Panóptico é uma máquina de dissociar o par ver-ser visto: no anel periférico se é totalmente visto, sem nunca ver; na torre central, vê-se tudo, sem nunca ser visto. (...) é uma máquina maravilhosa que, a partir dos desejos mais diversos, fabrica efeitos homogêneos de poder.

A não dissociação do par ver-ser visto, destacada nas falas acima, retrata uma das dificuldades de implementação do processo de Reforma. Em contrapartida, o modelo Panóptico, favorece o “fazer experiências”, “modificar comportamentos”, a utilização do “dispositivo do exame” na construção de um saber/poder, treinar ou retreinar indivíduos sem que haja o enfrentamento do par ver-ser visto. O enfrentamento do par ver-ser visto que se dá no processo de Reforma é percebido pelo trabalhador de saúde mental como um obstáculo à consolidação do processo.

A quebra do esquema Panóptico: “*se cuidava no manicômio*” promove, de acordo com o grupo-pesquisador, uma carga, ainda maior, de sofrimento e dor para ambos: sofredor psíquico e trabalhador de saúde mental.

Foucault²⁴³ diz que em cada uma de suas aplicações *o esquema panóptico permite aperfeiçoar o exercício do poder.*

Para o mesmo autor,²⁴⁴ ao referir-se ao período em que a loucura foi encarcerada:

Quando o século XIX decidir fazer com que o homem desatinado passe para o hospital, e quando ao mesmo tempo fizer do internamento um ato terapêutico que visa a curar um doente, o fará através de um golpe de força que reduz a uma unidade confusa...(...) esses múltiplos rostos da loucura, aos quais o racionalismo clássico sempre havia permitido a possibilidade de aparecer.

Retomando o que apresentei inicialmente no que denominei de **Visibilidade e Invisibilidade dos Dispositivos Disciplinares de Poder**, 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, à cultura

²⁴² FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986, p. 178.

²⁴³ Idem, p. 181.

²⁴⁴ FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978. p. 134.

psiquiátrica de um passado recente, em alguns momentos deixa entrever que existem resistências ao processo que conduz a uma sociedade sem exclusão, a complexidade na compreensão do louco e de sua terapêutica; ao entendimento da loucura como uma questão, não somente do âmbito da saúde/doença, mas, também, como pertinente ao campo político-econômico-social.

Deste modo, é importante aqui colocar, lado a lado, algumas referências, algumas noções construídas a partir dessa conjunção de diálogos, imagens, referencial teórico e análise preliminar que possam transmitir, em síntese, o que foi até aqui apresentado.

Cabe ressaltar que Foucault²⁴⁵ ao identificar princípios fundamentais da sociedade burguesa resgata alguns elementos com relação à consciência do homem concreto, do homem de todos os dias na sua relação com a loucura:

(...) restabelece com a loucura esses contados que a era clássica havia interrompido; mas ele os retoma sem diálogo nem confronto, na forma já dada da soberania e no exercício absoluto e silencioso de seus direitos (...) a consciência, simultaneamente privada e universal, impera sobre a loucura antes de toda contestação possível. E quando a restitui à experiência judiciária ou médica, nos tribunais ou nos asilos, ela já a dominou secretamente.

As relações entre os trabalhadores de saúde mental e o sofredor psíquico no processo de Reforma Psiquiátrica apresentam-se confusas. A força combinada dos dispositivos disciplinares de poder emergem, no cotidiano de trabalho, como estratégia de controle às situações complexas oriundas do convívio.

Na tentativa de se estruturar um campo de ação possível para o sofredor, este, muitas vezes, é objetivado, o que bem traduz a expressão “paciente” utilizada pelo grupo-pesquisador. Soma-se, a isto, a não visualização do sofredor psíquico como sujeito no processo saúde-doença.

Quero frisar que estas colocações não traduzem a totalidade do trabalho de análise, são, sim, representativas do primeiro eixo apresentado. Entretanto, é relevante, chamar a atenção para alguns aspectos que, inicialmente, nos levam a refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico e o novo

²⁴⁵ Idem, p. 442.

discurso da reforma psiquiátrica e uma prática e um fazer que parecem negar a emancipação do sofredor psíquico, isto é, sua condição de cidadão.

Nas expressões, abaixo assinaladas, que dão início a primeira parte vê-se a presença de sentimentos confusos a respeito do papel profissional do trabalhador de saúde mental:

GP-*“Eu posso dizer que não há liberdade e impor minha força”.*

GP-*“Até onde a falta de limites não é um princípio angustiante para o paciente?”*

GP-*“Fica essa relação confusa, as pessoas não sabem o seu papel”.*

GP-*“a falta de um uniforme, uma coisa assim, para te resguardar”.*

GP-*“tem os macetes, a gente conhece os psiquiatras e acaba fazendo com que eles internem ou não o paciente”.*

GP-*“a gente estabelece uma relação de diálogo, onde o poder é roçado”.*

Entretanto, estes sentimentos, não se limitam somente ao papel, ampliando-se francamente para além, integrando fatores técnicos, sociais e políticos.

Concordando com Foucault,²⁴⁶ ao referir-se à tentativa de captar a verdade do “louco”: *retiram-se as correntes que impediam o uso de sua livre vontade, mas para despojá-lo dessa mesma vontade, transferida e alienada no poder do médico. (...) liberdade obstinada e precária, simultaneamente.*

Vê-se que: **ser natural ao tomar somente um café; ser coerente e optar pelo café com leite e arrumar o armário** são imagens colhidas pelo grupo-pesquisador e que fazem parte do **exame** para diagnóstico da sanidade mental do sofredor psíquico.

Há, portanto, na própria Reforma, “mecanismos objetivos de inquérito”, de onde a prática do exame é originária, que reinterpretam, de modo incompleto, o peso dos determinismos sócio-históricos pertencentes aos domínios da saúde mental. Assim, a Reforma Psiquiátrica pode ser o resultado e um dos agentes do processo geral de uma visão privatizante do social, absorvida por sujeitos privatizados.

²⁴⁶ Idem, p. 506-507.

5.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO PROMOTORA DE CIDADANIA E DE RELAÇÕES DEMOCRÁTICAS

Reconhecer no processo de Reforma Psiquiátrica um projeto ético-político-social é reavaliar substancialmente o conceito tradicional de saúde mental; é colocá-la a serviço do desenvolvimento social e não só da estrutura econômica; é colaborar com a concretização de uma sociedade que contemple a dimensão ético-solidária.

É bom poder olhar-se no espelho e verificar que, apesar de algumas marcas deixadas pela carreira psiquiátrica, ver na imagem refletida à frente cidadãos amados e respeitados por si próprios e por seus amigos, pela comunidade e realizando todas as suas potencialidades. Na Bahia, lutamos para que isso se torne uma realidade. É preciso que o espelho reflita além da pessoa, uma nova identidade social, cultural e política longe de um passado de discriminações. E que possamos gritar bem alto e para que todos possam nos ouvir: É POSSÍVEL EXISTIR.²⁴⁷

Retomando a construção do objeto de estudo, trago como questão a ser respondida que: **Toda dimensão técnica tem, também, uma dimensão política:** o que se pretende com o “fazer” nos serviços de atenção a saúde mental no processo de Reforma Psiquiátrica e que valores estão presentes nestes serviços?

A política como uma das importantes dimensões do ser humano deve ser parte integrante da desconstrução/construção das práticas em saúde mental. **Se queremos que o processo de Reforma se edifique e se efetive através das práticas da não exclusão e da emancipação do sofredor psíquico,** é preciso que se analise como se dão determinadas relações de força nos serviços de atenção a saúde mental e quais as estratégias que acompanham o processo de Reforma em questão.

A emancipação do sofredor psíquico, do trabalhador de saúde mental; o reconhecimento do sofredor psíquico como sujeito de direitos e deveres possibilitará que a **Reforma Psiquiátrica se efetive como uma prática de transformação social e não como um mero instrumento estratégico utilizado pela hegemonia psiquiátrica.**

²⁴⁷ FERNANDES, M. G. Membro da Diretoria do Instituto Franco Basaglia. Apresentação da fala dos usuários no I Encontro do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, Salvador-Bahia, 1993.

Concordando com Foucault:²⁴⁸ *Havia uma necessidade ligada à própria existência da psiquiatria que se tornou autônoma, mas que, a partir de então, devia fundar sua intervenção fazendo-se reconhecer como parte da higiene pública.*

De acordo com Spricigo:²⁴⁹ *A institucionalização da doença mental produz a homogeneidade, objetiva e serializa todos àqueles que entram na instituição. Nesta, é construído um conjunto de formas de lidar, olhar, sentir o doente, a partir daquilo que se supõe ser o louco e sua loucura.*

a- A Reforma Psiquiátrica, como o café, é uma construção do dia-a-dia...

A história da saúde mental é a história da exclusão ao sofredor psíquico.

Equívocos ou desmandos cometidos em relação ao sofredor psíquico, nos últimos duzentos anos, justificam por si só, a existência, a partir dos anos 80, no Estado do Rio Grande do Sul e no País, de uma luta por uma “Sociedade sem Exclusão”. Esta luta viu reforçado seu propósito com o surgimento, na década de 90, do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

No Estado do Rio Grande do Sul, esta luta tem seu início assinalado, a partir, também, de um movimento sócio-político, denominado Fórum Gaúcho de Saúde Mental, que integra trabalhadores de saúde, usuários e familiares em uma luta pela extinção dos manicômios. Este Movimento teve como conquista maior a aprovação da Lei 9.716, da Reforma Psiquiátrica, em 07 de agosto de 1992.

Nesta mesma linha de ação, o Ministério da Saúde, no mesmo ano, publica portarias ministeriais que vinculam a remuneração do serviço com a qualidade da assistência prestada ao sofredor psíquico.

O próprio Ministério, ao regulamentar diversos dispositivos voltados para a mudança do financiamento nos níveis ambulatorial e hospitalar, pretende a

²⁴⁸ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10 ed. Rio Janeiro: Graal, 1992, p. 184.

²⁴⁹ SPRICIGO, J. S. **Desinstitucionalização ou Desospitalização – A Aplicação do Discurso na Prática Psiquiátrica de um serviço de Florianópolis**. Florianópolis, 2001. 163 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) PEN/UFSC. p. 88

incorporação da assistência ao sofredor psíquico à rede geral de serviços de saúde. Essa meta tem encontrado fortes obstáculos, sendo o principal deles, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH).

Concordando, com a concepção de Lancetti²⁵⁰ ao referir que: *O sistemático expurgo da desrazão que se opera na psiquiatria, na psicologia e na psicanálise tem favorecido, suas existências institucionais, suas validações científicas mas tem se constituído, também, no seu limite intransponível, no muro no qual esbarram as tentativas de reforma.*

Podemos observar que na história “toda ação gera uma reação” porém, diferentemente da física, nem sempre com a mesma força e intensidade. O “abalo” sofrido pela Lei da Física, na implantação do processo de Reforma Psiquiátrica, pode ser sentido no dia-a-dia do ato de assistir em saúde mental.

No presente estudo, foi possível observar e identificar, no grupo-pesquisador, alguns aspectos que retratam o entendimento da Reforma Psiquiátrica como uma construção do dia-a-dia.

A metáfora dos diversos modos de se fazer café, o café como uma construção diária e os tipos de café retratam, no grupo-pesquisador, a analogia com o processo de Reforma.

*GP - “Uma das coisas muito fortes que ficou, a partir dos nossos encontros, é que a Reforma é um processo e, como processo, é construção. E, hoje, ficou muito forte, através da palavra café, **que é uma construção diária**. Não tem as coisas prontas. Cabe a cada um e para cada um, isso é, experimentando em uma dose, uns gostam mais forte outros mais fraco, ou misturado, como tu dizes, chafé”.*

GP - “Um dia nós estávamos trabalhando e ele disse: Vocês vão ter que imaginar; vocês vão ter que aprender a lidar com uma situação nova, vocês não vêm com uma coisa pronta, vocês não tem uma coisa pronta para trabalhar com esse nosso pessoal”.

GP - “Então, a reforma psiquiátrica não surgiu, ou apareceu magicamente, para que ela esteja, é necessário que se faça. Se pratique, fazer todos os dias, assim como experimentá-lo (o café), perceber seu sabor, refletir seus benefícios, circunstâncias que devem ser diferenciadas, etc”...

Para o grupo-pesquisador não se pode limitar a Reforma a uma receita pronta,

acabada. É **uma construção diária** que, a partir da experimentação, vai se construindo no dia-a-dia do próprio trabalho. Esse aspecto, salientado pelo grupo, reforça a idéia de que é preciso construir teoria e prática, categorias distintas, conjuntamente; ambas as noções deverão permear os marcos de uma abordagem antimanicomial, necessária à consolidação do processo de Reforma.

O processo de Reforma, no meu entendimento, traduz um descortinar de novos saberes que não estão alicerçados mais na produção de conhecimentos objetivos sobre seres humanos entendidos como objetos da produção 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.

Ao se construir a imagem da Reforma Psiquiátrica associada à imagem do café, o grupo-pesquisador observa, mais uma vez, que não está tudo pronto e que, como a arte de se preparar o café, para se atuar na Reforma, é **preciso uma construção diária de novas práticas associada à nova construção de saberes.**

A esse respeito, Lancetti pergunta: *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 linha, se encontra o posicionamento teórico de Pelbart:²⁵¹

Trata-se enfim de um pensamento que não transforme 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.

Devemos lembrar, também, que o Movimento para reformar os hospitais psiquiátricos não é um movimento que se estabelece somente na atualidade. A reforma dos hospitais psiquiátricos é mais ou menos contemporânea à criação do próprio hospital. A diferença está em que a reforma psiquiátrica pretendida não se fixa mais na “reforma” do hospital, mas sim na sua eliminação gradativa.

GP - *“Eu concordo com o que falou o grupo, que a Reforma não é questão só de dizer faço*

LANCETTI, A Loucura Metódica. In: _____. (org) **Saúde Loucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 140.

