

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

PAULO CESAR PEIXOTO

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS NO CAPS II – FRUTAL, MG:
SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA**

FRANCA

2010

PAULO CESAR PEIXOTO

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS NO CAPS II – FRUTAL, MG:
SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Serviço Social Trabalho e Sociedade. Linha de pesquisa: Serviço Social: Formação e Prática Profissional.

Orientadora Prof^a. Dr^a. Iris Fenner Bertani

FRANCA

2010

Peixoto, Paulo Cesar

Análise das práticas discursivas no CAPS – Frutal (MG) : sobre a reforma psiquiátrica / Paulo Cesar Peixoto. –Franca : [s.n.], 2010
123 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Orientador: Iris Fenner Bertani

1. Serviço Social – Saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica – Frutal (MG). 3. Doentes mentais – Hospitais psiquiátricos. I. Título

CDD – 362.2

PAULO CESAR PEIXOTO

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DISCURSIVAS NO CAPS II – FRUTAL, MG:
SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: Serviço Social Trabalho e Sociedade. Linha de pesquisa: Serviço Social: Formação e Prática Profissional.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____

Prof^a. Dr^a. Iris Fenner Bertani

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

Franca, 13 de dezembro de 2010.

A Ângelo Lujan Neto

AGRADECIMENTOS

Aos trabalhadores do CAPS II de Frutal pela gentileza com que me receberam.

À Prof^a. Dr^a. Iris Fenner Bertani por ter sabido tão bem misturar orientação com liberdade para trabalhar.

À Sonia França e Sonia Wolf pelas profundas marcas que me fizeram.

À minha família e aos meus amigos -- estes últimos contidos naquela -- pelo apoio, pelo auxílio luxuoso e pela compreensão com minha ausência.

*Há sabedoria nisso, sabedoria de vida,
em receitar-se a saúde mesma somente
em pequenas doses.*

*Friedrich Nietzsche,
Humano, demasiado humano.*

PEIXOTO, Paulo Cesar. **Análise das práticas discursivas no CAPS II – Frutal, MG:** sobre a reforma psiquiátrica. 2010. 123 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2010.

RESUMO

Este estudo problematiza a reforma psiquiátrica brasileira, partindo de uma unidade de serviço específica, o Centro de Atenção Psicossocial CAPS II de Frutal, MG., tomando como recurso teórico o referencial foucaultiano. Partindo de práticas discursivas inscritas neste serviço busca-se entender as linhas de força, os saberes, as estratégias, as inteligibilidades que fazem emergir o CAPS enquanto serviço substitutivo ao manicômio junto a uma política reformadora da assistência psiquiátrica no país. O estudo mostra que substituindo as práticas asilares coloca-se em andamento um processo de expansão das práticas psiquiátricas junto ao meio social, principalmente a família. Não há evidência de rompimento com a inteligibilidade que circunscreve a loucura na condição de doença, mas este corpo deixa o interior do asilo para transitar em um circuito balizado pelas práticas psiquiátricas, que se opera principalmente pela via de uma prática pedagógica: um processo de remanejamento das práticas, mas conservação do poder.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica. loucura. manicômio.

PEIXOTO, Paulo Cesar. **Análise das práticas discursivas no CAPS – Frutal, MG:** sobre a reforma psiquiátrica. 2010. 123 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2010.

ABSTRACT

The present study renders problematic about Brazilian psychiatric reform, from the documental analysis of a specific service unit, called Psychosocial Attention Center, CAPS II from Frutal, estate of Minas Gerais, taking as a theorist resource, the Foucault referential. Around the discursive practices enrolled in this service, what is searched is to understand the strength lines, the knowledge, the strategies, the intelligibilities that make CAPS emerges as a substitutive service for the sanatoriums with a politic reformer from psychiatric assistance in Brazil. The present study shows that substituting asylum practices, it is proceeding a psychiatric practices expansion process within the social environment, specially the family. There is no rupture evidence with the intelligibility that circumscribes the madness in an illness condition, but this body leaves the asylum to move up in a circuit that is delimited by psychiatric practices that becomes reality mainly by a pedagogical practice: a practice rehandling process, but power conservation.

Keywords: psychiatric reform. madness. sanatorium.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIH-SUS	Autorização de Internação Hospitalar do SUS
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
DAPES	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
DINSAN	Divisão Nacional de Saúde Mental
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MS	Ministério de Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PSF	Programa Saúde da Família
PTI	Projeto Terapêutico Individual
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SAS	Secretaria de Assistência em Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 A CONSTITUIÇÃO DOS CORPOS	20
3 A CONSTITUIÇÃO DO APARATO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL	39
4 AS REFORMAS	56
4.1 As reformas no mundo	56
4.2 A reforma psiquiátrica brasileira.....	61
5 DAS ESPECIFICIDADES	72
5.1 Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS	72
5.2 O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II – Frutal	77
6 SOBRE O MÉTODO	81
6.1 Recortes teóricos	81
6.2 Fontes de informação	87
6.3 Apresentação dos resultados	89
7 ANÁLISE E CONCLUSÃO	106
7.1 Literatura e discussão	106
7.2 Conclusão	117
REFERÊNCIAS.....	121
FONTES.....	129
ANEXO	
ANEXO A – Aprovação Conselho de Ética em Pesquisa.....	132

1 INTRODUÇÃO

*É que o saber não é feito para compreender,
ele é feito para cortar.*

*Michel Foucault
Nietzsche, a genealogia e a história.*

O trabalho que aqui se apresenta tem a intenção de entender o modo como se processa a implantação da política de assistência em saúde pública para o setor de saúde mental, compreendida pela reforma psiquiátrica, partindo de uma unidade específica, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A reforma psiquiátrica, incorporada pelo Estado em forma de diretrizes de atendimento à população, isto é em forma de políticas de atendimento público, se propõe a desarticular a centralidade do manicômio nas ações de saúde do setor de saúde mental, através da implantação de uma rede de serviços e de práticas que sejam substitutivas ao hospital psiquiátrico. Os CAPS fazem parte desses serviços, e é a partir de uma de suas unidades que este trabalho se desenvolve.

Trata-se de vislumbrar o campo de forças, as redes de saberes, as práticas, enfim, as relações que se inscrevem no desenrolar da reforma da política pública em assistência psiquiátrica, a partir do estudo das práticas discursivas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma cidade de pequeno porte no interior do Brasil, especificamente na cidade de Frutal - MG.

O projeto de estudos para essa dissertação de mestrado nasceu do trabalho deste pesquisador junto ao setor de saúde mental por aproximadamente 15 anos. Enquanto este percurso pessoal acontecia, um movimento em direção a mudanças nas instituições, nas práticas e nos saberes da assistência psiquiátrica estava se processando, pautado principalmente pelo ideal da desospitalização. Trata-se da reforma psiquiátrica, um processo de reformulação e questionamento do modelo clássico de intervenção da psiquiatria – o modelo asilar, no qual há a centralidade do manicômio --, e a elaboração de propostas de transformação do mesmo. A reforma psiquiátrica transcorre no Brasil ao lado e em concordância com o movimento sanitário, mas tem suas particularidades e faz parte de um movimento mundial que

tem incentivo da Organização das Nações Unidas (ONU), e da Organização Mundial de Saúde (OMS), com vistas ao fim da violência asilar.

Em definição do ministério da saúde:

Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005b, p.6).

Também para Amarante, a reforma psiquiátrica brasileira é “[...] um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorreram a um só tempo, nos campos assistencial, cultural e conceitual.” (AMARANTE, 1997, p. 165 apud LUZIO, 2003, p. 49).

Com o desdobramento desse processo algumas mudanças foram, aos poucos, sendo incorporadas pelo Estado, que por sua vez as converteu em diretrizes operacionais para implantação de outra política de assistência para o setor. Assim a política de atendimento em saúde mental passa de um modelo excludente, fincado na ordem psiquiátrica e que tem no manicômio o seu corolário institucional, para outro modelo onde as palavras de ordem são as de inclusão, cidadania, reinserção social, e que na ordem das práticas cotidianas, buscaria a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A noção de rede é importante na definição dessa nova política de atendimento, porque indica: no sentido horizontal a disposição de uma série de serviços interligados entre si e a outros recursos da comunidade, que assistem ao mesmo usuário, dentro de determinado território que lhe circunscreve; e no sentido

vertical a relação entre usuário e a gestão dos serviços, através dos conselhos de saúde.

Na lógica de rede os Centros de Atenção Psicossocial são centrais, principalmente porque devem ser organizadores da rede de atenção em saúde mental, orientando as ações de todos os serviços que lhe compõem, dentro de um determinado território.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. (BRASIL, 2005b, p. 27).

No entanto as novas políticas de assistência, ainda que nascidas de movimentos de bases populares, não se impõem sem resistências das mais diversas ordens. Há uma reforma que avança -- hospitais são fechados, leis de direitos dos usuários são criadas, serviços substitutivos são implantados (principalmente CAPS), etc. --, no entanto evidenciam-se resistências advindas dos diferentes pontos que constituem a cena do setor de saúde mental¹, a ponto de ver-se repetir nos serviços substitutivos as mesmas práticas manicomiais.

Foi então inscrito na área da saúde mental, que este pesquisador viu-se envolvido com as questões que culminaram com o desenvolvimento desta pesquisa. Entre as questões algumas mais gerais: Como é possível desmantelar o aparato manicomial? É possível uma ruptura na ordem psiquiátrica partindo do desmantelamento da instituição que lhe é pertinente? Por que caminho se dá a implantação das políticas de assistência que se propõem ao resgate de cidadania e à reinserção social? Cidadania e reinserção podem ser “resgatadas”? Não haveria

¹ O termo saúde mental é usado ao longo do texto apenas para especificar um setor assim designado pelos profissionais nele instaurados e pelo ministério ao lhe definir políticas específicas.

aí a atualização da mesma relação dada sob o manicômio em outros espaços? Trata-se mesmo de uma “reforma”, isto é, uma adaptação que não modifica a ordem apesar da destituição institucional? É possível uma ruptura da ordem psiquiátrica sem o desmantelamento da relação de poder/saber que se dá entre os saberes psís e a loucura? As reformas são rupturas da relação entre razão e loucura ou remanejamentos das mesmas estruturas neste seguimento?

Para entender estes desdobramentos era preciso afastar-se de uma militância e do exercício prático voltado à implantação da reforma psiquiátrica, e colocar-se na escuta a partir de outro lugar, o de pesquisador, a fim de entender os discursos postos em ação, as práticas inscritas, o modelo hegemônico, as rupturas nele instauradas, a constituição histórica dos corpos que compõem este universo, as forças que se põem em ação, os saberes produzidos.

Assim chegou-se a este estudo que se propõe a refletir sobre as práticas discursivas que se encontram no campo mais evidente de implantação das propostas da política nacional de saúde mental denominada de reforma psiquiátrica: os CAPS, já que estes são tidos como centrais para a implantação da reforma e, portanto, lugar privilegiado para entender estes desenvolvimentos em sua manifestação mais imediata. Partindo dos discursos inscritos na unidade do CAPS – Frutal/MG, procura-se nesta pesquisa entender a reestruturação das políticas de saúde públicas voltadas para o setor de saúde mental, isto é, a reforma psiquiátrica, procurando compreender quais regimes de verdade, e quais jogos de forças a ela se relacionam.

A abordagem escolhida para a realização desta pesquisa é amparada na obra de Michel Foucault.

No prefácio à primeira edição da História da loucura Foucault² diz ser sua pretensão ir ao encontro do grau zero da experiência da loucura, momento em que ela é experiência indiferenciada e viva, antes de sua captura pelo saber. Segundo o autor “[...] o tempo histórico impõe silêncio a alguma coisa que não podemos mais apreender depois senão sob as espécies do vazio, do vão, do nada.” (FOUCAULT, 2006d, p. 156). Onde a loucura nada mais é que a “ausência de obra” (FOUCAULT, 2006d, p. 156). É a história desse silêncio através do exame dos discursos que se

² Este prefácio só consta integralmente na edição original: “*Folie et déraison. Histoire de La folie à l’Âge Classique*” de 1961.

apoderaram da loucura, das instituições que dela se incumbiram, e das práticas que a tomaram como objeto que Foucault propôs-se a fazer.

Foi neste caminho que Foucault apontou no século XVII o surgimento do Hospital Geral com a experiência da Grande Internação, e no fim do século XVIII a liberação dos loucos acorrentados de Bicetre por Pinel (FOUCAULT, 1978). Para o autor, nas experiências da loucura na Idade Clássica encontra-se a partilha entre loucura e razão. Desde então o homem encerrou a loucura nas celas dos manicômios e também na experiência negativa da doença mental. Ambas as ações relacionadas com a fundação do saber positivo da loucura.

O homem moderno se relaciona com a experiência da doença mental, corpo forjado pelo saber, por tecnologias de poder que lhes são relacionadas, por um lugar que lhe é destinado. O asilo será a peça central do dispositivo da medicina mental: lugar de observação e de isolamento da doença para que esta se mostre em sua verdade sem disfarce, lugar da ação de determinadas tecnologias de poder, de normatização e disciplinarização do corpo louco, de domesticação do corpo doente. O manicômio, que no ato da exclusão objetiva, trata e pune a loucura, tornou-se o *locus* privilegiado da prática e do saber psiquiátrico.

Em “A casa dos loucos”³ Foucault (2006c) distingue dois processos, diferentes do ponto de vista epistemológico e político, que atravessaram a história da psiquiatria moderna, aos quais ele nomeia de despsiquiatrização e a antipsiquiatria.

Como despsiquiatrização Foucault denomina os processos que ocorreram junto à história da psiquiatria que não visavam anular o saber médico, mas “[...] deslocá-lo em nome de saber mais exato, de lhe dar um outro ponto de aplicação e novas medidas.” (FOUCAULT, 2006c, p.124). Neste caso encontram-se o movimento de pasteurização, na qual a farmacologia e a psico-cirurgia são manifestações, e a psicanálise. De acordo com Foucault a pasteurização buscou obter um efeito de simplificação do espaço hospitalar com a articulação direta entre diagnóstico e terapêutica, entre conhecimento da natureza e supressão de suas manifestações. Já a psicanálise revela: “Uma retirada para fora do espaço do asilo a fim de apagar os efeitos paradoxais do sobre-poder psiquiátrico.” (FOUCAULT,

³ Texto que será diversas vezes retomado neste trabalho. Trata-se de texto que retoma o resumo do curso de 1974 no *College de France*, e foi originalmente publicado como “*La casa della follia*” in BASAGLIA (F.) e BASAGLIA-ONGARDO (F.). *Crimini di pace* de 1975.

2006c, p.125). Segundo Foucault (2006c) ambos os movimentos, pasteurização e psicanálise revelam o secreto intuito de conservação das relações de poder entre loucura e psiquiatria, entre a razão e aquilo que ela faz calar.

O segundo processo que atravessa a história da psiquiatria moderna é o que Foucault chama de antipsiquiatria, que move-se em torno da “[...] luta com, dentro e contra a instituição.” (FOUCAULT, 2006c, p.126), questionando-a como lugar, forma de distribuição e mecanismo de relações de poder.

As relações de poder constituíram o *a priori* da prática psiquiátrica. Elas condicionavam o funcionamento da instituição asilar, aí distribuíam as relações entre os indivíduos, regiam as formas de intervenção médica. A inversão característica da anti-psiquiatria consiste ao contrário em colocá-las no centro do campo problemático e questioná-las de maneira primordial.

Ora, aquilo que estava logo de início implicado nestas relações de poder, era o direito absoluto da não loucura sobre a loucura. Direito transcrito em termos de competência exercendo-se sobre uma ignorância, de bom senso no acesso à realidade corrigindo erros (ilusões, alucinações, fantasmas), de normalidade se impondo à desordem e ao desvio. É este triplo poder que constituía a loucura como objeto de conhecimento possível para uma ciência médica, que a constituía como doença, no exato momento em que o ‘sujeito’ que dela sofre encontrava-se desqualificado como louco, ou seja, despojado de todo poder e todo saber quanto à sua doença. (FOUCAULT, 2006c, p. 127)

Para Foucault, é o jogo da relação de poder que está na base das relações entre loucura e psiquiatria que a antipsiquiatria ataca, tentando desfazê-lo. Poder que se relaciona ao saber psiquiátrico, que imprime sobre seu objeto a nulidade, o vazio, o vazio.

É este círculo que a anti-psiquiatria pretende desfazer, dando ao indivíduo a tarefa e o direito de realizar sua loucura levando-a até o fim numa experiência em que os outros podem contribuir, porém jamais em nome de um poder que lhes seria conferido por sua razão ou normalidade; mas sim destacando as condutas, os sofrimentos, os desejos de estatuto médico que lhes tinham sido conferidos, libertando-os de um diagnóstico e de uma sintomatologia que não tinham apenas valor classificatório, mas de decisão e de decreto, invalidando enfim a grande retranscrição da loucura em doença mental, que tinha sido empreendida desde o século XVII e acabada no século XIX. (FOUCAULT, 2006c, p. 127)

Castel (1978) ao fazer comparações entre o século de ouro do alienismo -- que foi o século XIX onde houve a grande proliferação dos manicômios -- e o

momento atual no qual surgem, pelo mundo, propostas de reformas ou de destruição dos manicômios; questiona a respeito de ser possível uma ruptura na relação que o homem moderno tem com a loucura, partindo da supressão da instituição manicomial. Ele diz:

O que o movimento alienista visa, fundamentalmente é abolir da paisagem social esse foco de desordem que é a loucura. A questão essencial para o futuro, já que ela condiciona a possibilidade de um *aggiornamento* da psiquiatria na comunidade, no setor etc. — é saber se uma tal política é condenada a sempre usar a mediação do espaço fechado. Os que falam de 'revoluções' em medicina mental se referem sempre, de fato, a rupturas institucionais. A separação em relação ao asilo será, seguramente, extremamente importante. Mas se ficarmos atentos às estratégias psiquiátricas assim como aos lugares onde elas se exercem, não é certo que as rupturas institucionais tenham a significação de começos absolutos. (CASTEL, 1978, p. 116).

Amparados nestas considerações cabe perguntar: em que sentido tem se dado a reforma psiquiátrica no Brasil? Trata-se mesmo de ruptura com o modo como a loucura foi tratada desde Pinél? Ao passar a transitar o externo, o social, a loucura relaciona-se e inscreve-se em outros saberes, diferentes daqueles que a relacionam ao asilo? Ou seria, como questiona Castel, um *aggiornamento* da psiquiatria com a finalidade de manutenção de uma relação que lhe dá sustentação lógica? Para responder a estas questões, amparados por Foucault, surgem outras questões mais complexas: O serviço a ser estudado, o CAPS - Frutal, responde a que demandas? Que forças estão em sua emergência? Que jogos internos, que práticas constitui a fim de respondê-las? Que saberes e tecnologias de poder lhe dão sustentação e condições de possibilidade?

Guiados por Michel Foucault, os estudos aqui propostos indicaram a necessidade de fazer um percurso específico. Primeiramente entender historicamente as constituições dos elementos dessa cena, isto é, a constituição do saber psiquiátrico com seu correlato institucional que é o manicômio, a constituição do corpo do doente mental, as práticas que incidem sobre este, as tecnologias de poder que aí atuam. Posteriormente entender esse outro discurso que se propõe a dismantelar o aparato manicomial, os saberes e as práticas por ele engendradas, os remanejamentos em termos de tecnologias de poder e as relações de forças que se mostram nesse campo.

Propondo-se a focar as práticas discursivas na particularidade de uma unidade específica de serviço de assistência no setor de saúde mental, um CAPS -- posto à serviço da reforma psiquiátrica e em substituição ao hospital psiquiátrico --, esta pesquisa visa pensar sobre o modo como se dá essa reforma, e em que sentido ela opera.

Os capítulos destes estudos se estruturam conforme o disposto a seguir.

Primeiramente a introdução aqui desenvolvida mostra o caminho que o pesquisador faz em direção ao problema, dá indícios de como se realiza esta problematização, aponta o recurso teórico e o modo como se processará a pesquisa.

O segundo capítulo discorre, em conformidade com Michel Foucault, sobre a história da loucura e todo o aparato que se formou em torno dela. Na intenção de conhecer o lugar histórico ocupado pelos corpos que compõem o setor de saúde mental, entendendo a constituição destes corpos na trama histórica: fala sobre a constituição do doente mental, do saber psiquiátrico, das instituições asilares, das relações que se estabeleceram entre estas instâncias, das práticas que foram instituídas, enfim do saber e poder que as permeiam.

O terceiro capítulo versa especificamente sobre o modo como se constituiu o mesmo aparato nas terras brasileiras.

O quarto capítulo, dividido em dois tópicos, trata primeiramente das propostas de reforma que passaram a surgir no cenário mundial após a II Grande Guerra. Posteriormente, no segundo tópico, fala do modo como se constituiu historicamente o movimento de reforma psiquiátrica brasileira, e o modo como se apresenta, em sua face de política oficial para o setor de saúde mental no país. São apresentadas neste momento as formulações teóricas, as disposições e as práticas da política oficial do setor.

O quinto capítulo também é dividido em dois tópicos: o primeiro apresenta os CAPS em sua caracterização e seu papel junto à reforma psiquiátrica brasileira; o segundo descreve a unidade específica do CAPS onde se realiza esta pesquisa: o CAPS II – Frutal, MG.

O sexto capítulo, dividido em três tópicos, primeiramente apresenta alguns recortes metodológicos retirados das obras foucaultianas. No segundo tópico esclarece o método usado na realização deste estudo. E no terceiro tópico são apresentados os dados obtidos na pesquisa junto ao CAPS II de Frutal, buscando

relacionar as práticas, os saberes e poderes que aí se inscrevem, com as questões que surgem no bojo do projeto da reforma psiquiátrica.

E finalmente o sétimo capítulo expõe a literatura, analisa e discute os dados à luz da teoria foucaultiana, e, finalizando o trabalho, apresenta a conclusão da dissertação.

2 A CONSTITUIÇÃO DOS CORPOS

O que é a loucura, em sua forma mais geral, porém mais concreta, para quem recusa, desde o início, todas as possibilidades de acaso do saber sobre ela? Nada mais, sem dúvida, do que a ausência de obra.

*Michel Foucault
Folie et déraison*

Este capítulo justifica-se por ter a intenção de esclarecer, a partir da obra de Michel Foucault, a constituição do que se apresenta na atualidade como a doença mental, o manicômio, a psiquiatria, tendo em vista que para pensar os serviços e as práticas ligadas à reforma psiquiátrica, alvo deste trabalho, é preciso antes entender o que ela se propõe: reformar ou transformar. Dito de outra forma, para pensar o movimento que se processa hoje no interior da área psiquiátrica, denominado genericamente de reforma psiquiátrica, é preciso antes pensar como se constituiu o campo que estas práticas problematizam. Campo que inclui as práticas e saberes psiquiátricos, seu corolário institucional, o manicômio, e principalmente aquilo que todo este aparato junto objetiva: o corpo do doente mental.

Entende-se aqui, em conformidade com Foucault que a determinação dos limites do corpo do doente mental, a fixação dessa identidade, a trama que lhe impõe uma determinada forma, e as amarras que lhe dão uma visibilidade específica, são dadas no processo histórico que constituiu os saberes, as práticas psiquiátricas e a instituição manicomial.

No processo de constituição da materialidade do corpo da doença mental, saberes, poderes, instituições e práticas se organizam. Estes elementos engendram-se mutuamente, articulam-se, constroem-se, e tecem uma trama onde o que se deixa ver finalmente é o corpo como doença, instituições que dele cuidam e disciplinam, que sobre ele versam e erigem uma verdade. A história da loucura é a história da constituição do corpo do doente mental, ao mesmo tempo a composição de um aparato de saber, de poder, de atuações e de instituições que em torno dele constituem-se e também participam de sua edificação. Conforme Foucault (1978), a constituição do hospital, da psiquiatria, do tratamento, e do próprio doente mental

fazem parte de um mesmo projeto, onde eles se confundem, se misturam, interferem-se e engendram-se mutuamente.

Conceitos como doente mental, pessoa com transtornos mentais, pessoa com sofrimento psíquico, não serão aqui usados porque apontam para a adesão à relação entre loucura e doença. Parte-se aqui do entendimento de que tal relação foi constituída historicamente, portanto cabe antes entender o momento em que emerge desse modo. Foucault mostra que a figura da loucura se envolveu em muitas peripécias, ou melhor, foi capturada em diversas experiências, e que fora percebida relacionada às mais diversas imagens em diferentes momentos históricos, até tornar-se esta figura estática que aparece hoje do doente mental.

Não se trata da história da psiquiatria, tampouco da busca de origens, de uma essência profunda, dos precursores, ou de continuísmos a partir de uma experiência fundamental da loucura. Ao contrário, busca-se aqui entender o corpo constituído da doença mental a partir da premissa de que ele é apenas uma etapa de um enredo maior no qual a loucura tem se desenvolvido. Deste modo, como alerta Foucault, os elementos de uma psicopatologia não podem ser organizadores dos estudos sobre a loucura, ou sobre a doença mental porque assim projetaria verdades terminais onde o que deve acontecer é o entendimento das tecnologias e de verdades que fizeram emergir o louco como doente em um processo histórico. Tentar-se-á aqui ver para além desse sujeito constituído, ver para além do doente mental, ao modo como Foucault aponta:

É preciso se livrar do sujeito constituinte, livrar-se do próprio sujeito, isto é, chegar a uma análise que possa dar conta da constituição do sujeito na trama histórica. É isto que eu chamaria de genealogia, isto, uma forma de história que dê conta da constituição dos saberes, dos discursos, dos domínios de objeto, etc., sem ter que se referir a um sujeito, seja ele transcendente com relação ao campo de acontecimentos, seja perseguindo sua identidade vazia ao longo da história. (FOUCAULT, 2006c, p.7).

Nesta perspectiva chega-se mais perto da compreensão da experiência da loucura na atualidade partindo do entendimento histórico dos saberes e das práticas que a envolveram neste caminho de tornar-se doença mental.

Conforme Eribon, com a “História da loucura na Idade Clássica” (1978), Foucault se propôs “[...] mostrar como se estabeleceu a divisão que no início do racionalismo clássico apartou a loucura e como a teoria psiquiátrica inventou,

modelou, delimitou seu objeto: a doença mental” (FOUCAULT apud ERIBON, 1990, p. 112).

A grande inovação de Foucault nesta obra foi buscar os saberes que torneavam a loucura no momento do nascimento da psiquiatria, e que, de acordo com Foucault, deram condições de possibilidade para o surgimento da psiquiatria como saber sobre a loucura, e da loucura como objeto para esta. Segundo Machado (2006), os saberes deste entorno, do qual fala Foucault, não são vistos como elementos de uma pré-história da ciência psiquiátrica, que toma o saber psiquiátrico como evolução e finalização de entendimentos mais grosseiros, e considera esta ciência médica como o desenvolvimento linear a partir de precursores e origens. Sem fazer diferença entre ciência e pré-ciência, Foucault estabelece relações entre os saberes, entendendo-os com positivities específicas, positivities do que foi efetivamente enunciado, isto é sem julgamentos de valor dados a partir de um saber superior, e a partir deles procura entender a história da loucura e sua emergência como erro, como negativo da razão, da norma, da verdade. Momento em que a loucura entra numa relação de absoluta inter-referência com a psiquiatria, tornando-se uma razão da outra, uma o porquê da outra. Foi dessa forma que Foucault deixou de fazer a história da psiquiatria para fazer a história da loucura.

A linguagem da psiquiatria, que é monólogo da razão sobre a loucura, só pode estabelecer-se sobre um tal silêncio. Não quis fazer a história dessa linguagem; antes, a arqueologia desse silêncio. (FOUCAULT, 2006d, p. 153).

Outra novidade metodológica inserida por Foucault (1978), nesta obra que fala sobre a loucura, segundo o que diz Machado (2006), foi a condição de não se limitar ao nível do discurso para dar conta da questão da formação histórica da psiquiatria. A análise centrou-se nos espaços institucionais de controle da loucura, desde a Idade Clássica, revelando uma heterogeneidade entre os discursos teóricos – sobretudo médicos – sobre a loucura e outros saberes que ali se põem a funcionar: saber médico, as práticas de internamento, instâncias sociais como a política, a família, a Igreja, a justiça, etc. Foucault mostra como a psiquiatria, em vez de ser quem descobriu a essência da loucura e a libertou, ou humanizou os procedimentos na lida com ela, é a radicalização de um processo de dominação da loucura que se iniciou antes pelas vias da reclusão. Dominação, mas também

constituição já que a loucura é aprisionada pelo saber médico que passa a dizer sobre o que ela é -- corpo destinado ao silêncio, doença.

A doença mental vai-se viabilizando a partir das demandas do universo social, de saberes, poderes, práticas e instituições que ao longo da história tomam e torneiam o corpo da loucura, no processo de formação da sociedade moderna.

Como aponta Dreyfus e Rabinow (1995), Foucault não quis contar a história do progresso científico, mas entender como a psiquiatria, a medicina moderna e as ciências humanas, tiveram suas origens em práticas de exclusão e internamento anteriores: “Foucault as interpreta como representando um papel muito mais crucial na especificação e na articulação da classificação e do controle dos seres humanos, do que na revelação de uma verdade mais depurada.” (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 5).

Feitos estes esclarecimentos, passa-se para a narrativa de alguns elementos da obra de Michel Foucault sobre a loucura, ainda que de modo sucinto e inevitavelmente superficial.

Segundo Foucault (1978), no fim da idade média, principalmente nos séculos XIV e XV, a loucura se ligava a uma multiplicidade de sentidos e gozava de relativa liberdade. Ao louco estavam ligadas tanto imagens glorificadas, quanto animalescas, ele era a verdade esotérica, o saber difícil e fechado, a ignorância bruta, o vazio da existência, o já estar aí da morte, a enunciação do fim do mundo, etc. Essa experiência não estava ligada a um único sentido, e era justamente o polimorfismo de sentidos deste personagem que lhe dava a possibilidade de fazer parte da vida cotidiana do homem dessa época e circular pelo mundo ocidental. O louco estava nos domicílios, mas também vagava pelas cidades, ou era expulso delas, entregue a peregrinos e navegantes, vagava de uma cidade a outra, era cuidado por religiosos, enfim, ele circulava sem posição fixa visto que não tinha ainda uma especificidade, uma condição única.

Foucault (1978) diz que ao homem dessa época era possível ter a experiência da loucura sem que isto tivesse qualquer fundamento médico. Ainda que as relações estabelecidas com a loucura fossem em boa parte de exclusão e recusa, o ocidente, até meados do século XVII, era bastante tolerante com a loucura: mesmo marginais, os loucos não eram completamente excluídos, mas interados ao funcionamento da sociedade.

Note-se que a multiplicidade de sentidos não se refere a uma experiência fundamental da loucura, com a qual a percepção atual deve ser ressignificada visto que ela não é única, ao contrário, é diversa, múltipla. O que Foucault aponta é uma vasta possibilidade de percepções sobre a loucura naquele momento, ainda que ele indique esta multiplicidade sob uma designação única – a de experiência trágica, contrapondo à consciência crítica, como se verá a seguir.