²⁵¹ PELBART, P.P. Manicômio Mental- A outra Face da Loucura In: LANCETTI, A (org.) **SaúdeLoucura 2**. São

bem e daí acontece, é uma construção do dia-a-dia, é uma construção baseada na reflexão. Eu acho que nós precisamos nesse caminhar dessa Reforma uma autocrítica permanente, não podemos ficar dizendo: “essa lei vamos cumprir”, esses delineamentos já estão produzidos, fechados, está pronto. Eu acho que é uma questão que temos que criar dia-a-dia. Que temos que utilizar a nossa imaginação e nossa criatividade para que realmente de certo nossa pretensão de desinstitucionalizar, de tratar o outro, como tu falou, diferente, porque, também, de perto ninguém é normal. Não é diferente”...

Pode-se dizer que, para o grupo-pesquisador, essa construção diária implica, em realmente, não haver uma “receita pronta” para a condução do processo de Reforma.

Aliada a esta idéia é preciso somar, ainda, que o trabalho terapêutico envolvendo traduções e reduções não pode estar alijado do ponto de vista do sofredor psíquico. É, sim, uma construção diária, mas, sobretudo, uma construção compartilhada onde devem atuar os trabalhadores de saúde mental, usuários dos serviços e familiares.

Ainda, no entendimento do grupo, este processo é acompanhado por sofrimento e muita discussão; é um processo complexo, onde, **o trabalhador de saúde mental não está preparado para enfrentar a proposta de reinserção social da Reforma Psiquiátrica.**

As falas do grupo-pesquisador são, portanto, ordenadoras, porque, conforme lembra Pelbart:²⁵² *Trata-se de não burocratizar o Acaso com causalidades secretas ou cálculos de probabilidade, mas fazer do Acaso um campo de invenção e imprevisibilidade, de não recortar o Desconhecido com o bisturi da racionalidade explicativa.*

GP - O artigo 12º também, que a gente viu que está praticando o projeto de abrigagem, asilo, de reinserção social de acordo com a Lei, só que isso não é para eles, quem lê a lei pensa assim: “Agora, não vai ter mais problema, que lugar maravilhoso”, mas não é assim, o paciente sofre muito com o processo de reinserção social, retornar à situação familiar para quem está afastado há muitos anos é doloroso. Se for ouvir os pacientes, para qualquer pessoa é difícil lidar com as questões familiares. É um processo, não é simples: “O paciente chegou na Pensão e agora ele vai ter um plano terapêutico, vamos levá-lo a ter uma casinha e uma

aposentadoria e condições para se virar”.

As práticas localizadas em tecnologias e em diversos lugares separados, incorporam de tal sorte um determinado esquema, que me fazem perceber que embora haja um impulso em direção ao objetivo de reinserção social do sofredor psíquico, são poucos, ainda, aqueles que estão impulsionando.

Essa cosmovisão apontada pelo grupo-pesquisador reforça e reafirma a ordem estabelecida, há uma lógica das práticas. Como já analisado por autores clássicos do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial como Pelbart:²⁵³

“Nossa modernidade não expulsou os poetas, mas os loucos. Ora, se a hipótese que sugeri é verossímil, isto é, se o fim dos manicômios é também uma forma dissimulada de borrar a Diferença que antes os loucos portavam, e se a humanização e homogeneização caminham juntas no combate aos riscos disruptivos da loucura, deixemos ao menos que a desrazão- até recentemente privilégio quase exclusivo dos loucos- vingue em nós”.

Os trabalhadores de saúde mental convivem com resistências específicas em relação ao proposto no artigo 12 da Lei 9716. O desejo de ver o sofredor psíquico envolvido novamente pelo social e o cálculo de suas possibilidades (sofredor psíquico) de atuação nesse mesmo social. Os sentimentos transformados em efeito “global” dificultam a visão do trabalhador de saúde mental sobre o “possível” potencial do sofredor na tomada de decisão sobre o modo de viver a vida fora do cotidiano da atenção em saúde mental.

Observo que este trabalho de reinserção social enfrenta algumas recusas, no entendimento do grupo-pesquisador. Ao mesmo tempo, o grupo anuncia que é preciso mostrar ao sofredor psíquico um caminho para resgatar o respeito e a cidadania perdida com o modelo manicomial. Contradições à parte, essa é uma luta de todos nós (trabalhadores, usuários, sociedade). Isto se transforma, efetivamente, num problema técnico-político: por um lado, a promessa de tornar as pessoas saudáveis para o convívio social e, por outro, o desejo de protegê-las desse mesmo social. No entanto, ousar perguntar: Não estamos mascarando de outra forma a segregação do sofredor, desse social, ao dificultarmos seu afastamento da Pensão?

GP -“...sofrimento, vai haver discussão, o paciente vai apontar para outros caminhos, muitas

²⁵² Idem, p. 136.

²⁵³ Idem, p. 137.

vezes, ele vai desistir desse processo **e a gente vai continuar tentando** e, aí, como é o caso das duas pacientes, não queriam mais, não suportavam mais essa questão de ser pautada a autonomia, ser pautada a estabilidade, ser pautada a responsabilidade e aí surtam e aí querem o modelo clássico: “Me leva para o hospício, eu vou arrebrantar alguém, até que vocês me levem para o hospício porque eu não vou conseguir viver sozinha, eu não me acredito, não vou ter dignidade, não tenho essa identidade”.

Apontado pelo grupo-pesquisador, a “possível” incapacidade do sofredor psíquico em vivenciar o processo de Reforma Psiquiátrica, deixa claro que **o próprio trabalhador de saúde mental não está, também, preparado para vivenciar esse processo de transformação das relações**. Ao dizer que a autonomia, a responsabilidade devem ser pautadas para o sofredor psíquico, estas deixam de ser incorporadas como algo natural e que faz parte de uma caminhada na conquista dos direitos. Direitos que foram suprimidos do sofredor ao longo de todo um processo de exclusão.

Com relação a este aspecto, percebo que o entendimento claro dos delineamentos formais da Lei da Reforma é bastante importante para o trabalhador de saúde mental, especialmente porque o seu desconhecimento pode ocasionar maior confusão no entendimento da ação prevista (art. 12, da Lei 9.716 - da reinserção social), dificultando o conhecimento preciso das normas que têm o valor de diretriz.

Como exemplo, trago uma análise realizada por Dallari²⁵⁴ na interpretação do conceito de saúde em Constituições Estaduais:

Considerando especialmente a organização formal das Constituições estaduais, muitas das definições fixadas no conceito de saúde adotado faziam parte dos Anteprojetos da Lei Orgânica da Saúde. Assim, os sul-rio-grandenses associam o “indivíduo, a família e as instituições e empresas que produzem riscos ou danos à saúde do indivíduo ou da coletividade” ao dever do estado e do município de garantir o direito à saúde (C. E., art. 241); os paraenses relativizam o dever de “garantir o bem-estar biopsicossocial de suas populações, considerando-as em seu contexto sócio-geográfico-cultural” (C.E., art. 263, § 2º) e os fluminenses enfatizam que as políticas que asseguram o direito à saúde devem visar a soberana liberdade de escolha dos serviços, quando estes constituírem ou complementarem o Sistema...(C. E., art. 284).

Ao se respeitar o desejo do sofredor psíquico de emancipação e vivência do social no processo de democratização das relações, para o grupo-pesquisador, as relações de respeito e garantias de cidadania ao sofredor são um compromisso ético

²⁵⁴ DALLARI, S. G. *Os estados brasileiros e o Direito à Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 50.

que precisa ser assegurado pelo trabalhador de saúde mental e isto será promotor de **sensibilidade e coragem para os trabalhadores de saúde mental ao enfrentamento cotidiano da Reforma como uma construção do dia-a-dia.**

Pode-se dizer que, para o grupo-pesquisador, este é um momento de mudança de direção e, ao recriar o espaço das relações democráticas, o grupo-pesquisador “respira” ao propor um trabalho criativo e de reinvenção da realidade.

Sobre os pontos destacados pelo grupo-pesquisador grifo alguns que, na minha percepção, são hierarquicamente mais importantes que outros: **resgate de cidadania do sofredor psíquico; relações de respeito entre trabalhadores e sofredor psíquico; sensibilidade e coragem por parte do trabalhador para perceber o desejo do sofredor; reinvenção da realidade; construção diária do conhecimento.**

Para o grupo-pesquisador, é preciso, ainda, reinventar o dia-a-dia da Reforma. Com relação à construção de novas práticas, a identificação de um novo modelo, a vivência da eclosão de um novo paradigma, pode ser explicado por Maffesoli:²⁵⁵ *Vamos arriscar algumas metáforas. Como a fênix antiga, uma forma em declínio chama sempre outra à eclosão. E a imaginação amplificadora de que falamos pode nos permitir apreender que a morte da monovalência histórica ou política pode ser uma boa ocasião para recuperar novamente a matriz natural.*

Observo que para a construção e sustentação desse novo espaço de cuidado e de vivência cidadã ao sofredor psíquico não cabe mais o discurso elaborado, pronto, acabado. **É preciso construir um novo saber a partir da vivência prática nos serviços de atenção à saúde mental** e que estas reflitam as noções apresentadas na Lei 9.716, Lei da Reforma Psiquiátrica e, possam, também, compreender os saberes nascidos do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e do Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

Este aspecto é salientado pelo grupo-pesquisador:

GP - “Também propõe a possibilidade da gente fazer, de inventar coisas que, talvez, a gente

²⁵⁵ MAFFESOLI, M. **O Tempo das Tribos: O Declínio do Individualismo nas Sociedades de Massa.** 3 ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2000. p. 49.

nunca tenha experimentado, ou coisas que a gente já tenha experimentado, mas, que a gente (re)arranja para produzir outros efeitos, diferentes do produzido até em tão. Então, acho que essa foto convoca para a invenção”.

GP - “A Pensão de um tempo para cá respeita muito isso, mesmo correndo o risco, como no caso da primeira, na época, ela tinha uma PMD: “maníaca e depressiva”, eu não sei qual é pior das duas, ela teve um tombo, quebrou a perna, só que eu acho que esse risco ocorre em qualquer lugar, tu podes estar dentro do hospital e tu vai cair, te machucar, eu acho que a gente é muito corajoso, eu digo por que a gente trabalha há muito tempo aqui e a gente veio para cá, a ..., também, pegou essa situação”.

Para o grupo-pesquisador, o processo de Reforma requer coragem do trabalhador de saúde mental ao **dar novas respostas aos problemas próprios do cotidiano**. Nesse quadro, os trabalhadores sofrem um complexo jogo de pressões, próprio do momento de transformação. Participam desse jogo os interesses pela manutenção do sistema manicomial de atenção, tanto quanto os interesses dos movimentos sociais por uma “sociedade sem exclusão”.

De acordo com Arendt,²⁵⁶ *a boa organização não precede a ação, mas é seu produto, que a organização da ação revolucionária pode e deve ser aprendida na própria revolução, assim como só se pode aprender a nadar na água, que as revoluções não são feitas por ninguém, mas irrompem espontaneamente, e que a pressão para a ação sempre vem de baixo.*

A particularidade dessa política, a partir do ponto de vista das possibilidades apresentadas pelo grupo-pesquisador, é apresentada na seguinte fala:

GP - “A gente se relaciona com quem a gente trata. Isso é uma diferença que não se encontra. É claro, os serviços de saúde mental são assim, mas nós num nível mais aprofundado ainda. Eu não trato, eu não dou coisas para o usuário, eu me relaciono, eles são meus amigos, eu sinto o cheiro deles, eles sentem o meu cheiro, nos abraçamos, nos tocamos, a gente conversa então, a gente se relaciona”.

Segundo, Maffesoli,²⁵⁷ *existe reversibilidade e não dominação unilateral. Isto é o que permite dizer que todos os grupos, para os quais a natureza é considerada como uma parceira, são forças alternativas que, a um tempo, assinalam o declínio*

²⁵⁶ ARENDT, H. **Homens em Tempos Sombrios**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p. 53.

²⁵⁷ MAFFESOLI, M. **O Tempo das Tribos: O Declínio do Individualismo nas Sociedades de Massa**. 3 ed. Rio de

de um certo tipo de sociedade, mas, ao mesmo tempo, chamam-nas a um irresistível renascimento.

A pesquisa proposta pretendeu elaborar estratégias para conhecer as diversas formas do “jogo” construção/desconstrução/reconstrução do processo de Reforma.

b- A Pensão como um trabalho de características políticas, a Lei 9.716...

Evidentemente é importante levar este questionamento para o seio das práticas e, sabermos como ele funciona no quotidiano da atenção em saúde mental.

Sem dúvida, desenvolveu-se na experiência dos serviços de atenção à saúde mental um esforço contínuo de repensar os problemas ligados à implantação do processo de Reforma Psiquiátrica e certas práticas de manipulação político-partidárias e de massificação.

Ademais, na falta de alternativas institucionais já consolidadas, configurou-se, assim, um esforço de incorporação, no plano da vida política, de mecanismos (leis, portarias, decretos) que pudessem solidificar a mudança de um sistema de atenção para outro sistema.

O espaço pedagógico e o espaço de vivência política foram concebidos horizontalmente, através do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, ao integrar os diferentes atores e pautar alternativas na construção de serviços portadores da vanguarda do Movimento.

Este aspecto remete-nos à importância da política como um fator decisivo para a compreensão do processo de Reforma, o que pode ser observado com clareza, na seguinte afirmação, do grupo-pesquisador:

GP - “E, a outra questão, é a política. A gente está vivendo um momento de construção de políticas, de reformas políticas, de pensar políticas e como a Pensão é um trabalho que tem características políticas eu não consigo separar mais. Ta na política e nós somos seres políticos, também”.

Essa é a forma como o grupo-pesquisador aponta o trabalho na Pensão, onde ex-internos ressocializados convivem com os demais seres humanos. Mas é preciso estar alerta, como refere Lancetti:²⁵⁸ *O manicômio mental das noções de normalidade psiquiátricas, do estruturalismo universalista e anistórico da psicanálise, do ideário unificante da psiquiatria social e preventiva deve justificar, pelo menos em parte, o fracasso dos empreendimentos transformadores em saúde mental.*

Esse alerta, realizado por Lancetti a respeito dos “manicômios mentais”, é central na ação prática do cumprimento da Lei 9.716 porque somente a existência da Lei não assegura que o cumprimento de suas diretrizes se dê de forma ética, efetiva e com o respeito que o cuidado para com o sofredor exige.