Foucault (1978) fala de duas grandes experiências de percepção da loucura na Idade Clássica, conforme se evidenciarão na pintura ou nos discursos da literatura e da filosofia. A pintura – Bosch, Brueghel, Dürer, por exemplo – traz imagens carregadas do polimorfismo de sentidos que caracterizou a Idade Média, naquilo que Foucault denominou de experiência trágica da loucura.

No entanto na literatura e na filosofia, como em Erasmo, Brant e Cervantes, a loucura já apresenta outro sentido, não é mais a figura polimorfa, mas é apreendida como erro, vício, o falso da verdade, a não-razão. Ela é capturada no negativo: esta seria o que Foucault denominou de consciência crítica da loucura. As duas experiências marcam a Idade Clássica de modo bem definido, uma na ordem das imagens e outra na ordem do discurso, no entanto, conforme o autor, nesta época põe-se em andamento um claro movimento de superação, ou supressão, da consciência trágica pela consciência crítica. A história da loucura a partir de então é a história da quase extinção daquela e o domínio, quase absoluto, da última. Entre estas experiências não houve somente dualidade e oposição, mas a vitória decisiva da consciência crítica sobre a experiência trágica, com um duplo resultado: a loucura torna-se relativa à razão, é reduzida à verdade irrisória e tem na razão seu juiz; por outro lado a loucura torna-se uma das formas da razão, onde a verdade de uma anuncia a verdade da outra: uma só pode existir se referida à outra. A loucura foi sendo confiscada, a partir da Idade Clássica no negativo da razão. Através de um intenso processo de normatização, a razão confisca a loucura como seu contrário. O diálogo entre loucura e razão é estancado. O discurso da razão sobre a loucura impõe sobre esta um silêncio perene.

O século XVII foi palco de uma série de eventos históricos que processaram rupturas, afunilando a multiplicidade de sentidos na qual a loucura estava inscrita, fazendo com que chegasse à atualidade reduzida ao conceito de doença, situada no íntimo do indivíduo, e este fixado atrás dos muros dos manicômios.

Naquele momento a sociedade européia demandou por uma assepsia social que implicou na exclusão de uma massa que não se encaixava nos moldes propostos pela nova sociedade. Essa experiência, na qual a loucura se viu envolvida, durou mais de mil anos, e Foucault a chamou de Grande Internação. Em atos de higienização do espaço social, o louco e outros personagens como prostitutas, hereges, alquimistas, devassos, suicidas, libertinos, venéreos, homossexuais, jovens que perturbam o repouso das famílias, pródigos, filhos ingratos, pais dissipadores, mágicos, blasfemadores, pretensas feiticeiras, insensatos, cabeças alienadas, espíritos transtornados e acima de tudo, vagabundos e pobres de toda a natureza, foram capturados e encerrados em um tipo de instituição chamada de Hospital Geral. Uma população bastante heterogênea, mas que pode ser pensada a partir de quatro grandes grupos: o grupo das sexualidades imorais, o grupo dos profanadores do sagrado, o dos libertinos e o dos loucos. São todos eles, segundo Foucault (1978), partícipes da experiência da “desrazão”. O louco não é percebido em uma especificidade, mas diluído na massa que a percepção da Idade Clássica classifica pelo índice negativo de desrazão. A percepção social não distingue o louco como uma figura particular, mas o toma como elemento de uma massa maior. Percepção de fundamento moral e não médico: o internamento atinge o louco como elemento da desrazão, e não a loucura como objeto específico da prática de exclusão. Conforme Machado (1981), Foucault mostra que a percepção da loucura na Época Clássica não se dá como individuação por meio de critérios médicos, mas, ao contrário, como desindividuação, ou seja, na experiência da desrazão a loucura se vê misturada e não particularizada. A experiência da desrazão, na qual o louco participa é “[...] um campo de experiência que objetiva o negativo da razão em tipos concretos, sociais, existentes, individualizados; é a negação da razão realizada como espaço social banido, excluído.” (MACHADO, 1981, p. 67).

Para Machado (1981), as práticas, as instituições, os critérios de internação e mesmo a designação de alguém como louco não dependem, na Idade Clássica, de uma ciência médica, mas de uma percepção do homem como ser social. Neste momento os critérios de definição do estatuto de louco dizem respeito à transgressão, à razão e à moralidade, e inscrevem-se em uma percepção social dispersa e não situada especificamente no saber médico.

Diferentemente da presença vaga do louco que circulava entre as cidades européias, os hóspedes do Hospital Geral -- ou seja, os homens de desrazão --, são presença tornada concreta no meio das cidades.

Conforme Foucault (1978), os Hospitais Gerais nasceram nos espaços vazios deixados pela lepra, os leprosários, que existiam aos milhares em toda a Europa durante a Idade Média: somente sob a coroa de Luis VIII, em 1266, foram recenseados 2000 leprosários somente na França. Com o fim das cruzadas e a consequente ruptura com os focos de infecção no Oriente, além do próprio processo de exclusão, a lepra desapareceu do cenário europeu por volta do século XV, mas os signos e as estruturas a ela ligados irão persistir ligados a outro mal que exige segregação, cisão, expiação. Dois séculos depois, o espaço deixado por ela às margens da sociedade, foi preenchido por essa massa que, com o mercantilismo passou a ser percebida como estorvo à ordem social.

Longe de ser um estabelecimento médico, o Hospital Geral é um aparato a serviço da ordem monárquica e burguesa que se organiza na França neste período.

[...] o Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes constituídos, e além dos tribunais decide julga e executa. [...] Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer -- o 'Hospital Geral' é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão. (FOUCAULT, 1978, p. 49).

Essa estrutura do século XVII, o Hospital Geral, foi uma das respostas aos problemas da crise econômica que afetou a Europa, trazidos pelas mudanças estabelecidas nos modos de produção. O declínio dos ofícios artesanais, a instalação das manufaturas iniciais, do campesinato como classe, o cerceamento das propriedades, a dispersão dos dependentes feudais, as modificações no amanho da terra, tudo isto desembocou na fermentação de uma população de mendigos, vagabundos e desocupados que superlotavam as cidades e no campo formavam hordas tomando as estradas em assalto. Conforme a população de pobres crescia verticalmente o Hospital Geral assumia sua significação de repressão original, e fora dos momentos de crise assumia a utilidade de dar trabalho aos internados. De acordo com Foucault (1978, p. 70), as internações serviam para absorção dos ociosos em época de desemprego e mão de obra

barata em períodos de pleno emprego e altos salários, tendo assim um duplo papel de, por um lado, agir sobre o mercado da mão de obra ao absorver ou ocultar o desemprego e, de outro, agir sobre os preços da produção, controlando-os quando estes ameaçavam ficar demasiado elevados.

Mas, para Foucault, o sentido econômico não é o sentido fundamental do Hospital Geral. Isto porque o trabalho na época é menos uma categoria econômica do que moral, e a pobreza não se relaciona à escassez de alimentos e desemprego, mas aos maus costumes.

Segundo Machado, para Foucault o Hospital Geral

[...] significa a incorporação de um projeto moral a um projeto político, a integração de uma exigência ética à lei civil e à administração do Estado sob a forma da correção da imoralidade através da repressão física.

O Grande Enclausuramento é, portanto, um fenômeno eminentemente moral, um instrumento de um poder político que, laicizando a moral e a realizando em sua administração, não apenas exclui da sociedade aqueles que escapam a suas regras, mas de modo mais fundamental, cria, produz uma população homogênea, de características específicas, como resultado dos próprios critérios que institui e exerce. (MACHADO, 1981, p. 64).

O trabalho faz sua aparição como imperativo moral e social, tendo em vista os perigos da mendicância para as populações das cidades.

Segundo Dreyfus e Rabinow (1995, p.6), se em períodos anteriores as cidades se protegiam dos bandos de miseráveis fechando suas portas, agora ela construía lugares intramuros para os mesmos, onde fica estabelecido um acordo em que a sociedade, às expensas do estado, aceita alimentar ao mendicante desde que este aceite o constrangimento físico e moral do internamento no Hospital Geral. Houve neste momento mudanças na percepção do pobre, dessacralizando-o, e também mudança no entendimento da assistência a estes.

O homem da Idade Média acolhia e alimentava aqueles que batessem à sua porta. Os miseráveis, os desvalidos e entre eles os loucos, que perambulavam pela Europa serviam ao bom cristão para que este, ao fazer sua caridade, obtivesse a elevação aos céus. Eles eram entendidos aí como providência de Deus para que o bom cristão realizasse a caridade, obtendo desta forma uma função no próprio ato da mendicância.

Mas na Renascença esta relação do bom-cristão com a miséria se transforma -- e com isso a loucura sofre um duro golpe no caminho de perder sua liberdade de circulação, já que estava associada à pobreza, participando dos poderes a ela relacionados. Segundo Foucault (1978, p. 225) a Renascença teria despojado a miséria de sua positividade mística através de um duplo movimento. Em primeiro lugar a Reforma Protestante que aponta ali no desvalido a predestinação: no protestantismo é a riqueza que atesta a glória de Deus, e o pobre traz o sinal de sua maldição. O segundo movimento refere-se ao catolicismo que passa a ver nas instituições de caridade o devido lugar de ordenação da assistência aos pobres, retirando do gesto particular seu mérito, e da miséria sua dignidade santificada. Por este duplo movimento a miséria passa a ser percebida não mais do ponto de vista de sua relação com o divino, mas na sua relação com a desordem e culpabilidade. O pobre, antes percebido em uma positividade santificada, passa a ser visto na negatividade do obstáculo e também do perigo à ordem social. Foi neste contexto que edificou-se a poderosa estrutura do Hospital Geral.

Retomando, durante todo o século XVII – em um primeiro momento de cisão em que a consciência crítica inicia seu processo de suplantação da experiência trágica -- a loucura, que até então desfrutava da circulação pelas cidades da Europa, esteve encerrada entre os muros dos Hospitais Gerais, no vazio deixado pela lepra, associada à miséria, em meio à massa de estorvos sociais englobada pela experiência da desrazão, para o bem da ordem social.

No entanto, as transformações sociais do século XVIII modificam este quadro. Se para a Idade Clássica o pobre, encerrado nas categorias da desrazão, devia ser internado em instituições que lhe eram destinadas, afastando-o da esfera econômica, com o início das estruturas que formarão a sociedade capitalista, esta população passa a ser vista como produtora de riqueza seja na condição de força para o trabalho, ou na de massa consumidora.

As mudanças para o modo de produção capitalista trouxeram uma permanente necessidade de mão de obra disponível e barata, e massa consumidora, que somada ao alto custo de manutenção dos Hospitais Gerais à coroa, fez com que estes se tornassem grave erro econômico. Desta forma, estas instituições foram esvaziadas de todas as pessoas que pudessem pertencer ao processo produtivo: homens e mulheres com capacidade para o trabalho deveriam

voltar à sociedade, os doentes deveriam ser cuidados pelas próprias famílias, e o louco, possível estorvo ao processo produtivo, deveria permanecer recluso.

Aqui cabe a observação de que no século XVIII a percepção do pobre volta a sofrer modificações e conseqüentemente a assistência voltada a este também. Teve início nesta época, feita por economistas e administradores, uma crítica à assistência à pobreza. Por ela a pobreza era esquadrinhada e categorizada fundamentalmente como: bom e mau pobre, ociosos involuntários e voluntários, pobres que podem trabalhar e inválidos.

Uma análise da ociosidade - de suas condições e seus efeitos - tende a substituir a sacralização um tanto global do pobre. Análise que na prática tem por objetivo, na melhor das hipóteses, tornar a pobreza útil, fixando-a ao aparelho de produção; e, na pior aliviar o mais possível seu peso para o resto da sociedade [...] Delineia-se, assim, toda uma decomposição utilitária da pobreza, onde começa a aparecer o problema específico da doença dos pobres em sua relação com os imperativos do trabalho e a necessidade de produção. (FOUCAULT, 2006c, p. 196).

Uma nova política assistencial começa a surgir: cabe assistir aos pobres, mas em liberdade e tendo a família como base deste resguardo. O pobre é requisitado a ser produtor-consumidor na sociedade capitalista, mas não o louco: este não só não se enquadra no mundo do trabalho, como representa estorvo ou perigo à ordem, e deve ser mantido à distância, sob constante vigilância.

Enquanto a tendência é a assistência à doença e à miséria se tornarem privadas, relação de homem a homem, localizada prioritariamente na família e, no máximo, subsidiada pelo Estado, a assistência à loucura adquire, na nova ordem contratual que a burguesia começa a estabelecer, um estatuto público com seu confinamento em uma instituição de reclusão específica para ela na medida em que qualquer mistura seria um aviltamento não dela, mas dos outros. (MACHADO, 1981, p. 75).

Mas essa permanência do louco na reclusão traz um problema: a nova sociedade industrial precisava dar garantias institucionais aos cidadãos, e o sequestro e enclausuramento de uma pessoa atenta contra o princípio da liberdade que está na base desta organização social. Nesta sociedade pós-revolução industrial não pode haver uma instância que arbitrariamente rapte o cidadão comum e o aprisione como acontecia durante todo o século anterior, durante a Grande Internação.

Segundo Castel (1978) se, sob o Antigo Regime o rei e o juiz legitimavam demandas das famílias para a sequestração do louco, interdição de seus bens e sua internação – nos Hospitais Gerais, nas prisões, nos Hospitais de tratamento, em pensões de leigos, a partir das percepções diluídas e inscritas no social --; já para a sociedade contratual que se instaura, estas instâncias não dão conta desse arbítrio. Suprimidas as ordens do rei; não sendo o louco um criminoso de quem a jurisprudência pudesse se encarregar; e não podendo a família tomá-lo em seu encargo fora do âmbito doméstico; resta o louco como uma fenda nos legalismos da sociedade do contrato.

Na sociedade do contrato que se forma, segundo Castel (1978), cada cidadão é soberano para efetivar os contratos junto a outros cidadãos, mas também é sujeitado às regras contratuais cuja garantia é dada pelo Estado. Em uma economia de mercado cabe ao Estado dar garantia e organizar a livre circulação dos homens paralela à circulação dos bens, ou seja, a função do Estado se liga à própria garantia da estrutura contratual. No entanto algumas categorias de indivíduos escapam a essa concepção do direito fundada pela sociedade contratual, entre elas a categoria dos loucos de toda sorte: o louco resiste a entrar neste quadro contratual. No momento da instauração da sociedade burguesa a loucura se mostra como lacuna, como oco, onde as leis que regem a sociedade contratual não conseguem atingir.

À Psiquiatria caberá a resolução deste dilema, e esta nascente especialidade médica transformará a negatividade do sequestro e da reclusão do louco, na positividade da proteção e do tratamento.

É importante citar, como analisa Foucault (2006c) em texto intitulado “A política de saúde no século XVIII” que ao mesmo tempo acontece um processo onde a saúde e o bem estar físico da população aparecem como objetivos essenciais do poder político: a saúde deve ser de cada um e objetivo geral. No século XVIII, devido ao grande crescimento demográfico do Ocidente Europeu, e a necessidade de integrar essa massa ao processo produtivo e controlá-la por mecanismos mais eficientes e menos dispendiosos, surge uma tecnologia da população onde o corpo é problematizado: a medicina ganha importância na interface entre uma economia analítica da assistência e uma política geral da saúde. A medicina – funcionando menos em torno da cura e remissão das doenças, e mais em função de uma generalidade da idéia de saúde, que cada vez mais toma o corpo social como *locus* de sua prática, -- irá assumir um lugar cada

vez mais importante nas estruturas administrativas e de poder que no século XVIII surgem e se expandem.

No momento em que os procedimentos mistos de assistência são decompostos e decantados, e em que se delimita, em sua especificidade econômica, o problema da doença dos pobres, a saúde e o bem estar físico das populações aparecem como objetivo político que a polícia do corpo social deve assegurar ao lado das regulações econômicas e obrigações da ordem. (FOUCAULT, 2006c, p.197).

Momento bastante propício para a medicina protagonizar o gesto que irá requerer para si o corpo da loucura, principiando os atos de medicalização do espaço da clausura. Ao final do século XVIII, influenciado pelo Iluminismo, Pinel adentra o espaço da clausura em que restou o louco com a finalidade de humanizar este espaço. Observe-se que além de Pinel havia Tuke, Esquirol, Willis, Cullen, Haslan Colombier, Tenon, Chiarrugi, Daquin, espalhados por toda a Europa (CASTEL, 1978) -- e outros logos os seguirão --, mas Pinel será lembrado principalmente pelo gesto teatral protagonizado. Ele entra em cena, soltando as correntes, realizando a medicalização do Hospital de Bicêtre, em Paris, quatro anos após a Revolução Francesa. Elabora uma primeira nosografia das enfermidades mentais, e cria o primeiro modelo de terapêutica, o tratamento moral, consolidando deste modo o conceito de alienação mental e a especialidade profissional do alienista.

Ora, por que a situação dos loucos mudou do final do século XVIII ao início do XIX? Diz-se que Pinel liberou os loucos em 1793, mas os que ele liberou não eram senão enfermos, velhos, ociosos e prostitutas; ele deixou os loucos dentro dos estabelecimentos. Se isto se produziu nesta época, é porque a partir do início do século XIX a velocidade do desenvolvimento industrial se acelerou e, como primeiro princípio do capitalismo, as hordas de desempregados proletários eram consideradas como um exército de reserva da força de trabalho. Por essa razão os que não trabalhavam, sendo capazes de trabalhar saíram dos estabelecimentos. Porém, ali também, um segundo processo de seleção se operou: não os que não queriam trabalhar, mas os que não tinham a faculdade de trabalhar, a saber, os loucos, foram deixados dentro dos estabelecimentos e foram considerados como pacientes cujos distúrbios tinham causas que se referiam ao caráter ou de natureza psicológica (FOUCAULT, 2006d, p. 266).

Conforme Foucault (1978), se Pinel soltou as correntes da loucura aprisionada no século XVII, foi para mais fortemente atá-la à condição negativa de doença mental, de patologia médica, e atrelá-la definitivamente ao espaço da exclusão.

Com o tratamento moral o médico se torna o ordenador não só da vida do paciente, mas também agente da ordem social, da moral dominante.

Mas a idéia de humanização a qual a loucura é atrelada neste primeiro momento do alienismo não é gratuita. Para Castel, antes que a medicina estivesse pronta para receber o mandato da loucura, coube à filantropia a instauração de uma subordinação regulada lá onde os legalismos não conseguem chegar. No alienismo, até por volta de 1860 quando a loucura vem a ser capturada em uma racionalidade médica, o que prevalece é humanismo ou paternalismo: “A piedade indica o lugar da lei lá onde a lei não pode se manifestar sob sua forma própria.” (CASTEL, 1978, p. 44).

Para Castel (1978, p. 44) o humanismo filantrópico que caracterizou os primeiros momentos do movimento alienista é o auxiliar do jurisdicismo um recurso nas situações-limites onde o direito de punir não pode se exercer. Os loucos “[...] longe de serem culpados que se deva punir, são doentes cujo estado penoso merece todas as considerações dadas à humanidade sofredora e cuja razão perdida devemos procurar os meios mais simples de restabelecer.” (PINEL apud CASTEL, 1978, p. 44).

Aos incapazes de estabelecer intercâmbios racionais na sociedade contratual a filantropia conduziu à condição de tutelados.

Por essa razão a questão da loucura se revestiu de importância capital no fim do século XVIII e no início do século XIX. Ela se situou no centro de uma contradição insolúvel para a nova ordem jurídica que se instaurava. Aparentemente, a loucura não deveria constituir um grande problema social já que vários outros problemas eram mais importantes e mais urgentes: a mendicância, a vagabundagem, o pauperismo, os menores abandonados, os doentes indigentes, etc., constituem, como já dissemos, populações infinitamente mais numerosas e em grande parte, igualmente perigosas. Contudo, os alienados ‘beneficiaram-se’ do primeiro encargo sistemático, reconhecido como direito e sancionado por uma lei que antecipa toda a ‘legislação social’ que virá cinquenta anos depois. Não se compreenderia esta originalidade se não a situássemos na linha divisória de uma problemática fundamental para a sociedade burguesa nascente. Sobre a questão da loucura por intermédio de sua medicalização, inventou-se *um novo estatuto de tutela* essencial para o funcionamento de uma sociedade contratual. (CASTEL, 1978, p. 34, grifo do autor).

Segundo Castel (1978, p. 55) ao final do antigo regime a medicalização da loucura se sistematiza. Medicalização que pouco tem a ver com a imposição de uma nosografia médica ou com a presença do médico: trata-se antes da ordenação do espaço asilar que é tornado terapêutico, e implica também na definição de um novo status jurídico, social e civil de menoridade e tutela do louco definido pela instituição médica.

O fundamento do processo de medicalização não é a relação médico-doente, mas a relação médico-hospitalização, uma tecnologia hospitalar com seu corolário de poder e a aquisição de um mandato social a partir do asilo.

Quando no começo do século XIX foram instaladas as grandes estruturas asilares, estas eram justificadas pela maravilhosa harmonia entre as exigências da ordem social que pedia proteção contra a desordem dos loucos, e as necessidades da terapêutica que pediam o isolamento dos doentes. Para justificar o isolamento dos loucos, Esquirol dava cinco razões principais: 1. garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias; 2. liberá-los das influências externas; 3. vencer suas resistências pessoais; 4. submetê-los a um regime médico; 5. impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais. (FOUCAULT, 2006c, p. 126).

No princípio do isolamento inscrito na instituição asilar, o alienismo tem o fundamento do tratamento, ao mesmo tempo que campo de pesquisa empírica. Nele o isolamento salva o alienado das causas de sua alienação inscritas na sociedade, visto que a alienação é entendida como desregramento das paixões; e, ao mesmo tempo, é a condição para a observação da loucura: é laboratório onde as reações podem ser observadas e estudadas, os comportamentos descritos, comparados, analisados e classificados. Para Castel (1978, p. 186) a relação estabelecida pelo alienismo entre isolamento e tratamento, explicitada na noção de isolamento terapêutico é o operador de uma alquimia onde o sequestro dos alienados é exercido, mas seu sentido é transformado: a sequestração é transmutada em tratamento. A medicina mental surge como tecnologia que se põe a legalizar e legitimar um processo de exclusão já em andamento: “[...] ela requer imperiosamente o que o poder administrativo exige absolutamente, a sequestração dos alienados.” (CASTEL, 1978, p. 188). O alienismo ratifica, conforme Castel (1978) as demandas de exclusão social e põe-se a serviço dela, firmando-se como instância de poder para além da ordem administrativa. A medicalização posta em marcha pelo alienismo transporta a questão que aparecia na ordem administrativo-

policial para a ordem médico-humanista, transformando a serie salvaguarda da ordem pública-detenção-sequestro em doença-isolamento-tratamento. O que era do âmbito sócio político global torna-se uma questão técnica de competência de um especialista.

Entretanto, sem pretender reduzir uma situação a um modelo simplificado, pode-se começar a compreender que não é jamais gratuitamente, nem apenas por si só que o aparelho da medicina mental obtém poder. Ele é reconhecido como parceiro legítimo, na medida em que resolve uma dificuldade própria da ou das autoridades que o reconhecem. Sua expansão fornece assim, às instâncias administrativas ou políticas, um sobre-poder que elas usam em função de seus próprios fins. (CASTEL, 1978, p. 191).

Deste modo, para Castel (1978, p.116) o asilo, é a peça central do dispositivo da primeira medicina mental, o lugar subordinador onde pode desenrolar-se a melhor estratégia de intervenção. Ele é o meio que maximiza a eficácia de uma tecnologia de poder.

Para Foucault (1978), é o isolamento da loucura, na segunda metade do século XVIII, após o esfacelamento da grande categoria da desrazão, que prepara o terreno para o nascimento da psiquiatria. Aqui se deve observar que desde o Renascimento iniciaram-se práticas, embora muito limitadas, de internação de loucos em instituições hospitalares com finalidades curativas, onde a loucura foi objeto de práticas médicas de inspiração galênica. Práticas estas que tomavam a loucura como desequilíbrio entre os quatro humores do corpo e utilizava, por exemplo, de purgações, banhos de imersões, sangrias. No entanto Foucault (1978) adverte para o engano de se tomar tais práticas como a pré-história da psiquiatria, onde o louco já era pensado como doente. À época do Grande Internamento ele ainda não o é. A prisão do louco na Época Clássica não se fundamenta em qualquer índice médico, ou condição patológica que lhe seja própria: “Os cuidados médicos são enxertados à prática do internamento a fim de prevenir alguns de seus efeitos, não constituem nem o sentido, nem o projeto do internamento.” (FOUCAULT, 1978, p. 115).

Com o esfacelamento do domínio da desrazão o louco pôde vir a transformar-se em doente mental. Mas antes a preparação do terreno passou por três operações que constituirão, antes mesmo da existência da psiquiatria, a loucura como interioridade psicológica.

Primeiro a medicalização na reorganização do espaço do isolamento: se antes, o espaço do Hospital Geral era destinado apenas à exclusão e correção, passa agora, como já assinalado, a ter significação médica de agente terapêutico. Foucault (1978) mostra um momento desse processo em textos como os de Colombier e Doublet que propõem como modo de, por um lado, governar e tratar os alienados, e por outro organizar a clausura, a síntese entre procedimentos médicos habituais e a exclusão. No entanto, segundo Foucault, cabe a Tenon a formulação da idéia de que o próprio internamento, ou isolamento, possibilita a eclosão da verdade da loucura: o espaço da exclusão já tem, por si só, virtudes terapêuticas. É a própria condição de instituição que é vista como terapêutica.

A segunda operação é a da objetivação da loucura. Foucault encontra em Cabanis a proposta de que a loucura deva ser objetivada tornando-se objeto de conhecimento no claustro, lugar que incita sua verdade a se manifestar. Os que eram guardiões tornam-se agora os produtores do conhecimento a interrogar a loucura, e esta transforma-se em objeto para sua percepção.

A terceira modificação que afeta a loucura à época da Revolução Francesa, passa pela via da reorganização da justiça penal que confia ao cidadão, e não mais ao rei, poderes de estabelecer as fronteiras da ordem e da desordem, da moral e da imoralidade. Deste modo é inaugurada uma dimensão psicológica, e o cidadão comum passa a ser o elemento pelo qual transcorre o processo de normatização, e também o elemento ordenado a ser juiz da loucura.

Eis então os elementos que darão condições de possibilidades ao nascimento da psiquiatria: o claustro medicalizado, a loucura objetivada no espaço da reclusão, e no espaço público, a inauguração da dimensão psicológica da loucura.

Foi o enclausuramento da loucura que deu a possibilidade do nascimento da Psiquiatria: o manicômio nasceu antes da psiquiatria, é um *a priori* desta, e de sua relação com a loucura. Conforme Machado (1981, p. 74) a prática e o saber médicos que definem o louco como doente mental não estão na origem, mas no fim do processo; e as transformações institucionais aliadas à percepção, ou à consciência pré-psiquiátrica, da loucura que se formula em termos taxonômicos, sociais e políticos foram às condições de possibilidade da psiquiatria.

A negatividade do sequestro e da ação restritiva da liberdade ganharam legitimidade por meio do seu reconhecimento como recurso terapêutico. O

nascente saber Psiquiátrico, também se legitima aí, onde dá legitimidade a estas práticas, tomando a loucura como objeto do seu saber, o manicômio como instrumento terapêutico e o louco como doente mental. Tudo isto posto em função do controle social no caminho da implantação de um sistema disciplinar instaurado para servir a nascente sociedade capitalista.

Para Machado (1981, p. 63), Foucault mostra que

[...] na época clássica, as instituições que recebiam loucos, os critérios de internação, a designação de alguém como louco e sua conseqüente exclusão da sociedade não dependem de uma ciência médica, mas de uma 'percepção' do indivíduo como ser social; que o estatuto de louco é conferido não pelo conhecimento médico, mas por uma 'percepção social', dispersa e produzida por diversas instituições da sociedade como a polícia, a justiça, a família, a Igreja, etc., a partir de critérios que dizem respeito não à medicina, mas à transgressão às leis da razão e da moralidade. Distinção esta que será decisiva [...] para desvendar as 'baixas origens' da psiquiatria no século XIX.

Eis a ruptura que revela o nascimento da psiquiatria: é a partir das transformações na instituição asilar que suas condições de possibilidades surgem: o projeto da medicina mental emerge a partir de um processo de exclusão já em andamento.

É preciso ainda salientar que as condições de possibilidades históricas da psiquiatria são mais institucionais do que teóricas. Se a concepção psiquiátrica, nosográfica da loucura como doença mental é uma novidade conceitual que assinala uma ruptura com a teoria clássica, a prática asilar é muito mais importante para dar conta da constituição da psiquiatria: são as transformações sociais – que estão em sua origem – que, pouco a pouco, desfazem o mundo da desrazão produzido finalmente a alienação mental. É assim que no plano da percepção tudo já estava preparado para que se tornasse possível o ato teatral – a libertação dos acorrentados – de Pinel. O deslocamento da problemática da desrazão para a da doença mental é institucional, antes de ser teórico. O louco foi circunscrito, isolado, individualizado, patologizado por problemas econômicos políticos e assistenciais e não por exame médico. (MACHADO, 1981, p. 91).

O corte que estabelece a distância entre razão e não-razão é constitutivo do aparato institucional, de saber e de poder que aprisiona a loucura. O processo de subordinação da loucura à razão, iniciado no Renascimento, passa pela Idade Clássica na experiência da Grande Internação da desrazão; e depois tem no

isolamento da loucura, à época da inauguração das sociedades capitalistas, a possibilidade, cada vez maior, da subordinação da loucura pela razão. Na Idade Clássica a sociedade europeia pôs a loucura em um campo de visibilidade.

A loucura emerge em uma experiência que se abre como condição de possibilidade para a experiência que a constitui a partir de então como consciência crítica, a qual põe em funcionamento um conjunto de práticas, de estratégias, de técnicas de poder, de instituições e de saberes.

Partindo da idéia de incapacidade de auto-gerência do louco, pela defesa da comunidade e pela defesa do louco, a psiquiatria reivindicará para si a loucura como objeto de seu conhecimento. O saber psiquiátrico será reconhecido pelo Estado, pelas instâncias jurídicas e familiares como aquele que diz sobre a loucura, e que justifica e legitima o ato do sequestro e exclusão. Aprisionado na negação da norma, da razão e da saúde, o louco é posto à margem da sociedade desde então, tendo como sua tutora, domesticadora, e sua polícia, a psiquiatria.

A nova ordem cria novas instituições: orfanatos, casas de correção, e no fim do século XVIII os hospitais comuns vão se voltando especificamente para o tratamento dos doentes. A medicina vai medicalizando esse lugar ao mesmo tempo em que vai configurando-se como um saber predominantemente hospitalar. Em meio a isto as instituições manicomiais encontram o ambiente propício à sua rápida multiplicação.