Para o grupo-pesquisador, em sua análise da Lei 9.716, o destaque é dado para o art. 12:

GP - *“Nós relacionamos o artigo 12º da Lei 9.716, “aos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e que se encontram ao desamparo e dependendo do Estado para a sua manutenção, este providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência”.*

GP - *“Até no hospital as coisas estão mudando. Antigamente é que tinha este sistema asilar, hoje não, os muros, os pacientes, coisa assim, é no máximo três meses e não vão perder o vínculo, antigamente era quase perpétuo. Essa Lei mudou. Hoje, nós, não vamos ter alguém com dez anos de internação”.*

Concordando com Lancetti:²⁵⁹ *Existe hoje um consenso mundial sobre o caráter iatrogênico dos hospitais psiquiátricos.*

Contudo, apesar da originalidade dessa afirmação, não se pode dizer que houve uma ruptura, passado e presente interagem, coexistem. Em outras palavras, o mundo do hospital psiquiátrico não está fora do mundo da Reforma. O hospital psiquiátrico apenas reage e investe com máscaras diferentes sobre a nova relação de forças dentro do processo de Reforma Psiquiátrica vigente.

²⁵⁸ LANCETTI, A. Loucura Metódica. In: _____. (org.) **SaúdeLoucura 2**, São Paulo: Hucitec, 1990, p. 140.

²⁵⁹ Idem, p. 139.

O grupo-pesquisador nos sinaliza que **o trabalho desenvolvido na Pensão tem características políticas**, e mais, que estas características já estão incorporadas ao trabalho de alguns profissionais, **é o sofredor psíquico resgatando sua cidadania**.

O estudo do tema revela, ainda, que a força das pressões internas e externas exercida sobre os trabalhadores de saúde mental, tanto pela consciência das necessidades locais, como pelos grupos que militam no Fórum Gaúcho, no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, enfim, em todo aquele movimento de luta pelos direitos humanos, tem favorecido a participação do trabalhador e do sofredor psíquico na execução de ações de fiscalização do cumprimento da Lei 9.716, da Reforma Psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Sul.

GP - “No Artigo 7º, a Pensão Nova Vida participa das comissões para fiscalizar estas questões (usuários, coordenação de saúde mental, psicólogos). A gente colocou usuários porque eu acho que além de trabalhadores deveria ter usuários”...

GP - “O que eu quero dizer é que tem que ter, agora se tem usuários, na prática, fazendo esse tipo de fiscalização, não sei. Eu sei que tem pessoas, aqui do serviço, fazendo esse tipo de fiscalização. Já trabalharam nesse tipo de fiscalização”.

É possível, então, dizer que do ponto de vista do grupo-pesquisador, a questão política está sempre mais próxima, senão mesmo, “colada” ao vivido quando se aborda a questão do controle social.

Entendo que a afirmação do direito à saúde, abrigada na Constituição e a garantia proclamada de integração social e familiar daqueles que foram excluídos (internados), no artigo 9º da Lei 9.716, trazem como garantias ao sofredor psíquico a restauração de sua saúde, a proteção e prevenção necessárias à manutenção de uma existência mais digna.

GP - “Numa participação mais ampla sim, já trabalharam alguns usuários. Ele foi delegado na Conferência de Saúde Mental, na Comissão de Saúde Mental, no Conselho Gestor do Hospital São Pedro”.

GP - “Tem que ter um representante dos trabalhadores de saúde mental, autoridades sanitárias, prestadores e um representante dos usuários dos serviços, familiares e representantes da OAB e da comunidade científica que deverão propor, acompanhar e exigir

das secretarias Estaduais e Municipais de saúde o estabelecido nesta Lei”.

É importante destacar que, também, para o grupo-pesquisador o conhecimento da Lei tem ajudado na participação efetiva do sofredor psíquico em fóruns de debate, exercendo, assim, sua cidadania.

E, mais, observa-se, no grupo-pesquisador, que esse conhecimento tem sido vivenciado na prática dos serviços de atenção a saúde mental no Estado do Rio Grande do Sul.

Retomo aqui, o segundo pressuposto da tese: **o sofredor psíquico para que possa se perceber e ser percebido como cidadão, no serviço de atenção a saúde mental, necessita vivenciar relações de poder ético-solidárias de inclusão social.**

Acredito, como o grupo-pesquisador, que cabe, a nós, trabalhadores de saúde mental, no processo de Reforma Psiquiátrica, no ato de assistir, compreender o sofredor psíquico como sujeito histórico, possuidor de identidade, desejos, aspirações e com plenas possibilidades de participar das conquistas de seus direitos, promovendo, assim, **o resgate de sua cidadania.**

A emblemática frase de Basaglia (1991) reafirma o exposto acima: *A psiquiatria sempre colocou o **homem** entre parênteses e se preocupou com a **doença**; é hora de colocarmos a **doença** entre parênteses e nos preocuparmos com o **Homem**.*

Este modo de relação preconizado, também, pelo grupo-pesquisador privilegia um agir ético-solidário, onde não existem mais relações de objetivação, mas, sim, relações de poder. Para Foucault (1987) as relações de poder se caracterizam por serem relações entre sujeitos livres; relações onde há possibilidades de resistência, ou seja, no presente estudo, **relações de respeito ao sofredor psíquico, isto é, relações democráticas.**

O grupo-pesquisador entende que o processo da reforma psiquiátrica não pode determinar o poder para alguns em detrimento de outros.

GP - *“No caminho da reforma é imprescindível que consideremos a singularidades do sujeitos com os quais estejamos lidando. Cada sujeito se beneficiará da forma mais adequada às suas*

possibilidades e necessidades. A Reforma, enquanto bandeira ideológica, pode enriquecer um partido ou um sujeito que consiga a autoria de um determinado projeto de lei ou numa acepção mais otimista, da palavra enriquecer, transformar a vida e reciclar as concepções dos sujeitos envolvidos”.

GP - *“Para que não incorramos no erro de impor as pessoas que absorvam essa idéia (Reforma) verticalmente, é importante que a mesma considere uma diversidade de aspectos e que de conta de exprimir a complexidade desta questão”.*

Ao se construir a noção de Reforma como possibilidade de transformação da vida do sofredor psíquico e, não, como interesse de alguns poucos, fica clara a noção de que o processo de Reforma impõe, primeiramente, o respeito ao sofredor psíquico e, por outro lado, a possibilidade de se pensar diferentemente as relações que se estabelecem entre aqueles que “acreditam” que detêm o conhecimento e o próprio sofredor.

Concordando, com Dallari:²⁶⁰ *O mundo contemporâneo aceita com dificuldade crescente 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.*

A Reforma Psiquiátrica na visão do grupo-pesquisador é um processo complexo que impõe diversidade de ritmos e que exige a não imposição da idéia, ou seja, o processo não pode ser imposto de cima para baixo.

GP – *“Como os pacientes estão aqui tem a cara deles também, o que eles desejam, o que eles querem, de alguma maneira, aparece na forma como a instituição é”.*

O destaque dado pelo grupo-pesquisador à interpretação política do vivido, no meu entendimento, pode se dar basicamente em duas situações: sujeitos que conhecem teoricamente a ação do poder do Estado na aplicação da Lei e/ou sujeitos engajados em práticas políticas em diversos graus, levando o político para o cotidiano vivido.

GP - *“Agora, ficou a..., aquela ali, se eu estou fazendo um desenho ela espera até eu terminar para depois sair. Se é outro, vai dizer não sai, sai mais, eu quero terminar aquilo ali. Me agrada*

²⁶⁰ DALLARI, S. G. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 15.

aquilo ali, quando eu vou para lá, eu estou alegre, contente e satisfeito, com eles. Eu gosto, né”.

GP - “Baseado no fato de se respeitar à vontade de cada usuário, lembramos de um caso onde foi feita uma combinação com um usuário, de que quando estivesse em crise, este não gostaria de ser internado (trabalharíamos para ajudá-lo nesse momento de crise sem interná-la). Esta combinação foi respeitada e não foi nem uma, nem duas vezes, a gente segurou a crise dela que não foi uma coisa muito fácil e não a internamos. A vontade desta usuária foi respeitada”.

GP - “É, aqui, eu vi que a gente tem que ter sensibilidade para perceber os sinais que ajudam as pessoas a seguir e ir em frente. Existem sinais que mostram, que nos apontam coisas do dia-a-dia e a gente tem que ter sensibilidade para poder ver para onde nós estamos seguindo”.

No entendimento do grupo-pesquisador, os tempos de cada um devem ser respeitados e isto proporciona uma sensação de satisfação no cotidiano do sofredor psíquico.

Por outro lado, em sua análise Foucault (1986) tenta isolar e analisar a rede das relações desiguais que as tecnologias políticas (poder disciplinar) provocam, restringindo a igualdade teórica determinada pela Lei. No presente estudo, portanto, **busco analisar as tecnologias do poder disciplinar e sua influência na aplicação dos princípios determinados pela Lei da Reforma Psiquiátrica.**

No exemplo, apresentado pelo grupo-pesquisador, aparece a tentativa de minimizar a objetivação do sujeito, ou seja, aquela divisão binária: louco-não-louco, doente-sadio que nos é apresentada por Foucault (1986), como práticas divisórias e que favorecem às relações de objeto.

GP - “Mas, eu insisto, novamente, na divisão, porque a gente é uma coisa com o corpo e outra com a cabeça, como se fossem duas coisas separadas uma da outra. Quem inventou essa divisão? Já está ultrapassado, só que a gente insiste nela, ainda”.

GP – “E, é isso, assim, de a gente poder olhar de uma outra maneira, para esse armário, poder olhar, de uma outra maneira, para a pessoa que tem relação com esse armário”. . .

Para Foucault (1994), já em seus últimos trabalhos, é preciso pensar em uma nova economia das relações de poder a qual consista: em usar as formas de resistência contra as diferentes formas de poder.

Por último, é possível identificar uma *política integrativa*, termo cunhado por Villalobos,²⁶¹ e que tem como significado o que segue: *uma política integrativa, cujo objetivo é eminentemente promovedor: consiste basicamente em ações de investimento social com vistas a favorecer a autonomia dos sujeitos e sua inserção social.*

Concordando com o grupo-pesquisador, é a partir da visualização da resistência que poderemos combater as diferentes formas de poder manifesta nas relações que se estabelecem entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico.

GP – *“Então, a falha, nós seguindo aquela linha de raciocínio anterior, seria como um motor que gera o desassossego. É a possibilidade de desnaturalizar os acontecimentos. Para estas transformações, é inevitável pensar na mudança de paradigma que vem gerando e sendo gestado nesses movimentos”.*

GP - *“Igualdade posso falar, eu queria falar igualdade, uma pessoa que tem igualdade, uma pessoa que já foi perdoada, entendeu? Essa pessoa não tem igualdade, entendeu? É a pessoa que trata a gente como se fosse um usuário antigo. Aqui eu botei igualdade, escolhi, também, carinho, solidariedade, café, escolhi terra, escolhi igualdade”.*

O grupo-pesquisador aponta, ainda, que o sofredor psíquico (o outro da relação) **é reconhecido e se mantém como sujeito de ação** na medida em que se abrem respostas, reações, ou seja, é apontado um espaço de resistência, o que traduz o reconhecimento do outro como sujeito de ação.

Concordando, com Faria²⁶², sobre as possibilidades dos indivíduos se tornarem sujeitos de suas ações, a autora refere:

O modelo que tem prevalecido nas relações entre profissionais de saúde e clientes está baseado no código de simbólico do tipo sistêmico, o qual, se por um lado têm fragmentado as relações individuais onde as relações sociais não fazem parte das ações comunicáveis, de outra, fixam em um agente especializado, precisamente o médico, a tarefa de recompor as relações comunicativas alienantes (fragmentadas, distorcidas, etc.) através de um código simbólico puramente administrativo e de elevada auto-referenciabilidade.

A palavra utilizada pelo grupo-pesquisador *–igualdade*, deixa claro que não

²⁶¹ VILLALOBOS, V. S. O Estado de bem-estar social na América latina: necessidade de redefinição. **Cadernos Adenauer**, São Paulo, n. 1, p. 49-69. 2000.

²⁶² FARIA, E. M. O Diálogo entre as intersubjetividade na saúde. In: LEOPARDI, M. T. (org.) **O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade**. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em

precisamos de projetos sofisticados para que a Reforma se efetive, basta modificar, transformar as relações que se estabelecem no serviço. Neste sentido, gostaria de parafrasear o livro de Miguel G. Arroyo, *Da Escola Carente à Escola Possível para Da Reforma Psiquiátrica Carente à Reforma Psiquiátrica Possível*, na justificativa de encontrar um caminho para a construção de uma Reforma que atenda as reais necessidades do sofredor psíquico, que não quer o perdão do trabalhador de saúde mental pois, não se sente como alguém que precise ser perdoado pelo seu sofrimento, mas que **quer e deseja estar em pé de igualdade com o outro da relação como ser humano que é.**

Para Foucault²⁶³, existem, sem dúvida, muitas observações a serem feitas sobre os sistemas coercitivos de modo geral:

... assim, numa economia servil, os mecanismos punitivos teriam como papel trazer mão-de-obra suplementar – e constituir uma escravidão civil (...) com o feudalismo, (...) assistiríamos a um brusco crescimento dos castigos corporais- sendo o corpo na maior parte dos casos o único bem acessível; a casa de correção- o hospital geral (...) o trabalho obrigatório, a manufatura penal apareceriam com o desenvolvimento da economia de comércio. Mas como o sistema industrial exigia um mercado de mão-de-obra livre, a parte do trabalho obrigatório diminuiria no século XIX nos mecanismos de punição, e seria substituída por uma detenção com fim corretivo.

Nesta nova etapa da atenção em saúde mental, ou seja, na Reforma Psiquiátrica, se dá o reconhecimento, no entendimento do grupo-pesquisador, de que o sofredor psíquico não precisa ser perdoado e, portanto, ter a recompensa e deixar de ser objeto de punição. O significado da palavra igualdade reforça que todos nós, loucos e não-loucos, fazemos parte de um grande “clube” que nos iguala, que é o “clube dos seres humanos”, independentemente de nosso sofrimento e do saber/poder sobre o assunto.

Pires²⁶⁴, em sua definição sobre processo de trabalho, refere que:

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto, o indivíduo doente ou indivíduo/grupos sadios ou expostos a risco, necessitando preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho, os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento, que é o saber de saúde; e o produto final do trabalho é um serviço.

Contrariando esta idéia, quanto aos objetivos atribuídos tradicionalmente ao

Enfermagem/UFSC; Ed. Papa-Livros, 1999. p. 143.

²⁶³ FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p.27.

“fazer” da psiquiatria, concordo com Rotelli,²⁶⁵:

Ela (a psiquiatria) se ocupa, então, da doença, e não do doente. Ela, se ocupa, então, de tudo aquilo que pertence a uma cadeia disciplinar, e não das necessidades dos internados. Ela vê o paciente com os olhos deformados pelo seu saber, pelo seu assim, suposto saber. Mas se este saber produziu um resultado como o manicômio, provavelmente, não é um bom saber.

Desta forma, a expressão utilizada pelo grupo-pesquisador de que o sofredor psíquico não precisa de perdão reafirma o reconhecimento do erro produzido pela psiquiatria, ao longo dos tempos, ao utilizar as tecnologias do poder disciplinar. Esse reconhecimento produziu, na década dos setenta, a Reforma Psiquiátrica Italiana chamada de *Psiquiatria Democrática* por Basaglia (1991), a qual introduziu o movimento de desinstitucionalização que traz, como bandeira de luta, a busca da igualdade entre as pessoas.

A Psiquiatria Democrática como um dos seus pilares introduz o que nos é expresso por Cooper:²⁶⁶ *Os nossos sonhos fazem parte do material que mais importa da nossa consciência coletiva, da nossa realidade política, da nossa libertação, e recusamos o seu futuro furto por qualquer sistema.*

No entendimento do grupo-pesquisador, esse sonho se materializa nas novas relações que se estabelecem entre o trabalhador de saúde e o sofredor psíquico:

GP - *“E, daí, eu cedo. Então, essa abertura, é que é fantástica. Um aprendizado muito grande, isso porque acrescenta a minha relação com o meu colega de trabalho, com o psicólogo, com o enfermeiro, são relações em escala de poder diferente e daí se chocam nessa história. De repente, alguém não quer tomar banho e a regra diz que tem que tomar banho, não quer e não toma e pode não tomar banho realmente. Porque o nosso tipo de relação contempla isso, a pessoa não é um cavalo que se coloque na frente da parede e se coloque água em cima. Eles fazem o que querem, então, há um diálogo constante, um diálogo com o outro. Exatamente como é na minha vida só, que, aqui é o extremo as regras são construídas, isso é fascinante para mim”.*

O que é expresso no grupo-pesquisador reafirma o significado, do exposto anteriormente, sobre o que são relações de poder, ou seja, que uma relação de poder

²⁶⁴ PIRES, D. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 15.

²⁶⁵ ROTELLI, F. Superando o Manicômio- O Circuito Psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 151.

se articula sobre dois eixos: “o outro” (aquele sobre o qual ela se exerce) e os sujeitos da ação e, mais, que, na relação de poder se abre todo um campo de respostas, reações e efeitos possíveis.

A luta ideológica precisa se transformar em situações práticas envolvendo as pessoas e isto é um grande trabalho que precisa continuar, pois, no entendimento do grupo-pesquisador e do confirmado por Rotelli:²⁶⁷ *a liberdade é terapêutica.*

Concordando também, com Cooper²⁶⁸:

Não estamos de posse de nossos sonhos. Os nossos sonhos sonham-nos (...) Estes sonhos parecem conduzir-nos noutras direções, outras sendas diferentes das traçadas por uma sociedade medida. Nos nossos sonhos há uma política secreta- a política de des-medir a nossa sociedade para lá da polícia secreta- é essa a nossa repressão ativa e conivente de uma opressão evidente.

A eliminação do sujeito do convívio social preconizada pelo modelo de atenção manicomial pretendia e pretende a descoberta da consciência moral ou da razão através do processo de exclusão. A vantagem deste sistema para seus adeptos é que o mesmo tende a representar, numa forma pura, a desrazão própria do “insano”. Mantidos em contínuo confinamento, os “insanos” processariam uma mudança profunda e penetrante de caráter e, mais, uma alteração de hábitos e atitudes. O encobrimento dos reais motivos, da exclusão do sofredor, faz parte desse processo.

Em contrapartida, contrariando essa idéia, o grupo-pesquisador nos aponta:

GP - *“Há a necessidade de se resgatar a liberdade como um todo”.*

GP – *“Uma terra sem fronteiras, sem preconceitos, sem racismo, sem medos (são as cercas), sem nada que possa barrar essa liberdade”.*

Nessa lógica, o grupo-pesquisador busca a não exclusão do sofredor psíquico do meio social. Historicamente, o sofredor psíquico tem sido segregado do meio social; é confinado em instituições que se “ocupam” de mantê-lo fora da sociedade. Criou-se, em consequência disso, uma rotina para atender “aos loucos de todo gênero”. Esta rotina não comporta mais o entendimento de que o sofredor psíquico, para vivenciar um processo de “cura”, precise estar apartado do seu meio social,

²⁶⁶ COOPER, D. **A Linguagem da Loucura**. 2 ed. Lisboa: Presença, 1978. p. 110.

²⁶⁷ ROTELLI, F. Superando o Manicômio- O Circuito Psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 153.

segregado em instituições totalizadoras, isolado da sociedade real. A “rotina”, proposta pelo processo de Reforma, afirma e reafirma uma resposta que não é a tradicional e, portanto, nos resulta surpreendente, inesperada e pode suscitar duas respostas de acordo com Cohen (1995): colaboração ou resistência.

GP – *“Deseja-se algo que, de alguma forma, compense nosso estado de carência. Não se pode interditar o desejo; quando o objeto de nosso desejo nos parece inalcançável precisamos partir para uma ação mais efetiva. “Quem sabe faz a hora, não espera acontecer”. Quando algo supre uma necessidade, instaura ou estabelece uma nova ordem, acalma nossos ânimos e...nos mantêm atentos ao que devemos fazer para preservar nossas conquistas”.*

Ao se construir no grupo-pesquisador **a noção de liberdade no ato de assistir** ao sofredor psíquico, essas noções nos remetem a Foucault apud Rabinow e Dreyfus (1995) que refere: as resistências ou revoltas de uma classe ou grupo social contra as relações de dominação são um fenômeno central na história das sociedades e são, portanto, o resultado do encadeamento das relações de poder com as relações estratégicas.

Como exemplo dessa afirmação, o grupo-pesquisador refere:

GP - *“Uma coisa que desde o início, não participei das outras, de outros momentos quando se fala no café, me pareceu e me trouxe um sentimento de liberdade, por que isso aqui de fazer o cafezinho, trazer o café, me parece aquilo que é diferente da rotina diária de uma instituição. A instituição quer tudo na hora, tudo certo, então o café, pode ser uma coisa mais generalizada, mas, aqui, especificamente, assim, fazer um cafezinho é”...*

Esta dimensão dada ao café e, apresentada, pelo grupo-pesquisador, como **ato de liberdade** pode ser entendido como forma de resistência dos sofredores psíquicos à norma, à vigilância e, portanto, como uma forma de resistência às relações estratégicas utilizadas na instituição.

De fato, para Foucault (1992), entre relação de poder e estratégia de luta, existe atração recíproca, um encadeamento indefinido e, também, a sua inversão.

GP – *“E, no fundo, no fundo eu acho que todos somos diferentes, todos somos singulares e que, a gente precisa aceitar isso e acolher isso como um traço de inclusão, não dá para separar”.*

²⁶⁸ COOPER, D. **A linguagem da Loucura**. 2 ed. Lisboa: Presença, 1978. p. 110.

Na mesma linha de pensamento, o grupo-pesquisador aponta para a necessidade de redefinição, ou melhor, reestruturação da palavra transformada em ato no exercício prático das relações.

GP – “Bom, eu escolhi essas duas aqui (imagens), me representa a aceitação. É essa... como é a palavra que eu esqueci...como é o contrário de exclusão, que se diz?”

GP – “Inclusão” (todas as vozes do grupo se manifestam)

GP – “Inclusão aqui é a aceitação, a inclusão dos demais usuários daqui, no meio do ambiente e do convívio”.

O sentimento mobilizador do grupo-pesquisador ao trabalhar a palavra inclusão reafirma que a promessa de normalização e felicidade prometidas pelo antigo modelo de atenção fracassou. O fracasso do modelo justifica a necessidade de reforçá-la.

Volto-me para uma transcrição encontrada no livro *O Manicômio de Kurtinaitis*²⁶⁹ na tentativa de traduzir a dimensão emocional expressa pelo grupo-pesquisador nesse momento:

E existe ali, por trás daquele aperto de mãos, uma história completa. Talvez banal- como banal, porém sutil, é a existência humana -, mas, sim, uma história, que se resume naquele simples gesto (o coro de vozes) e segue indefinidamente, para o passado e para o futuro, e desfia-se em pequenos momentos e pensamentos, e enrola-se em outras histórias, como fios em um novelo de lã.

Na fala do grupo-pesquisador, observa-se a compreensão e o entendimento da necessidade de inclusão daquele que é **considerado diferente e singular**, pois para o grupo-pesquisador **todos somos diferentes, todos somos singulares**.

Concordando, com Foucault (1992), não pode haver relações de poder sem pontos de insubmissão. No entendimento do grupo-pesquisador, a inclusão do sofredor psíquico deve pautar as relações de poder como estratégia de luta, como limite possível do ponto de inversão.

Uma outra característica apresentada pelo grupo-pesquisador e que permite compreender o salto qualitativo produzido pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica é a dupla estratégia de suas análises: do ponto de vista teórico, a análise é feita a partir do movimento de ressocialização e do afeto que deve pautar as relações e, do ponto de

²⁶⁹ KURTINAITIS, M. *O Manicômio*. São Paulo: Loyola, 1996. p. 98.

vista político, a análise da inclusão do diferente deve ser realizada na ação diária das políticas públicas em saúde mental.

O mesmo é expresso nas falas a seguir:

GP – “A outra figura que eu escolhi são umas pessoas em posições meio singulares, eu diria diferentes e que eu acho que é a inclusão, a inclusão do diferente. Numa seqüência é o afeto e o diferente para poder incluir”.

GP – “Citando os pacientes, temos a fulana que para mim é um exemplo claro (de inclusão), ela ficou bem pouquinho tempo aqui (na Pensão) e não voltou para outro lugar, ela voltou para o convívio familiar. Ela não fugiu, não perdeu o ambiente familiar eu acho que isso é importante”.

Na realidade, a visão do grupo-pesquisador sobre os serviços de atenção a saúde mental, reafirma o exposto por Cohen.²⁷⁰

A maneira como uma sociedade trata a 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.

Desse modo, o fator ético aparece no grupo-pesquisador quando reconhece a importância de que o acolhimento terapêutico ao sofredor psíquico não determine mais, a sua exclusão do convívio familiar e social. Este princípio apontado pelo grupo pode e deve servir de base para **uma nova ética das relações** entre trabalhadores de saúde mental e sofredor psíquico.

A proposta de Cohen²⁷¹ se aplica, ainda, a este princípio:

Temos que enfatizar o fato de que a interação social é o caminho para a dignificação da pessoa. As atividades de consultório, gabinete ou laboratório, só reconstróem realidades parciais. É a vida quotidiana, com a plena vigência de seus direitos, o que deveras permite a recuperação do sofredor ao promover uma vida humana plena.

Para o grupo-pesquisador, esse mesmo pensamento é exposto da seguinte forma:

GP – “Mas, também, a gente pode pensar, em referências éticas que guiam, orientam, organizam as opções de intervenção. Desde este ponto de vista, não se espera um modelo a ser atingido, mas, trabalhar numa perspectiva de construções permanentes, para pensar construir os novos modos de atenção”.

²⁷⁰ COHEN, H. e NATELLA, G. **Trabajar en Salud Mental: La Desmanicomializacion en Rio Negro**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1995. p. 46.

²⁷¹ Idem, p. 46.

Assegurado, pelo grupo-pesquisador, portanto, *a perspectiva de construções permanentes de novos modos de atenção*, isto me leva a acreditar que, por este método, não se obterá um conflito de interpretações sobre o valor ou significado finais de eficiência, produtividade ou poder de normalização no novo modelo, mas, sim, através da proposta de práticas construtoras, se estabelecerá a garantia de um exercício ético no cotidiano das relações entre o trabalhador e o sofredor psíquico.

c- As referências éticas como norte...

Quando me refiro às questões éticas como um norte a ser buscado, reafirmo a necessidade de se olhar o cuidado ao sofredor psíquico, tendo como objetivo da assistência em saúde mental o auto-cuidado.

De fato, a linguagem ética da Reforma é, desde o início, um componente essencial para a consolidação do processo. Uma matriz ética foi estabelecida. Por definição, seria este o modo de resolver um problema técnico ou, melhor dito, político. Este mesmo aspecto, a questão ética do cuidado, o cuidado de si é apresentado por Foucault (1985) em seus estudos sobre a sexualidade onde, para o autor se localiza o caminho para a autonomia do sujeito.

Para o grupo-pesquisador, **as questões éticas devem nortear todo o trabalho nos serviços de atenção à saúde mental**. O respeito, o apoio, o cuidado, o cuidado de si e o afeto devem pautar as relações que se estabelecem entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico e, não mais, a falta de opção na indicação terapêutica.

Para Ortega²⁷²: *Foucault concebe o cuidado de si 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.*

GP – *“Numa situação de crise, é isso o que a Lei diz: quando a pessoa está muito mal, ela*

²⁷² ORTEGA, F. *Amizade e Estética da Existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1999. p. 153.

deve ter um ambiente adequado, assim, quando, o paciente está muito mal, grave, para uma UTI, não fica num leito comum, o paciente em crise deveria ter um ambiente adequado e a gente não ficar naquela situação: vou mandar para aquela instituição que é aquela que a gente está tentando negar? Então, isso fura, detona o esquema. Nós temos que lidar com isso o tempo todo”.