A transformação dos hospitais é operacionalizada principalmente a partir do modelo epistemológico das ciências naturais e a partir de tecnologias de poder às quais Foucault denominou de disciplinas, entendendo por isto “[...] esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a operação constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade.” (FOUCAULT, 2004b, p. 118).

Trata-se de uma política do detalhe, uma microfísica do poder, implicada em uma produção de saber e uma atuação constante sobre o minúsculo. As disciplinas operam a distribuição espacial, a categorização, o esquadrinhamento e o registro contínuo dos indivíduos em função da vigilância e do controle de seus corpos.

A Época Clássica, segundo Foucault (2004, p. 117) descobre o corpo como objeto e alvo do poder em uma escala jamais vista antes: o poder chega a cada corpo e não mais à massa; é a coerção ininterrupta esquadrinhando o tempo, o

espaço e os movimentos de cada um; é a intenção clara de atingir a economia dos movimentos e sua eficácia.

A psiquiatria e todo o campo ao qual ministra, se constituíram com a função clara de legitimar o sequestro e a exclusão dos marginalizados das sociedades industrializadas, e torná-los dóceis por meio de instrumentos disciplinares. Toda a aparelhagem que fez o entorno da loucura faz parte dessa tecnologia disciplinar que, relacionada à explosão demográfica do século XVIII e ao aparecimento da sociedade industrial, tenta ajustar a multiplicidade dos homens à multiplicidade dos aparelhos de produção. Tecnologias que tornam o exercício do poder menos custoso, levados em seu máximo de intensidade e estendidos o mais possível na malha social fazem crescer ao mesmo tempo a docilidade e a utilidade de todos os elementos do sistema.

Toda a estrutura que se monta em torno da loucura no século XVIII visa reverter um estado: ali onde o corpo do louco escapou ao sistema ela o captura e, através de amplos instrumentos disciplinares, realiza sobre ele uma ortopedia, ou o exclui para longe de se tornar um estorvo ao processo produtivo.

3 A CONSTITUIÇÃO DO APARATO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL

A genealogia [...] deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo.

*Michel Foucault
Nietzsche, a genealogia e a história.*

Conforme Machado (1978, p. 375), a instalação do primeiro hospício no Brasil, em 1852 no Rio de Janeiro, foi o resultado de um processo mais amplo que o antecede e prepara para a psiquiatria seu papel na esfera de uma política ordenação social através de uma medicalização da sociedade.

Para o autor (1978), o nascimento da psiquiatria no Brasil acontece em meio a um projeto maior da medicina social, que incorporando a sociedade como seu alvo de reflexão e prática e torna-se instância de controle social dos indivíduos e das populações. Observe-se aqui que, por medicina social, Machado não designa uma subdivisão médica que, nascida na atualidade, se põe em contraponto a uma medicina privada, fornecida pela sociedade capitalista. Por medicina social Machado designa uma medicina que problematiza a saúde da população e intervém junto à sociedade de modo global. Isto se torna possível a partir de um deslocamento de seu objeto que deixa de ser a doença para ser a saúde, ou seja, esta medicina não pretende mais somente curar o corpo acometido por uma doença, mas impedir que ele fique doente lançando-se deste modo no controle das virtualidades, da periculosidade, na tarefa preventiva. Faz-se necessário observar que, conforme Machado (1978, p. 258), a medicina social tem também as características de buscar elementos de outras ciências, como a estatística, por exemplo, e possuir um duplo projeto de normatização: um que traça sua entrada na esfera política, outro que exige a exclusividade do médico no exercício da medicina.

Focada nas causas das doenças a medicina social, na efetivação de seu projeto preventivo, desemboca em práticas de interferência nos modos de agir, de morar, de vestir, enfim, de se conduzir dos homens. Expresso de outro modo, com o fito de impedir ou dificultar o aparecimento da doença essa especialidade irá problematizar e interferir no meio social: a medicina se coloca como interventora social.

É neste sentido de realização da sociedade sadia -- portanto ordenada -- que a medicina social vem a incorporar o projeto alienista da transformação do desviante e da normalização da sociedade.

Segundo Machado (1978), data de 1830 o “Relatório da Comissão de Insalubridade da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro”, onde são lançadas as palavras de ordem que remetem: *“aos loucos o hospício”*.

Logo outros documentos o seguiram dentro de um movimento que situava a loucura como perigo e objeto a ser submetido a uma política médica: apontam o louco como perigo solto pelas ruas da cidade e, principalmente, fazem críticas ao recolhimento de loucos em cárceres das Santas Casas de Misericórdias que lhes servem de asilo. A essa época os loucos eram encontrados pelas ruas, nas casas, presos em cadeias, cuidados em suas casas, cuidados por clérigos, ou nos porões das Santas Casas -- o que não quer dizer que nestas obtinham tratamento. Essa prática tinha o sentido exato de retirada do louco da rua.

Deve-se fazer notar que não havia um lugar único, unívoco para a destinação dos loucos, visto que a loucura não era percebida em uma particularidade, tampouco haviam práticas que a subscreviam como objeto específico de um saber.

As críticas ressaltavam que estes lugares -- a prisão, a casa, o convento, a Santa Casa, e mesmo a rua -- eram inapropriados para receber o louco, por não terem condições para abrigá-lo medicamente e recuperá-lo. O louco é apresentado ao mesmo tempo como perigoso e injustiçado: é o criminoso em potencial, e ao mesmo tempo a vítima indefesa, que requer um lugar especial capaz de medicalizá-lo: lugar de isolamento e repressão mas acima de tudo lugar de disciplina. O louco não deve estar nas ruas, nem nas prisões, tão pouco nos hospitais, e sim no hospício: lugar ideal de destinação para loucura em uma sociedade civilizada.

Machado (1978, p. 376) alerta para o fato de que os primeiros documentos engajados nesta campanha de promoção à instalação do hospício no Brasil são produzidos pelo mesmo grupo de médicos que promoveram a medicina social, evidenciando que a psiquiatria surge como projeto derivado e integrante do desta.

A ofensiva médica em relação ao louco configura-se basicamente na proposta de criação de uma instituição capaz de medicalizá-lo e possibilita que a questão da loucura se insira naturalmente nos objetivos de uma medicina do espaço social. Por um lado, a proposta de organização e funcionamento da cidade deve excluir o louco da livre circulação em seu interior visto que ele representa um foco de

perigo; por outro, quando analisada as instituições, a medicina constitui o espaço próprio do louco, capaz não só de domá-lo -- destruir seus efeitos, subjugar sua ameaça -- mas de atingir sua loucura e integrá-lo à vida urbana por um processo de recuperação. (MACHADO, 1978, p. 380).

Projeto que, segundo o autor, situa antecipadamente a psiquiatria, não como preventiva mas como instrumento de prevenção, no sentido de que o hospício surge com a tarefa de, ao isolar o louco em seu interior, reduzir os danos que a loucura, perigo em potencial, pode representar à sociedade, novo alvo dessa medicina.

Só é, portanto, possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria. Do processo de medicalização da sociedade, elaborado e desenvolvido pela medicina que explicitamente se denominou política, surge o projeto -- característico da psiquiatria -- de patologizar o comportamento do louco, só a partir de então considerado anormal e, portanto, medicalizável (MACHADO, 1978, p. 376).

De acordo com França (1990), os propósitos da medicina social, e junto a ela o alienismo, encontram-se relacionados a uma estratégia civilizatória, à ordenação do espaço urbano, posta em marcha no Rio de Janeiro a partir da chegada da família real ao Brasil, e levada a cabo por uma nascente elite de hábitos europeizados, cujos interesses ligavam-se ao espaço público. O crescimento acelerado da cidade em um país eminentemente rural trazia problemas como a fermentação de uma população sem ocupação, designada pelos contemporâneos de vadios, anarquistas e desordeiros. Para eles a nova elite cobrava e propunha meios para sua transformação em uma população ordeira e trabalhadora. A proposta era de sanar os problemas urbanos, não somente por meios coercitivos, mas também, e principalmente por “[...] meios destinados a formar o povo, a educá-lo, civilizá-lo e torná-lo *produtivo*.” (FRANÇA, 1990, p. 5, grifos do autor). Dentre estes meios, em posição privilegiada, estão a medicina social e o alienismo. A medicina social com a proposta de tomar a cidade e a sua população como objeto de reflexão, e o alienismo encarregado de regular os comportamentos, normaliza-los e excluir os excessos. Ambas as medicinas incumbem-se do processo de ordenação urbana no empreendimento maior de uma estratégia civilizatória da nascente nação. Estratégia civilizatória que pretende interferir nos espaços públicos, nos cemitérios,

na escola, no quartel, na prisão, no bordel , na fábrica, nas casas, nas relações familiares, e nas condutas das pessoas.

Respondendo aos anseios administrativos por uma cidade *pacífica* e civilizada, a medicina apresentou um projeto supostamente *científico* de uma sociedade ideal, de uma sociedade livre de vícios e de transgressões. Mas, para dar concretude a esse projeto, os doutores oitocentistas cobraram das autoridades maior apoio à institucionalização do seu saber, melhores meios materiais para a sua causa (hospitais, escolas, hospícios, etc.) e, acima de tudo, maior rigor no combate àqueles que queriam com eles partilhar o monopólio da verdade sobre a cura. Tratou-se de uma relação de mão dupla: de um lado, os médicos ofereceram aos poderes locais meios amplos e pretensamente eficazes de conhecer e melhorar os habitantes da cidade, de outro lado, esses poderes forneceram os instrumentos necessários para a consolidação do saber médico. (FRANÇA, 1990, p. 123, grifos do autor).

Segundo Machado (1978) em meados do século XIX surgem os primeiros trabalhos teóricos brasileiros. São teses para obtenção de grau de doutor que não se amparam em uma prática, apenas repetem os teóricos franceses sem muito rigor teórico, detendo-se em conflitos como, por exemplo, o da natureza orgânica ou não da alienação mental. As teses revelam “[...] a impossibilidade de tornar a loucura objeto para a racionalidade propriamente médica, necessidade de exercer sobre a loucura uma regulação de caráter moral, inscrevendo-a nas condutas anormais.” (MACHADO, 1978, p. 383).

Para mostrar como no século XVII a alienação foi pensada de maneira bastante diversa das teses que serão produzidas no Brasil do século XIX, Machado (1978) cita um trabalho⁴ de medicina, manuscrito por medico português que desembarca em Recife em 1671, Dr. Simão Pinheiro Mourão. No trabalho desse médico a loucura é apresentada fundamentalmente sob a presença de delírio, ou seja, não havia aí lugar pra uma etiologia moral ou social da loucura. A doença era um mal repentino, uma afecção do órgão da inteligência instaurada pelos humores, e deste modo um tratamento também devia ser físico como banhos, purgações, sangrias, etc., em conformidade com a medicina galênica. Eis um trecho de Mourão citado:

⁴ Primeiro trabalho sobre a loucura em terras brasileiras: “Queixas repetidas, em ecos dos arrecifes de Pernambuco contra os abusos médicos que nas capitâneas se observam tanto em dano das vidas de seus habitantes”, de 1677.

As causas do delírio, e de todas as espécies dele, não são mais que vapores, fumaças, ou humores que de varias partes do corpo sobem à cabeça, como já dissemos, variando os delírios conforme os humores que lá sobem, porque se for sangue na maior parte faz os delírios risonhos, pronunciando os enfermos coisas ridículas, e engraçadas; e se for cólera o humor que sobe faz os delírios iracundos, terríveis e agastados, e se for fleima o humor que sobe faz os delírios calados, suspensos, e os doentes sonolentos; e finalmente se for o humor que sobe melancolia, faz os delírios medonhos, tristes e solitários. (MOURÃO apud MACHADO, 1978, p. 406).

Diferentemente, os trabalhos brasileiros produzidos em meados do século XIX, a exemplo dos franceses, principalmente Esquirol, servem-se fundamentalmente da noção de monomania para inscrever a alienação no campo moral. O que é distintivo desta nosografia – a monomania -- é a ausência do delírio, ou delírio parcial, isto é, ainda que presente o delírio, este não é um traço comum e evidente para sua caracterização e conseqüente diagnóstico. Desaparecem, na monomania, os sinais evidentes da loucura e sua legibilidade imediata dada a conhecer por qualquer pessoa -- como era o caso da loucura enquanto definida pela presença de delírio. Devido a esta característica de ausência de delírio da monomania, a alienação passa a ser referendada ao campo da paixão e não mais ao campo da inteligência ou razão.

O estabelecimento do diagnóstico da monomania exige um olhar especializado que instaura a normalidade da conduta a partir da métrica do razoável, percebendo o desvio e pondo-o sob a designação dessa patologia. Somente o médico, alienista passa a ter autoridade e conhecimento para a detecção da loucura, para a distinção do normal e do patológico, e também de simulações que porventura dela se possam fazer.

Identificado o sintoma que mora no excesso, para além do normal, a etiologia da monomania foi buscada nas causas sociais. A loucura de um modo geral teria sua causa inscrita na sociedade e na família. É deste modo que a medicina ganha autorização para olhar para o social, normalizá-lo e interferir na condução, no governo dos homens. O conceito de monomania desempenha o papel de substrato teórico para o projeto de intervenção médico de normatização social.

Conforme diz França:

A descoberta da loucura enquanto doença moral abriu para medicina a possibilidade de interrogar os comportamentos e requisitar para si a posse da verdade acerca das condutas. Ao analisar os loucos a partir dessa ótica, o discurso médico, mais do que mapear o território de uma doença, formulou uma espécie de tratado sobre o comportamento ideal dos indivíduos em sociedade: descreveu seus traços fundamentais, estipulou meios de desenvolvê-lo na infância e na puberdade e, ainda, definiu as formas de conservá-lo na idade adulta. (FRANÇA, 1990, p. 118, grifos do autor).

Os alienistas do século XIX, ao tratarem da alienação, através da monomania, encontraram o lugar de um discurso abrangente sobre o homem e sua conduta, esquadriharam os comportamentos, estipularam a conduta sã e o que lhe foge pela via dos excessos, e definiram a linha divisória em torno de uma normalidade.

A medicina mental, ela própria produto do desenvolvimento civilizatório, instaura a normalidade da conduta como critério de comparação entre individualidades, análise diferencial do caráter, hábitos, inclinações do indivíduo em seu meio familiar, em seu círculo de amizades, em sua vida profissional, em suas tendências políticas e convicções religiosas, etc. (MACHADO, 1978, p. 411).

Também as causas dos excessos, dos desregramentos são sociais. Assim tem-se neste momento se recobrando mutuamente a etiologia da alienação em causas sociais, e também a própria condição de reconhecimento e diagnóstico só se definindo a partir da norma social. Isto implica em direcionamento das ações para regulação social como medida de saúde, indo, desta forma, ao encontro do processo de ordenação social incluso na estratégia civilizatória do país.

Por outro lado implica que para esta doença dos excessos, doença moral, o tratamento também seja moral: os perigos das paixões podem ser sanados pelas luzes da razão que fez nascer a nova ciência da alienação, o tratamento moral de Pinel, para a qual o asilo é elemento fundamental.

A emergente sociedade brasileira do século XIX em direção à civilização, traz perigos e excessos que levam à loucura, mas ainda assim é a própria vitória da razão: o alienismo, aparece como instrumento de aprimoramento da sociedade civilizada.

Neste cenário, conforme Machado, o hospício como idealidade é largamente louvado pela sua condição de cientificidade, sua organização, a pedagogia da ordem que realiza:

Entre hospício e psiquiatria não há, portanto, relação de exterioridade. Ele é mais do que um espaço utilizado para medicalização da loucura; é uma instituição concebida medicamente. Tanto sua estrutura quanto seu funcionamento realizam o projeto psiquiátrico nascente [...] (MACHADO, 1978, p. 429).

Em resposta às reclamações contra o livre trânsito de loucos de todos os gêneros pelas ruas das cidades, e os apelos humanitários e denúncias de maltratos a estes, em 1841 foi assinado pelo Imperador D. Pedro II o decreto para a construção do primeiro hospício em terras brasileiras e, em 1852 foi fundado no Rio de Janeiro, o Hospício D. Pedro II, marco institucional da psiquiatria no Brasil, seguido, nas décadas seguintes da criação de instituições idênticas por todo o país.

Reprodução do modelo francês de Pinel e Esquirol, não somente a instituição, mas também o saber e as práticas para tratamento dos loucos, foram integralmente transplantados para o Brasil. Neste momento a função exclusivamente segregadora e excludente dos hospícios aparece sem disfarces.

Assim o hospício nasceu -- também no Brasil, como o fora na Europa -- engajado em proposições de higienização do espaço social das nascentes cidades, dando caráter médico de tratamento às sequestrações dos loucos, e um caráter de filantropia seguindo a tradição das instituições de caridade do país.

Segundo Teixeira (2000 apud VENÂNCIO, 2003, online), algumas diferenças devem ser assinaladas: na França o nascimento do manicômio, ligou-se ao ideário liberal-burguês instaurado com a Revolução Francesa -- onde o projeto alienista vem respaldar, legalizar e legitimar o sequestro de uma população já excluída. Já no caso brasileiro a criação do hospício, é fruto de um regime monárquico, gerado a partir das requisições de uma elite nascente onde o tema da assistência se colocava sob a chancela da caridade aos desvalidos.

As estruturas dos primeiros hospícios logo estariam superlotadas. Quatro anos após sua fundação, os relatórios do Hospício de Pedro II acusam sua superlotação devido à entrada indiscriminada de pacientes vindos de todos os lados, curáveis ou não, afetados mentalmente ou meros indigentes. (BRASIL, 2007, online).

As críticas a respeito de seu funcionamento também não demoram a aparecer. São críticas internas, partem principalmente dos médicos e são veiculadas em jornais e em relatórios da própria instituição. Não são críticas à psiquiatria ou às instituições psiquiátricas, mas àquilo que lhes escapa no projeto de medicalização social. Conforme Machado (1978, p. 450):

A denúncia é parte de da estratégia por maior poder da medicina que neste momento tem que se defrontar com outras instituições ou outras instâncias sociais para disseminar seu projeto normalizador da sociedade e, mais particularmente, ver possibilitado o funcionamento do hospício.
Por outro lado, explicitam, paradoxalmente, o fracasso da psiquiatria como instância terapêutica.

Machado ressalta que, longe de colocar em dúvida o projeto psiquiátrico, as críticas servem de fundamento para uma exigência da implementação do projeto maior de medicalização dos hospícios, que devem ser medicalizados em seu extremo, e também medicalização de toda a sociedade. Entre as críticas estão as denúncias da ineficiência dos serviços sanitários e administrativos nas mãos das irmãs de caridade, e o pedido por hierarquização e ordenação deste espaço de modo que o médico ocupe a posição de direção e controle de toda a instituição. A crítica aponta para a ineficiência de uma instituição que tem sua funcionalidade usurpada, pela má gestão das religiosas, não podendo responder, deste modo, à sua função terapêutica, nem tampouco à sua função de produtora de conhecimento.

De um modo geral são denúncias de que o Hospício Pedro II não se tornou uma verdadeira instituição hospitalar, mas que deverá instalar sua essência terapêutica quando passar às mãos da autoridade científica e moral: os médicos alienistas. A moral laica é um elemento desse discurso, encobrimdo uma razão outra que é o do avanço da medicina em direção à legitimação técnica e científica do aparato alienista, mais tarde psiquiátrico. Conforme Machado (1978, p. 472) neste discurso a questão da distribuição de poder prevalece sobre a questão técnico-científica: nele o hospício não se constitui como instrumento de saber e de cura, primeiramente porque falta lhe a clara hierarquia de poderes que estructure as relações fundamentais de seu pessoal, e em segundo lugar por carecer de condições materiais e técnicas adequadas.

As críticas também apontam para a insuficiência do hospício enquanto instância única de acolhimento à loucura. Pede-se a criação de hospícios para

diferentes clientela, isto é, hospício para loucos curáveis, para incuráveis, para loucos criminosos, etc. Além disto, solicita-se que estas instituições sejam amparadas por leis que lhes dêem a exclusividade do sequestro (transmutado em tratamento).

A existência da doença mental pede um tratamento moral. Daí a intervenção terapêutica da psiquiatria ser menos uma medicação do que uma educação. A organização arquitetônica deve ser marcada intrinsecamente por uma característica médica: no hospício o que cura é o próprio hospício: o bom emprego do tempo é condição indispensável do processo de transformação do alienado em um ser útil e dócil: ele deve introjetar a lei moral do trabalho; a direção centralizada, conjugando saber e autoridade, encarna a norma de comportamento e estabelece as etapas do percurso terapêutico: o médico deve ocupar o topo da estrutura de poder característica do hospício; a internação do alienado deve possuir um fundamento legal que evite o perigo das sequestrações arbitrárias: a medicina deve impregnar a legislação e a justiça. Desde o início do hospício os alienistas não se cansam de cantar em seu louvor: a cientificidade de sua organização espacial e funcional; a dedicação e competência de seu pessoal dirigente; a aplicação do tratamento moral. O hospício realiza assim uma verdadeira pedagogia da ordem. (MACHADO, 1978, p. 448).

Esta crítica assume sua forma mais agressiva e pública com João Carlos Teixeira Brandão, na década de 1880, ou seja na vizinhança da proclamação da república. O mesmo Teixeira Brandão que na direção do Hospício Pedro II, assistirá, em 1890, ao afastamento das irmãs de caridade e sua substituição por enfermeiras contratadas na Europa, e que assinará a autoria da Lei dos Alienados aprovada em 1903 (estes fatos serão retomados à frente).

Para Portocarrero (2002), este período vizinho à proclamação da República marca uma mudança de direção dos alienistas brasileiros. Se desde a sua constituição, no século XIX, os alienistas brasileiros seguem cegamente a direção da escola francesa de Pinel e Esquirol, no fim do século XIX eles mudam de postura, deixando de ser meros receptores das teorias produzidas na Europa para serem produtores dos fundamentos da psiquiatria brasileira -- note-se aqui, como alerta Foucault (1978), a condição do manicômio como lugar do exercício de um saber, mas também lugar em que este saber se produz.

E é a escola alemã de Kraepelin que, a partir de então, dará contornos às práticas da assistência psiquiátrica, não se restringindo mais a simplesmente assistir o louco no espaço asilar, ao contrario, estende-se à práticas o mais abrangentes

para contemplar aos loucos, aos que possam vir a ser loucos, e aos que, mesmo em outras categorias, encontram-se próximos da loucura. Com a escola alemã acontece um deslocamento em que a loucura não é somente objeto das práticas de internação asilar, como no modelo pineliano, mas há a pretensão de atingir a loucura como latência, como vir a ser, para então interferir nesse caminho, desviando-o.

Conforme Portocarrero (2002) o modelo alemão se esforça em ser médico, mas se afasta das ciências naturais, não se propondo à busca das etiologias das doenças, mas à descrição de suas manifestações sintomáticas para a constituição dos quadros nosológicos essencialmente classificatórios. No entanto, o mais importante a ser destacado aqui é que, segundo a autora, este modelo segue em duas direções bem definidas: a primeira no sentido da assistência ao louco propriamente dito, inscrito dentro do universo asilar; e estendendo-se em outra direção, inscreve-se em instituições sociais como a escola, a família, o exército, os dispositivos legais, etc., atingindo a loucura em estado de potencialidade.

Juliano Moreira será um nome de peso nesta reviravolta dada pela psiquiatria brasileira. Segundo Portocarrero (2002), Juliano Moreira, imbuído da tarefa classificatória do saber psiquiátrico e amparado no modelo de Kraepelin, introduz no Brasil a classificação patológica de anormal. Esta patologia inclui em um único domínio os sífilíticos, os alcoolistas e os epiléticos, que apesar de não serem loucos propriamente ditos, a partir de noções de degenerescência e atavismo, põem em risco a ordem social. A classificação nosográfica de anormal se ampara na idéia de que o alcoolista, o epilético e o sífilítico são improdutivos quando em crise, e dessa forma atentam contra a disciplina. Além disso transmitiriam seu mal aos descendentes, fatores negativos à composição de uma raça civilizada à qual o país pretendia ascender.

Assim, o anormal, mesmo não sendo louco propriamente dito, passa a ser objeto da psiquiatria em uma manobra onde esta caracterização indica a loucura como potencialidade, como perigosa latência. A anormalidade é capturada na mesma máquina que fora capturada a loucura. Mas isso não é de todo certo, porque esta captura indica desde já que há mudanças na constituição da máquina.

Para Portocarrero (2002) a psiquiatria torna-se cada vez mais específica enquanto constituição de saber; e também mais abrangente, porque dirige-se para o social, em todas as instâncias onde possa surgir o doente mental. Houve a ampliação do campo de intervenção da psiquiatria: ela não está mais restrita ao

louco ou alienado, ela atinge a todos os que possam representar risco de desordem à norma social.

O novo sistema assistencial é, portanto, criado com o objetivo explícito de debelar todas as anomalias mentais, por maiores que sejam os limites dessa tarefa, tornando-se cada vez mais abrangente, ou seja, tomando para si o encargo de penetrar cada vez mais na vida de todos os indivíduos que de alguma forma estejam inseridos no contexto da psiquiatria. Esse alargamento dos limites da psiquiatria tem como condição necessária a concepção médica de anormalidade, que surge no final do século XIX para designar os indivíduos que, como os loucos e ao contrário dos normais, não são disciplináveis, mas não podem ser incluídos na categoria dos doentes mentais propriamente ditos. (PORTOCARRERO, 2002, p. 109).

Como aponta Portocarrero (2002, p. 110) o alargamento da clientela também tem um desdobramento institucional. Este é o momento em que surgem no Brasil diversas instituições como as colônias agrícolas, voltadas principalmente para receber os epiléticos e alcoólatras, os manicômios judiciais para os criminosos loucos, a assistência familiar para os alienados em fase de reintegração social. A respeito das colônias, deve-se salientar, como aponta Amarante (2007), que apesar de se distinguirem do hospício pela proposta de remissão da loucura através do trabalho, a instauração de numerosas delas não significou mudanças nas práticas de tratamento da loucura, revelaram-se antes um desdobramento do hospício, com práticas disciplinares em meio mais aberto.

A psiquiatria agora também interfere na escola e na família, medicalizando o processo educacional, auxilia na seleção de imigrantes e soldados, e faz críticas à legislação no que se refere aos cuidados com o louco.

Apesar de tomar os anormais como objetos de sua alçada, a psiquiatria logo estabelece uma separação entre estes e os verdadeiros doentes mentais, e para cada um propõe um tipo de assistência e um tipo especial de instituição. Assim, no fim do século XIX e início do século XX, a psiquiatria ultrapassa os limites da doença mental para atingir novos corpos, onde a doença mental está como potencialidade, e também ultrapassa os limites do hospício para originar novas formas de assistência - desdobramento que significa certo afastamento do princípio do isolamento da tradição do tratamento moral de Pinel e Esquirol --, e novas formas de controle, inscrevendo-se no interior de outras instâncias sociais.

Segundo Vera Portocarrero (2002, p. 95) os alienistas tentam impor-se como necessários à nova ordem social e também à existência do hospício. Encetam um movimento de medicalização do alienado caracterizado por críticas à insuficiência e ineficácia do hospício, além de apontar a necessidade de uma lei que garantisse a exclusividade de sequestro do louco e regulasse sua vida em sociedade. Este movimento pretende -- além do reconhecimento da loucura como doença mental, do estabelecimento do hospício como lugar de tratamento, e da psiquiatria como especialidade voltada para este fim -- a definição de um estatuto jurídico social e civil do alienado: o estatuto de menoridade social. Como assinala:

Com o objetivo de transformar o asilo numa instituição fundamental para a psiquiatria, Teixeira Brandão assinala que é preciso uma lei que defina as condições de sequestro do louco no asilo, considerando arbitraria qualquer internação não sancionada pelo alienista. A psiquiatria é a única capaz de fazer do sequestro um ato não-arbitrário, devido a seu saber sobre a loucura. Ele reconhece o problema que o louco representa para as autoridades e aponta o saber psiquiátrico como a única possibilidade de resolver a contradição do sequestro: internar o louco se apresenta ao mesmo tempo como necessidade social, para defesa da coletividade, e como injustiça, pois atenta contra o princípio de liberdade individual, base da organização social da República. O psiquiatra oferecerá uma resposta a essa contradição ao se transformar em instância definidora do estatuto do louco, como doente e como incapaz, como sujeito a ser tratado e protegido por uma lei medicalizada, ou seja, uma lei elaborada a partir do saber da medicina mental. (PORTOCARRERO, 2002, p. 97).

Em 1903 é aprovada no Brasil da Lei dos Alienados, de autoria do agora deputado Teixeira Brandão, que faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, condicionado a um parecer médico.

Esta lei faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício, subordina a fundação de estabelecimentos para alienados à autorização do Ministro do Interior ou dos presidentes ou governadores dos estados, cria uma comissão inspetora de todos os estabelecimentos de alienados. Esta lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecida. (MACHADO, 1978, p. 484).

A lei visava fundamentalmente resolver o conflito quanto a sequestro do louco ser um atentado contra os direitos de cada pessoa, base da organização das

sociedades civilizadas, ainda que em defesa da coletividade, para o bem da ordem e da moral pública. Com a lei coube à psiquiatria os estatutos: de definidora da condição de louco -- ou melhor, de alienado, e dentro em breve de doente mental --; de organismo balizador das relações deste com a família, com a justiça e com outras instâncias sociais; de saber que transforma a instituição de reclusão em terapêutica, retirando do sequestro sua condição de arbitrário, e imputando ao louco não somente a condição de doente mas também a de menoridade social.

Além de legitimar o sequestro, a lei também dispõe sobre a estatização da assistência à doença mental (agora assim designada), decretando que “[...] só o Estado deveria ter o direito de exercer o poder de sequestração, apoiado no saber e na prática psiquiátricos, para que o internamento na instituição asilar não se transforme em pura exclusão repressiva.” (PORTOCARRERO, 2002, p. 97).

Assim o projeto de psiquiatrização da alienação, conforme nos diz Portocarrero (2002), marca mais um avanço do estabelecimento de uma política de saúde mental, que reúne um dispositivo institucional, uma tecnologia de intervenção, um saber que a sanciona, e um estatuto de menoridade social.

Psiquiatrização que ganhará força com Juliano Moreira à frente da direção geral da Assistência Federal a Psicopatas por 23 anos -- antes Assistência a Alienados -- onde busca instaurar uma homogeneização da assistência aos loucos, anormais e quaisquer outros que porventura viessem a atrapalhar a ordem. A Saúde Pública, sob a direção de Oswaldo Cruz, dá as mãos à Assistência Federal à Psicopatas, na tarefa comum de sanear a cidade. A psiquiatria, como diz Portocarrero (2002, p. 113), põe-se como instrumento na construção da sociedade civilizada -- para a ordem e o progresso da nação --, no momento em que forma-se no Brasil a concepção de população como força de trabalho, força produtiva que não deve ser perdida, mas normalizada. Esta ruptura datada do fim do século XIX, marca a história da psiquiatria no Brasil, quando esta especialidade médica toma para si a incumbência não somente de recolher as sobras humanas do processo de saneamento e dar lhes uma destinação, mas também de participar do processo de normalização disciplinarização do corpo social.