GP – *“As coisas quando acontecem depende muito de nós, ele (o usuário) está do lado de fora, mas, ele poderia estar do lado de dentro”.*

O grupo-pesquisador nos aponta para uma nova **ética da assistência no processo de Reforma**. O trabalho terapêutico fica na dependência da maior ou menor disponibilidade de leitos nos hospitais gerais, o que gera algumas contradições no sistema de atenção. A multiplicidade das trocas entre os trabalhadores de saúde mental e o sofredor psíquico precisa do respaldo de novas estruturas institucionais para o pleno desenvolvimento ético do trabalho em saúde mental.

Para o grupo-pesquisador, a capacidade para modificar uma situação depende também das oportunidades, das condições que a instituição assistencial fornece ao trabalhador.

GP – *“A Pensão é um somatório da consciência nossa de profissionais, do que nós estudamos, do que nós observamos, do que nós analisamos e conhecemos da Lei, o que dá um perfil nosso, que é o perfil que todo mundo já falou. Nós estamos tentando aplicar a Lei da Reforma Psiquiátrica de acordo com o que ela escreve. Só que tem uma outra parcela da cara da nossa instituição que são os pacientes que moram aqui. Nós nunca vamos conseguir, sozinhos, dar o perfil, só porque a Lei está lá, por que nós nos baseamos por tal ou qual princípio e essa vai ser a cara”.*

Nas expressões que iniciam essa discussão, observa-se que estas envolvem a necessidade do sofredor psíquico na participação desse “modus vivendi”, envolvem, também, a necessidade de inclusão do sofredor psíquico nas formulações e diretrizes da assistência, *“Nós nunca vamos conseguir, sozinhos, dar o perfil”.*

Com relação a este aspecto concordo com Lunardi²⁷³:

O cuidado de si, da sua vida, do seu corpo, pode estar sendo realizado por outro indivíduo, porém, aquele cliente, como pessoa, não pode ser visto como um meio ou como objeto da ação do outro. Sua condição humana exige que seja visto como um fim e é justamente essa condição humana que impõe

²⁷³ LUNARDI, V. L. **A Ética como o Cuidado de Si e o Poder Pastoral na Enfermagem**. Pelotas: Editora da UFPel, Florianópolis: UFSC, 1999. p. 128.

limites e deve impor limites à liberdade de ação do outro, no caso, o profissional de saúde.

Deste modo Vaz²⁷⁴ nos revela, ainda, que é no mundo do trabalho que o ser humano se constrói como homem e vai construindo um mundo humano: *O indivíduo encarna-se na linguagem do trabalho, continuando a produção de sua história. O singular se insere no interior desta linguagem que condiciona a ação dos indivíduos, sem os determinar absolutamente (...) tem o significado do sujeito enquanto capacidade autônoma de relações ou de iniciativas, capacidade esta que é oposta a ser simples objeto ou parte passiva em tais relações.*

A consciência humana a respeito da construção do homem através do trabalho é reafirmada pelo grupo-pesquisador quando este refere à necessidade da inclusão do sofredor nos delineamentos desse novo trabalho em saúde mental.

GP – *“Para os pacientes que estão entrando no novo sistema, que estão começando a ser tratados, esse impacto não existe, mas a gente sabe que para os pacientes que estiveram institucionalizados muitos anos, esse impacto, é duro e doloroso. As mudanças, assim profundas, a experiência do São Pedro mostra isso, simplesmente, trocar de pavilhão, para uma grupo de pacientes, foi uma experiência traumática e a gente sente isso, aqui, também, no cotidiano da gente. Mais importante é que o paciente não perca essa dimensão humana para o trabalhador”.*

GP – *“A pessoa tem que ser mais humana. É preciso que haja humanização das pessoas para que ocorra essa Reforma”.*

A experiência, apresentada pelo grupo-pesquisador, no cotidiano da atenção em saúde mental, reforça a necessidade de se ter uma **ética humanizante**.

Dentro dessa mesma lógica, Cohen²⁷⁵ refere:

Todos os seres humanos, em alguma etapa da vida, estão sujeitos a padecer crises que afetam profundamente nossa estrutura vital, e que produzem uma série de alterações em nosso comportamento social. Identificar-se, então, com esse outro que sofre uma alteração em seu psiquismo, reconhecer que não é um ser totalmente distinto nem oposto ao resto da sociedade constitui um primeiro ponto de partida para saber como atuar em seu tratamento.

Essa nova visão, ou perspectiva sobre o sofredor psíquico é instaurada

²⁷⁴ VAZ, M. R. C. Trabalho em saúde: expressão viva da vida social. In: LEOPARDI, M. T. (Org.) **O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade**. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; Ed. Papa-Livros, 1999. p. 59-60.

²⁷⁵ COHEN, H. e NATELLA, G. **Trabajar en Salud Mental: La Desmanicomializacion en Rio Negro**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1995. p. 45.

institucionalmente a partir do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e mais, especificamente, no Rio Grande do Sul, a partir das lutas e conquistas do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (Lei nº 9.716). Tornam-se, legais, através da legislação, determinadas práticas já realizadas em diferentes níveis e grupos que tendem a resgatar a pessoa com sofrimento psíquico.

GP – *“Isso é uma coisa muito importante dentro da Reforma, dentro dessa política da Reforma, a gente poder interagir com o usuário de uma forma mais espontânea; com o máximo de naturalidade. Porque a gente não está interagindo com o paciente, antes de qualquer coisa, a gente está interagindo com sujeitos e, pacientes de alguma coisa, todos nós somos”.*

GP - *“Eu escolhi primeiro essa aqui (imagem) que é duas pessoas de coração para coração porque eu vejo que qualquer trabalho é no limite. O trabalho tem que ter afeto em todas as dimensões. E, eu não consigo ver o trabalho da Pensão sem o envolvimento, sem afeto. A gente tem que gostar do que faz, tem que ter esse acolhimento, é importante”.*

Na construção de uma política de humanização da atenção no processo de Reforma Psiquiátrica vigente é destacado pelo grupo-pesquisador que uma mudança nos modos de atenção causam sofrimento e dor ao sofredor psíquico e mesmo que esta mudança, promova o resgate do sofredor se faz necessário, uma **ética humanizante** nas relações como forma de minimizar os “possíveis danos” oriundos de um processo em transformação.

O diálogo permanente entre o trabalhador de saúde e o sofredor psíquico como forma de encontrar um caminho para uma assistência humanizada é reforçado pela referência de Capella e Leopardi²⁷⁶ em relação à importância da utilização da linguagem, ou seja, que o desenvolvimento da linguagem para o ser humano foi uma forma de poder aliar a sua capacidade de pensar a força física: *A linguagem é, assim, a mediação entre sua dimensão biofísica e sua dimensão espiritual. Com ela a criatividade humana pode ser expressa. Por meio dela pode estabelecer um vínculo entre sua vida pública e privada.*

Também, a **ética do afeto em todas as dimensões** apontada pelo grupo-pesquisador no ato de assistir, ressalta a necessidade do comprometimento do

²⁷⁶ CAPELLA, B. B.; LEOPARDI, M. T. (Org.) O ser humano e sua possibilidade no processo terapêutico. In: LEOPARDI, M. T. **O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetivação**. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, Ed. Papa-Livros, 1999. p. 91.

trabalhador de saúde mental com o sofredor psíquico como forma de atingir sua plena reinserção no social.

Concordando com Cohen (1995), a marginalização do sofredor psíquico em crise resulta num maior agravamento do estado de saúde e num distanciamento de suas possibilidades de recuperação.

A ação contrária na assistência, em contrapartida, é ressaltada pelo grupo-pesquisador nas seguintes falas:

GP – *“Ela entrou na minha sabe, porque às vezes ela fica de olho grudado em mim. Às vezes de noite eu vou lá na cozinha peço um cafezinho e ela me dá escondido. Eu queria que ela fosse minha referência, já que a minha foi embora, eu queria que ela fosse a minha referência. Ela me vê no corredor, pergunta se eu estou bem, se não tenho dor na barriga. Ela me dá o remédio, eu tomo. Às vezes eu não durmo mais de dia, por que a luz fica me incomodando. Eu vou dormir cedo e de manhã ela me acordo”.*

GP – *“Eu vou contar uma experiência: tem uma colega nossa que ficou longe um tempo e tem um paciente, o ... que é muito vinculado a ela, todo mundo conhece, é muito carismático, é uma pessoa que chama a atenção para si e para gente, é magnética e quando ela voltou a trabalhar o ..., chegou na porta do Posto (enfermagem), olhou para ela, incrédulo e disse: -Deus existe, tu voltou”.*

Do exposto, pode-se depreender a seguinte orientação: que o afeto pode permear as relações entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico. Um afeto marcado pelo respeito ao sofredor, a sua dignidade, e a sua identidade.

Deste modo, esta **ética do afeto em todas as dimensões** marca para o sofredor psíquico um caminho essencial para recompor seus vínculos familiares e sociais. O simples fato de se realizar uma comunicação corporal, verbal, ou mesmo, estética, a arte do cuidado só se confirma e reafirma através do afeto mútuo e das diversas dimensões deste, no cotidiano da instituição.

GP – *“Solidariedade e café. Uma compaixão de amizade e solidariedade, ato de amizade, solidariedade é um ato de amizade, “solidade”, solidariedade. O café, um bom café, um bom café em pó com um pouco de leite. Aí, se faz um bom café”.*

GP – *“Uma outra usuária que a gente respeita é a fulana, ela tem muito medo do Espírita (manicômio), ela teve um período que ela não estava bem e a gente segurou entre nós. A ..., não teve uma só crise, teve várias crises e a gente segurou de passar noites e dias, sabe, junto*

com ela, ela conseguiu sair da crise, não só ela como outros pacientes”.

As experiências trazidas pelo grupo-pesquisador têm nos ajudado a refletir sobre o conceito de solidariedade na arte do cuidado, no cuidado de si, na prática do cuidado em saúde mental. Tratar de recompensar o sofredor psíquico é uma tarefa que necessariamente exige um esforço coletivo, uma **ética solidária**.

A relevância da **ética solidária** complementa-se com **a referência à ética como norte**. O grupo-pesquisador, ao trazer os relatos de experiências, o cotidiano do ato de assistir em saúde mental na Pensão, faz com que possamos observar que solidariedade/café tem como significado *solidade*, expressão utilizada por um membro do grupo, que traduz **a solidariedade como um ato de amizade**. O ser solidário e amigo com o sofredor psíquico lhe faz sentir-se bem, lhe produz uma sensação de acolhimento. O que é reforçado pelo entendimento de Foucault (1987) sobre ética, ou seja, que é necessário se construir um tipo de ética que retrate uma estética da existência.

Conforme Rabinow e Dreyfus²⁷⁷ a amizade na cultura grega é, assim, definida:

Na literatura clássica, a amizade é o lugar da reconhecimento mútua. Não é tradicionalmente considerada a maior virtude, porém tanto em Aristóteles quanto em Cícero, podemos considerá-la como sendo verdadeiramente a maior virtude, porque é desinteressada e duradoura, não é facilmente adquirida, não nega a utilidade e o prazer do mundo e ainda busca algo mais.

A tarefa da amizade retrata uma **ética da existência** que é apontada nas falas do grupo-pesquisador:

GP – *“Os trabalhos na TV terminaram. Não quero mais frequentar a TV e a comunidade, não quero, me deixando para trás, sabe. Sou muito novo para fazer esse serviço, estou cansado da cabeça. Pensar bem antes foi tudo inspiração, por que eu pegar um papel e desenhar uma pessoa assim, um ser humano, uma boneca que se bota no papel, um boneco, eu não consigo, eu não aprendi. Uma vez tentei tirar um curso de desenho, tentei tirar um curso de desenho. Não adianta só pintar aquelas coisas ali’, só gastar tinta, gastar tinta, não adianta, meu amigo já tentou me ensinar”.*

GP – *“Porque eu gosto deles, né. Ali, nós vamos para a oficina de pintura, desenho, tudo. E ficamos num brinquedo. Então, eu digo: quero baixar a cabeça, fazer meu desenho e não conversar mais. Daqui, um pouquinho, ele começa a conversar, conversinha para distrair a*

²⁷⁷ RABINOW, P. e DREYFUS, P. **Michel Foucault. Uma Trajetória Filosófica. Para além do estruturalismo e da**

gente, daqui um pouquinho eu estou morta de rir, tal é o tipo de conversa dele”.

O trabalho artístico, apontado pelo grupo-pesquisador, respeita os direitos humanos, o que propõe é tentar solucionar a crise de quem padece de sofrimento psíquico através de algumas ferramentas mas, respeitando o desejo e o tempo de cada sofredor psíquico.

Quando emerge o aspecto da ética, o grupo-pesquisador aponta: uma relação de troca, de colocar-se no lugar do outro, de carinho e de valorização por aquele com que se convive. Esta pauta, apresentada pelo grupo-pesquisador, configura-se em princípios que precisam ser respeitados durante o ato de assistir, no ato de cuidar, no auto-cuidado, nesta “arte de cuidar”.

A noção da ética, nesse tipo de trabalho, também, está presente em variadas dimensões, como sinônimo de afeto, preocupação, ocupação, convívio, humanização do contato entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico.

O que o grupo-pesquisador quer mostrar é que as relações entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico precisam contemplar a dimensão ética e, que, acima de tudo, o sofredor psíquico deve ser percebido como parte da grande família, membro dessa aldeia global dos seres humanos.

Sem dúvida, a diferença realmente importante entre os dois modelos de atenção (o modelo baseado na doença mental e o modelo da saúde mental) tem na ética o componente político do cuidado. O modelo baseado na doença mental através da utilização da tecnologia disciplinar funciona para estabelecer e preservar um conjunto diferenciado de anomalias, que é próprio do modo pelo qual amplia seu saber-poder para outros domínios. A saúde mental, ao alicerçar-se no entendimento das **relações éticas como um norte**, favorece politicamente ao sofredor na proporção em que se estabelecem, conjuntamente, relações democráticas e de cuidado de si.

É, salientado, portanto, pelo grupo-pesquisador uma conexão muito forte entre a experiência ética e o prazer (desejo) nas relações. No entendimento do grupo-pesquisador esta tarefa só culmina quando se dá uma **ética da igualdade**, nas

relações entre os trabalhadores e o sofredor psíquico.

GP – *“A gente escreveu assim: a igualdade faz a ponte tremer muitas vezes, várias formas de locomoção (e há diversas) porque se tem que avançar mais no objetivo de cada um. A gente conversou que a ponte coloca a todos numa situação de igualdade e é muito difícil para nós e os pacientes enfrentar essa igualdade porque durante muito tempo a gente viveu uma situação em que cada um tinha um lugar e papel para exercer bem definidos”.*

Rotelli²⁷⁸, destaca o aspecto central das transformações nos modos de se relacionar ao referir:

Certamente tem toda uma tendência de individualizar os problemas, mas o nosso trabalho está em reconectar os problemas entre as pessoas, em trabalhar sobre a relação, muito mais que sobre o indivíduo, a relação entre a norma e a diversidade, a relação entre quem pode e quem não pode, a relação entre quem produz e entre quem não produz; essa relação é a grande riqueza. Sobre essa relação nós pensamos que a multiplicidade de trocas entre as pessoas deve ser favorecida pelos serviços, e o encontro entre as diferentes subjetividades é a centelha que faz sair do buraco a loucura.

GP – *“Imagem, de repente nós dizermos para ele, tu não é, tu não tem mais o teu papel (de louco) que tu tinhas. É a igualdade assusta a nós e ao paciente”.*

GP – *“Então, essa situação ficou, assim, bem clara, um fica procurando o defeito do outro, o paciente procura o defeito do profissional, já que são iguais alguém tem que estar errado e, **a loucura dele é a de ser o erro por excelência** porque aparece o erro de quem não está doente. Aparece a gafe, aparece o escorregão, aparece tudo. Então, fica essa situação de tensão, que gera mais igualdade ainda, que é a igualdade do conflito. Se ele está em conflito está em “pé de igualdade” porque não pode haver um conflito quando alguém está completamente dominado”.*

Em outras palavras, é preciso encarar a multiplicidade e não reduzirmos o significado da igualdade à ausência de diferenças entre as pessoas mas, sim, a igualdade de direitos e deveres na atenção em saúde mental como a verdadeira forma de se fazer saúde mental.

O problema apresentado pelo grupo-pesquisador fica mais claro no conceito de Lancetti²⁷⁹ sobre os direitos do sofredor psíquico ao referir: *É muito difícil modificar*

²⁷⁸ ROTELLI, F. Superando o Manicômio- O Circuito Psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 155

²⁷⁹ LANCETTI, A A Modo de Pósfácio. In: Marciglia, R. G. et al. **Saúde Mental e Cidadania**. 2 ed. São Paulo: Mandacaru, 1990, p. 91.

este estado de coisas se não mudarmos nosso olhar para o “louco”, se não desmontarmos essa representação social chamada loucura.

E mais, é preciso a concretização da emancipação dos trabalhadores de saúde mental que, de acordo com Lancetti,²⁸⁰ foi manifestado no 1º Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental realizado na cidade de São Paulo em junho de 1985, em, que, ao se erguerem de suas cadeiras, os trabalhadores enunciaram coletivamente um protesto no qual expressaram uma clara motivação: *a ruptura com a sua condição de servidores, a afirmação de sua condição de trabalhadores, ou seja, uma vontade de emancipação.*

GP – *“É um momento de transformação para todos nós, para os profissionais da saúde, usuários, para qualquer pessoa que entra aqui dentro. É um espaço de renovação, de reciclagem para todo mundo. Tratá-los é tratar-nos também, de alguma forma. Quem transforma quem é uma questão bem aberta. A reforma tem um pouco dessa coisa de jogar com esses conceitos, de relativizar os papéis”.*

GP – *“Sobre a Reforma faltam vagas, nem todo mundo pode participar, usufruir dela (da Pensão)”.*

GP – *“Existem várias tentativas para a não internação. Existe o CADI que é o Centro de Atenção Diária do CAIS, eles ficam um bom período no CADI, trabalhando lá todo dia no CAIS, retorna para cá, é um usuário que a gente tem uma atenção especial”.*

Isto nos mostra que para o grupo-pesquisador existem inúmeras éticas, **referências éticas como norte**. Para explicar as relações entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico no ato de assistir em saúde mental os diálogos do grupo-pesquisador deixam claro que **a relação ética é o norte para se estabelecer uma comunicação.**

GP - *“Então, eu acho que, modéstia a parte nós somos um grupo muito bom. Nós temos sensibilidade para tratar das coisas psi, das coisas subjetivas, das coisas que estão acontecendo. O que eu acho que falta, às vezes, é um pouco, disso que ela fala de observar os sinais, o caminho que estão nos apontando, para aonde a gente está indo, temos que mudar um pouco o rumo? Temos que dar uma freiada? Temos que observar melhor? Rever algumas posturas, alguns parâmetros mais, que na verdade é um grupo muito empenhado”.*

Esta discussão coloca em relevo um componente significativo já apresentado

anteriormente que: **a atenção à saúde mental é uma construção diária como o café e que é preciso estar atento ao contexto e ao complexo da situação.**

Está idéia apóia-se em Foucault (1987), ao explicar o surgimento do cuidado de si na antiguidade. Este cuidado era, simplesmente, uma questão de fazer da vida um objeto para uma espécie de saber, uma técnica, uma arte em essência, **uma ética da existência.**

Retomando o que apresentei anteriormente no que denominei **A Reforma Psiquiátrica como Promotora de Cidadania e de Relações Democráticas**, percebo que a emancipação do sofredor psíquico, bem como, a do trabalhador de saúde mental, para o grupo-pesquisador, caminham juntas, são lados da mesma moeda. No entendimento apresentado pelo grupo sobre as relações, percebo avanços e retrocessos no cotidiano do convívio. A noção do trabalho como um processo político é, vislumbrado mais como uma questão de referência a uma política imposta e menos como um direito de cidadania.

Embora a participação do sofredor psíquico se dê no âmbito das políticas públicas, o alcance desse aspecto, por parte do grupo pesquisador, demonstra a necessidade de se aprofundar os laços culturais e sociais do sofredor psíquico residente na Pensão.

Acredito que se faz necessário, retratar a noção, em linhas gerais, construída pelo grupo-pesquisador, noção esta, somada ao referencial teórico e à análise preliminar dos dados, como uma analítica, do que foi trabalhado, até o momento.

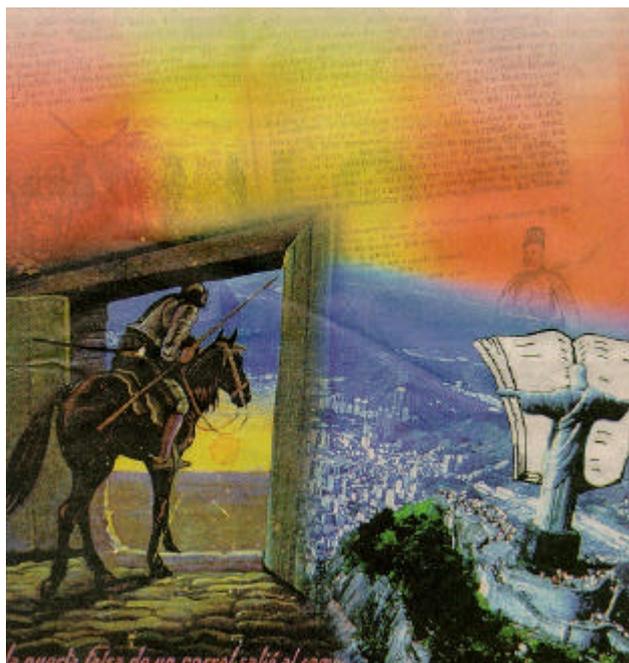
A possibilidade de mergulhar nesse mar do caramujo (grupo-pesquisador) nos apresenta a Reforma Psiquiátrica como um processo complexo que impõe diversidade de ritmos e que exige respeito ao sofredor psíquico. Esse processo vem provocando aos trabalhadores de saúde mental em sua sensibilidade, no ato de assistir, e na sua coragem para enfrentar os novos desafios que o exercício da reforma em sua construção diária lhes impõe.

Nessa vivência e construção da nova atenção em saúde mental, foram feitas

²⁸⁰ Idem, p. 85.

algumas descobertas, no grupo-pesquisador, entre elas, a de que: **a liberdade é terapêutica; que todos somos diferentes; todos somos singulares, e que é preciso acolher referências éticas como norte.**

VI – EM UMA CONCHA CABE O MAR



Sendo todas as coisas causadas e causantes, auxiliadas e auxiliantes, mediatas e imediatas, e mantendo todas elas por meio de um vínculo natural e insensível, que une as mais afastadas e as mais diferentes, julgo impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, assim como conhecer o todo sem conhecer particularmente as partes.

PASCAL

Nesse momento do trabalho, vejo-me instigada a estabelecer conexões capazes de produzir “um novo solo” para a reflexão e criação de conceitos, ou melhor, para a criação de algumas redes conceituais capazes de acolher a complexidade das questões que ora se apresentam.

Ao configurar novos objetos de investigação, ultrapassando os limites do até então pensável, identifiquei problemas, questões mal colocadas. Porém, foi possível identificar, também, a capacidade de reinvenção do grupo-pesquisador na reflexão crítica proposta.

Ao procurar **refletir sobre o descompasso entre a vitória no campo jurídico; o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e uma prática e um fazer que parecem negar a emancipação do sofredor psíquico, isto é, sua condição de cidadão**, trago como contexto, de modo explícito, implícito, ou mesmo, alusivo o processo de Reforma Psiquiátrica, no Estado do Rio Grande do Sul e no País e, as relações de poder entre os trabalhadores de saúde mental e o sofredor psíquico como o fator complexo, dos questionamentos cruciais, para o alcance dos princípios apontados na legislação de proteção ao sofredor psíquico.

Para o alcance dos objetivos, acredito que tenhamos esgotado, através do grupo-pesquisador, conceitos sobre a Reforma como um todo, passando um “pente fino” no fazer cotidiano e nas relações de convívio que se estabelecem no ato de assistir em saúde mental.

Apoiando-me em Morin (1997), com um pensamento que procurou abranger o contexto e o complexo, ou seja, no grupo-pesquisador, separamos e rejuntemos os elementos sobre os quais falamos; com laços e interações procuramos compreender o caminho num intercâmbio de vida e idéias.

Numa analítica interpretativa da presença ou ausência das estratégias de poder disciplinar nas relações, entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico, constato a pertinência e atualidade deste estudo para a efetivação do processo de Reforma Psiquiátrica vigente no Estado do Rio Grande do Sul e no País. Acredito que este estudo possa contribuir ao desafio necessário de se construir a Reforma no cotidiano das ações em saúde mental. Por ser este estudo o primeiro a ser realizado como Tese de Doutorado após a implantação do processo da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, consolidada pela Lei 9.716 e estando previsto, na própria Lei (**art. 15**), a necessidade de se avaliar a sua implantação, após cinco anos da sua aprovação. Entendo-o contributivo em sua função social, ao diagnóstico dos rumos e ritmo de implantação da referida Lei.

O problema apresentado neste estudo refere que: **apesar de implantada a Reforma Psiquiátrica e dos crescentes avanços da legislação de proteção ao sofredor psíquico, este continua sendo, ao mesmo tempo, objeto e instrumento do exercício das relações de poder disciplinar.**

Passados quase dez anos da aprovação da Lei Nº 9.716, de 7 de agosto de 1992, da Reforma Psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Sul e um ano da aprovação da Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental no País, se observa, que as relações de poder disciplinar, se encontram presentes nas diretrizes técnicas, econômicas e políticas, apontadas pelos Governos (Estadual e Federal), bem como, nas relações entre o trabalhador de saúde mental e sofredor psíquico nas ações quotidianas dos serviços de atenção à saúde mental, em meio a muitas contradições, conflitos, vivências de situações paradoxais e incertezas.

Não tenho qualquer pretensão de ter esgotado o assunto. Ao contrário, minha busca foi em direção a possíveis respostas a alguns questionamentos entre eles: **porque o sofredor psíquico, no processo de reforma psiquiátrica, segue observado como objeto de estudo e tratamento e não como sujeito no processo saúde-doença mental? Em que direção e como se manifesta a resistência do sofredor psíquico nas relações de poder que se estabelecem entre o trabalhador de saúde mental e o próprio sofredor? E, que práticas e fazeres podem ser observados nos serviços de atenção à saúde mental que favoreçam o conhecimento de si, reforcem a autonomia, o cuidado de si e a emancipação do sofredor psíquico, possibilitando, assim, o estabelecimento de relações de poder ético-solidárias no ato de assistir em saúde mental?**

Sendo estes questionamentos pertinentes e estando os mesmos relacionados à questão da pesquisa, procurei respondê-los no contexto de uma problemática de investigação escolhida e criada a partir de minha vivência prática, numa interlocução permanente com os escritos de Foucault e seu objeto de pesquisa fundado na genealogia do poder.

As escolhas em questão estão fundadas não apenas numa ordem técnica, mas, em pressupostos de carácter político-filosóficos que sustentam o problema. Num dos pressupostos enunciados e que sustento ao logo desse trabalho afirmo que: **a divisão entre o saber técnico e político no processo de Reforma Psiquiátrica é uma estratégia histórica e eficaz para a manutenção da hegemonia daqueles que exercem o poder.**

Nessa perspectiva, procurei traçar, tão meticulosamente quanto possível, a multiplicidade de figuras que podem conviver lado a lado, não obstante a presença de algumas contradições.