Cumprido neste momento fazer alguns apontamentos últimos, mesmo que esparsos e sucintos, que apontam para esta expansão da psiquiatria para além do asilo principalmente através do modelo alemão, sem que este alargamento rompesse com uma assistência fundada no asilo.

No que se refere à formação do saber psiquiátrico em terras brasileiras, Venâncio (2003) diz que até meados da década de 1930, a clínica psiquiátrica e a assistência asilar se constituíram em conjunto, e a constituição de uma competência médica não coube a eventuais avanços científicos, mas sim ao campo da assistência pública. Até esse momento a formação do psiquiatra atrelava-se à prática desenvolvida no hospício, e foi ali que a Faculdade de Medicina buscou psiquiatras para o ensino no espaço acadêmico visto que desde 1912 a psiquiatria tornara-se uma especialidade médica autônoma.

Segundo Venâncio (2003), a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB), em 1938 no Rio de Janeiro, levou o modelo asilar para dentro do espaço universitário, reproduzindo-o, mas, por outro lado, buscou a afirmação de um espaço de ensino e pesquisa autônomo da assistência no sentido estrito. A partir da afirmação do modelo alemão de Kraepelin se estabeleceu uma dissociação entre conhecimento científico psiquiátrico e a política assistencial asilar. Separação que não significou uma inversão dos termos no sentido de a ciência, a partir de uma anterioridade e de uma supremacia desta em relação às práticas. Segundo a autora o que se observou foi a petrificação do modelo asilar na assistência pública, a manutenção da lógica asilar no espaço científico, e também a desresponsabilização da produção de saber em relação à assistência pública: a ciência psiquiátrica desvinculou-se da responsabilidade institucional de responder às questões advindas da esfera da política pública assistencial.

Outro ponto a ser destacado, como aponta Costa (2007), é a criação em 1921, da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), com ideário psiquiátrico preventivo de fundamentação eugênica. Observe-se que entre 1925 e 1947 a Liga mantém o periódico Arquivos Brasileiros de Higiene Mental por onde veiculava seu ideário. Nas produções da LBHM a psiquiatria identifica-se dentro do projeto maior higienista, ao mesmo tempo em que concede um sentido específico à higiene mental.

De acordo com Costa (2007) a Liga passou por dois momentos. Primeiramente buscando medidas que se relacionavam à prevenção da doença mental: como a solicitação por medidas eugênicas como a esterilização de alienados por ver na doença mental fatores orgânicos de degenerescência hereditária.

Posteriormente a LBHM passa a relacionar-se mais de perto com o saneamento racial para desenvolvimento de uma raça superior. Os caracteres de

indivíduos não brancos foram considerados patológicos e a psiquiatria se imbuí da tarefa de estender sua prática para além do domínio do asilo: “Hygiene mental, em sua applicação practica, não deve exercer-se somente no terreno da psiquiatria, senão em todos os domínios da vida social.” (RUDIN apud COSTA, 2007, p.61). Segundo Costa (2007), o que acontece é o processo de transformação da higiene psíquica em higiene social com a finalidade de aprimoramento da raça. A eugenia seria o artefato conceitual usado pelos psiquiatras para dilatar as fronteiras da psiquiatria e abranger desta forma o terreno social.

O hospício aparece nas propostas desse círculo como elemento importante para, em seu interior, alojar a população-alvo da política de higiene mental. Os higienistas entendiam que a pretextos humanitários ou filantrópicos as instituições sociais podiam prejudicar o aperfeiçoamento da raça: o higienismo imbuído da tarefa de sanear a sociedade brasileira necessitava de instituições que lhe respaldasse.

Nesse sentido, a política assistencial fundada na idéia de higiene mental ensejava a criação de campanhas, serviços abertos, ambulatórios, além de adentrar cada vez mais o campo da educação, da família, da jurisprudência, de modo a dar conta de sua entrada e permanência na sociedade.

Destes apontamentos entende-se que no Brasil, desde a instalação do primeiro hospício até o último quarto do século XX as ocorrências não foram outras que não a efetiva instalação do aparato psiquiátrico, o acirramento de uma política de assistência à loucura fundamentalmente manicomial, e a sua disseminação para além do asilo principalmente respaldada pelo modelo krapeliano. Trata-se antes da construção de uma rede manicômios, colônias, manicômios judiciários, instituições de ensino, e um conjunto de leis que visa fundamentalmente estabelecer a psiquiatria como saber sobre a loucura, o manicômio como tratamento, e a loucura como doença. Deve ficar claro que todo o desenvolvimento relatado, mesmo quando alarga as possibilidades de atuação da psiquiatria em direção ao campo social, não fez outra coisa senão a afirmação das práticas asilares e da centralidade do manicômio nas políticas assistenciais psiquiátricas. Este quadro somente virá a ser questionado no Brasil ao final da década de 1970, quando tem início um movimento de reforma psiquiátrica que se auto-designará de antimanicomial, mas estes elementos serão abordados em um capítulo à parte.

Cabe ainda salientar a importância de um último evento para constituir a psiquiatria ao modo como foi encontrada no fim da década de 1970: a entrada em

cena da farmacologia. A metade do século XX é o momento em que tem início a prática da administração dos neurolépticos em território nacional, em concomitância com o que vinha acontecendo no mundo todo.

Para Foucault (2006c), os fármacos provocaram no meio psiquiátrico um efeito de pasteurização. Foucault explica a analogia dizendo que com Pasteur houve no ambiente médico e hospitalar comum um efeito de esterilização. Isto porque o ambiente hospitalar deixou de ter a função de produtor da verdade da doença e voltou-se à intenção de reduzir suas manifestações (e também as interferências médicas) ao mínimo possível para o diagnóstico e tratamento da mesma.

Mas, conforme Foucault (2006c), o manicômio não sofre a esterilização com Pasteur, ao contrário, sua condição de produtor da verdade da doença não cessa de hipertrofiar-se: por vias de ritualizações, de encenações de sugestões o personagem médico faz aparecer a alienação/doença mental em sua verdade.

Esta hipertrofia do papel do médico e do hospital psiquiátricos somente será abalada quando da entrada da farmacologia neste meio. Com a farmacologia há uma mudança semelhante com a que Pasteur provocou no hospital comum: a entrada dos fármacos no domínio psiquiátrico significou uma pasteurização do médico e do manicômio. Ao médico não cabe mais produzir teatralmente a verdade da doença mas reduzi-la ao estritamente necessário de suas manifestações para o efetivo diagnóstico, e a certa interferência. Busca-se obter um efeito de simplificação do espaço hospitalar com a articulação direta entre diagnóstico e terapêutica, entre conhecimento da natureza e supressão de suas manifestações.

Este efeito de pasteurização induzido pela farmacologia⁵, Foucault entende como uma despsiquiatrização de produção nula (FOUCAULT, 2006c, p. 125) visto que, o que houve não foi uma diminuição do poder do médico na relação com o doente, mas um deslocamento “[...]em nome de saber mais exato, de lhe dar um outro ponto de aplicação e novas medidas.” (FOUCAULT, 2006c, p.124). Deslocamento de sua aplicação mas conservação das relações de poder entre a psiquiatria e a loucura⁶.

⁵ Foucault (2006c) diz que também a psico-cirurgia opera fenômeno de pasteurização semelhante ao produzido pelos fármacos.

⁶ Foucault (2006c) também entende o movimento empreendido pela psicanálise como uma despsiquiatrização, mas diferente da pasteurização -- caso da farmacologia e da psico-cirurgia. A psicanálise seria despsiquiatrização ao tentar apagar as evidências do sobre-poder psiquiátrico pela via de sua retirada para fora do espaço asilar, sem no entanto deixar de conservá-lo.

No Brasil, desde a metade do século XX até o momento atual a aplicação dos fármacos não parou de se acentuar. Observe-se que houve também a expansão e a diversificação de práticas terapêuticas como a psicanálise, inclusive nos serviços públicos.

4 AS REFORMAS

[...] nós precisamos, para um novo fim, também um novo meio, ou seja, de uma saúde, [...] de uma saúde tal, que não somente se tem, mas que também constantemente se conquista ainda, e se tem de conquistar, porque sempre se abre mão dela outra vez, e se tem de abrir mão!

*Friedrich Nietzsche
A Gaia Ciência*

O capítulo que se inicia tem a intenção de esclarecer o que vem a ser designado por reforma psiquiátrica brasileira. Para tal aceitou-se como necessário em primeiro lugar uma explanação rasa dos movimentos de transformação ocorridos junto ao campo psiquiátrico ocorridos pelo mundo ocidental a partir da segunda metade do século XX, e em seguida a apresentação dos desdobramentos históricos do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil a partir de autores envolvidos em sua formulação teórica, e também a partir dos documentos oficiais do Ministério da Saúde. Trata-se em última instância de entender como os reformadores brasileiros delimitam o que seria reforma psiquiátrica brasileira, noção tão difícil de precisar.

4.1 As reformas no mundo

Após a segunda metade do século XX uma série de experiências, de movimentos e de desenvolvimentos teóricos surgem pelo mundo ocidental, colocando em foco o questionamento do sistema asilar psiquiátrico. Mas deve ficar claro que, como mostra Foucault (1978), a crítica à psiquiatria sempre a acompanhou, desde seus movimentos iniciais. No entanto, após a Segunda Guerra Mundial, esta crítica se acentua -- principalmente no que se refere ao hospício como lugar de cronificação, mortificação, indignidades --, de modo a obrigar a psiquiatria a operar mudanças de paradigmas ou de práticas, ainda que com a finalidade última da manutenção da mesma estrutura.

Houve desde este período um desbloqueio das experimentações e dos movimentos que questionavam o hospício: uns questionando a eficácia e seus procedimentos e lançando mão de propostas a fim de recuperá-lo, outros questionando a própria existência do projeto psiquiátrico com a intenção de sua superação.

Para Desviat (1999, p. 23) foi o panorama de reestruturação social e reconstrução econômica, de efervescência dos movimentos civis, e de maior tolerância e sensibilidade para com as minorias sociais após a Segunda Guerra Mundial que fez com que as comunidades profissionais e culturais, por diferentes vias chegassem à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido.

Amarante (2007, p. 40) afirma haver uma similaridade entre os hospitais psiquiátricos e os campos de concentração nazistas relacionada à total ausência de dignidade humana, que no pós-guerra era impossível de se admitir.

O mesmo autor (1995, p. 28) afirma que o projeto de reconstrução social pelo qual o mundo passava após a Segunda Guerra Mundial tornava urgente e imprescindível a recuperação de um grande contingente de jovens com danos psicológicos, físicos e sociais; e o asilo em quadro de extrema precariedade não oferecia condições para tal. As questões em torno da psiquiatria, e principalmente em torno da instituição que lhe é correlata, que é o hospício, entravam assim para a lista de imperativos sociais e econômicos frente o enorme desperdício de força de trabalho.

Algumas destas experiências serão aqui brevemente referidas para o posterior entendimento do que veio a se constituir como movimento de reforma psiquiátrica no Brasil. São elas: na Inglaterra a antipsiquiatria e as comunidades terapêuticas, nos EUA a psiquiatria preventiva, na França a psiquiatria de setor e a psiquiatria institucional, na Itália a psiquiatria anti-institucional e democrática.

Primeiramente, a antipsiquiatria. Segundo Desviat (1999) por antipsiquiatria entendeu-se, até o fim da década de 1970, todos os movimentos de contestação e de reforma do sistema manicomial, mas com o avanço das propostas reformadoras, passou a designar especificamente a proposta ligada aos teóricos Ronald Laing (1973) e David Cooper (1989)⁷. Foi Cooper quem a nomeou deste modo a fim de salientar seu caráter contestatório e contracultural, de questionamento da doença

⁷ Deve-se observar que o que Foucault designará por antipsiquiatria não é tão abrangente a ponto de tomar todos os movimentos contestatórios ao asilo, nem tampouco diz respeito unicamente às experiências de Cooper e Laing. Foucault refere como antipsiquiátricos (trata-se de um adjetivo) os movimentos que lutam contra a psiquiatria com a finalidade de deslocar, eliminar ou anular as relações de poder que lhe constituem. Estes elementos serão retomados ao longo do texto.

mental e da psiquiatria, e de denúncia das questões sociais nas condições deste adoecimento. Estes autores entendem a loucura como fato social-político que denuncia as contradições sociais. Segundo os autores, a loucura se estabelece nas relações sociais e não no indivíduo, portanto não deve ser entendida como patologia passível de tratamento, mas como experiência positiva de libertação. A crise é entendida como um fato da humanidade, de caráter fundamentalmente social, não devendo ser podada, mas vivida. O método terapêutico não passa pela ação medicamentosa, mas pela valorização da viagem ou do delírio, onde se busca um meio de conexão com a pessoa em crise, na tentativa de articular um diálogo entre a razão e a loucura.

Também na Inglaterra surge a comunidade terapêutica, com as experimentações de Bion e Reichman em 1943, mas será Maxwell Jones seu maior representante, em experiências que se situam no final da década de 1950. A comunidade terapêutica seria uma proposta de reforma restrita ao espaço asilar, que visa mudar a dinâmica das relações na instituição, por meio de medidas administrativas, participativas e coletivas no próprio espaço asilar; no entanto, não questiona a reclusão e seus fins.

Já a psiquiatria preventiva, cujo principal teórico é Gerald Caplan, teve seu desenvolvimento em solo norte americano, e marca o deslocamento no qual o objeto da psiquiatria deixa de ser a doença para ser a saúde. O que se busca é atingir a doença como potencialidade. Sua prática se relaciona com intervenções nas condições possíveis de formação da doença, sejam elas de ordem individual ou coletiva, para fins de diagnósticos, tratamento precoce das doenças, readaptações sociais. Seus métodos propiciaram a instauração de serviços alternativos ao manicômio, mas esbarram em uma operação de patologização social ligada a uma 'caça às bruxas', ou melhor, uma caça aos loucos potenciais, que retroalimentam o aparato psiquiátrico.

Na França duas experiências são importantes de serem aqui referidas: a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor. A experiência da psicoterapia institucional foi gestada na França a partir de experiências de fundamentos psicanalíticos durante a ocupação alemã na Segunda Grande Guerra. Traz em seu cerne a tentativa de reformar por dentro a instituição asilar partindo da suposição que esta teria perdido seu potencial terapêutico em função do mau uso das terapêuticas, das condições administrativas, e das condições políticas e sociais nas

quais o hospital se encontra inserido, tornando-se espaço de violência e repressão. A psicanálise está na base de sustentação teórica desta proposta, mas há aí um deslocamento: toma-se a instituição como doente e não o indivíduo, sendo a terapêutica uma escuta analítica que incide sobre a totalidade da instituição. Exercício este que não visa a extinção do sistema asilar, ao contrário, pretende torná-lo mais eficaz: a psicoterapia institucional questiona as práticas no sentido de torná-las eficientes para a efetiva devolução do doente à sociedade. Trata-se de uma tentativa vigorosa – para Desviat (1999, p. 25), a mais vigorosa -- de salvar o manicômio trazendo para dentro da instituição a psicanálise.

A psiquiatria de setor se impôs como matriz da assistência psiquiátrica francesa a partir da década de 1960 -- apesar de ter seus momentos iniciais já à época da libertação do jugo nazista --, e tem como proposta estender à comunidade o projeto de atendimento aos doentes mentais. O hospital também não é abolido nesta proposta, ao contrário é incorporado em um sistema cuja lógica é a da territorialização da assistência para aproximação entre serviços e usuários e para a continuidade das práticas. O setor seria uma área geográfica (divisões com aproximadamente setenta mil habitantes), tendo à sua disposição leitos hospitalares, e serviços ou dispositivos como lares pós-cura, clubes terapêuticos, lares protegidos, etc. Além da setorialização, o funcionamento desta assistência tem como princípios norteadores das práticas a continuidade terapêutica, onde a mesma equipe cuida do paciente desde a prevenção até a pós-cura, e o direcionamento das ações para os espaços extra-hospitalares. Também nessa proposta vale ressaltar que, apesar de reconhecer os efeitos cronificadores da instituição asilar, não há intenção da destruição do manicômio. Segundo Desviat (1999, p. 30), seu intento é antes o rompimento com a centralidade do hospício através da oferta de uma assistência descentralizada, próxima ao usuário e em torno de uma multiplicidade de serviços comunitários.

Na Itália a psiquiatria antiinstitucional, segundo Desviat (1999), tem como mito fundador o trabalho de Franco Basaglia no hospital psiquiátrico da cidade de Gorizia, e mais tarde na cidade de Trieste (hoje em continuidade por meio do trabalho de Franco Rotelli). Experiências que primeiramente transformaram o hospital em comunidade terapêutica, e posteriormente desarticularam a instituição devolvendo os loucos à cidade. Entendendo o manicômio como instituição a serviço da violência, esta proposta questiona a psicopatologia, propõe a demolição dos manicômios e a

transposição da crise para o âmbito social, operando uma negação da psiquiatria enquanto ideologia. A proposta de Basaglia não se restringiria a desospitalizar, ao contrário, ele “[...] amadureceu sua concepção de reforma, considerando a impossibilidade de uma mera reorganização, fosse ela técnica, administrativa, humanizadora, ou simplesmente política, da instituição psiquiátrica.” (ROTELLI apud DESVIAT, 1999, p. 44). Neste sentido a prática converte-se em ação política de desarticulação dos modos de assistência à loucura. A desinstitucionalização seria não somente a queda dos muros dos hospitais psiquiátricos, mas a desmontagem dos aparatos de saber, de poder e as práticas relacionadas que fundamentam os lugares de exclusão da loucura. Como desdobramento das experiências de Gorizia e Trieste, no início da década de 1970 surge o movimento político cujas metas eram de construir as bases sociais para viabilização da reforma psiquiátrica na tradição basagliana, denominado de psiquiatria democrática. Deixando mais claro, por psiquiatria democrática deve-se entender o processo de institucionalização das experiências de Basaglia. Ao final da mesma década, precisamente no ano de 1978, a Itália decreta o fim dos manicômios com a Lei 180.

Em que pese as imprecisões de uma síntese extremada, estas foram as principais experiências no campo da psiquiatria que influenciaram o movimento de reforma brasileiro.

Amarante entende que há três grupos nos quais poderiam ser divididas estas experiências:

O primeiro grupo, composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional, destaca duas experiências que investiram no princípio de que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e que a solução, portanto, seria introduzir mudanças na instituição. O segundo grupo é formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, experiências que acreditam que o modelo hospitalar estava esgotado, e que o mesmo deveria ser desmontado ‘pelas beiradas’ como se diz em linguagem popular, isto é, deveria ser tornado obsoleto a partir da construção de serviços assistenciais que iriam qualificando o cuidado terapêutico [...], ao mesmo tempo em que iriam diminuindo a importância e necessidade do hospital psiquiátrico. No ‘outro’ grupo, em que estão a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, o termo reforma parece inadequado. Ambas consideram que a questão mesma estaria no modelo científico psiquiátrico, que é todo ele colocado em xeque, assim como suas instituições assistenciais. (AMARANTE, 2007, p. 41).

Segundo Amarante (2007, p. 100), mesmo com as objeções de que a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva sejam expansões da psiquiatria para além do espaço asilar, e que a psiquiatria institucional e as comunidades terapêuticas representem formas restritas ao espaço asilar, a reforma psiquiátrica brasileira incorporou muitas noções destas experiências. Segundo o autor das comunidades terapêuticas vieram os princípios de envolvimento dos atores sociais nos projetos terapêuticos; da psiquiatria de setor foram incorporadas as práticas de organização de serviços sob a lógica dos territórios, e da psiquiatria preventiva tomou-se o princípio de unidade biopsicossocial. Mas teria sido da tradição basagliana, ao operar a ruptura com o aparato psiquiátrico, a maior contribuição incorporada: a máxima de superação do modelo manicomial.

Há unanimidade dos teóricos a respeito de um ecletismo de influências, mas não a respeito da maior contribuição. Para Costa-Rosa (2000, p. 150) a proposta reformadora no Brasil é influenciada sobretudo pelo modelo preventivista americano, em meio às idéias vindas do modelo de setor francês e também do modelo italiano.

Situar a origem da reforma psiquiátrica brasileira na tradição basagliana daria à esta o valor revolucionário, um peso maior de rompimento com a organização do projeto psiquiátrico; no entanto, lembrando Foucault, no lugar da alta origem o que se encontra é a discórdia entre as coisas, as sucessões de erros, os embates, os conflitos (2006c, p.18).

4.2 A reforma psiquiátrica brasileira

De acordo com Lúzio (2003, p. 117), apesar da heterogeneidade decorrente da diversidade de atores, conceitos e práticas da reforma psiquiátrica brasileira, constata-se o desenho de uma assistência em oposição à assistência asilar. Para a pensadora, autores como Amarante (1995, 1996, 2000, 2007) e Costa Rosa (2000) construíram aportes teóricos acerca da assistência que se desenha, que “[...] embora apresentem formas diferentes, essas produções contemplam os mesmos fundamentos e se situam no mesmo campo político, teórico-técnico.” (LUZIO, 2003, p. 117).

Levou-se em consideração, na dissertação que aqui se apresenta, o fato destes aportes estarem inscritos na composição das diretrizes do Ministério da Saúde, e também a penetração destes -- principalmente a obra de Amarante -- no meio profissional da assistência psiquiátrica que se insinua. Por tal optou-se aqui por trazer elementos destes autores e também do Ministério da Saúde a fim de esclarecer o que tem sido denominado de reforma psiquiátrica em solo brasileiro.

Primeiramente a definição oficial. Com a intenção de definir a reforma psiquiátrica brasileira o Ministério da Saúde assim se posiciona:

Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005b, p. 6).

Já Amarante, reconhecendo a dificuldade de definir o conceito, diz considerar como:

[...] reforma psiquiátrica um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos [não] apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também - e principalmente - uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização. (AMARANTE, 1995, p. 87).

O autor pretende não reduzir sua concepção à transformações técnicas e administrativas do modelo de atenção psiquiátrica. Para ele, conforme aponta

Lúzio (2003, p. 118), a reforma psiquiátrica brasileira seria um processo em movimento, com a participação de diversos atores sociais, com multiplicidades de interesses, concepções e propostas, “[...] e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.” (AMARANTE apud LUZIO, 2003, p. 118).

Para pensadores da reforma como Amarante (1995), Desviat (1999) e Lúzio (2003), o início da reforma no Brasil ocorre em meio às transformações principalmente nas duas últimas décadas do século XX, no panorama econômico, político e cultural. Ocorre em um contexto de reivindicações de mudanças políticas e desenvolve-se no campo da luta dos movimentos sociais. Estes autores ressaltam a participação social e política de profissionais, usuários e familiares no processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira em meio a um processo de redemocratização nacional, e tomam como ato fundador da reforma psiquiátrica no Brasil o surgimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no ano 1978. Amarante (1995) não só situa aí o surgimento da reforma no Brasil, como conta sua história a partir dos desdobramentos por que passa o MTSM, principalmente na década de 1980. Segundo o autor (2007, p. 51), o MTSM surge como apelo por condições de trabalho e melhores salários, no entanto protagoniza graves denúncias contra o modelo de tratamento psiquiátrico vigente, e clama a sociedade para debater sobre um novo modelo de assistência na área. O debate passou pela denúncia das condições dos hospitais psiquiátricos como espaço de mortificação, violência, miséria, abandono, desrespeito, indignidade e violação dos direitos humanos; pela constatação de uma indústria lucrativa fundada na exploração desse segmento; e por uma crítica à ação normalizadora da sociedade capitalista. Em meio aos questionamentos que transitavam entre caráter trabalhista, associado às péssimas condições de trabalho e salários, de um lado, e o caráter humanitário, associado à precariedade dos serviços psiquiátricos, por outro, o MTSM faz a crítica social e política. O movimento associava as violências encontradas nos hospitais psiquiátricos à violência exercida pela ditadura. Naquele momento fortemente influenciado pela reforma italiana, o movimento propõe a reestruturação política, cultural e teórica de toda a assistência em saúde mental.

Deve-se ter em mente que neste momento a assistência psiquiátrica no Brasil era essencialmente asilar. Seu componente fundamental eram os hospícios,

associados ao modelo Francês de Pinel e alemão de Kraepelin, como visto no capítulo anterior. Os hospícios públicos eram lixões humanos, de onde, uma vez lá dentro, só se saía para logo depois voltar. A degradação em que vivia a população internada deixava evidente a função asilar de manter em seu interior os rejeitos sociais. A cronificação, a iatrogenia, a mortificação dessa população eram elementos sempre presentes nestas instituições, mas as críticas somente serviam à maior expansão do aparato psiquiátrico, principalmente porque em sua resposta havia sempre o argumento de superlotação ou má gerência. A assistência psiquiátrica particular, também restrita à condição asilar, cujas condições de tratamento não eram diferentes das da rede pública, vivia durante a ditadura um período de pleno desenvolvimento, alimentando-se dos convênios com o setor público. Isto principalmente a partir do ano de 1966 com a unificação das instituições previdenciárias⁸ e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), cuja política de assistência era voltada para ações curativas e individuais, com a compra de serviços privados pelo setor público, e o desinvestimento na instalação de uma rede própria⁹. Ao longo da década de 1970, “[...] na contracorrente do que vinha acontecendo em outros países, o Brasil só fazia crescer o número de leitos psiquiátricos, consumindo em internações 97% dos recursos [...]” (LIMA, 2010, p. 14)

Ao fim da década de 1970 o alto custo deste sistema de saúde com pouca eficácia, as críticas e a insatisfação popular desembocam na necessidade de reorganização das relações com a saúde privada -- rompendo com o sistema de regras do mercado privado ao qual se vinculava -- e à expansão da assistência básica a toda população. Em 1982 surge o Conselho Consultivo de administração da Saúde Previdenciária (CONASP) com a finalidade de reorganizar os gastos estatais priorizando ações básicas de saúde com ênfase na assistência primária e ambulatorial.

Em 1986, como resposta à ausência de políticas sociais voltada à saúde no país, acontece VIII Conferência Nacional de Saúde, marco para área da saúde. Como resposta á crise da previdência social, ao quadro de insatisfação popular com o sistema de saúde e o sucateamento do serviço público, é implementado o sistema

⁸ A unificação do Instituto de Pensão e Aposentadoria com o recém criado Instituto Nacional de Previdência Social incorpora às ações de saúde tradicionais de vigilância sanitária e epidemiológica as ações de assistência médica (FRANÇA, 1994, p. 42).

⁹ Segundo Ferreira (2006) em 1971, o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) gastava 95% do fundo de saúde mental com 269 hospitais da rede privada e em 1981 com 357.

de cogestão entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde. As atribuições deste sistema de cogestão, que segundo Amarante (1995) é um precursor do Sistema Único de Saúde (SUS), são de priorizar a alocação de recursos disponíveis para as ações de saúde, desenvolvimento de estudos para aperfeiçoamento constante, adequação e operacionalização de prestação de serviços. Com a cogestão, de acordo com o autor, houve a possibilidade de implantação de uma política de saúde com base no sistema público de prestação de serviços, cooperação institucional, descentralização e regionalização, contrariando a vocação curativista, assistencialista, individualizada e privatizante do modelo de assistência em saúde em vigor.

Paralelo a este processo, segundo Amarante (1995, p. 92), nos primeiros anos da década de 1980 o MTSM passa por uma via institucionalizante: parte considerável das pessoas ligadas ao movimento incorpora-se ao Estado -- tática desenvolvida junto à reforma sanitária, com vistas à ocupação dos lugares de poder e decisão em saúde pública. Os membros do movimento se incorporarão principalmente aos quadros de formulação e gerência de políticas de assistência em saúde mental.

Em outras palavras, o MTSM dá as mãos ao Estado e caminha num percurso quase que inconfundível, no qual, algumas vezes é difícil distinguir quem é quem. O Estado autoritário moribundo, especificamente no setor saúde, na sua necessidade de alcançar legitimidade, de diminuir tensões e de objetivar resultados concretos nas suas políticas sociais, deseja essa aliança, mas certo de que as mudanças propostas não conseguem ferir efetivamente as bases destas mesmas políticas. (AMARANTE, 1995, p. 67).

Esta ocupação, do aparelho público, segundo Amarante (1995, p. 69), opera uma mudança que vai de uma prática psiquiátrica voltada para os interesses privados para uma ação política de transformação da psiquiatria como prática de construção social.

Já na segunda metade da década de 1980, uma parte do MTSM opta por adentrar as instituições públicas de assistência a fim de modificá-las. Trata-se de uma mudança de tática: não mais os quadros de gerência e determinação de políticas públicas, mas a experimentação prática em meio à assistência propriamente dita. Segundo o autor (1995, p. 75) a influência basagliana significará

novas reformulações teóricas do movimento, passando a prevalecer a noção de desinstitucionalização, o rompimento das alianças com o Estado e a aproximação com lideranças de movimentos de usuários e familiares que começam a surgir neste momento influenciados pelos partidários da reforma.

Neste íterim vêm ao Brasil, teóricos como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Irving Goffman, Tomas Szasz, Michel Foucault, entre outros, cujas contribuições estarão presentes na constituição de um campo teórico de problematização das questões psiquiátricas no país, inclusive nas palavras de ordem tomadas pelo movimento: “Por uma sociedade sem manicômios”.

Neste momento ocorrem no Brasil, segundo Luzio (2003, p. 58), experimentações pontuais que são importantes eixos em torno dos quais se constituíram os novos dispositivos teóricos-técnicos-sociais-jurídicos de viabilização da proposta da reforma psiquiátrica. As principais são: a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial do país, o CAPS Luis da Rocha Cerqueira, em 1987 na cidade de São Paulo, e a intervenção no Hospital Anchieta¹⁰, em 1989 pela Prefeitura Municipal de Santos, São Paulo, que tomou por referência a experiência de Trieste.

O ano de 1988 marca a aprovação de um conjunto de leis referentes à saúde na Assembléia Constituinte, caracterizando a saúde como direito universal¹¹. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pela Lei 8.080 de 1990, e o estabelecimento através da Lei 8.147 do mesmo ano, da participação popular no sistema denominado de controle social, passa a haver, segundo Amarante (1995), o envolvimento da sociedade brasileira na discussão e formulação das políticas públicas de saúde. A partir de então a reforma psiquiátrica brasileira ganha características de maior participação social. Como desdobramento, as conferências, e os congressos organizados nos níveis municipais, estaduais e nacional, serão campos privilegiados de participação de representantes das classes de trabalhadores da saúde mental, de organizações de usuários e de familiares, com a finalidade de discutir as práticas psiquiátricas, e propor mudanças nas políticas de assistência nesta área. Para Amarante (1995) a implantação do SUS e a

¹⁰ A intervenção da Casa Anchieta implementou um sistema de assistência psiquiátrica substitutivo ao modelo manicomial que fez parceria com a comunidade e criou serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. (LUZIO, 2003, p. 98).