Mas, na história desse trabalho, o enunciado, ou seja, o pressuposto mais radical, de ruptura com o modelo até hoje presente nas instituições de saúde mental é aquele que afirma e, é por mim reafirmado, ao longo do estudo, que: **o sofredor psíquico para que possa se perceber e ser percebido como cidadão no serviço de atenção à saúde mental necessita vivenciar relações de poder ético-solidárias e de inclusão social.**

Cabe salientar que este trabalho se encontra alicerçado, nas obras, **Vigiar e Punir e Microfísica do Poder, tendo em vista o conceito de indivíduo como realidade fabricada por uma tecnologia específica do poder e do saber chamada por Michel Foucault de “disciplina” e, Hermenêutica do Sujeito, pelas radicais implicações éticas que o referido autor introduziu.**

Foucault, em seus estudos, foi sensível ao lugar que a disciplina e as relações de poder ocupam no desempenho do homem moderno e, também, na formulação do enunciado do cuidado de si, como marca fundamental da experiência ética na Antiguidade. Esta experiência, para o autor, teria sido esquecida na modernidade com o advento do cristianismo. Pela mediação desses dois aspectos, Foucault salienta, nas obras referidas anteriormente, também, dois aspectos importantes e pertinentes a este trabalho: **formas de objetivação do indivíduo e as tecnologias de si.**

Estariam estes conceitos, apesar de radicalmente diferentes, presentes nas relações que se estabelecem entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico no processo de Reforma vigente? Ou seriam passíveis de alguma forma de

articulação, que conjugasse seus imperativos, numa mediação de fatores? É o que pretendi responder neste estudo.

Esta idéia é, para mim, importante, pois, acredito, que um todo organizado/desorganizado produz qualidades que não existem em partes isoladas de uma mesma questão.

O conhecimento torna-se mais importante quando procuramos percebê-lo num contexto. Um contexto que congregue qualidades, propriedades, cultura, regras, e leis. A organização/desorganização de elementos diferentes supera o conhecimento das partes tomadas isoladamente.

Concordando com Morin²⁸¹ sobre a teoria do organismo vivo e a organização social, o autor refere: (...) *esta idéia não só quer dizer que a parte está dentro do todo, mas que o todo está no interior das partes.*

Portanto, procuro nesta busca compreender esta multiplicidade de elementos que está sempre em movimento sem que exista previamente um plano de unidade e síntese, mas apenas a apresentação de múltiplas imagens na radicalidade da analítica e da dispersão.

Assim, tendo a experiência da Reforma Psiquiátrica e a legislação de proteção ao sofredor psíquico como contexto, ambos inscritos num dispositivo estratégico do poder disciplinar, busco dar conta da materialização das relações de poder entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico no serviço de atenção à saúde mental.

Seja como for, isso já indica insofismavelmente uma precisa direção estratégica realizada pela leitura de Foucault, ao assumir um ponto de vista a partir de um contexto circunscrito e de um dispositivo específico que, sempre, coexistem ao lado de outros também presentes, ao mesmo tempo, no espaço social.

Mas, isto não ocorreu sem tensão ou problema. Aqui, a ênfase se dará ora nos resultados (abertura de serviços de atenção à saúde mental), ora no processo (técnico-político), e em todo o caso, a crença no sofredor psíquico como sujeito social,

²⁸¹ MORIN, E. Complexidade e ética da solidariedade IN: CASTRO, G; CARVALHO E. A; ALMEIDA, M. C. **Ensaio de Complexidade**, Porto Alegre: Sulina, 1997, p. 19.

promove uma “aventura” além dos limites da Reforma Psiquiátrica e da legislação de proteção ao sofredor psíquico e, fazendo um paralelo, com o que mostra Foucault,²⁸² em relação à reforma do Poder Judiciário, no século XVIII: (...) *A conjuntura que viu nascer a reforma não é portanto a de uma nova sensibilidade; mas a de outra política em relação às ilegalidades.*

As estratégias ensejam combates diferentes: a passagem de um modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental baseado nos mecanismos de exclusão, isolamento e culpabilização do próprio sofredor e da família para um modelo de atenção integral à saúde mental cujas premissas estão centradas no envolvimento familiar e social no processo de reabilitação psicossocial do sofredor psíquico; redefine a abordagem em saúde mental. Isto não significa inexistência de conflitos, pelo contrário, implica um modo de se relacionar que dê conta da complexidade das relações entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico em um processo que propõe o resgate, ou melhor dito, a (re)construção de cidadania do sofredor.

A inexistência, *a priori*, de um conteúdo pronto, acabado, próprio à atenção em saúde mental que amplia a instrumentalização do fazer cotidiano nos serviços alternativos de atenção à saúde mental, ainda inexistente no cenário da Reforma. Experiências iniciais no País e, mesmo, a experiência apresentada no estudo do trabalho realizado na Pensão Pública Protegida “Nova Vida” demonstram, ainda hoje, que é no dia-a-dia que se constrói o conhecimento em saúde mental, que não existem receitas prontas e que é preciso usar de criatividade e de “bom senso” para superar os conflitos próprios da mudança de modelo.

Observo, também, que os limites e possibilidades de engajamento e compromisso do trabalhador de saúde mental com o processo de Reforma são, ainda, uma questão mais próxima do pessoal do que da inserção do próprio trabalhador num conhecimento histórico-político do processo em questão.

Cabe, lembrar, que o cenário e seus atores, envolvidos no presente estudo, retratam, uma importante, realidade histórica do processo de Reforma Psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Sul. A Pensão Pública “Nova Vida”, como o primeiro serviço,

²⁸² FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 76.

a ser colocado em funcionamento, de acordo com os princípios da não exclusão do sofredor psíquico do meio familiar e social, do resgate de cidadania ao sofredor psíquico egresso de hospitais psiquiátricos, em uma lógica de cuidado não manicomial traz, estes aspectos, como exigência ética e compromisso institucional. Apesar disto, se percebe que é na dinâmica diária das relações entre o trabalhador e o sofredor que se processam mecanismos de objetivação próprios das relações disciplinares de poder.

Considero e percebo, portanto, que a produção e análise dos dados, dois momentos importantíssimos do presente estudo, são instrumentos que revelam alguns paradoxos em relação à vivência do trabalhador de saúde mental no processo de Reforma Psiquiátrica vigente.

Trata-se, na produção de dados, de relatos de experiências quotidianas de “modos” de relação vivenciados entre o trabalhador e o sofredor no serviço alternativo de saúde mental. Tratam-se, na análise dos dados, de possíveis ligações, da percepção de elos, da interdependência do mundo da Reforma com os princípios da legislação de proteção ao sofredor psíquico.

As noções aqui apresentadas se construíram a partir de várias categorias que emergiram da análise das discussões apresentadas pelo grupo-pesquisador e da compreensão de um olhar analítico, complexo, que leva em conta as incertezas e contradições da realidade.

Cabe salientar, ainda, como relevante o estudo proposto, tendo em vista seu valor de reflexão para o processo de Reforma em andamento no Estado do Rio Grande do Sul e no País.

A criação de estratégias de cuidado em saúde mental, aliada aos princípios da legislação de proteção ao sofredor psíquico, como foi demonstrado no momento da análise, não é só necessária, mas urgente do ponto de vista da nova política de atenção em saúde mental.

Esta idéia é reafirmada na análise do grupo-pesquisador, ao destacar a ausência de um conhecimento pronto, acabado que dê conta das ações em saúde mental e da necessidade, portanto, de ser construído esse conhecimento.

A percepção de fatores emocionais, ambientais, técnico-políticos, econômicos e administrativos, presentes no “fazer” em saúde mental, interação com os dispositivos de poder disciplinar no cotidiano das relações, no modo de cuidar e perceber o sofredor psíquico, projetando recortes finos no ambiente relacional do serviço.

A partir do referencial teórico-filosófico de Michel Foucault e do referencial do exercício prático da discussão da atenção em saúde mental, no processo de Reforma em andamento, percebo que: **o trabalhador de saúde mental visualiza, algumas vezes, como dolorosa a mudança operada na atenção, tendo em vista, a não dissociação do par ver-ser visto, e que o sofredor psíquico demonstra uma melhor inserção social, a partir das experiências que vivencia nessa mesma proposta.**

Esta percepção reafirma o sentimento, portanto, da necessidade de realização de um trabalho que proporcione **uma reflexão sobre o descompasso percebido entre a vitória no campo jurídico; o novo discurso da Reforma Psiquiátrica e uma prática que parece negar a condição de cidadão, outorgada pela lei, ao sofredor psíquico.**

A oportunidade de repensar sobre as diversas reformas implantadas no País, ao longo da história da psiquiatria brasileira, a fim de avaliar as relações de poder que se estabelecem entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico no processo de Reforma, como um dos aspectos da problemática da dependência do trabalhador, atualmente, ao antigo modelo “manicomial” de assistência em saúde mental permite a verificação do que precisa ser modificado para que o sofredor psíquico possa ser percebido como sujeito do processo saúde-doença mental. Ao mesmo tempo, reafirma o problema de 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.**

Nada mais característico a esse respeito que o problema apresentado pelo grupo-pesquisador com respeito ao hábito do cafezinho. A troca do café pelo café descafeinado, por decisão dos trabalhadores de saúde mental e à revelia da vontade do sofredor psíquico, demonstra a unilateralidade na tomada de decisão; o

desrespeito ao desejo do sofredor; uma forma de “minar” a resistência aos efeitos de impregnação quando da utilização de medicação psicotrópica, ou seja, como uma das estratégias utilizadas pelo poder disciplinar.

A direção da resistência manifesta pelo sofredor psíquico nas relações de poder que se estabelecem entre este e o trabalhador de saúde mental, pode ser apreendida **na luta pelos direitos de respeito ao “sigilo profissional”; no direito a não internação em hospital psiquiátrico; na luta pela participação em Eventos de caráter político e no estabelecimento de diretrizes na atenção em saúde mental (V Encontro Nacional de Luta Antimanicomial) e pelo direito à mudança da atenção até, então, centrada na doença e não no próprio sofredor.**

A passagem de um modelo de atenção para outro, observada no serviço de atenção à saúde mental “Pensão Nova Vida”, demonstra o exercício de alguns direitos cidadãos, ao mesmo tempo, que a tolerância às “pequenas ilegalidades” aceitas. Observa-se, que a aceitação, muitas vezes, dessas “pequenas ilegalidades” assegura a sobrevivência do sofredor psíquico dentro do grupo, já, que, também, é demonstrado pelo grupo-pesquisador uma certa cumplicidade entre os trabalhadores de saúde mental e o sofredor.

A tolerância torna-se, então, um estímulo à manutenção das relações de objeto observadas no cotidiano do trabalho, onde é preciso controlar, codificar e afirmar a necessidade de uma vigilância constante que se faz essencialmente sobre as ações dos outros (sofredores). E, ao mesmo tempo que essa separação se realiza, afirma-se, no grupo-pesquisador, a necessidade de se desfazer dos modos antigos de dominação e de punição estabelecidos entre o trabalhador e o sofredor como princípios necessários à efetiva implantação da Reforma.

Esta Reforma, em sua aplicação prática, apresenta uma certa inércia política, uma multiplicidade de ações confusas e uma posição lacunar entre um referencial teórico arcaico (próprio ao antigo modelo) e um novo referencial, ainda deveras incipiente em sua ação prática.

Aí está, no meu entendimento, a raiz do princípio que se tem aplicado a consolidação do processo de Reforma, o qual é ordenado pela humanização das relações e aconselhado pelo poder administrativo: a economia.

A economia possui um papel de extrema importância em qualquer iniciativa de reinserção social de ex-internos altamente institucionalizados, permeando a “intenção” de que se consolide o novo modelo de atenção integral à saúde mental. Os cofres dos Governos Estaduais e do Governo Federal já não suportam mais o “peso” do repasse das verbas públicas para as instituições asilares (públicas e privadas) e que ainda, hoje, congregam, no País, o maior efetivo de sofredores psíquicos em situação de exclusão social.

Reconheço que dois marcos importantes, no espaço de uma década, marcam o redirecionamento da atenção em saúde mental e o conseqüente fortalecimento dos princípios da ética e humanização da atenção em saúde mental. Um deles, a Carta de Direito dos Usuários, é o marco fundamental de todo um processo histórico do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, do Fórum Gaúcho de Saúde Mental e, em particular, da luta de usuários e familiares. Em 1993, a Carta é apontada como um instrumento de luta na construção da cidadania do sofredor psíquico e, também, como um instrumento revelador da dor e exclusão que tem marcado a vida da maioria dos sofredores em nosso País.

O outro marco é um documento oficial, da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal intitulado Caravana Nacional de Direitos Humanos (2000) e que revela, ainda, hoje, a existência de formas de tortura e violência pretensamente terapêuticas (camisa-de-força; insulinoaterapia; ECT, superdosagem de medicamentos, etc.) integradas ao cotidiano dos hospitais psiquiátricos.

A assistência integral a saúde mental requer, ainda, tempo para começar a incorporar a idéia de que seus usuários são cidadãos, possuidores de deveres e direitos a uma vida plena em suas dimensões psicológica, existencial, social e política.

Os serviços de atenção integral à saúde mental ou rede substitutiva buscam, na atualidade, reverter o modelo hospitalocêntrico de atenção em saúde mental. É um momento de construção de políticas públicas, da busca de caminhos e de rumos inovadores.

A Pensão Pública Nova Vida encontra-se inserida nesse perfil. Incorporando novas atividades como oficinas de artes e de exercícios físicos, busca ressocializar ex-internos do hospital Psiquiátrico São Pedro.

A assistência integral à saúde mental é um direito do cidadão e não poderá, em qualquer circunstância, justificar a violação a qualquer direito de cidadania.

Os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, centros e núcleos de atenção psicossocial, centros de convivência, cooperativas, hospitais dia, são uma realidade que dão conta, ainda, de uma pequena parcela da população de usuários dos serviços de atenção à saúde mental em nosso País, o que vem dificultando a implementação do novo modelo de Reforma. Entretanto, observa-se, que o direito à liberdade, o respeito, a dignidade de um tratamento humano são questões presentes nos serviços substitutivos e na relação que se estabelece entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico nestes mesmos serviços.

Em contrapartida, observa-se, também, a incidência de mecanismos disciplinares de poder, que sustentam a discriminação ou preconceito para com o sofredor nestas comunidades, reforçando os mecanismos de poder-saber dos trabalhadores de saúde mental.

Fica claro, portanto, a necessidade de investimento na formação e capacitação dos trabalhadores de saúde mental, com ênfase numa abordagem antimanicomial, centrada na pessoa como um ser complexo e não somente na doença.