¹¹ Como aponta França (1994, p. 45) a saúde passa a ser questão de Estado. Medicina e Estado se entrelaçam formando uma máquina que passa a permear o espaço social em várias direções.

implementação da participação de setores sociais ao processo decisório em políticas de saúde pública relacionam-se à reforma psiquiátrica brasileira, e também à reforma sanitária – reformas que caminham em paralelo, mas não se confundem devido suas singularidades.

Em 1990 o Brasil participa da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em Caracas, Venezuela, e se torna signatário do documento final do evento, conhecido como Declaração de Caracas. A declaração solicita, entre outras coisas, o apoio à reestruturação da atenção psiquiátrica, a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços, vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, revisão das legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

A partir do mesmo ano o Estado lança mão de dois principais instrumentos administrativos: a política de redução de leitos de hospitais psiquiátricos e implantação de CAPS em todo o território nacional. A redução de leitos se dá por meio de inspeções e de planos de aumento/desvalorização do valor das diárias hospitalares chamadas de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). A implantação dos CAPS seria articulada à ações e serviços junto aos territórios com vistas à organização da rede de atenção psicossocial, e ao fortalecimento de ações assistenciais no nível primário de atenção.

Em 2001 foi aprovada a Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira cujo texto dá garantias de proteção e direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial, veda as internações com características asilares e dispõe sobre internações involuntárias. O projeto inicial de autoria do Deputado Paulo Delgado, cuja inspiração foi a experiência italiana, tramitou por mais de uma década no Congresso Nacional, e sofreu diversas modificações através de emendas e substitutivos, até ser aprovado em 2001¹². Apesar do texto final não decretar o fim dos manicômios como propunha o projeto inicial, a lei deixa claro a instalação gradual de um novo tipo de assistência

¹² Enquanto o debate sobre o projeto de lei do Deputado Federal Paulo Delgado tramitava vários estados se anteciparam e avançaram em direção à reforma aprovando leis em seu âmbito: Rio Grande do Sul a Lei 9.716 de 1992; Ceará a Lei 12.151 de 1993; Pernambuco, Lei 11.065 de 1994; Rio Grande do Norte, Lei 6.758 de 1995; Minas Gerais, Lei 11.802 de 1995; Paraná, Lei 11.189 de 1995; Distrito Federal, lei 975 de 1995; Espírito Santo, Lei 5.267 de 1996.

em saúde mental irreconciliável com a assistência centrada no manicômio. A lei passa a definir as diretrizes governamentais na determinação dos contornos da reforma psiquiátrica brasileira, consolidando-a.

Como medida prática relacionada às novas diretrizes, entre outras coisas, é implantado em 2002, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)/Psiquiatria com finalidade de: diagnosticar a rede de hospitais psiquiátricos, subsidiar supervisões hospitalares, induzir processos de desinstitucionalização, estabelecer critérios para a assistência psiquiátrica dentro do SUS, descredenciar hospitais que não obedecem a tais critérios. Na linha de instalação de serviços substitutivos é criado o Programa de Volta para Casa em 2003, visando regulamentação de auxílio em dinheiro e reabilitação psicossocial de pacientes com históricos de dependência institucional e longa internação; são criados os Serviços Residenciais Terapêuticos para reinserção social de pacientes históricos de internação crônica; e acirra-se uma política de implantação de CAPS por todo território nacional, principalmente a partir da década de 2000.

As novas diretrizes da política implementada pelo Ministério da Saúde prevêm a criação de uma rede de serviços substitutivos interligados formando uma rede, onde o “sujeito com sofrimento psíquico” -- designação que vem substituir a de doente mental – transitaria. Essa rede de serviços substitutivos seria constituída por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), CAPSad para adictos em álcool e drogas, CAPSi para usuários infanto-juvenis, Ambulatórios de Saúde Mental, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e Cultura, Serviços de Saúde Mental em Hospitais Gerais, Serviços Hospitalares de Referência para Usuários de Álcool e Outras Drogas (SHR-AD), Emergências Psiquiátricas em Hospital Geral, atendimento em saúde mental na rede básica de saúde, etc. Os serviços substitutivos – essa designação pretende sublinhar a intenção de que estes serviços substituam o hospital e não que se agreguem a ele -- devem possibilitar o acolhimento das pessoas em crise e seus familiares, e devem ser espalhados como uma rede em um território circunscrito, compondo uma trama de lugares para ouvir, orientar, cuidar e possibilitar trocas sociais, em contraposição aos lugares de vigilância, repressão, exclusão disciplina e controle como os manicômios. Além de interligados entre si estes serviços estabeleceriam conexões com outros serviços e outras instituições fora da área da saúde mental, dispostos no campo da saúde em geral, no campo das políticas públicas e no campo dos serviços oferecidos pela

comunidade em geral, buscando na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos. A rede de serviços assim instalada visaria fundamentalmente à assistência sem segregação, acolhendo a crise, mas mantendo todos os vínculos sociais possíveis, evitando a exclusão e possibilitando o exercício de sua cidadania. Seria uma rede de assistência que se opõe e substitui gradativamente os Hospitais Psiquiátricos para a reversão do caráter medicamentoso e organicista desta assistência.

Costa-Rosa (2000, p. 141) considera haver duas esferas inscritas nas práticas em saúde mental: político-ideológica, e a teórico-técnica. Na reforma psiquiátrica que se desenha hoje no Brasil, a esfera político-ideológica circunscreve pontos como o resgate da dignidade humana e cidadania do sujeito em crise; e a teórico-técnica seria responsável pela parte da tecnologia a ser posta em andamento, e os aportes teóricos a elas relacionados. Ambas as esferas seriam indissociáveis em sua interrelação, mas distintas em sua especificidade. O autor denomina de "modo psicossocial" à dimensão teórico-técnica do paradigma do projeto reformista da assistência psiquiátrica no Brasil, por oposição ao modo asilar.

Segundo o autor, os meios básicos do modo psicossocial seriam as psicoterapias, as laborterapias, as socioterapias e os dispositivos de reintegração (como cooperativas), além da ação medicamentosa; diferentemente do modo asilar cuja ênfase estaria na condição orgânica do sujeito.

No modo psicossocial o indivíduo é pensado como sujeito a ser implicado na resolução de seus conflitos e não, como no modo asilar, um sujeito passivo das práticas de outrem. O sujeito não é somente aquele que sofre, mas aquele que deve ser implicado no tratamento. Deste modo os serviços substitutivos seriam espaços de interlocução, e não espaços de mutismo e imobilidade a que é destinado o louco no sistema asilar.

Segundo Costa-Rosa (2000, p. 155) no modo psicossocial também se destaca a importância do sujeito como um elemento de uma sociabilidade e uma cultura; assim a família e o meio social devem ser implicados nas resoluções dos conflitos. Um serviço de assistência do modo psicossocial têm a intenção de tornar-se um lugar onde cruzariam diferentes linhas de ação social presentes no território com livre trânsito de usuários, família e população da área. Na via inversa, mas com o mesmo fundamento, os serviços substitutivos do modo psicossocial vão

à comunidade para dar ênfase à reinserção social do usuário que, segundo o autor (2000, p. 155), passaria principalmente pela via das cooperativas de trabalhos.

Diferentemente da organização hierárquica de absoluta estratificação de poder e saber que compõe o modo asilar, conforme Costa-Rosa (2000, p. 159), no modo psicossocial o meio de trabalho deve ser organizado de maneira horizontal e interprofissional, e ultrapassar o campo restrito dos profissionais da área de saúde mental, estabelecendo intercâmbios com os profissionais de outros dispositivos (como teatro ou oficinas artísticas) com as quais também se estabelece intercâmbios teórico-técnicos. As metas do modo psicossocial seriam a desospitalização, a desmedicalização e a implicação subjetiva.

Costa-Rosa, citando Lancetti, destaca ainda um deslocamento no modo psicossocial que seria a ampliação do conceito de tratamento e do conjunto a ele dedicado, onde se supera a relação doença-cura para atingir-se um espaço de experimentação de novas possibilidades de existência. Citando Lancetti, o autor (LANCETTI apud COSTA-ROSA, 2000, p. 156) fala de um deslocamento de um pólo 'técnico-científico' para um pólo 'ético-estético' a fim de gerar novas formas de sociabilidade diferentes das asilares.

Para Desviat (1999, p. 13), a reforma psiquiátrica brasileira refere-se a “[...] uma abordagem coletiva da loucura [...] na restauração do vínculo social.”

Já Amarante (1996, p. 14) diz que o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil apresenta uma maturidade teórica e política que suplanta o direcionamento de soluções puramente técnicas e administrativas para remontarem a questões de reestruturação teórica, de militância política, culturais e sociais. Segundo Amarante (1999 apud LUZIO, 2003, p.118), a proposta de uma atenção psicossocial¹³ não seria um sistema fechado, mas um processo em contínuo andamento para onde convergiriam dimensões teórico-conceituais, técnico-assistenciais, jurídico-políticos e sócio-culturais, que ora convergem e ora divergem e produzem tensões.

A dimensão teórico-conceitual, segundo o autor, passa pela desconstrução de conceitos da psiquiatria e psicologia acerca da doença mental e a construção de noções de existência sofrimento do sujeito em sua relação com o social. Já a dimensão técnico-assistencial supõe mudanças das práticas, a invenção e a

¹³ A idéia de atenção psicossocial remete à noção de biopsicossocial, pretendida pela psiquiatria preventiva americana, na conjunção em única unidade dos fatores biológicos psíquicos e sociais. No Brasil, conforme Amarante (1995) o biológico teria ficado de fora por estar subentendido.

implantação de uma série de serviços, de espaços de sociabilidade, de trocas e de produção de subjetividades. A dimensão político-jurídica, segundo o autor, tem a ver com a idéia de reinserção social e cidadania para as pessoas diagnosticadas como doentes mentais, e a necessidade de revisões na legislação para garantia de benefícios e direitos (nesta dimensão há uma série de controvérsias e contradições difíceis de serem resolvidas). Finalmente, a dimensão sócio-cultural teria a ver com as transformações a serem processadas na cultura e no imaginário social associadas à loucura. Estas dimensões estariam interligadas e interrelacionadas umas às outras.

Em linhas gerais é deste modo que a reforma psiquiátrica brasileira é concebida pelo próprio Ministério da Saúde e por autores que participam de sua constituição. Passar-se-á neste momento ao entendimento do que vem a ser os Centros de Atenção Psicossocial, onde as idéias relacionadas à reforma serão um pouco mais elucidadas.

5 DAS ESPECIFICIDADES

Daquilo que sabes conhecer e medir, é preciso que te despeças, pelo menos por um tempo. Somente depois de teres deixado a cidade verás a que altura suas torres se elevam acima das casas.

*Friedrich Nietzsche,
Humano, demasiado humano.*

5.1 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

De acordo com a cartilha do Ministério da Saúde destinada a informar os profissionais de saúde e gestores o que é, e para que servem os Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2004), estes são dispositivos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), e são considerados a principal estratégia da política de assistência oficial para a organização da rede de atenção em saúde mental, em conformidade com a reforma psiquiátrica no Brasil.

São instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, preferencialmente “[...] transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico” (BRASIL, 2004, p. 15), e lhes oferecer atendimento médico e psicológico, estimular sua integração social e familiar e apoiá-los na consecução de autonomia.

Os CAPS se integrariam ao território, isto é ao meio sócio cultural concreto onde o paciente com transtornos mentais (esta é a terminologia usada pelo Ministério da Saúde) desenvolve sua vida cotidiana. Estaria junto ao território, ou seja, junto ao espaço de convívio social daqueles usuários que os frequentam, o que inclui família, escola, trabalho, lazer, etc.; e sua implantação faria parte de uma série de serviços interligados que formaria uma rede de cuidados e de atenção psicossocial disposta no território.

Esta rede se compõe a partir de uma especificidade local, mas pode-se citar (como já foi feito anteriormente) como componentes os ambulatórios, os centros de convivência, leitos psiquiátricos em hospitais comuns, os próprios hospitais

psiquiátricos, Serviços Residenciais Terapêuticos e também programas como o De Volta Para Casa. A rede também estaria intimamente relacionada a serviços ou programas de saúde (UBS, PSF, etc.), programas assistenciais, centros de cultura, lazer, etc. Deve ser um serviço que resgata as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta e os inclui nos cuidados em saúde mental.

Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história. Sua cultura e sua vida cotidiana. (BRASIL, 2004, p. 14).

A primeira experiência em CAPS foi iniciada em 1986 na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis Cerqueira Rocha. A Portaria GM nº 224/92 os institui oficialmente assim definindo: “[...] unidades de saúde locais/regionalizadas [...] que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas por equipe multiprofissional.” (BRASIL, 2004, p.12).

Hoje os CAPS são regulados pela Portaria GM/MS nº 336 de 19/02/2002, que busca especificar melhor as características do serviço. Segundo esta portaria os CAPS têm a

“[...] missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo exercício da cidadania da inclusão social dos usuários e suas famílias. (BRASIL, 2004, p. 12).

Ainda conforme a Portaria os CAPS são definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional: CAPS I, cuja abrangência é uma população de 20.000 e 70.000 habitantes e funcionamento de segunda a sexta, das 8 às 18 horas; CAPS II, para cobrir uma população de 70.000 a 200.000 habitantes e funcionamento de segunda a sexta, das 8 às 18 (ou 21) horas; CAPS III, continentes a populações acima de 200.000 habitantes e funcionamento 24 horas diariamente; CAPSi, para população infanto-juvenil, instalados em cidades com populações acima de 200.000 habitantes; e CAPS ad, para usuários de álcool e drogas, instalados em cidades com população acima de 100.000 habitantes. O CAPSi e o CAPSad têm horário de funcionamento igual ao CAPS II.

Em conformidade com a especificidade de horário de funcionamento de cada tipo de CAPS, deve haver a distribuição de refeições aos usuários, estando estas também relacionadas à permanência do usuário no serviço (de acordo com seu projeto terapêutico individual). Cada um destes subtipos de CAPS tem também uma especificidade quanto a seu modo de funcionamento, sua estrutura, a equipe mínima a ser formada, etc. Em conformidade com o interesse deste trabalho de dissertação em particular esclarecer-se-á apenas sobre a equipe mínima do CAPS II, que seria: um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior entre psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, etc.; e quatro profissionais de nível médio, como técnicos de enfermagem, administrativo, artesão, etc.

A Portaria GM/336 também dispõe sobre o financiamento para os CAPS, inserindo os na relação de procedimentos estratégicos do SUS: o financiamento se dá através do sistema Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo - Sistema de Informação Ambulatorial (APAC), financiados pelo gestor federal, com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Conforme o Ministério da Saúde, os CAPS em seu território devem: prestar atendimento de atenção diária aos portadores de transtornos mentais; gerenciar projetos terapêuticos; promover inserção social; organizar a rede de saúde mental; dar suporte e supervisão à atenção básica, ao Programa Saúde da Família (PSF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental; coordenar a supervisão de hospital psiquiátrico; manter listagem atualizada de pacientes que usam medicação psiquiátrica. (BRASIL, 2004, p. 13).

Todo trabalho desenvolvido no CAPS deve ser realizado em meio terapêutico, isto é, “[...] obtido através de construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor abrangendo varias modalidades de tratamento” (BRASIL, 2004, p. 16). O CAPS deve ter um projeto terapêutico geral que contemple as particularidades, a identidade, e a cultura local.

O usuário também deverá ter um Projeto Terapêutico Individual (PTI), a partir do momento em que adentra o serviço. Este deve definir as atividades e a frequência com que o usuário deve delas participar, segundo sua necessidade pessoal. Na dependência do projeto terapêutico individual o tratamento será incluído, segundo a Portaria GM 336/02 citada anteriormente, nas especificações de:

intensivo, quando o usuário frequenta o CAPS diariamente; semi-intensivo, quando o usuário frequenta o serviço alguns dias da semana; e não intensivo, quando o usuário deve ir ao CAPS poucos dias do mês (ou mesmo apenas um dia a cada mês).

Cada usuário deve ter um profissional de referência para se responsabilizar pelo permanente contato com a família e monitorar o projeto terapêutico individual, inclusive na avaliação periódica, junto à equipe e ao usuário.

Ainda segundo a cartilha do Ministério da Saúde (2004), as atividades terapêuticas poderão ser atendimentos -- medicamentoso, psicoterapêutico, laborterapêutico, de orientação, de triagem, etc. -- individuais, grupais, à família, atividades comunitárias, oficinas terapêuticas e assembleias de organização dos serviços. Atividades que podem ser apenas articuladas pelo CAPS mas realizadas fora do serviço, na comunidade, trabalho ou vida social.

A necessidade de medicação (BRASIL, 2004, p. 20) do usuário deve ser avaliada constantemente, e o CAPS deve ser regulador da distribuição de medicamentos em saúde mental da sua região.

A permanência do usuário no serviço é variável, mas, conforme o Ministério da Saúde (2004, p. 27), o CAPS deve impedir que seja desenvolvida uma dependência do usuário ao seu tratamento por toda vida. Para tal deve haver ênfase no processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, a fim de possibilitar a autonomia do usuário de forma gradativa.

Cabe ainda ao CAPS ações de capacitação e supervisão das equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e também dos programas como o da Saúde da Família (PSF). Estas ações pretendem, ao longo do tempo, o “[...] progressivo deslocamento do centro de cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPS são dispositivos estratégicos desse movimento.” (BRASIL, 2004, p. 25). Este relacionamento com a rede básica não seria apenas a relação de referência e contra-referência no sentido estrito, mas sim uma responsabilidade compartilhada onde a posição do CAPS seria denominada de apoio matricial¹⁴.

Em termos de legislação deve-se ainda citar as seguintes portarias: Portarias 189/SAS (secretaria de Assistência em Saúde) de 2002 que inclui procedimentos

¹⁴ Haveria aí o abandono da concepção de programas e dos princípios de referência e contra-referência, para a adoção da concepção de apoio matricial, que pressupõe a supervisão de uma equipe especializada na condução de casos na atenção básica.

ambulatoriais na tabela SIA/SUS – (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS) para custeio dos CAPS; e a Portaria 1.455/GM de 2003 que determina incentivos financeiros para implantação dos CAPS nos municípios.

Nos últimos anos houve uma intensificação na implantação de CAPS em todo o país. De acordo com as estatísticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 7), em 2000 o país contava com 208 CAPS, em 2002 o número passou para 424 unidades de serviços, e em maio de 2010 atingiu o número de 1513 CAPS em todo o território nacional. Considerando o parâmetro de um CAPS para cada cem mil habitantes (1/100.000), e de que CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III, a 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes; chega-se aos números de 21% de cobertura em 2002, e 62% em 2010.

Em Minas Gerais foram contados 145 CAPS no ano de 2010 (LIMA, 2010, p. 40), o que significaria uma cobertura populacional, pelos critérios do Ministério da Saúde supra mencionados, de 0,57%, que é considerada boa.

Destes números, uma consideração se faz necessária: a política de implantação oficial da reforma psiquiátrica passa, principalmente (ou poder-se-ia dizer quase que unicamente), por uma estratégia dupla: de um lado a implantação dos CAPS e, paralela a ela, pela redução de leitos em hospitais psiquiátricos -- cerca de 16000 deles foram fechados entre 2002 e 2009 (BRASIL, 2010, p. 18).

Outras iniciativas previstas para a criação da rede articulada de serviços são exíguas: os Centros de Convivência somam apenas 51 em todo país em 2008, sendo que 19 deles estão na capital paulista, e 9 na capital mineira (BRASIL, 2010, p. 15) – ou seja, mais da metade em duas capitais --; iniciativas de geração de trabalho e renda contam 393 em todo território nacional em maio de 2010 (BRASIL, 2010, p. 21); o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa, como reconhece o próprio Ministério da Saúde, “[...] ainda é muito baixo – apenas 1/3 do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar recebe o benefício” (BRASIL, 2010, p. 12); apenas 10% dos hospitais comuns do SUS ou conveniados contam com leitos psiquiátricos (LIMA, 2010, p. 31); e os ambulatórios “[...] têm em geral baixa resolutividade e um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde mental.” (BRASIL, 2010, p. 14).

5.2 O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II - Frutal

O Centro de Atenção Psicossocial em torno do qual se realiza esta dissertação é o CAPS II Jesus Souza e Silva, Frutal, MG.

O município de Frutal localiza-se na região oeste do Estado de Minas Gerais, a 620 km de Belo Horizonte. Situa-se na mesorregião do Triângulo Mineiro e alto Paranaíba que compreende 66 municípios, distribuídos entre sete microrregiões que são as de Araxá, Patos de Minas, Patrocínio, Ituiutaba, Uberlândia, Uberaba, Frutal.

A Microrregião de Frutal, na qual a cidade é referência, compreende os municípios de Campina Verde, Carneirinho, Comendador Gomes, Fronteira, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pirajuba, Planura e São Francisco de Sales.

Segundo o site oficial da prefeitura de Frutal a população da cidade é estimada em de 54.819 habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE FRUTAL, online), e sua economia gira em torno da agropecuária e agro-indústria.

O CAPS de Frutal foi inaugurado em 05/06/2006 e teve seu credenciamento junto ao Ministério da Saúde como CAPS II em 06/10/2008, tendo em vista que o serviço cobre a cidade de Frutal e é referência aos outros dez pequenos municípios da microrregião. Foi criado a partir da ampliação de um serviço ambulatorial em saúde mental que existia desde 1993.

Em Frutal os serviços ambulatoriais em psiquiatria hoje estão inscritos junto aos Programas de Saúde da Família (locados nas unidades básicas): um médico psiquiatra percorre estes serviços oferecendo atendimento ambulatorial na perspectiva preventiva da atenção primária, encaminha casos mais graves ao CAPS e aos leitos do hospital comum – as crises na realidade são encaminhadas fundamentalmente ao hospital --, e serve de retaguarda no seguimento pós-alta.

A equipe do CAPS II Frutal é composta por: um psiquiatra, quatro psicólogos, um assistente social, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, um farmacêutico, um terapeuta ocupacional, um motorista, duas copeiras, um auxiliar de serviços gerais, dois auxiliares administrativos e um coordenador.

O serviço funciona em uma ala de um hospital desativado (vários serviços funcionam no local, separados e independentes uns dos outros). Sua estrutura pode

ser descrita como um longo corredor ao longo do qual se encontra as salas de atendimento. Ao fundo há um pátio com um cajueiro sob o qual os pacientes passam boa parte do tempo.

Na contagem administrativa do mês de agosto foram computados 197 prontuários ativos, sendo que destes 43 estão qualificados como intensivos, 62 como semi intensivos e 92 como não intensivos. O teto nestes atendimentos seria respectivamente 45, 75 e 100 prontuários/pacientes, portanto os números aqui estão próximos à vizinhança do preconizado pelo ministério.

Na cidade de Frutal a rede de saúde mental é composta pelo CAPS II, como serviço central da rede, e com os serviços psiquiátricos junto às unidades básicas, onde acontece o atendimento ambulatorial e acompanhamento pós-alta do CAPS. O hospital (comum) tem dado retaguarda às crises, no entanto este serviço não foi instituído oficialmente. Ou seja, não há oficialmente leitos destinados às crises psiquiátricas no hospital comum compondo a rede de saúde mental da cidade, no entanto esta instituição acolhe pacientes em crise encaminhando-os posteriormente ao CAPS (pode-se supor aí uma resistência onde o que aparece é a benemerência).

Conforme o projeto de implantação do CAPS Frutal datado de 2007, os objetivos específicos para a implantação dessa “[...] assistência em saúde mental, em regime aberto, que contraponha à assistência hospitalar predominante” (PREFEITURA MUNICIPAL DE FRUTAL, 2007), seriam: 1- reduzir as internações psiquiátricas; 2 – fazer parte de uma rede para reabilitação e reinserção do doente mental grave à sociedade; 3 – oferecer supervisão e capacitação às equipes de atenção básica para integração e uniformidade de condutas assistenciais; 4 – participar de uma rede de suporte assistencial em composição com instituições da área social e educacional para ampliar as possibilidades assistenciais; 5 – oferecer atividades de socialização que possibilitem a reabilitação psicossocial do usuário; 6 - oferecer apoio e orientação aos familiares dos pacientes; 7 – acolher e tratar a primeira crise; 8 – elaborar planos terapêuticos individuais para cada usuário.

As metas (PREFEITURA MUNICIPAL DE FRUTAL, 2007) do projeto de implantação prometem: 1 - garantir ao município maior cobertura assistencial na modalidade extra hospitalar aos pacientes egressos de hospital psiquiátrico; 2 –

buscar a ampliação da modalidade de CAPS para o tipo II¹⁵; 3 – ampliar o processo de supervisão e capacitação das equipes de atenção básicas; 4 – romper com o sistema de “porta giratória”¹⁶ vigente.

Como resultado esperados consta: reabilitação psicossocial; redução do número de internações psiquiátricas; reinserção social do paciente no meio familiar e social; adequação da família frente ao paciente crônico ou em crise.

O projeto ainda propõe que o CAPS seja a “porta de entrada” para as internações, isto é, que atenda e avalie as indicações de internações em hospital psiquiátrico, encaminhando ao Sanatório Espírita de Uberaba somente os casos que não apresentem condições mínimas de serem tratados nos serviços abertos.

Segundo o projeto de implantação (PREFEITURA MUNICIPAL DE FRUTAL, 2007) -- que parece ter sedimentado a lógica do atendimento no serviço --, o usuário entra na instituição após uma triagem inicial na qual a família também é ouvida. Esta triagem é discutida em reunião pela equipe técnica com a finalidade de definir sobre a admissão do usuário no CAPS ou seu encaminhamento a outros serviços assistenciais. Quando admitido é discutido também o plano terapêutico individual (PTI) pela equipe.

As atividades propostas no projeto de implantação do CAPS (PREFEITURA MUNICIPAL DE FRUTAL, 2007) são: avaliação e acompanhamento médico psiquiátrico; psicoterapia individual e em grupo; atividades coletivas de socialização (passeios terapêuticos e comemorações diversas enfocando a reintegração do paciente na comunidade e sua reinserção familiar e social); terapia ocupacional; oficinas produtivas, oficinas terapêuticas; grupo operativo; educação em saúde; acompanhamento medicamentoso; acompanhamento e aconselhamento “multifamiliar”; refeições; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento individual às famílias.

Há que se destacar algumas peculiaridades desse CAPS em especial. Em primeiro lugar o único psiquiatra da unidade é favorável à reforma psiquiátrica, milita neste sentido e mantém junto à equipe uma permanente influência – o poder do psiquiatra junto às equipes em saúde mental é uma constante nos serviços em

¹⁵ Já em seu credenciamento, em 2008, o serviço é credenciado como tipo II – como visto no capítulo anterior as diferenças estariam na quantidade de população a ser atendida e no horário de funcionamento que é mais extenso. Além disso, a remuneração pelo SUS também é mais elevada.

¹⁶ Conforme um profissional do CAPS (informação verbal) o termo é usado para ilustrar o fato de que, sob a égide do manicômio há intensa rapidez entre a saída da instituição e o retorno do paciente para o mesmo lugar.

saúde mental, a diferença neste caso é que esse exercício se dê no sentido inverso ao majoritário: em função de desmanicomialização. Também a coordenação se põe na posição de atender os pressupostos que viabilizam a reforma principalmente os que passam pelas vias do instituído pelo Estado. Esse CAPS passa, inclusive, por supervisão de equipe mensal há mais de um ano, em linha cujo eixo é o esquizodrama, prática que remete ao teórico radicado no Brasil, Gregório Barremlit, que por sua vez busca suas referências em Gilles Deleuze e Felix Guatarri. Portanto há neste CAPS uma intencionalidade para viabilização de projetos que caminhem no sentido proposto pela reforma psiquiátrica. Esta observação é feita principalmente por ser comum encontrar locados nos serviços substitutivos ao manicômio, trabalhadores contrários à nova assistência, ou que simplesmente tentam ajustar o modo operacional asilar aos novos serviços, e às novas determinações ministeriais.

6 SOBRE O MÉTODO

Uma vez que se tenha encontrado a si mesmo, é preciso saber, de tempo em tempo, perder-se -- e depois reencontrar-se: pressuposto que seja um pensador.

*Friedrich Nietzsche
Humano, demasiado humano*

6.1 Alguns recortes

O isolamento das minúcias do poder se torna a base conceitual dos trabalhos da genealogia de Foucault: um método de compreender as práticas sociais a partir de seu próprio interior concentrado fundamentalmente nas relações de poder, saber e corpo na sociedade moderna. O poder -- que sempre estivera presente nas obras foucaultianas ainda que como pano de fundo -- nas obras genealógicas aparece reconceituado e como elemento a ser abordado diretamente.

Para Dreyfus e Rabinow (1995), em Foucault a passagem da arqueologia para a genealogia está na ênfase e atenção àquilo que condiciona, limita e institucionaliza as formações discursivas. Passagem de uma a outra, mas abandono de nenhuma: a arqueologia não é descartada, mas complementa e dá suporte à genealogia. Para os autores, Foucault desviou-se da tentativa de desenvolver uma teoria do discurso, e tomou a genealogia de Nietzsche como ponto de partida para desenvolver um método que lhe permitisse tematizar as relações entre verdade, valores, instituições e práticas sociais. Trata-se da introdução no corpo da obra de Foucault da questão do poder como elemento articulado ao saber e instrumento capaz de explicar a produção deste.

No entanto, como observa Machado (2006) não há em Foucault uma teoria geral do poder. Querendo isto dizer que Foucault não buscará no poder uma natureza, uma essência ou características universais. Ele propõe buscar entender os poderes que se apresentam em determinados contextos, em seu exercício particular, ali onde penetra no detalhe, onde se particulariza. A genealogia de

Foucault não tentará conceituar o poder, mas encontrar modos de entendê-lo em seu exercício, em sua produção, sua efetividade.

Foucault levantou algumas precauções metodológicas para a análise do poder, fundamental para as análises genealógicas, na interface com o Direito no curso 'Soberania e Disciplina' ministrado em 1976, no *College de France*. Na tentativa de entender o método genealógico proposto pelo autor passar-se-á por elas.

A primeira delas fala sobre captar o poder em suas extremidades, onde se torna capilar, e não em suas manifestações regulares e legítimas, onde o poder vem de cima para baixo, do centro para periferia, coincidindo com o Estado ou uma classe. Foucault é contrário às concepções que entendem o poder como Estado ou classe (ainda que a ele se articule de formas variadas) exercendo sobre as individualidades funções repressivas, de dominação de coerção e violência. Não há, em sua obra, a negação da articulação entre poder e Estado, mas esta relação não é um *a priori*. Como exemplo, pode-se citar "História da Loucura na Idade Clássica" (FOUCAULT, 1978), onde o autor relaciona o aparecimento do Hospital Geral e a grande internação dos desatinados, às mudanças sociais operadas na idade clássica, e mais tarde, o esvaziamento do Hospital Geral e o nascimento do manicômio com as mudanças operadas pela Revolução Industrial (como visto no capítulo dois deste trabalho); no entanto não faz disto uma regra de método. O autor procura analisar primeiro as microrrelações, fazendo depois as análises em que revela as relações destas com as superestruturas.

O poder para Foucault não é algo, não é uma coisa, uma mercadoria, que se detenha ou se possua, nem tampouco um lugar de onde se exerça. O poder é um exercício, se exerce, se efetua.

Ele não se exerce do alto para baixo, e do centro para a periferia como uma pirâmide: ele está nas microrrelações, e têm história, tecnologia e funcionamento próprio em função destes elementos. O poder está disseminado pela malha social assumindo formas locais e concretas: é capilar. Por isso a preocupação metodológica de seguir o poder onde ele se efetua, nas extremidades, nas suas formas locais, no minúsculo.

Como segunda precaução metodológica, Foucault diz:

[...] ao invés de perguntar como o soberano aparece no topo, tentar saber como foram constituídos, pouco a pouco, progressivamente, realmente e materialmente os súditos, a partir da multiplicidade de corpos, das forças, das energias, das matérias, dos desejos, dos pensamentos, etc. [...] (FOUCAULT, 2006c, p.182).

Deve-se entender os modos de objetivação do sujeito e não o modo de apropriação do poder. Melhor dizendo, o sujeito, seja ele individual ou coletivo, não existe, ele é engendrado por relações de poder e saber. O sujeito emerge nas constituições de campos de força. Ele é imerso em campos de força mas não preexiste à formação destes.

O genealogista não pretende descobrir entidades substanciais (sujeitos, virtudes, forças) nem revelar suas relações com outras entidades deste tipo. Ele estuda o surgimento de um campo de batalha que define e esclarece um espaço. Os sujeitos não preexistem para, em seguida, entrarem em combate ou em harmonia. Na genealogia, os sujeitos emergem num campo de batalha e é somente aí que desempenham seus papéis. O mundo não é um jogo que apenas mascara uma realidade mais verdadeira existente por trás das cenas. Ele é tal qual aparece. Esta é a profundidade da visão genealógica. (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 122).

O poder funciona como malha onde os indivíduos circulam exercem e sofrem a ação dos poderes.

[...] o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles [...] O indivíduo não é o outro do poder: é um de seus primeiros efeitos. [...] O indivíduo é um efeito do poder e simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, é seu centro de transmissão. O poder passa através do indivíduo que ele constitui. [...] (FOUCAULT, 2006c, p. 183).

O poder engendra individualidades, isto é, os indivíduos não são somente objetos de seu exercício, mas também fazem parte de sua transmissão e são um efeito do próprio poder. O poder passa pelo indivíduo que ele mesmo constitui. Na perspectiva genealógica (FOUCAULT, 2006c) o corpo é a superfície de inscrição dos acontecimentos, e a genealogia se propõe a mostrar o corpo marcado de história, e a história se abatendo sobre o corpo. É assim que pode-se citar como exemplo dessa individuação os mecanismos de poder e saber que, relacionando-se

à loucura desde o século XVIII, engendraram a individualidade do doente mental, e a fixaram em uma identidade.

Para Foucault a análise do poder não deve ser jurídica, mas ultrapassar o conceito de lei, de repressão e de violência. Deve-se superar as análises onde o que está em questão é o legítimo, a posse ou a concessão de poder. O poder não diz apenas não, e castiga: ele não é apenas uma ação negativa. Ele exclui, reprime, oprime, subjuga, mas também possui uma estratégia produtiva: o poder produz verdades e estas criam novos domínios de poder.

Poder e saber se implicam mutuamente. Em Foucault é difícil separar uma noção da outra. Toda sociedade tem sua política geral de verdade onde acolhe e faz funcionar determinados discursos como verdadeiros. Toda relação de poder constitui um campo de saber, e todo saber constitui novas relações de poder: a verdade não existe fora do poder ou sem poder. Ambos se implicam mutuamente em perpetua relação.

Outra precaução metodológica relacionada por Foucault é a rejeição das análises que usam do conceito de ideologia. Foucault não distingue ciência e ideologia. Segundo Machado (2006) a intenção é de superar a distinção que torna a ciência um saber superior e a ideologia um saber falsificado; obscurecido; perturbado pelas relações de poder (aí entendido como Estado ou classe). Para Foucault o saber sempre se relaciona com o poder. Os saberes são formulados a partir de condições de possibilidades relacionadas aos poderes em exercício. Todo saber é político, não porque cai nas malhas do Estado que se serve dele, mas porque sua gênese está nas relações de poder.

A interpretação, para o genealogista, não é o desvelamento de um significado profundo, escondido, mas a violenta apropriação de um sistema de regras a impor-lhe uma direção. Tudo já é interpretação e a genealogia se propõe a contar a história destas interpretações. Ele não quer escrever a história verdadeira porque entende que toda leitura é sempre provisória.

Tendo em vista que o poder é sempre uma relação de forças, ele deve ser analisado em termos de luta e submissão. Onde há poder há resistência. As lutas contra o poder não são feitas de fora, do exterior, mas a partir da própria relação, da própria rede. Não há de um lado os que têm poder e de outro aqueles sobre os quais ele se abate.

Opondo-se aos hinos do progresso e das finalidades históricas, o genealogista escreve a história efetiva que se contrapõe à supra-história cuja pretensão é a de “totalizar a história, traçar seu desenvolvimento interno, reconhecer-nos no passado, oferecer a segurança de um final em direção ao qual a história se move.” (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 123). Conforme Foucault (2006c, p. 27). A história efetiva coloca tudo em movimento histórico onde não há nenhuma constante. Nela dissolve-se a ilusão de identidade, firmeza e solidez. Ela faz ressurgir o acontecimento naquilo que ele tem de singular; lança seu olhar ao mais próximo não teme olhar para baixo e, acima de tudo, a história efetiva não teme ser um saber perspectivo.

Segundo Foucault (2006c) o genealogista é contrário ao presentismo, isto é, contra o modo de fazer história onde o estudioso faz a história do passado de acordo com o presente. Também é contrário ao finalismo onde se busca a semente do presente no passado remoto. A genealogia se propõe a fazer a história do presente, iniciando com o diagnóstico da situação atual, onde localiza as manifestações agudas das tecnologias de poder, para ver como surgiu, tomou forma e ganhou importância. Isolando os componentes centrais da tecnologia política de hoje, traçando-os no tempo, para trás.

O genealogista se insurge contra a busca da origem. “O que se encontra no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada da origem – é a discórdia entre as coisas, é o disparate.” (FOUCAULT, 2006c, p. 18). Citando Nietzsche, o autor (2006c) se propõe a romper com a pesquisa das origens porque em torno delas há sempre os postulados de segredo essencial, de perfeição, de alta origem e de verdade. O princípio das coisas não encerra nenhum segredo essencial mas a condição de ser sem essência; a essência da coisa foi construída pouco a pouco por elementos que lhe são absolutamente exteriores. Não há essência a ser buscada, mas os rituais que a constituíram.

Deve-se rir da alta origem porque o começo histórico é sempre baixo, no sentido de derrisório e irônico; e ver que atrás da verdade há sempre a proliferação dos erros. Segundo Foucault (2006c) o genealogista destrói a primazia das origens, do progresso e das verdades imutáveis para ver campos de força que se abrem no jogo histórico, para ver a emergência de campos estruturais de conflitos. No lugar das origens a genealogia busca antes a emergência e a providência.

A emergência seria o ponto de surgimento a partir de um determinado jogo de forças, onde deve-se mostrar seu combate, suas intensidades, seu arrefecimento ou intensificação no enfrentamento das adversidades. É a entrada em cena das forças, onde ninguém, nenhum sujeito, pode ser responsável (como na busca das origens) porque ela surge no interstício.

A proveniência descobre as marcas diversas que se cruzam em uma formação, demarcam os acidentes, os desvios, as falhas. Onde a busca da origem mostra a verdade e o ser, a proveniência mostra a exterioridade dos acidentes. Ela mostra a heterogeneidade do que se imaginava em conformidade consigo mesmo. A proveniência diz respeito ao corpo por ser lugar de inscrição dos acontecimentos: ela mostra o corpo marcado, constituído pelas forças.

Assim, com relação ao trabalho que aqui se desenvolve, não se trata de partir da instituição do CAPS II em seus dados, se funcionamento, seus arranjos, e encontrar sua lógica interna, sua organização. Segundo Foucault (2008b, p.157), deve-se descentrar-se em relação à problemática da instituição, passar para o exterior da instituição, mostrando de que modo a instituição só pode ser compreendida a partir de algo externo e mais geral, na medida em que sua ordem se articula a um projeto mais geral. O autor propõe passar para o exterior de três maneiras. Primeiramente passar por fora da instituição para substituí-la pelo ponto de vista mais global da tecnologia de poder – sair da análise da filiação para a análise genealógica. Em segundo lugar substituir o ponto de vista interno da função pelo ponto de vista externo das estratégias e táticas onde se perceberia que a história da instituição não é a sucessão de sucessos e fracassos, mas está inscrita em estratégias mais gerais que se apoiariam também nos déficits defeitos, fracassos. O CAPS II -- ou a reforma psiquiátrica de um modo geral -- não deve ser pensado a partir da função que se propõe, mas entendendo que seus déficits fazem parte da tecnologia que põe em funcionamento. Em terceiro lugar recusa-se a tomar um objeto já pronto. Recusa-se a querer medir as instituições, as práticas e os saberes com o metro e a norma já dado.

O CAPS não deve ser lido a partir dos saberes que nele se inscrevem, isto é não deve ser lido a partir de teorias psicopatológicas, psicológicas ou de teorias que sustentam sua existência enquanto prática. É necessário passar por trás da instituição para se chegar à economia geral de poder.

Os documentos foram tomados como produto da gênese de discursos e frutos de lutas pelo estatuto de verdade: verdade do corpo objetivado da doença mental.

6.2 Fontes de informação

Com o objetivo de pensar sobre a Reforma Psiquiátrica, tomou-se como universo desta pesquisa as práticas discursivas inscritas no Centro de Atenção Psicossocial CAPS II Jesus Souza e Silva, de Frutal, MG. A pesquisa segundo as fontes de informação e os procedimentos de coleta se define prioritariamente como documental. A coleta de dados se deu em torno dos registros produzidos neste serviço, ou a respeito dele, obedecendo a uma abordagem predominantemente qualitativa hermenêutica.

Foram feitas três visitas ao CAPS II de Frutal, onde o pesquisador permaneceu por volta de quatro horas aproximadamente, em cada uma delas. Nelas o pesquisador teve acesso aos seguintes documentos: livro de atas das reuniões, livro de atas das assembleias gerais, livro de ocorrências, pasta de artigos de jornais com matérias sobre o CAPS II – Frutal, o projeto de implantação do CAPS II (PREFEITURA MUNICIPAL DE FRUTAL, 2007) e os prontuários dos pacientes.

As atas das reuniões de equipe vistas e analisadas foram as dos dias 06/05/2009, 22/07/2009, 29/07/2009, 05/08/2009, 02/09/2009, 30/09/2009, 09/12/2009, 20/01/2010, 27/01/2010, 03/02/2010, 10/02/2010, 17/02/2010, 11/03/2010, 18/03/2010, 25/03/2010, 01/04/2010, 08/04/2010, 15/04/2010, 15/04/2010 (à tarde), 22/04/2010, 06/05/2010, 20/05/2010, 27/05/2010, 10/06/2010, 17/06/2010.

Foram pesquisadas as assembleias gerais (pacientes e profissionais) dos dias: 10/03/08, 12/03/08, 17/03/08, 24/03/08, 28/03/08, 05/04/08, 14/04/08, 22/04/08, 26/05/08, 16/06/08, 24/09/2008, 08/10/2008, 22/10/2008, 08/04/2009, 09/09/2009, 08/10/2009, 15/10/2009, 12/11/2009, 14/01/2010, 21/01/2010, 28/01/2010, 04/03/2010, 11/03/2010, 18/03/2010, 25/03/2010, 15/04/2010, 20/05/2010, 27/05/2010, 10/06/2010, 17/06/2010, e uma cuja data não foi mencionada.

No livro de ocorrências foram encontrados registros dos dias 08/05/2009, 11/05/2009, 12/05/2009, 13/05/2009, 14/05/2009, 18/05/2009, 25/05/2009, 30/06/2009. Posteriormente este registro se interrompe.

Em meio a esses documentos também foram encontrados registros de duas capacitações nos dias 01/07/09 e 29/04/2010.

Note-se que não há um único e sequencial livro de atas de reunião de equipe, nem de atas de assembléias dos pacientes. Estas anotações por vezes se interrompem ou estão inscritas em cadernos de anotações administrativas. Tampouco seguem as regras a que se aplicam à confecção de uma ata. Deve se levar em consideração a possibilidade de haver outros livros nas quais constem atas das reuniões de equipe, das assembléias dos pacientes ou mesmo outro livro de ocorrências. No entanto, para fins desta pesquisa, entendeu-se estar com quantidade suficiente de documentos para análise.

Estes documentos foram fotografados com a autorização da coordenadora do CAPS para posterior análise. Já os prontuários foram vistos no local. Do total de 197 prontuários ativos, foram analisados 16: destes 6 estavam qualificados como intensivos, 5 como semi-intensivos e 5 como não-intensivos. Somente foram vistos prontuários de pacientes em atendimento, isto porque os prontuários de pacientes que recebem alta seguem com o paciente ao lugar para onde foi encaminhado (provavelmente a unidade básica de saúde mais próxima à sua residência), não permanecendo na unidade. Deve-se observar que houve ao longo da coleta de dados uma diminuição do número de prontuários a serem analisados e tomados como fonte de informação – pensava-se a princípio em 20% do total, mas só se analisou 8% por ter-se entendido que este tipo de documentação sofria de uma aridez, que provavelmente não responderia as questões desta pesquisa, a não ser quando questionadas as ausências e lacunas ali inscritas.

Também foram tomadas como fonte de dados matérias referentes ao CAPS II em jornais da cidade, matérias sobre o CAPS II na página do site oficial da prefeitura de Frutal, e o projeto de implantação do CAPS II.

Em todo caso, deve-se dizer que se tomou como possibilidade de consulta tudo que se relaciona com o objetivo desta pesquisa, isto é, tudo o que este pesquisador encontrou ao longo dessas visitas desde os documentos descritos às conversas informais com os profissionais, passando pelas impressões, arquitetura, encontros etc.

A partir de uma abordagem foucaultiana, a pesquisa visou destacar os discursos que pudessem responder sobre a emergência do CAPS, isto é, os saberes e os poderes que deram condições de possibilidades para sua implantação, e sobre as tecnologias de poder e os saberes engendrados pelas práticas ali instaladas.

Não se tratou de juntar informações, o mais possível, mas de definir, em conformidade com a genealogia de Foucault uma posição estratégica para deixar que cheguem ao pesquisador os sentidos, as forças e os domínios de saber que circulam e definem as práticas e os corpos em questão. Também não se buscou verificar a cientificidade ou não da psiquiatria ou outras especialidades que tomam o corpo louco como objeto de suas práticas, tampouco se procurou a verdade por trás da instituição CAPS II, ou por trás da reforma psiquiátrica que o propõe.

Buscou-se definir uma posição estratégica junto aos arquivos na tentativa de encontrar elementos para responder às questões apontadas pelos objetivos deste estudo: Que tecnologias fizeram emergir e põem em funcionamento o CAPS? Que saberes circunscrevem o corpo do doente mental junto às novas políticas de atenção em saúde mental? Quais as práticas que operam neste cenário e os discursos que lhes dão sustentação? São práticas que inscrevem esse corpo em outro universo, diferente do código que sustentou três séculos de exclusão? Ou operam uma expansão para além dos hospitais no sentido de maior abrangência nos processos de normatização, e não no de ruptura com o código instituído?

6.3 Apresentação dos resultados

Conforme o site oficial da prefeitura de Frutal ao apresentar o CAPS à população:

O Centro hoje atende usuários, portadores de sofrimento mental, funcionando de segunda a sexta feira, de 07:00 às 17:00, sendo que durante esse horário são alimentados e atendidas em todas suas necessidades básicas.

A rotina do trabalho inicia diariamente com a condução dos pacientes de seus domicílios, por um veículo da prefeitura até o Centro,

amparando assim as necessidades dos familiares que precisam sair para seus trabalhos.

São recepcionados, medicados e em seguida de acordo com um plano de cuidados são atendidos pela equipe multidisciplinar composta por psiquiatra, enfermeiro, psicóloga, terapeuta ocupacional, técnicos de enfermagem e farmacêutico.

Ao término das atividades são conduzidos novamente aos domicílios, deixando o Centro medicado de acordo com a devida prescrição médica. Essa rotina estabelece uma maior probabilidade de sucesso no tratamento, visto que, as dosagens e horários pré-estabelecidos. Uma das importantes atividades do Centro é a reinserção na sociedade dessas pessoas, sendo realizados oficinas terapêuticas direcionadas e voltadas à minimização da dependência de outras pessoas, por exemplo a própria refeição, a compra de determinado produto num comércio.

Entre tantas outras coisas, o município reduziu a praticamente zero as internações de portadores de doenças psiquiátricas. (PREFEITURA MUNICIPAL DE FRUTAL, 2010, online).

Deste enunciado algumas observações. Logo no início destaca-se que o “portador de sofrimento mental” é conduzido a um lugar onde será alimentado e atendido em todas as necessidades básicas. Não mais a internação em hospícios, mas sua condução diária a esse outro lugar. Não mais o espaço fechado do asilo, mas ainda um espaço -- ou um circuito social -- que impede ao “portador de sofrimento mental” tornar-se estorvo ao processo produtivo, “amparando as necessidades dos familiares que precisam sair para seus trabalhos” (PREFEITURA MUNICIPAL DE FRUTAL, 2010, online). Ao final da jornada de trabalho do familiar/es, ele será novamente conduzido ao seu lar devidamente medicado. O destaque é para um cuidado -- ao sofredor -- que se exerce pelo Estado na extensão exata da duração do expediente do trabalhador. E junto à família nenhuma ocorrência é esperada porque o sofredor encontra-se medicado. O corpo louco é apresentado como item de desordem urbana, e os novos serviços compostos de múltiplos especialistas se põem a balizar e administrar um circuito onde se inscreve o corpo louco. Circuito específico onde tudo passa a ter conotações terapêuticas, inclusive as refeições.

A condição da ressocialização quando colocada é associada à diminuição da dependência de outras pessoas. Trata-se, de qualquer modo, de propagandear a condição do serviço oferecido pela prefeitura de minimizar os encargos familiares relacionados à loucura.

O poder público mostra-se, neste texto, como criador ou gerenciador de serviços eficazes, baratos, especializados, diferentemente dos questionáveis

manicômios. O que está posto não é o rompimento de uma relação de dominação imposta à loucura, mas a necessidade da prevalência de serviços mais eficientes e, fundamentalmente, extra-hospitalares. Na falência da verdade manicomial, uma nova verdade vai se instituindo: não mais a verdade da exclusão, mas uma verdade relacionada à manutenção do homem na malha social; não mais uma assistência misericordiosa, mas um sujeito em sofrimento com direito à assistência do Estado e amparados por especialistas que minimizam seu sofrimento e o da família.

Referindo-se à implantação da atenção psicossocial nos Programas de Saúde da Família, que deveriam ser “matriciados” pelo CAPS, uma vereadora diz:

“Muitas vezes, temos um cidadão ou cidadã atendido, diariamente, semanalmente, sempre com os mesmos problemas. Isso causa um estresse em todos os envolvidos e não resolve o problema daquela pessoa, que sofre e faz sofrer aos seus. A solução estaria em um atendimento psicossocial, ou seja, às vezes a pessoa sofre de hipertensão causada por um estresse emocional que pode ser detectado por um psiquiatra ou alguém treinado para esse tipo de diagnóstico”.

Na opinião de [... a vereadora], com o treinamento dos envolvidos da rede pública, poder-se-ia eliminar custos altíssimos em medicamentos, deslocamentos para outros centros e transtornos familiares com a simples atenção psicossocial. (CAMARA MUNICIPAL DE FRUTAL, 2009, online).

Nesta fala novamente é apresentado o corpo que sofre e faz sofrer às pessoas próximas, mas aqui referido à condição de cidadão. A vereadora fala em atendimento psicossocial e apresenta a idéia como uma extensão dos atendimentos especializados junto à rede básica de saúde para a rápida detecção e diagnóstico. As razões da extensão destas ações -- psiquiátricas ou psicossociais -- estariam ligadas à maior economia, mais eficiência dos serviços oferecidos e a consequente diminuição dos transtornos aos familiares. São apresentadas as práticas de inscrição da psiquiatria junto às unidades básicas de saúde, isto é, a inserção da psiquiatria não mais na centralidade asilar, mas espalhada pelas extremidades mais elementares de atendimento, no corpo a corpo das ações básicas. Esta inserção permite a aproximação da psiquiatria com a medicina junto às ações primárias, condução que lhe possibilita reafirmar uma legitimidade posta em cheque pela reestruturação de suas práticas. “[...] a psiquiatria alia-se à medicina definindo a loucura como enfermidade, resgatando assim uma legitimidade enquanto disciplina médica, o que lhe permite a medicalização da loucura.” (FRANÇA, 1994, p. 99).

Como já observado anteriormente, o modo como as ações psiquiátricas se inscreveram junto à rede básica de saúde em Frutal não foi pela via do matriciamento, isto é pela via da capacitação e supervisão das equipes dos Programas da Saúde da Família pelos especialistas do CAPS, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). A inscrição do psiquiatra se dá pela lógica ambulatorial de atendimentos à população junto aos vários PSFs. Na realidade parece haver certa indistinção entre os Programas de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde, visto que os primeiros estão locados nos segundos. Assim a inscrição do psiquiatra junto ao PSF segue mais a lógica ambulatorial, o que para o psiquiatra do CAPS é uma distorção. Em conversa informal ele adverte que o médico psiquiatra acaba por fazer atendimentos em sistema ambulatorial junto ao território, acarretando aumento da demanda e agendas infundáveis, devido ao acesso facilitado. Além disso, diz o psiquiatra do CAPS, esta seria uma inversão da lógica preconizada pela reforma psiquiátrica que destina ao clínico a condução dos casos mais leves (a partir de capacitações operadas pelos especialistas), e ao psiquiatra os casos de maior complexidade. Para este psiquiatra isto acontece devido ao alto poder contratual dos médicos que determinam não tomar para si as demandas que seriam psiquiátricas; pela falta de compreensão dos gestores da importância das equipes de saúde mental no matriciamento¹⁷; e também pela centralização de poder nas mãos do prefeito dando pouca autonomia aos gestores da saúde.

Na fala deste psiquiatra aparece o universo de confrontação bélica na qual a reforma psiquiátrica vai se desenvolvendo. Trata-se de confrontos políticos, sociais e culturais sem dúvida, mas também de reorganização profissional pelo qual os profissionais inscritos neste universo passam. A falência da organização psiquiátrica em torno do sistema asilar traz à baila uma necessidade de reorganização dos profissionais que se inscrevem junto ao projeto psiquiátrico.

E quando se fala aqui em projeto psiquiátrico não se excetua os outros profissionais que compõem os serviços de assistência em saúde mental. Entende-se que o projeto psiquiátrico incorpora a todos em uma mesma dimensão que, grosso modo é designado de saúde mental. Fala-se então não somente de um corpo profissional, mas de um campo de saber e de poder que estruturou um domínio do

¹⁷ O matriciamento seria a capacitação e supervisão feitas, no caso, pela equipe de saúde mental aos agentes dos PSFs.

qual participam outras disciplinas como a psicologia, o serviço social ou a enfermagem. Guardadas as peculiaridades de cada uma das disciplinas e ainda que referendados por saberes que lhes são específicos, os profissionais da área da saúde mental partem dos mesmos elementos estruturadores do campo psiquiátrico – como, por exemplo, o entendimento da loucura como corpo doente.

A reforma psiquiátrica apontaria para uma reestruturação das práticas e dos saberes que circunscrevem e delimitam essas disciplinas, além do objeto -- o corpo louco -- sobre o qual incide, e fariam surgir resistências internas e externas a esse campo.

Nos jornais da cidade, em artigos relacionados ao CAPS, pode-se ler também a respeito de uma proposta de assistência total, ao corpo louco. Como ressalta o Jornal de Frutal de 18/06/2010, a respeito de uma moradora de rua que agora transita entre dois serviços: “ela é atendida pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mantido pela prefeitura de Frutal. Lá recebe total assistência e à noite vai para a Residência Terapêutica, onde também recebe cuidados especiais.” (CAPS, 2010, p. 3). Quando não está em um serviço está em outro: é o cuidado intensivo e em tempo integral que surge nesta fala. Um circuito de trânsito do corpo louco onde o mesmo é mantido sempre em atividades: “A maior parte do dia, esses pacientes passam no CAPS, onde participam de atividades coletivas como oficinas, artesanato, terapia de grupo e individual. Faz-se presente também durante todo o tratamento, a prescrição adequada de medicação”. (CAPS, 2010, p. 3).

No Projeto de Implantação do CAPS II -- já extensamente comentado no capítulo anterior -- o primeiro objetivo específico apontado é a diminuição das internações psiquiátricas, e a primeira meta é a cobertura assistencial extra-hospitalar para portadores de transtornos psiquiátricos graves. Como segundo tópico dos resultados esperados é posta também a redução do número de internações psiquiátricas. A proposta neste documento seria a oferta de serviços que rompessem com a instituição asilar: é o extra-hospitalar que está em pauta.

Note-se que o projeto fala em reabilitação, reinserção familiar e social, adequação familiar, mas não fala em nenhum momento em cura, ao modo como a psiquiatria se dispôs a fazê-lo nestes dois séculos de assistência asilar. Pode-se pensar que o que se coloca a partir das instituições administrativas é a pauta de um acordo onde caberia à família, ou à comunidade, a responsabilidade do corpo louco com a contrapartida poder público da integralidade da assistência.

Com relação às atas de assembléias (por vezes designadas de assembléias gerais), foram analisadas as atas dos dias 10/03/08, 12/03/08, 17/03/08, 24/03/08, 28/03/08, 05/04/08, 14/04/08, 22/04/08, 26/05/08, 16/06/08, 24/09/2008, 08/10/2008, 22/10/2008, 08/04/2009, 09/09/2009, 08/10/2009, 15/10/2009, 12/11/2009, 14/01/2010, 21/01/2010, 28/01/2010, 04/03/2010, 11/03/2010, 18/03/2010, 25/03/2010, 15/04/2010, 20/05/2010, 27/05/2010, 10/06/2010, 17/06/2010. Observe-se que – excetuando-se uma página de anotações entre o dia 26/05/2008 e 16/06/2008, cuja foto retirada pelo pesquisador não ficou boa para leitura -- trata-se da sequência em que foram encontradas em um único livro. Dito isto, percebe-se que as anotações não são contínuas, mas as assembléias parecem ocorrer regularmente, o que é descontínuo é sua anotação em ata. Poder-se-ia levantar a possibilidade de que as atas são feitas, mas em livros variados e que o pesquisador teve acesso somente a um livro. Também os outros livros, como o da reunião de equipe, ou o livro de ocorrências são inconstantes da mesma maneira. Questionado a respeito, os profissionais objetam (informações verbais) que o registro é pouco valorizado para o predomínio de uma vivência mais intensa com o paciente. Mas deve-se levar em consideração a dificuldade fazer registros oficiais de práticas que ainda são titubeantes.

Para Castel (1987) a popularização da temática antipsiquiátrica abalou primeiramente o segredo institucional que sempre teria acompanhado a psiquiatria. Havia um consenso em torno da insuspeitável figura do médico, um certo crédito moral, que fora abalado com a antipsiquiatria: passa-se a partir de então a temer o olhar crítico do exterior que pode lhe questionar, e nasce um cuidado extremado com as disposições regulamentares.

De qualquer modo a displicência ou a pouca importância de que as assembléias sejam oficializadas em documentos é evidente.

De acordo com o Ministério da Saúde

[...] a Assembléia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido. (BRASIL, 2004, p. 17).

Para Camargo cabe à assembléia

[...] incluir os pacientes na gestão do cotidiano institucional, oferecendo espaço para que possam co-responsabilizar-se pela administração do espaço que utilizam e pelo tratamento que recebem. Essa estratégia visa a uma maior horizontalização das relações de poder dentro do tratamento, um dos objetivos do processo de reabilitação psicossocial. Caracteriza-se idealmente, como um espaço de exercício e resgate da cidadania. (CAMARGO, 2004, p. 111).

A assembléia seria um artifício com a finalidade de horizontalização de poder e a possibilidade de cogestão no cotidiano institucional. Dispositivo para efetiva implementação de ações para o “resgate da cidadania”.

Uma ressalva se faz necessária à compreensão da análise das assembléias a seguir. Não é intenção de esta pesquisa pensar a concordância ou não das práticas efetivas com o discurso oficial. A intenção na realidade é entender se as práticas que operam neste cenário e os discursos que lhes dão sustentação operam uma ruptura na relação da razão com a loucura (ou doença mental), hegemônica nos últimos três séculos.

Foram vistas trinta assembléias. Não há registro do número de pacientes que participam destas reuniões, mas sim dos profissionais, e esse número é bastante variado: varia de um na assembléia de 2/05/2008, a dez profissionais em 25/03/2010. Objetar-se-ia de que se trata de assembléias gerais e por isso foi-se, com o tempo, requisitando o comparecimento de todos os profissionais na mesma. Sem dúvida parece que houve o incentivo crescente para maior participação dos profissionais. Mas o que chama a atenção é o fato de que somente os profissionais são colocados na condição de dirigentes ou de coordenadores das referidas assembléias, e estas podem ter até cinco dirigentes do quadro profissional como acontece na assembléia de 12/11/09. Os nomes dos usuários são referidos para referendar alguma fala ou para destacar sua responsabilidade em uma determinada tarefa, mas a presença dos profissionais que participaram sempre se faz constar, e quando há assinatura somente os profissionais o fazem. Este fato se choca claramente com a idéia de espaço democrático para decisões a respeito do cotidiano institucional.

O conteúdo das assembléias também se choca com a idéia de horizontalização das relações ou de cogestão nos assuntos relativos ao andamento da instituição. Consta da ata da assembléia de 12/11/2009¹⁸ :

[...], nossa enfermeira, começa a Assembléia dizendo que é o espaço deles, a hora deles.

[...] fala sobre o lugar de fumar, que não é certo fumar dentro de sala ou e na cozinha para fumar ou descansar. O quarto de observação não é quarto de descanso, e sim para observar pacientes que necessitam de leito. Tem pessoas pedindo dinheiro para comprar cigarro e isso não pode acontecer.