Destaco, ainda, a necessidade de todo serviço assistencial proporcionar suporte aos familiares como forma de aproximar o sofredor psíquico do convívio familiar e social. Este aspecto é reforçado na análise do grupo-pesquisador como essencial para a ressocialização e aproximação do sofredor psíquico de seu ambiente familiar e social.

Um outro aspecto importante a ser destacado, neste estudo, é a 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 em saúde mental.

Esta participação não é homogênea no País, existindo diferenças locais e regionais. Em termos de avanços e retrocessos, avalio que houve mais avanços que retrocessos na busca de organização de uma rede mínima de luta por uma sociedade

sem exclusão nas diversas regiões do País e, principalmente, no Estado do Rio Grande do Sul como é demonstrado no presente estudo.

Reconheço, ainda, a existência crescente de serviços substitutivos ao manicômio. De acordo com dados do Guia de Serviços de Saúde Mental,²⁸³ no Rio Grande do Sul, por exemplo, 85,5% dos municípios apresentam algum tipo de atenção na área, mas, reconheço, também, que a assistência tradicional mantém presença forte, na atuação de práticas manicomialis em todas as regiões do Estado do Rio Grande do Sul e do País.

A Pensão Pública Protegida Nova Vida compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas no cotidiano da atenção. Os sofredores psíquicos (usuários da Pensão) são sujeitos sociais, autores de sua história no presente. Percebe-se, ainda, o fomento de canais de participação social para que os ex-internos socializados possam participar dos atos da vida em sociedade com condições mínimas de acesso aos bens materiais e culturais da comunidade em que estão inseridos.

O exercício da cidadania é construído no dia-a-dia da Pensão, sendo este um aprendizado construtor de subjetividades transformadoras. Isto, porém, não afasta a presença de relações disciplinares de poder, as quais, se mantêm presentes nesse mesmo cotidiano.

Um conjunto de ações sobre ações possíveis, assim define Foucault (1994) as relações de poder. A escolha dos meios empregados para se chegar a um fim é designada pela palavra estratégia e, são, justamente, as estratégias utilizadas pelo poder disciplinar que formam um conjunto de procedimentos utilizados num confronto para privar o outro dos seus meios de combate. Como não pode haver relações de poder sem pontos de insubmissão percebe-se alguns mecanismos de resistência frontais por parte do sofredor psíquico num encadeamento indefinido e numa inversão perpétua das relações entre este e o trabalhador de saúde mental.

²⁸³ RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual da Saúde, **Guia de Serviços de Saúde Mental**, Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2002.

Estes aspectos apontados na produção e análise de dados demonstram a tensão entre os trabalhadores de saúde mental e os sofredores psíquicos em sua tentativa de se constituírem como sujeitos de saber e de ação sobre os outros.

Finalizando, observo que a busca da ética está presente no cotidiano da atenção em saúde mental marcando vários nortes, ou seja, o trabalhador de saúde mental em busca da mestria de si mesmo, ao mesmo tempo, que procura reconhecer o sofredor psíquico como um mestre de si.

Portanto, não basta afirmar que, apesar dos crescentes avanços da legislação de proteção ao sofredor psíquico e da implantação da Reforma, o sofredor continua sendo objeto e instrumento do exercício do poder disciplinar. É necessário que se afirme, também, que existe uma nova lógica permeando e dando uma nova vida ao cuidado no serviço de atenção integral à saúde mental: um ato de engajamento no novo processo da Reforma; um ato de imaginação no viver cotidiano da saúde mental; um hiato na obsessão do poder-saber que atrai a humanidade na busca da verdade e no reconhecimento da oportunidade do momento para o pensamento renovado sobre a emergência de uma atenção ética, complexa, contextualizada e não somente governada pelo poder normalizador. Enfim, uma ética diferente que pode nos oferecer uma auto-compreensão maior e melhor de nós mesmos e que faça da **Vida uma Estética da Existência**.

VII - O TRÁFICO DO CRER REFERENCIADO BIBLIOGRAFICAMENTE

- AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- ARENDT, H. **A Condição Humana**, 6. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1993.
- _____. **Homens em Tempos Sombrios**, São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Personix, 1991
- BASÁGLIA, F. **A Instituição Negada**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.
- BASAGLIA, F. et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- BELMONTE, P. R. et al. **Temas de Saúde Mental**. Textos Básicos do CBAD. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BORENSTEIN, M. S. **O Cotidiano da Enfermagem no Hospital de Caridade de Florianópolis, no período de 1953 a 1968**. Florianópolis, 2000. 218 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). PEN/UFSC.
- BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988.
- BRASIL, **Lei Orgânica da Saúde-LOS nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990.
- BRASIL, **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL, **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. **Portarias nº 189** de 19 de novembro de 1991 e **nº 224** de 29 de janeiro de 1992.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. **Relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**, 1992. mimeo.

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

BRUYN, apud HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma Repensando a Saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAPELLA, B. B.; LEOPARDI, M. T. O ser humano e sua possibilidade no processo terapêutico. In: LEOPARDI, M. T. (Org.) **O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade**. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, Ed. Papa-Livros, 1999.

CAPRA, F. **Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1992.

CASTEL, R. **La Contracción Psiquiátrica. Los Crímenes de la Paz**. México: Siglo Vientiuno, 1977.

CASTEL apud FIGUEIRA, S. A. Notas Introdutórias ao Estudo das Terapêuticas II: Robert Castel e Michel Foucault. In: FIGUEIRA, S. A (org.) **Sociedade e Doença Mental**. Rio de Janeiro: Campus, 1978.

CASTRO, G; CARVALHO, E. A; ALMEIDA, M. C.(org.), **Ensaio de Complexidade**, Porto Alegre: Sulina, 1997.

CICOUREL apud MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

COHEN, H.; NATELLA, G. **Trabajar en Salud Mental La Desmanicomialización en Rio Negro**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1995.

COOPER, D. **A Linguagem da Loucura**. 2 ed. Lisboa: Presença, 1978.

CPDOC/FGV. Plano Hospitalar Psiquiátrico. Sugestões para a Ação Supletiva da União, In: BELMONTE, P. R. et al. **Temas de Saúde Mental**. Textos Básicos do CBAD, Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

CPDOC/FGV. O Hospital Colônia de Jacarepaguá, In: BELMONTE, P. R. et al. **Temas de Saúde Mental**. Textos Básicos do CBAD, Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

DALLARI, S. G. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DELGADO, P. Perspectivas da Psiquiatria Pós-Asilar no Brasil In: TUNDIS, S. A ; COSTA, N. R. **Cidadania e Loucura Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1992.

FAGUNDES, S. In: Rio Grande do Sul. Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. **Relatório Azul: Garantias e Violações dos Direitos Humanos no RS, 1998-1999**. Porto Alegre: Assembléia Legislativa, 1999.

FARIA, E. M. O diálogo entre as intersubjetividades na saúde. In: LEOPARDI, M. T. (org.) **O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade**. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, Ed. Papa-Livros, 1999.

FIGUEIRA, S. A. Notas Introdutórias ao Estudo das Terapêuticas II: Robert Castel e Michel Foucault. In: _____. (org.) **Sociedade e Doença Mental**. Rio de Janeiro: Campus, 1978.

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

_____. **História da Sexualidade**, Rio de Janeiro: Graal, 1985. v. III.

_____. **Vigiar e Punir**, 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

_____. **Microfísica do Poder**, 10.ed. São Paulo: Graal, 1992.

_____. **Hermeneutica del Sujeto**. Madrid: La Piqueta, 1994.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

- GAUTHIER, J. Sociopoética. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery/UFRJ, 1999.
- GAUTHIER, J.; SANTOS, I.; SOUZA, L.; FIGUEIREDO, N. A Sociopoética: uma filosofia diferente e prazerosa. In: GAUTHIER, J; CABRAL, I.; SANTOS, I.; TAVARES, C. **Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1998.
- GOFFMAN, E. Sintomas Mentais e Ordem Pública In: FIGUEIRA, S. A (org.) **Sociedade e Doença Mental**. Rio de Janeiro: Campus, 1978.
- GOLDBERG, In: BELMONTE, P. R. et al. **Temas de Saúde Mental**. Textos Básicos do CBAD. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- HAGHETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1992.
- HERZLICH, apud CARRARA, S. Entre Cientistas e Bruxos. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (org.) **Saúde e Doença Um Olhar Antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- KANTORSKI, L. P. **O Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. Ribeirão Preto, 1998. 214 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo.
- KURTINAITIS, M. **O Manicômio**. São Paulo: Loyola, 1996.
- LANCETTI, A et al. **SaúdeLoucura 2**, São Paulo: Hucitec, 1990.
- _____. Loucura Metódica In: _____. **SaúdeLoucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1990.
- _____. A Modo de Posfácio. In: MARSIGLIA, R. G. et al. **Saúde Mental e Cidadania**. 2 ed. São Paulo: Mandacaru, 1990.
- LEAL, O. F. (org.) **Corpo e Significado. Ensaios de Antropologia Social**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995.
- LEVI-STRAUSS, C. **Introdução a Obra de Marcel Maress**, In: Sociologia e Antropologia. São Paulo: EPU, 1974.

LOPEZ, C. **Higiene Mental**. Rio de Janeiro: Pongetti, 1954.

LUNARDI, V. L. **A Ética como Cuidado de Si e o Poder Pastoral da Enfermagem**. Pelotas: Editora Universitária, UFPel/Florianópolis:UFSC 1999.

_____. Responsabilidade Profissional da Enfermeira. **Texto e Contexto. Enf.**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 47-57, jul./dez. 1994.

LUNARDI FILHO, W. D. **O Mito da Subalternidade do Trabalho de Enfermagem À Medicina**. Florianópolis, 1998. 338 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) PEN/UFSC.

LUZ, M.T. **As Instituições Médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

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

MAFFESOLI, M. **Conhecimento do Cotidiano: Para uma Sociologia da Compreensão**. Lisboa: Veja, s/d.

_____. **O Tempo das Tribos: O Declínio do Individualismo nas Sociedades de Massa**. 3 ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2000.

MINAYO, M. C. S. **Desafio do Conhecimento**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Complexidade e ética da solidariedade. In: CASTRO, G.; CARVALHO, E.; ALMEIDA, M. C. (org.) **Ensaio de Complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 1997.

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

MORIN, E.; MOIGNE, J-L. Le. **A Inteligência da Complexidade**. 2 ed. São Paulo: Peirópolis, 2000.

NITSCHKE, R. G. **Uma viagem pelo mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos: a descoberta dos laços de afeto como caminho**, Florianópolis, 1999. 307 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) PEN/UFSC.

_____. **Nascer em Família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável.** Florianópolis, 1991. 313 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) PEN/UFSC.

OLINDA In: BELMONTE, P.R. et al. **Temas de Saúde Mental.** Textos Básicos do CBAD. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. **(Im) previdência Social: 60 anos da história da Previdência no Brasil,** Petrópolis: Vozes, 1985.

OLIVEN, R. G. **Urbanização e Mudança Social no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1982.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Séries Informes Técnicos.** Genebra, 1950.

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

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.

_____. Questões éticas: cuidados metodológicos na pesquisa de enfermagem: **Texto e Contexto. Enf.** Florianópolis, v. 4 n. 2. 1995. p. 118-132.

PELBART, P. P. Manicômio Mental-A Outra Face da Clausura In: LANCETTI, A **SaúdeLoucura.** São Paulo: Hucitec, 1990.

PIRES, D. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PRESTES, J. apud OLIVEN, R, G. **Urbanização e Mudança Social no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1982.

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

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica In: TUNDIS, S.A; COSTA, N.R. (org.) **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**, Petrópolis: Vozes, 1992.

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

RIO GRANDE DO SUL, **Lei da Reforma Psiquiátrica**, nº 9.716, de 07 de agosto de 1992.

RIO GRANDE DO SUL, Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. **Relatório Azul: Garantias e Violações dos Direitos humanos no RS, 1997**. Porto Alegre, Assembléia Legislativa, 1998.

RIO GRANDE DO SUL, Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. **Relatório Azul: Garantias e Violações dos Direitos Humanos no RS, 1998/1999**. Porto Alegre: Assembléia Legislativa, 1999.

RIO GRANDE DO SUL, Assembléia Legislativa. Comissão de Direitos Humanos. **Relatório Azul: Garantias e Violações dos Direitos Humanos no RS, 1999/2000**. Porto Alegre: Assembléia Legislativa, 2001.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual da Saúde. **Guia de Serviços de Saúde Mental**, Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2002.

ROSA, J.G. **Primeiras Estórias**. Rio de Janeiro: José Olympo. 1978.

ROTELLI, F. Superando o Manicômio- O Circuito Psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SANTOS, I. e GAUTHIER, J. **Enfermagem. Análise Institucional e Socio-Poética**. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery/UFRJ, 1999.

SCHIAVONI, A Corpo e Loucura na Porto Alegre do Final do Século XIX In: LEAL, O. F. (org.) **Corpo e Significado: Ensaio de Antropologia Social**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995.

SILVA e FONSECA In: BELMONTE, P. R. **Temas de Saúde Mental**, Textos Básicos do CBAD. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

SPRICIGO, J. S. **Desinstitucionalização ou Desospitalização – A Aplicação do Discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis.** Florianópolis, 2001. 163 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). PEN/UFSC.

TEIXEIRA, M. **Hospício e Poder,** Brasília: Senado Federal, 1993.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem: Uma Modalidade Convergente-Assistencial.** Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1990.

TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (org.) **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil,** Petrópolis: Vozes, 1992.

VAZ, M. R. C. Trabalho em saúde: expressão viva da vida social. In: LEOPARDI, M. T. (org.) **O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade.** Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSC, Ed. Papa-Livros, 1999.

VELHO, G. Duas Categorias de Acusação na Cultura Brasileira Contemporânea. In: FIGUEIRA, S, A (org.) **Sociedade e Doença Mental.** Rio de Janeiro: Campus, 1978.

VENEZUELA, Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Memórias da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica. Caracas, 1990.** Brasília: Printel Gráfica e Editora, 1992.

VILLALOBOS, V. S. O Estado de bem-estar social na América Latina: necessidade de redefinição. **Cadernos Adenauer.** São Paulo, n. 1, 2000.