Usuários que ficam até 11 horas, não vai almoçar no Caps. [...] pede a colaboração de todos para que ao pegarem a medicação, conferirem por que é muita medicação para separar e para não ter nenhum tipo de transtorno é para conferir. Ficou firmado que a partir desta assembléia, [...] estará supervisionando a sala de colchonetes, todos levantarão as 13:30 e levarão seus colchonetes. [...] pede Armário para colocar seus pertences. [...] fala que os usuários tem suas folgas estabelecidas e a vinda ao Caps na folga, ou a troca sem justificativa, não será aceita. [...] ainda fala sobre comportamento inadequado dentro do Caps, que também não será aceito (Brigas). (CAPS II, 2008/2010).

Nas assembléias os assuntos que frequentam a pauta são as questões da ordem institucional. Alguns temas são mais assíduos: primeiro sobre as refeições: que todos estejam sentados ao servir o almoço; que respeitem os horários para almoço e lanche; que limitem a quantidade de pão; que permaneçam à mesa durante o café; que podem comer de garfo e faca; que devem suspender o uso de garfo e faca; que evitem tumulto na hora do lanche; que evitem o desperdício de comida.

Segundo tema, a higiene: medidas para diminuir a imundice do banheiro das mulheres; a manutenção da limpeza do pátio; sobre as escovas de dente (onde guardar/ trazer de casa); a limpeza do jardim que deve ser realizada por quem não gosta de frequentar as oficinas; sobre jogar bitucas no chão; sobre lugar de fumar; sobre a responsabilidade da guarda dos colchonetes após o uso.

Um terceiro tema é o dos conflitos nas relações como: impasses entre funcionários e usuários (conflitos principalmente com os funcionários da cozinha e o motorista); impasses entre usuários; disputa por cadeiras de descanso; discussão da punição para eventuais agressores.

¹⁸ Suprimidos os nomes em questão.

Em uma quarta categoria estariam agrupadas as solicitações dos pacientes: pedidos dirigidos aos profissionais; pedidos mudança de cardápio; pedidos para realização deste ou aquele evento ou passeio; solicitações para atrasar a chegada; solicitações de folga do CAPS; pela presença dos familiares; etc.

Como uma ultima categoria de tema – cujo aparecimento é raro, mas foi entendido aqui como relevante –, encontra-se elementos de um incentivo de participação política principalmente nos órgãos que determinam a assistência em saúde mental junto ao SUS : como a busca de uma representatividade junto às conferências de saúde mental ou discussão do movimento antimanicomial.

Os dois primeiros grandes temas relacionam-se ao interesse da instituição e seu governo sobre uma grande quantidade de pessoas. As refeições têm sua importância em um quadro assistencial, onde os usuários devem ser “alimentados e atendidos em todas suas necessidades básicas” (PREFEITURA MUNICIPAL DE FRUTAL, online). Ao lado da distribuição diária de medicação, a alimentação é o artifício que atrai para o serviço uma população que historicamente se relaciona a miséria, e a mantém atada ao desenrolar de um cotidiano e ao cumprimento de atividades. Em assembléia geral de 17/03/2010:

A usuária [...] coloca sua necessidade de ter que chegar ao CAPS mais tarde para poder ficar mais tempo com sua filha. Os demais usuários concordam, desde que ela tome o café da manhã em casa para não atrasar o serviço da cozinha. Foi pedido que [a solicitante] chegue pelo menos até 8:45. Hora da medicação (CAPS II, 2010)

As discussões sobre a higiene também se relacionam ao andamento da instituição. Na realidade não são discussões e sim requisições onde, através da necessidade de higiene se processa uma pedagogia, relacionada à ordem institucional.

Na assembléia de 29/07/09 tem-se em forma de tópicos:

- Paredes sujas – foi feita uma reflexão a respeito de como fazer para não sujar.
- Cadeiras – enquanto não guardar não toma remédio
- Copos – cada um trazer o seu copo para não usar o do outro. (CAPS II, 2009).

Quando surgem os temas dos impasses pessoais, e das solicitações é o momento em que o usuário tem voz, para reclamar ou para solicitar. Neste momento

a assembléia pode se converter em fórum das demandas dos pacientes onde os pacientes são chamados a administrar seus conflitos. Como acontece na assembléia de 10/03/08, quando determinada paciente não comeu o lanche porque entendia que este estava envenenado, mas que mais tarde resolveu pedi-lo. São os pacientes em assembléia que decidem que ela tenha o lanche apenas desta vez; ou na assembléia de 04/03/2010, onde os pacientes decidem que na disputa de cadeiras, quem sai do lugar perde o assento. No entanto dependendo da condução da assembléia, essas demandas podem desembocar em pedagogias ordenadoras de modos de conduta ou ordenadoras da instituição.

A incoerência discursiva do fragmento a seguir (retirado de ata de assembléia sem datação) mostra a dificuldade de se pretender um espaço democrático de incitação ao protagonismo social, que ao mesmo tempo deva ser espaço de pedagógico para um corpo tutelado: espaço de participação para ascensão à autonomia, no limite preciso que a instituição que dele cuida possa permitir, ao mesmo tempo em que espaço para uma aprendizagem do mais elementar comportamento relacional.

A assembléia é um espaço democrático e não um espaço de lavagem de roupa e nem lugar de palestra. Temos que estimulá-los ao pensamento e autonomia e não anulação de seus pensamentos e idéias mesmo que sejam repetitivas, aos poucos eles assimilam seus lugares dentro da assembléia e assim ampliamos pensamentos/attitudes e cidadania.(CAPS II).

Como se vê, estes espaços estão longe de se tornarem lugar onde o homem louco pode expressar-se em estado de igualdade e reciprocidade, na defesa de idéias que podem ganhar aliados e transformar-se em ação.

Há ainda, dependendo da condução do dirigente, essa ultima categoria de tema que é a da participação política buscada junto aos usuários (pontualmente nas atas de assembléias dos dias 18/03/2010, 15/04/2010, 29/04/2010 e 06/05/2010). São tentativas de tornar o louco protagonista da história de reforma que se desenrola -- legitimando esse percurso. Tentativas dos profissionais com a finalidade de buscar acionar uma voz que por longo tempo fora calada. "Desde sua formulação originária, o tempo histórico impõe silêncio a alguma coisa que não podemos mais apreender depois senão sob as espécies do vazio, do vão do nada." (FOUCAULT, 2006d, p. 156) Inversão? A loucura agora deve falar? Mas deve-se entender que o

que é solicitado a falar é ditado pelas instituições que dela cuidam. O modo como se desenrola essa pedagogia intitulada de assembléia, induz ao entendimento de que as pautas dos usuários para sua participação nas conferências de saúde mental são pautas induzidas pelos profissionais.

O protagonismo dos usuários aparece no discurso da reforma psiquiátrica como que atestando uma nova era, que teria definitivamente rompido com as práticas excludentes. Mas as novas práticas ainda se processam abrigadas nas sombras do manicômio. No vazio de obra que, conforme Foucault, se tornou a loucura, os saberes pós reforma colocam suas palavras e dizem: - “Devolvemos a voz à loucura. Vejam o que ela diz: diz vivas à reforma!”

Mudança de tecnologia: o que era calado agora é solicitado a confessar? O que deve ser confessado não é a mais íntima e recôndita falta. O que é solicitado a falar é a glorificação da nova configuração psiquiátrica. Na assembléia de 09/09/2009 a psicóloga “[...] pediu a ajuda e a colaboração dos usuários para participarem das oficinas, colaborando com o tratamento deles e com os profissionais. Não deixar que falem mal do serviço do CAPS, que temos que vestir a camisa.” (CAPS II, 2009). Se na psiquiatria asilar a mudez do paciente atestava a eficiência psiquiátrica, agora o louco é instado a falar legitimando os novos serviços, e a nova psiquiatria.

Sobre os prontuários, estes são organizados em ordem alfabética de acordo com os nomes dos usuários, não havendo numeração. São divididos em três categorias: não-intensivos (comparecimento mensal), semi-intensivos (atendimento quinzenal ou semanal) e intensivos (comparecimento diário), e como já dito anteriormente, não há arquivo das altas porque os prontuários são remetidos ao serviço para o qual o paciente foi encaminhado. O total de prontuários ativos no fechamento do mês de agosto de 2010, foi de 197, e destes foram analisados 16.

Nestes documentos são feitas poucas observações. Em sua maioria os extensos calhamaços de folhas, se repetem indefinidamente sobre o mesmo tema que na maior parte das vezes diz respeito à medicação, sua prescrição, sua liberação na farmácia, e as possíveis dificuldades de sua administração, seja pelo paciente ou pela família. Mostram a monotonia de quadros que não mudam, “calmo, orientado, sem alteração de quadro...”, ao longo de várias folhas. Ou a descrição pormenorizada da medicação dispensada.

Há que se fazer a consideração de que os prontuários são escritos pela equipe em sua própria defesa, isto é, as anotações têm menos o sentido de informar a outro profissional sobre o andamento do tratamento de tal ou qual paciente -- até por que isto acontece no face a face entre os profissionais, principalmente nas reuniões de equipe quando se faz os estudos de casos --, e mais o sentido de resguardo do profissional em face de uma inspeção. Assim o prontuário se mostra como instrumento que se presta mais a esconder que a revelar -- do mesmo modo que o livro de ocorrências analisado, onde foram encontrados negativas dos pacientes ou da família em proceder de determinada maneira, situações de agressões, comunicados de tentativas de suicídio, descritas para preservar e resguardar a instituição e os profissionais.

Nos prontuários há uma prevalência de dados médicos e farmacêuticos remetendo à preponderância do sentido médico/farmacológico que deve ser dado às ações no serviço, e à percepção do sujeito que é objeto dessas práticas como corpo doente, ainda que esta percepção não tenha um sentido estritamente orgânico, isto é, ainda que remeta a uma etiologia que também considera o social ou o psicológico: é ainda o corpo doente que é assinalado. Nas leituras dos prontuários o que aparece é o corpo do doente, da minoridade social, da tutela. Mas com uma diferença: O delírio não é visto como algo a ser extinto. As anotações do psiquiatra mostram que o paciente pode estar bem, ainda que com delírio (mas isso ainda não significa 'alta apesar de delírio'). Não há a intenção premente de remissão desse sintoma. Ao consultá-lo sobre esta impressão, o psiquiatra respondeu (Informação verbal) que sem dúvida o delírio não é visto como algo negativo que tem que ser extinto. E que o que importa é saber se o paciente está bem orientado, se suas condições gerais são boas.

Outra ausência aqui se destaca. Um elemento que não foi encontrado, ou quando presente é em situação circunstancial, é a condição de periculosidade. No entanto deve-se levar em consideração que o CAPS II - Frutal não recebe os pacientes em crise. O destino de pacientes em crise são os leitos do hospital comum e somente depois eles são encaminhados ao CAPS II. A periculosidade não estaria em questão por ser a crise aguda desviada para outro lugar onde o perigo seria dirimido ou contido por meio de fármacos.

Quando encontrados nos documentos elementos relativos à agressão eles são acompanhados de punição como advertências ou expulsões previamente

definida pela instituição (fica a dúvida a respeito da efetiva participação dos usuários nestas decisões). Como na assembléia sem datação: “Aconteceram fatos durante esta semana: e quando falamos em agressão todos acharam que o melhor é a expulsão e sair sem avisar suspensão de uma semana.” Na reunião de equipe de 22/07/2009, ao se falar de uma agressão cometida por uma paciente, o médico “[...] diante da equipe decide que a usuária irá para atendimento no ambulatório. PSF. No momento da crise volta para o CAPS.” (CAPS II, 2009). A agressividade é elemento para discussão também entre os usuários como na assembléia de 25/03/2010 onde se discute a respeito da suspensão do uso de facas durante o almoço (enquanto não se providencia facas sem ponta), devido a brigas entre dois usuários. Note-se que a agressão ou a condição de agressividade é punida com a expulsão do agressor -- no caso anterior a agressora recebe alta e é inscrita em serviço ambulatorial. Situação diversa da regida pela psiquiatria asilar onde, quanto mais agressivo, maior evidência da loucura e, portanto, maior certeza no fator da permanência deste no meio asilar, seja em função de contenção ou de ortopedia. O CAPS II Frutal parece inscrever aí uma ruptura: a agressividade rompe com os contratos possíveis de relação.

Os prontuários mostram que ainda que os procedimentos tenham sido humanizados, isto é, ainda que os modos de lidar com a loucura disponha de meios menos violentos – e sem dúvida o são -- eles ainda passam por uma pedagogia da ordem pela via da tutela. O que está posto é uma desmanicomialização e não uma ruptura no modo de relacionar com a loucura. A loucura estaria se transportando da absoluta ausência de intercâmbio social para inscrever-se em trânsito específico com a administração dos profissionais da saúde mental.

Como sugere a anotação da ficha de abertura de prontuário de uma paciente (G.M.C.) enquadrada como portadora de transtorno afetivo bipolar, cujas queixas referem-se à dificuldade de aceitar o suicídio do filho, e à impaciência do marido. “Sugiro que as filhas conversem com o pai para que mude o R com a paciente ou que a encaminhem para o CAPS.” Provavelmente o R significaria relacionamento. No prontuário de outro paciente (W.D.M.), diagnosticado como portador de esquizofrenia hebefrênica, o qual apresenta “afetos inapropriados”, consta como um dos objetivos do tratamento, diminuir a dependência com a mãe. Descrito o comportamento ou o afeto inapropriado busca-se sua correção. Em torno da pretensão de fazer tal paciente (C.P.L.) “levar uma vida psicossocial mais

equilibrada” há uma ortopedia em andamento, posta a girar em um processo de normatização social. E aqui uma diferença, não é mais somente o corpo louco que se presta à pedagogia, mas também os corpos que dele se avizinham. A tutela não só não diminui, mas torna-se mais abrangente. Chega a lugares que antes não alcançava. O saber médico-psicológico vai se tornando instrumento de uma gestão diferencial das populações.

No projeto de implantação do CAPS II encontra-se como metodologia visitas, atendimentos domiciliares, atendimento individual às famílias, “acompanhamento e orientação multifamiliar” (PREFEITURA MUNICIPAL DE FRUTAL, 2007). Há a perspectiva de que os profissionais interfiram junto aos conflitos familiares, administrando ou dissolvendo-os, ao mesmo tempo em que processam uma pedagogia.

Não mais somente o comportamento do louco deve passar por correção, mas o comportamento das pessoas à sua volta, ou seja, a família se torna foco dessa interferência. O meio pensado como causador do distúrbio recebe a intervenção naquilo que se relaciona ao portador de sofrimento psíquico. Desde os primeiros tempos alienistas na constituição das estruturas asilares de contenção da loucura, o meio foi pensado como causador do mal da loucura, e esta condição era a justificativa do sequestro, visto que se propunha separar a loucura daquilo que a causava. Como já dito no primeiro capítulo, o isolamento propiciado pela internação é largamente ostentado pelos alienistas. Esquirol via nele a própria ação terapêutica que libera os loucos das influências externas, vence suas resistências pessoais e lhes impõe novos hábitos (FOUCAULT, 2006c, p. 126).

O que se vê ao fim do século XX, início do XXI, quando as estruturas asilares são questionadas, é uma tentativa de extensão do foco: não mais somente o louco a sofrer uma ortopedia, mas uma pedagogia em torno das pessoas que com ele convivem, lá onde os distúrbios seriam gerados, na raiz: a família. Não mais o isolamento do meio externo, mas a correção do meio. Não mais o isolamento na centralidade asilar, mas a correção do que se situa no mais periférico.

Sobre as reuniões de equipes as discussões giram em torno de, por um lado entender o que é e como deve funcionar a nova assistência proposta a partir da reforma psiquiátrica, e dentro desse universo entender a especificidade do CAPS, e as práticas a serem erigidas em torno de sua clientela. Por outro lado, trata-se de

trabalhar para solidificar estas propostas junto à comunidade e desarticular as tendências manicomiais que por ventura resistem.

Tratam-se de estratégias para tomar posição, estabelecer procedimentos, fazer conexões, etc., não somente com relação a este ou aquele paciente mas também na solidificação das bases da instituição CAPS, e de uma forma mais geral para fazer vigorar a nova política de assistência ainda em processo de implantação. No que se refere ao paciente, indica-se terapia, estende ou diminui a frequência dos pacientes ao CAPS, recomenda-se visitas domiciliares ou chama a família a comparecer ao serviço, aciona-se outros serviços, pensa-se sobre as atividades terapêuticas, suspende-se pacientes, recebe-os, etc., enfim as mais diversas estratégias para as mais diversas situações minuciosamente analisadas pela equipe. Em torno da história do paciente se decide que caminho é melhor tomar.

Na reunião de equipe de 29/07/2009 a psicóloga pede ajuda à equipe para decidir sobre pedido de paciente que solicita folga por uma semana para viajar “[...] todos concordam que a mesma deve passear, passar uma semana fora da cidade.” (CAPS II, 2009) Tudo deve ser pensado em relação à terapêutica como é relatado na reunião de equipe de 15/04/2009: “[...] até para um não deve-se ser baseado na clínica, o porquê desta negativa, qual será o objetivo [...]” (CAPS II, 2009). Mas além de pensar os procedimentos em relação à terapêutica, deve-se também prever a ação de outros serviços, a continência da família, os riscos de internação que possam partir de outros lugares.

Como no caso do plano terapêutico individualizado de certo paciente, discutido na capacitação de 01/07/09, onde a equipe decide sobre a possibilidade de alta para o mesmo, e tenta prever o que virá depois, “E o que usuário irá fazer em seguida? [...] Agenciar negociação o que pode ser oferecido.” (CAPS II, 2009) Trata-se de desmamar? Mas de que modo? O que acionar para que, na ausência do contato com o CAPS um surto vindouro não seja recebido com a internação? Teme-se a alta. Deve-se manter um contato mínimo entre paciente e CAPS visto que “psicose se for pensado não existe alta. Não podemos pensar que o usuário, está há muitos anos no CAPS, principalmente os que já foram para hospícios [...]” (CAPS II, 2009). Na luta-se contra a hospitalização psiquiátrica esbarra-se na proposição de permanência (de cronificação) dos pacientes junto aos novos serviços.

Ao trabalhador do CAPS é solicitado engajar-se nesta luta como um soldado. Mais que isso, na reunião de 15/04/2010: “O Dr. salientou que neste momento é de

crise, que a clientela deve ser tratada com paixão.” (CAPS II, 2010). Além de paixão a equipe deve trabalhar unida; o ambiente deve ser acolhedor; os vínculos entre profissionais, e entre estes e os usuários, deve ser fortalecido; as angustias profissionais devem ser trabalhadas. Ao profissional cabe trabalhar em outros períodos que não o de funcionamento do CAPS, como na montagem de grupos no período noturno sugerida na capacitação do dia 29/04/2010; trabalhar como plantonista para atender as demandas que porventura aconteçam em uma Residência Terapêutica em implantação, conforme a ata de reunião de equipe de 22/04/2010; dar assistência na conferência de saúde mental do município como consta da ata de reunião de equipe dos dias 25/03/2010 e 08/04/2010; realizar reuniões de família uma vez ao mês e a partir daí buscar implementar uma associação de familiares e usuários como sugere a reunião de equipe de 10/06/2010; articular e dar assistência em cursos, palestras, eventos como a visita da Coordenadora Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais descrita na reunião de equipe de 10/06/2010; capacitar outros serviços como sugere a assistente social na capacitação realizada dia 29/04/2010 de levar ao conhecimento de outros serviços públicos o que é o CAPS ; participar e articular a participação dos pacientes nas Conferências de Saúde Mental como consta da ata da reunião de equipe de 10/02/2010 e das assembléias de 25/03/2010 e 15/04/2010. Não é intenção deste trabalho entender se os profissionais gostam ou não destas demandas situadas além do funcionamento diário da instituição, além da lida diária com o paciente, e se são devidamente pagos ou não. A observação é apenas no sentido de ressaltar a condição de soldado sempre disposto à luta que cabe aos profissionais situados nos serviços substitutivos. Soldado que deve cuidar de três níveis de uma mesma problemática: do usuário, da instituição que no caso é o CAPS II, e da reforma.

A equipe discute os procedimentos, os possíveis parceiros ou inimigos, analisa os riscos, os planos, as estratégias como em uma guerra onde o manicômio, sempre presente, a espreita. Também cuida da saúde da instituição: na capacitação do dia 29/04/10 a supervisora do grupo sugere que a reunião do grupo de apoio -- que seria posterior às altas -- seja faturada como assistência não-intensiva.

O médico continua como figura central em torno de quem o serviço se realiza, mas no caso do CAPS II de Frutal não mais por ser aquele que diz a verdade da doença, mas por ser aquele cujo conhecimento remete à constituição deste movimento de reforma. Ele é quem sabe sobre como funciona um CAPS, ou a

respeito do movimento que se faz da destituição do manicômio à constituição de outra assistência. É solicitado a falar a verdade da doença também, afinal é ainda do corpo do doente que se trata -- e são as classificações psicopatológicas que organizam e estruturam a existência destes serviços e a medicalização farmacológica ainda tem o primado das ações.

Mas também é o médico que é instado a falar de uma articulação estratégica de uma guerra contra o perigo das práticas manicomiais: convidado a falar de outra verdade, onde o que prevalece não é mais a centralidade do asilo, mas a dispersão do projeto psiquiátrico pela malha social.

7 ANÁLISE E CONCLUSÃO

Zeus transformado em bovino é sempre Zeus. Ele é/não é Zeus, e é preciso ser mais esperto para reconhecê-lo.

*Robert Castel
A gestão dos riscos*

7.1 Literatura e discussão

Do que foi encontrado nas práticas discursivas junto ao Centro de Atenção Psicossocial, disposto no capítulo anterior, pode-se listar:

Primeiramente o esvaziamento do corpo das práticas profissionais em saúde mental, confrontadas com a desarticulação do modelo asilar, e a necessidade da constituição de um outro em seu lugar.

Em segundo lugar, a propaganda do poder público de uma assistência integral ao corpo em sofrimento mental, instalando-o em um circuito social específico, para desencargo da familiar.

Como terceiro item tem-se a articulação das práticas junto a uma inteligibilidade, não mais de exclusão, mas relacionada à dispersão e ao giro de uma população em circuitos específicos, balizados pelo projeto psiquiátrico.

Quarto item encontrado: a expansão dos serviços psiquiátricos junto às extremidades da rede de saúde: junto às UBSs, aos PSFs, ou programas afins.

Quinto item: uma pedagogia psiquiátrica-psicológica-assistencial que vai se instalando e atinge não somente o corpo louco, mas seu entorno, principalmente a família.

E por fim, a condição de periculosidade perdendo força e em seu lugar aparecendo o corpo apaziguado da loucura medicalizada.

Percorrem os discursos seja da política oficial, ou dos discursos produzidos na instituição do CAPS, que as equipes desses serviços devem dar conta de toda a problemática que concerne à loucura, inclusive os remanejamentos relacionados à reforma psiquiátrica. Ao profissional não é solicitado somente o exercício do cuidado,

mas um posicionamento estratégico junto a um universo de confrontação bélica, onde deve administrar conflitos políticos, estabelecer estratégias, dobrar uma cultura manicomial, desacreditar as ações com tendências asilares, propagandar os benefícios da nova política, etc. Enfim, ao profissional é dirigida uma demanda para que articule meios a fim de evitar internações, implantar, sustentar, e fortalecer os novos serviços, e conseqüentemente implantar, sustentar e fortalecer a reforma psiquiátrica. São solicitações que surgem no interior da própria equipe, ou exteriores, como as que vêm junto à cartilha explicativa do serviço realizada pelo ministério da saúde (BRASIL, 2004). Demanda que, em estudo sobre a reforma a partir dos profissionais envolvidos, faz Silva (2008, p. 13) se perguntar: "Um processo de desinstitucionalização só é possível com trabalhadores-militantes?" Ou, de outra maneira, o mesmo autor: "[...] capacitação e a formação dos trabalhadores bastam para avançar no processo de desinstitucionalização da loucura?" (SILVA, 2008, p. 14).

Segundo França (1994) o profissional enfrenta três campos de problematizações frente aos remanejamentos que se operam no projeto psiquiátrico: o primeiro é o campo da relação terapêutica; o segundo diz respeito às condições de possibilidades das equipes multiprofissionais; e o terceiro diz respeito às relações que se estabelecem com a verdade a fim de legitimar sua prática.

O projeto psiquiátrico vai se abrindo não somente para a circulação dos seus pacientes, como à circulação de domínios de verdades diferentes instituindo campos de saber, na busca por uma legitimidade.

Estabelecendo momentos de ruptura em nível do saber e das práticas, a psiquiatria desloca-se de seu solo originário – os asilos --, passando a preocupar-se com a reinserção do doente mental no mundo social, impregnando os saberes e as práticas exercidas na saúde pública de novos conceitos e novas formas de institucionalização. (FRANÇA, 1994, p. 98).

A mudança institucional de desarticulação dos asilos implica em mudanças das práticas e, portanto dos saberes que as sustentam. Como fala França (1994), o homem do mundo cotidiano é diferente do homem raptado e colocado à disposição da disciplina psiquiátrica asilar. O projeto psiquiátrico se vê obrigado a revisar seu saber. Se vê obrigado a buscar novos regimes de verdade. Abrem-se campos de problematizações para novas práticas, novos saberes e também para um novo objeto. No entanto, conforme a autora, a necessidade premente de reorganização

profissional, pode suscitar resistências porque significa a perda dos referenciais que lhes davam legitimidade.

Os profissionais são confrontados com o esvaziamento dos elementos que compõem sua prática profissional. Frente a ele pode-se buscar o caminho de constituição de novos modos de relação/saber/poder entre a loucura e as disciplinas que lhes tomam como encargo – dando passagem a modos de relação que possibilitem a inscrição do corpo louco em outras inteligibilidades que não somente a de doença --, ou pode-se acirrar práticas que impossibilitem este intercâmbio – como, por exemplo, as relacionadas à fixação das identidades psicopatológicas.

Foucault mostrou como na constituição da medicina mental o asilo foi peça central: lugar de observação, isolamento da doença para que esta se mostrasse em sua verdade pura: lugar de exclusão, de normatização, de ortopedia, de disciplina da loucura, mas também lugar de produção de sua verdade. Na destituição deste universo algo resta ainda nos serviços que imediatamente os segue: o exagero das funções do CAPS, que têm que ser estratégicos e centrais na rede (por vezes devem ser a própria rede já que a reforma tem se dado quase que exclusivamente através da implantação de CAPS). Conforme as disposições oficiais que criam estes serviços, entre as funções que lhes cabem estariam (como visto no capítulo quatro) o acolhimento de população com transtornos agudos e/ou severos, atendimento médico psicológico; estimulação à integração social e familiar; coordenação da rede de serviços em saúde mental; oferecimento supervisão e capacitação junto a outros serviços de atendimento primário; resgate de recursos comunitários; restituição da cidadania e reinserção social dos portadores de sofrimentos mentais, etc. À falência da centralidade da instituição asilar, na constituição de novas instituições, busca-se a restituição de um elemento totalizador. Se por um lado a reforma psiquiátrica propõe a destituição de uma centralidade do manicômio – onde o que cura é o próprio manicômio --, e essa totalidade não deve organizar mais a estrutura das práticas que se dispõem no universo regido pela psiquiatria, por outro lado parece resvalar na recriação de outra centralidade/totalidade nas proposições ligadas à instalação dos CAPS.

Mas há aí uma diferença: a centralidade/totalidade requisitada aos CAPS diz respeito à intervenção no externo: eles devem abrir-se para o gerenciamento do exterior. Posto no centro da rede os CAPS se propõem a organizar e balizar a assistência do corpo louco colocando-o em trânsito por circuitos que vão desde a

área da saúde (desde ações primárias às mais complexas) às instâncias assistenciais, jurídicas, educacionais, de lazer, sociais, familiares, etc. -- circuitos que vão além do espaço restrito da área saúde, mas em nome dela. O trânsito louco é deste modo tornado terapêutico, pela simples condição de ser balizado pelas especialidades que compõem o projeto psiquiátrico. A mesma centralidade do serviço CAPS serve para organizar as relações sociais que se dão junto ao corpo louco – principalmente a partir de interferências sobre o modo de agir, de se relacionar das famílias com o doente mental (é a inscrição na doença que permite essa interferência) e deste com aqueles.

A partir de um posicionamento nas extremidades das ações em saúde, em uma prática preventiva (seja pelo matriciamento ou pela assistência ambulatorial), a psiquiatria amplia seu discurso a todo o campo social e busca reorganizar o projeto psiquiátrico a partir de outras bases, assistenciais, psicológicas, políticas, médicas, pedagógicas.

Assim cada um dos elementos constitutivos da rede de saúde direciona um investimento sobre os corpos, criando um tipo de poder e saber derivado de forças locais, moveis e transitórias, até o momento em que os ordena em homogeneidades. (FRANÇA, 1994, p. 78).

Não mais o manicômio, mas o controle das condutas lá onde elas se executam. “O poder se mantém por transformações sucessivas.” (FRANÇA, 1994, p. 79).

Os pacientes ampliam seu trânsito ocupando espaços de convívio comum, mas têm suas condutas reguladas pelos especialistas. Como diz Pinto e Ferreira, “No bojo da reforma psiquiátrica e em dispositivos bem específicos, como a reabilitação psicossocial, podemos encontrar velhas formas de psiquiatrização além da entronização de dispositivos da sociedade de controle.” (2010, online).

A Pedagogia sobre os comportamentos vai instalando-se nos circuitos que o corpo louco passa (deve) a transitar, e também atingindo o seu entorno: a família.

Noções como a de cidadania e reinserção social¹⁹, em sua mais diversificada aplicação, são operadores que possibilitam a expansão psiquiátrica para além da rede de saúde. São noções de uso problemático, que se chocam com

¹⁹ Discutir estes conceitos implicaria em extenso trabalho que foge à proposta desta pesquisa.

desqualificação da fala louca operada pela psiquiatria ao longo de toda sua história (onde a loucura é reduzida à condição de ausência de obra), e com as tentativas de manutenção ou concessão de privilégios (tais como os previdenciários), atenuantes legais, e tutela relacionados a uma condição de minoridade social que ainda não mostra sinais de arrefecimento. Onde os reformadores tentam enxergar protagonismo, reinserção, cidadania, o que se vê organizar é essa pedagogia ordenadora do social. Não cabe a este trabalho, nem é sua intenção, entrar na questão de saber se é possível, interessante ou louvável, o esforço em “resgatar a cidadania”, proposto por um serviço de assistência psiquiátrica. Ou se isto é viável viabilizar frente a um corpo inscrito em uma inteligibilidade que o fixa em identidade relacionada à doença, minoridade e tutela. Mas cabe destacar o modo como estas noções de cidadania e reinserção social são operadores que se prestam a esta extensão que vai das práticas médicas a uma prática pedagógica, e das ações localizadas no círculo de especialidade para ações inscritas em todo o campo social. Por estes operadores toda ação do sujeito se torna terapêutica desde que balizada pela equipe de saúde mental. Extensão para fora do ambiente institucional da condição totalizadora antes ligada ao asilo.

Segundo Castel (1987) na gestão dos corpos no espaço aberto, novas formas de controle do homem passam por saberes que privilegiam a dispersão e inscrevem a loucura em um trânsito permitido, uma prisão no exterior. A regulação médica não deixa de existir nas práticas de ressocialização, ao contrário, passa a penetrar em gestos, comportamentos, modos de viver condutas, inalcançáveis no modo asilar.

Para Pinto e Ferreira (2010) a reabilitação psicossocial teria grande importância na vida dos pacientes, mas, por outro lado apresenta sempre o risco de promover a condição de psiquiatrizado.

Para os autores, o operador teórico da reforma psiquiátrica brasileira que aparece como reabilitação psicossocial, acaba trazendo elementos da cultura manicomial. As práticas reabilitadoras poderiam ser tão violentas quanto as manicomiais aprisionando o indivíduo em um status, em uma tutela renovada que apreende o homem ali, em seu espaço de convivência e , com a finalidade de evitar sua internação, comanda não somente seu comportamento, mas também o comportamento das pessoas ao seu redor. Trata-se, segundo os mesmos autores, do que Nascimento teria definido por “cidadania café-com-leite: onde viceja a noção de ausência de obra, matriz da incapacidade, da periculosidade, da

irresponsabilidade e de outros aspectos estigmatizantes com que se molda e delinea a loucura.” (NASCIMENTO, 2009 apud PINTO; FERREIRA, 2010, online).

Não houve, no material colhido junto ao CAPS, evidências que indicassem protagonismo do usuário ou dos familiares, seja em relação ao projeto terapêutico, em relação ao modo de funcionamento da instituição pela via das assembleias, ou mesmo sua participação junto aos organismos de decisões de políticas de assistência em saúde pública. O que se insinua no material levantado é o vazio da obra que tem caracterizado a loucura. O usuário é chamado a participar da discussão e da determinação de elementos menores, isto é de elementos que não comprometem o andamento, a forma, ou a estrutura institucional. O que aparece como espaço democrático é na realidade espaço da operação educacional posta a funcionar pelos técnicos.

Para Bichaff (2006) as ações dirigidas ao contexto concreto de vida desses usuários, além de pouco representativas, não encontrariam embasamento teórico nos saberes revelados, e estariam fundamentadas no conhecimento advindo da própria prática e do senso comum. Segundo o autor, nos serviços que vêm sendo montados em conformidade com a reforma psiquiátrica, a concepção clínica tradicional ainda é hegemônica, e onde não há sua aplicação aparece um hiato que indica a dificuldade em encontrar práticas e referenciais que lhes dêem sustentação. Neste hiato acontece, segundo a autora, uma aplicação do senso comum produto final dos processos de normatização social.

Se há uma diferença de tecnologia em que os corpos estão inseridos, pode-se falar que o poder psiquiátrico age menos por uma ortopedia ao homem louco e mais por uma ação educacional, por uma instrução dirigida, não somente a este corpo, mas também à seu entorno.

A ação sobre o homem não passa mais pela sua coerção, mas pela mobilização de sua vontade. “A alternativa não é se submeter ou se revoltar, mas reunir seu potencial pessoal a serviço da tarefa a cumprir, ou ser marginalizado” (CASTEL, 1987, p. 177).

Como fala Castel (1978, p. 71), a psiquiatria atrelou sua constituição à da instituição asilar, por razões técnicas e políticas. A questão agora é saber se encontra um modo de existir no espaço aberto. Para Foucault as tecnologias de poder não são imóveis, ao contrário, não param de se modificar. “E quando uma instituição desmorona, não é necessariamente porque o poder que a sustentava foi

posto fora de circuito. Pode ser porque ela se tornou incompatível com algumas mutações fundamentais dessas tecnologias.” (FOUCAULT, 2008b, p. 161).

Deve-se, no entanto, entender que se o sistema asilar relacionava fundamentalmente com um tipo de tecnologia à qual Foucault denominou de disciplinar (FOUCAULT, 2004b), as novas tendências do projeto psiquiátrico ligam-se ao biopoder.

Foucault (2008b, p. 3) chama de biopoder “[...] o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral do poder.” Sob a regência do biopoder a população e não mais o indivíduo passa a ser controlada e regulada pelo poder. “Ela vai ser considerada um conjunto de processos que é preciso administrar no que tem de natural e a partir do que têm de natural.” (FOUCAULT, 2008b, p. 92). E é com relação ao biopoder que a família aparece como instrumento (e não mais como modelo) para a governabilidade, e a população (não mais o indivíduo) aparece como alvo final desta estratégia.

Como já dito, as estruturas asilares se constituíram a partir de tecnologias disciplinares em torno da qual há a definição de uma estrutura binária onde é definido o normal e o que dele se distingue. Já os mecanismos de segurança, postos a girar pelo biopoder, apresentam operações de normatização que dispõem diferentes curvas de anormalidades. Se a disciplina atuava caso a caso e pela via do esquadramento, o biopoder leva em conta o conjunto da população em coeficientes de probabilidades. Se a disciplina concentra, define espaço, encerra, os mecanismos de segurança tendem a ampliar o espaço. “Trata-se portanto de organizar ou, em todo caso, de deixar circuitos cada vez mais amplos se desenvolverem.” (FOUCAULT, 2008b, p. 59). Se a disciplina regula tudo, as novas tecnologias de poder caminham pelo *laisse-faire, laissez-passer, laissez-aller*²⁰, na expectativa de que a natureza conhecida responda e regule os elementos ao nível da população, que a realidade ofereça respostas de acordo com as leis e princípios que lhes são próprios. Pode-se dizer que os mecanismos de poder ligados à soberania proibiam, a disciplina passou a prescrever, a regular, e os mecanismos de segurança ligados ao biopoder tenderão ao *laisse-faire*.

²⁰ Respectivamente: deixar fazer, deixar passar, deixar ir. E Foucault assinala que se trata do sentido positivo das expressões referidas (FOUCAULT, 2008b, p. 59).

Deste modo as tecnologias que entram em cena a partir dos movimentos de reforma relacionam-se a uma transição onde os mecanismos disciplinares deixam mais espaço para o biopoder (as disciplinas não saem de cena, no entanto, a partir de certo momento as novas tecnologias passam a ter maior preponderância). Onde o que esta em questão não é mais o corpo do louco esquadrihado e isolado, mas a loucura posta a transitar em um circuito balizado pela ordem médica. Como dito a respeito do CAPS II de Frutal, não mais a exclusão, mas a condução, a instrução e o balizamento, pela ordem médica-psicológica-assistencial, de uma determinada população em um circuito, em uma rede.

Para Castel (1987, p. 40)²¹ :

[...] enquanto a rigidez da síntese anterior limitava a realização aos espaços fechados regidos por uma legislação especial, o exercício da medicina mental torna-se no fim coextensivo ao conjunto social. Dar fim à segregação é também abrir caminho a um intervencionismo generalizado.

Segundo este autor, a estrutura hospitalar continua nos novos dispositivos que desloca o centro de gravidade das práticas psiquiátricas, do hospício, para uma pluralidade de serviços instaladas nos territórios. Castel fala em *aggiornamento* da psiquiatria, isto é a reconciliação desta com a sociedade moderna, mas ainda assim questiona se já realizado: “Até estes últimos anos a psiquiatria clássica parecia a ponto de conseguir seu *aggiornamento*, o que implicava a um só tempo a transformação profunda de suas condições de exercício e a continuidade de sua tradição secular.” (CASTEL, 1987, p. 15). Comparando os movimentos atuais ao alienismo, Castel (1978, p. 116) diz:

O que o movimento alienista visa, fundamentalmente, é abolir da paisagem social esse foco de desordem que é a loucura. A questão - - essencial para o futuro, já que ela condiciona a possibilidade de um *aggiornamento* da psiquiatria na comunidade no setor, etc. -- é saber se uma tal política é condenada a sempre usar a mediação do espaço fechado. Os que falam em ‘revoluções’ em medicina mental se referem sempre, de fato, a rupturas institucionais. A separação em relação ao asilo será, seguramente, extremamente importante. Mas, se ficarmos atentos às estratégias psiquiátricas assim como aos

²¹ O autor analisa a reforma francesa, mas as questões que suscita podem ser estendidas à outras reformas, principalmente no caso brasileiro, onde a noção de território substitui a de setor; excetuando se o caso da Itália.

lugares onde elas se exercem, não é certo que as rupturas institucionais tenham a significação de começos absolutos.

Castel (1987) pergunta se há uma nova organização de conjunto da medicina mental capaz de substituir a existente até os anos de 1970, e antecipa que, à primeira vista, em um contexto de crise que não é somente econômico, é a dispersão que prevalece. O autor fala que há uma nova redistribuição de cartas onde a psiquiatria clássica²² não tem mais o domínio do campo médico-psicológico. E isto a partir de três principais linhas. Primeiramente uma maior especificidade da psiquiatria com o retorno ao objetivismo e positivismo, e a banalização das práticas da medicina mental dentro da medicina geral. Em segundo lugar uma tendência a substituir a prática do tratamento por uma *expertise* generalizada à base de estratégias de gestão da população. E por último, a orientação psicoterapêutica se dilui em uma cultura psicológica: a terapia é ultrapassada e a totalidade da existência torna-se matéria de tratamento.

Como retorno ao objetivismo e positivismo, Castel fala da preponderância das ações medicamentosas e, relacionado a isso, o avanço das pesquisas biológicas cuja ambição é de compreender os mecanismos bioquímicos das doenças mentais, fundamentando teorias positivistas de sua etiologia. “Os medicamentos representam de fato o denominador comum da prática psiquiátrica, já que são amplamente empregados em quase todos os serviços, qualquer que seja, aliás, a ideologia de referência [...]” (CASTEL, 1987, p. 92). Na mesma direção positivista estaria o avanço das teorias comportamentais. Castel fala de despsiquiatrização, primeiro porque as teorias comportamentais estariam mais preocupadas com o desaparecimento do sintoma que com a etiologia da doença; e em segundo lugar porque se trata mais de uma retificação pedagógica de desvios de comportamentos em relação à norma que de tratamentos em relação à uma patologia.

Segundo Castel (1987), o saber médico-psicológico tem sofrido uma alteração em que deixa este exercício de tratamento para se tornar algo como uma atividade avaliativa. Conforme Castel (1987, p. 111), o saber psiquiátrico-psicológico proporciona um código científico de objetivações das diferenças através de um processo de normalização que é posto a rodar, e em torno desse saber chega às minúcias dos desvios de comportamentos. A partir destes códigos, os desviantes de

²² Castel diz que junto com a psiquiatria clássica também a psicanálise tem perdido campo. Ela que no caso francês teve grande influência nos movimentos de reforma.

todo tipo entram em uma maquinaria a partir da qual sua existência é fixada em uma identidade e homogeneizada. Se a tendência das práticas anteriormente eram girar em torno do eixo do sistema asilar, este processo vai tornando-se mais difuso e caminha na direção da gestão das populações, onde as intervenções visam fundamentalmente calibrar as categorias de indivíduos a determinados circuitos especiais, independente do tratamento, isto é, “a partir de intervenções que são *expertises* no sentido amplo da palavra e não tratamentos.” (CASTEL, 1987, p. 111). A vida como um todo se torna alvo de intervenção psiquiátrica, e, por outro lado, toda ação pode receber a chancela terapêutica, porque balizada pelo projeto psiquiátrico em plena expansão.

Retoma-se aqui novamente o texto “A casa dos loucos” (FOUCAULT, 2006c), nele Foucault fala de dois processos: despsiquiatrização e antipsiquiatria. O primeiro -- o processo da despsiquiatrização -- sendo o deslocamento do saber psiquiátrico em função de um saber mais exato, dando-lhe outros pontos de aplicação. Caso em que se inclui a entrada em cena da psicanálise que retira a prática para fora do asilo, mas mantém (pode-se dizer: coloca sob lupa) a relação de poder entre corpo doente e especialista. Outro processo que pode ser enquadrado como despsiquiatrização é a pasteurização que é o efeito de simplificação do espaço hospitalar. A farmacologia se põe como exemplo de manifestação da pasteurização, quando consegue a articulação imediata entre diagnóstico e terapêutica, entre conhecimento da natureza e supressão de suas manifestações, entre a ação de um medicamento e a supressão dos sintomas. Foucault chama este fenômeno de pasteurização porque, de acordo com o autor, a partir de Pasteur a função médica de produtor da verdade da doença (no hospital comum) fora deslocada. No que se refere à loucura este arrefecimento não se inicia com Pasteur, mas a partir do fenômeno da farmacologia dominando este universo e operando o que Foucault (2006, p. 125) falou como despsiquiatrização de produção nula.

Mas as duas formas de manifestação da despsiquiatrização citadas são conservadoras do poder.

Do que foi visto anteriormente nas falas de Castel sobre os processos da atualidade, vê-se que o painel desenhado por aquele autor passa principalmente por esta via da despsiquiatrização, onde não há ruptura nas relações de poder, mas deslocamentos destas.

Mas, para Foucault, a psiquiatria somente viria a sofrer um grande abalo com o que chamou de antipsiquiatria. Assim o autor designou os movimentos que questionam à instituição psiquiátrica como lugar e modo de relações de poder, à luta “com, dentro e contra a instituição” (FOUCAULT, 2006c, p. 126), na tentativa de deslocar-lo, eliminá-lo, anulá-lo. O autor coloca nesta categoria indistintamente os trabalhos de Bernheim, David Cooper, Ronald Laing, Thomas Szasz e Franco Basaglia.

Ora, aquilo que estava logo de início implicado nestas relações de poder, era o direito absoluto da não-loucura sobre a loucura. Direito transcrito em termos de competência exercendo-se sobre uma ignorância, de bom-senso no acesso à realidade corrigindo erros (ilusões, alucinações, fantasmas), de normalidade se impondo à desordem e ao desvio. É este triplo poder que constituía a loucura como objeto de conhecimento possível para uma ciência médica, que a constituiu como doença, no exato momento em que o ‘sujeito’ que dela sofre encontrava-se desqualificado como louco, ou seja, despojado de todo poder e todo saber quando à sua doença. (FOUCAULT, 2006c, p. 126).

É na tradição da antipsiquiatria que alguns autores como Amarante tentam situar a origem da reforma psiquiátrica brasileira, a fim de glorificá-la. No entanto deve-se levar em consideração que, a reforma psiquiátrica no Brasil relaciona-se também (e principalmente) a remanejamentos do saber/poder psiquiátrico, de uma centralidade asilar para práticas dispersas na trama social. Deslocamentos, e não rupturas ou desmantelamento das relações de dominação, que estariam relacionados ao que Foucault chamou de despsiquiatrização.

Não está se falando aqui que neste universo psiquiátrico não houve avanços de uma política a outra. Sem dúvida que estes avanços acontecem, no entanto o projeto psiquiátrico em sua implantação em solo brasileiro acontece fundamentalmente como reforma institucional. Abre-se mão do manicômio para fincar bandeiras em um solo social a partir do acionamento de ações de fundamento pedagógico, com a finalidade de manutenção da relação de domínio de uma disciplina sobre seu objeto. Os avanços aconteceram, no entanto dizem mais respeito à despsiquiatrização no sentido Foucaultiano, ou a um *aggiornamento*, ao modo como fala Castel. São remanejamentos de saber e poder com a finalidade de se evitar a ruptura nesta relação. É ainda o corpo doente, desqualificado em seu

discurso e tutelado pelas disciplinas ligadas ao projeto psiquiátrico que se vê percorrendo os serviços substitutivos como o CAPS II ao qual se ligou este estudo.

7.2 Conclusão

A partir do século XVIII regimes de saber e de poder se configuram dando ensejo à formação do Estado e do homem modernos, e ao seu lado também foram formadas práticas sociais, um modo de produção de subjetividade e de produção de verdade. A partir desses domínios engendrados pelas tecnologias de saber e de poder que se organizam também é formado o corpo do doente mental. O saber médico-psiquiátrico-psicológico-jurídico-assistencial constitui o corpo doente mental e em torno dele, como objeto de sua especificação, se constitui. Em torno desse objeto também se forma uma rede de instituições que vai do Hospital Geral (já no século XVII), ao manicômio.

Esse aparato sustenta um sistema de saberes que afirmam e veiculam regimes de verdades, onde são validados enunciados e visibilidades, que produzem o corpo do doente mental e o lugar a ele destinado. Ao final do século XX, em experiências espalhadas pelo mundo, assiste-se às tentativas de desmonte desse aparato. No Brasil eclode um movimento por reforma psiquiátrica ao final da década de 1970, que aos poucos vai sendo incorporada pelo Estado e constituindo-se como política oficial de assistência em saúde mental que prevê a constituição de uma rede de serviços articulados em substituição aos hospitais psiquiátricos. Nela os Centros de Atenção Psicossocial CAPS, têm importância capital.

Em torno de um desses serviços, especificamente do CAPS II de Frutal, este trabalho se pôs a entender as linhas de força que se põem em andamento e os saberes que sustentam e veiculam.

O que se procurou ao longo deste trabalho não foi a refutação ou a glorificação da psiquiatria, nem dos remanejamentos desta que ora entram em curso. Tampouco se buscou recuperar uma essência louca que teria sido calada e reprimida durante três séculos. Trata-se antes da problematização dos remanejamentos a partir do referencial genealógico. Problematizar a reforma, mapear os novos riscos trazidos em seus desdobramentos não visa torná-la

equivalente ao asilo. Ao contrário, entender as forças que a faz emergir e as tecnologias que a põe em andamento é compreender também os perigos que comporta. Um desses perigos já não é novidade entre os defensores da reforma ou dos técnicos que trabalham na área: é a atualização dos mesmos mecanismos asilares nos serviços substitutivos ao manicômio – momento em que o manicômio atravessa o interior dos novos serviços.

Não houve neste trabalho a intenção de falar somente consonâncias com as teorias que são bandeiras da reforma psiquiátrica. A luta da reforma psiquiátrica faz girar uma série de verdades ainda pouco estruturadas, ou de pouca consistência epistemológica – entendendo que a episteme diz respeito a “este conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados” (FOUCAULT, 2006c, p. 14) – para o confronto com “ciência tão ‘duvidosa’ como a psiquiatria” (FOUCAULT, 2006c, p. 1, grifos do autor), mas que teve sua prevalência ao longo de três séculos de reclusão. Deste modo, procurou-se aqui, renunciar ao moralismo que impregnam as análises práticas e ao purismo ligado aos ideais reformadores, ambos revestidos de uma tirania justificada pela salvaguarda dos avanços na luta contra o discurso psiquiátrico. Renúncia que se dá em função da tentativa de entender, nos novos dispositivos que se apresentam, que perigos espreitam. Como diz Alarcon:

Talvez, nesse momento, a reforma psiquiátrica necessite, afora destruir os asilos e construir novas formas institucionais, empreender um salto sobre um abismo para lá de si mesmo e não apenas se resguardar em volta de limites pretensamente legítimos. (ALARCON, 2005, online).

Se observadas as trocas de tecnologias ou de práticas relacionadas à assistência à loucura, o processo de desmanicomialização é evidente; o que é questionável é a afirmação de que há ruptura no modo em que se configura a relação entre razão e loucura. Do que foi visto pode-se dizer que a falência da psiquiatria asilar tem exigido a problematização dos saberes, poderes, práticas que compõem a dimensão da saúde mental. Há, por um lado o rompimento de códigos instituídos, principalmente os que se ligam à existência do manicômio, no entanto observa-se também a manutenção de códigos normativos, principalmente os que se referem à prevalência da identidade de corpo doente. Ainda não se vê surgir no

horizonte, novas inteligibilidades que dêem conta de impor a este corpo um novo contorno.

A verdade médica continua estruturando o corpo louco, as verdades que dizem sobre este corpo, as práticas e as relações de poder que as regem. Verdade que está na descrição do corpo, na sua apresentação, na procura de uma etiologia e de significados para os sintomas. O que aparece ainda é o corpo doente portador de uma menoridade social pronta a ser tutelada.

O que passa a vigorar no Brasil nesta primeira década do século XXI, em termos de estrutura do campo de intervenção psiquiátrica é a dispersão, a condução do corpo louco por circuitos específicos e a organização das relações que podem se dar com ele.

O homem moderno encontra-se encerrado no circuito produtivo do sistema capitalista onde a loucura é desfilhada, e entre estes universos parece não haver uma linha de interlocução e diálogo senão através da mediação psiquiátrica.

Se no sistema asilar a loucura entrava num círculo de exclusão, a partir das novas tecnologias não se trata mais de apagá-la por completo dos sistemas de trocas sociais, mas de torná-la discreta em um circuito de pertencimento devidamente cuidado por especialistas.

A partir da análise de enunciados coletados junto ao CAPS II de Frutal pode-se falar que os avanços da reforma psiquiátrica brasileira tem se relacionado com o desmonte (mas não o esfacelamento) da experiência asilar e a montagem de uma experiência que privilegia a dispersão: o projeto psiquiátrico se reorienta e aciona práticas relacionadas à sua expansão em direção ao social, a criação de um circuito de trânsito do corpo louco balizado pela especialidade, e uma pedagogia que se inscreve na condição de organizadora desse trânsito.

São práticas que se inscrevem à distância do projeto antipsiquiátrico e junto ao projeto denominado de despsiquiatrização, ao modo como é pensado por Foucault (2006c). Ou seja, longe de traçarem um caminho na direção de um rompimento da relação de dominação entre psiquiatria e loucura, compõem um remanejamento das práticas para manutenção das relações de saber/poder.

Para Castel (1987, p. 38), trata-se do *aggiornamento* progressista da psiquiatria a partir de estruturas horizontais integradas ao tecido social, cujo funcionamento democrático discorda da estrutura médica vertical, centralizada e hierárquica asilar.

A pretensão deste trabalho se encerra aqui, com a possibilidade de futuros estudos na direção de alguma das pistas que aqui desfilaram e cujas possibilidades de desdobramentos são múltiplas.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE ROJAS, Carlos Antonio. **Retratos para la contrahistoria**: ensaios de contrahistoria intelectual. México: Editorial Contrahistorias, 2006.

ALARCON, Sergio. Da reforma psiquiátrica à luta pela 'vida não-facista'. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.1 2, n. 2, maio/ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200002>. Acesso em: 9 out. 2010.

ANDRADE, Maria Margarida. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação**: noções práticas. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BICHAFF, Regina. **O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial**: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da reforma psiquiátrica. 2006. 217 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BIRMAN, Joel. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BISNETO, José Augusto. Uma análise da prática do Serviço Social em saúde mental. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 26, n. 82, p. 110-130, jul. 2005.

BRASIL. Lei n. 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. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., Brasília, DF, 2001. **Caderno Informativo**. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210111cnsn.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte / complexidade e abrangência populacional. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica:** o vínculo necessário: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. 2003. (Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>> . Acesso em: 9 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília-DF, 2004. (Série F. Comunicação e educação em saúde). Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 9 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 245/GM, 17 de fevereiro de 2005.** Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. 2005a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23378>. Acesso em: 7 jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil:** documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Centro Cultural da Saúde. **Memória da loucura.** 2007/2008. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/apresenta.html>>. Acesso em: 2 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 7. **Informativo Eletrônico,** Brasília, DF, ano 5, n. 7, ed. esp., jun. 2010. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/SaudeMentalemDados_n7_Ano%20V_junho2010.pdf>. Acesso em: 7 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**: breve histórico. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134&janela=1>. Acesso em: 7 jan. 2009.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/Acesso> em: 11 set. 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

_____.; MATOS, Maurílio Castro. Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate. In BRAVO, Maria Inês Souza et al. **Saúde e serviço social**. 2.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2005.

CAMARGO, Ana Carla Silveiras Pompeu. **A vivência do caos**: uma experiência de mudança em uma instituição de saúde mental, 2004. 211 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2004.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. **A gestão dos riscos**: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Tradução de Celina Luz. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1989.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COSTA-ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. Persuasão e violência: o alienismo e suas artes de curar. In: MARIGUELA, Marcio (Org.). **Foucault e a destruição das evidências**. Prefácio de Israel Belo de Azevedo. Piracicaba: Ed. Unimep, 1995.

DALBERIO, Osvaldo. **Metodologia científica**: construção e apresentação de trabalhos acadêmicos, científicos e de projeto de pesquisa. 3. ed. Uberaba: Vitória, 2004.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Tradução de Vera Portocarrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

ERIBON, Didier. **Michel Foucault: 1926 – 1984.** Tradução de Hildegard Feist. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

_____. O nascimento da Histoire de la folie: Foucault e Dumesil. In:_____. **Michel Foucault e seus contemporâneos.** Tradução de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

FONSECA, Tânia Mara Galli; ENGELMAN, Selda; PERRONE, Cláudia Maria. **Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação.** Porto Alegre: Sulina : Ed. UFRGS, 2007.

FONTANA, Alessandro; BERTANI, Mauro. Situação do curso. In: FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: curso no College de France (1975-1976).** Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2002. (Tópicos).

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia.** Tradução de Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.

_____. **História da loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **A arqueologia do saber.** Tradução de Luis Felipe Baeta Neves. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1986. (Campo Teórico).

_____. **O nascimento da clínica.** 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **Resumo dos cursos do College de France: 1970-1982.** Tradução de Andréa Daher. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

_____. **Os anormais: curso no College de France (1974-1975).** Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Em defesa da sociedade: curso no College de France (1975-1976).** Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2002. (Tópicos).

_____. **Eu , Pierre Riviere, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão: um caso de parricídio do século XIX.** Tradução de Denize Lezan de Almeida. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

FOUCAULT. **Ética, sexualidade, política.** Organização e seleção de textos Manuel Barros da Motta; tradução Vera Lúcia Avelar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a. (Ditos e escritos V).

_____. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões.** 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2004b.

_____. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento.** 2. ed. Organização e seleção de textos de Manuel Barros da Motta; tradução de Eliza Monteiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005a. (Ditos e escritos II).

_____. **Um diálogo sobre os prazeres do sexo: Nietzsche, Freud e Marx: Theatrum phylosoficum.** 2. ed. São Paulo: Landy, 2005b.

_____. **Estética: Literatura e pintura, música e cinema.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. (Ditos e escritos III).

_____. **Estratégia, poder-saber.** Organização e seleção de textos de Manuel Barros da Motta; tradução Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b. (Ditos e escritos IV).

_____. **Microfísica do poder.** Organização, introdução e revisão técnica Roberto Machado. 22. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006c.

_____. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise.** Organização e seleção de textos Manuel Barros da Motta. Tradução Vera Lúcia Avellar Ribeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006d. (Ditos e escritos I).

_____. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970.** Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 2008a.

_____. **Segurança, território, população: curso dado no College de France (1977-1978).** Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008b. (Tópicos).

FRANÇA, Jean Marcel Carvalho. **A higienização do povo: medicina social e alienismo no Rio de Janeiro oitocentista.** 1990. 133 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1990.

FRANÇA, Sonia Aparecida Moreira. **Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública.** 1994. 145 f. Dissertação (Doutorado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1994.

FRANÇA, Sonia Aparecida Moreira. **Cenas do contemporâneo: da biossociabilidade à ética.** Assis, 2004. 95 f. Tese (Livre Docência em Psicologia Clínica) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2004.

FRAYZE-PEREIRA, João. **O que é loucura.** São Paulo: Brasiliense, 1985. (Primeiros passos).

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONSALVES, Elisa Pereira. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica.** Campinas: Alínea, 2001.

LAING, Ronald David. **O eu dividido.** Petropolis: Vozes, 1973.

LEMKE, Thomas. Marx sans guillemets: Foucault, la gouvernementalité et la critique du néolibéralisme. Traduit de l’anglais par Marc Chemali. **Actuel Marx:** Cairn info, Paris, v. 2, n. 36, p.13-26, 2004. Disponível em: <http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=AMX&ID_NUMPUBLIE=AMX_036&ID_ARTICLE=AMX_036_0013>. Acesso em: 5 jan. 2010.

LIMA, Mauro Gomes Aranha (Coord.). **Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da loucura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUCAS, Maria S. J. **Encontros com as práticas de saúde mental: uma experiência do ambulatório de saúde mental de Franca.** 1998. 155 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 1998.

LUZIO, Cristina Amélia. **A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica.** 2003. 387 f. Tese (Doutorado em Saúde) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. **Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault.** 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 22. ed. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

MANIERI, Cagmar. Realidade e criação cultural: A estética em Lukács. **Revista Ética & Filosofia Política**, Juiz de Fora, v. 8, n.1, jun. 2005. Disponível em: <http://www.eticaefilosofia.ufjf.br/8_1_dagmar.html>. Acesso em: 5 jan. 2010.

MARIGUELA, Marcio (Org.). **Foucault e a destruição das evidências**. Prefácio de Israel Belo de Azevedo. Piracicaba: Ed. Unimep, 1995.

MONDAINE, Marco. O respeito as direitos dos indivíduos. In: PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla Bassanesi (Org.). História da cidadania. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2006.

MOSÉ, Viviane. **Nietzsche e a grande política da linguagem**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

MOTTA, Manoel Barros da. Apresentação. In: FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

MONTAG, Warren. Aprésentation; **Actuel Marx**: Cairn info, Paris, v. 2, n. 36, p. 7-11, 2004. Disponível em: <http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=AMX&ID_NUMPUBLIE=AMX_036&ID_ARTICLE=AMX_036_0007>. Acesso em: 30 dez. 2009.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; CONCIANI, Marta Ester. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan. /fev., 2009, Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100038&lang=pt>. Acesso em: 4 jul. 2010.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, maio 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018>. Acesso em: 8 maio 2010.

PELBART, Peter Pal. **Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**: Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

_____. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.

PINTO, Alessandra Teixeira Marques; FERREIRA, Arthur Arruda Leal. Problematicando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000100004&lang=pt> . Acesso em: 26 jul. 2010.

PORTOCARRERO, Vera. Foucault: a história dos saberes e das práticas. In: _____. (Org.). **Filosofia, história e sociologia das ciências: abordagens contemporâneas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. (Loucura e civilização).

RAJCHAMAN, John. **Foucault: a liberdade da filosofia**. Tradução de Álvaro Cabral. Revisão técnica Roberto Machado e Andréia Daher. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

REZENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

SATO, Leny; BERNARDO Márcia Hespanhol. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400011&lang=pt>. Acesso em: 4 jul. 2010.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, José Fernando Siqueira da. Violência e Serviço Social: notas críticas. **Revista katálysis**, Florianópolis, v. 11, n. 2, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802008000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2009.

SILVA, Martinho Braga Batista. Só os militantes suportam lidar com a loucura? A reforma psiquiátrica em questão a partir de seus trabalhadores. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100010&lang=pt>. Acesso em: 4 jul. 2010.

SOUZA, Eloisio Moulin de; GARCIA, Agnaldo. Um diálogo entre Foucault e o Marxismo: caminhos e descaminhos. **Revista Aulas: Dossiê Foucault**, Campinas, n. 3, dez./mar. 2006/2007. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/~aulas/pdf3/08.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2009.

SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e Serviço Social:** o desafio da subjetividade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VENÂNCIO, Ana Teresa A. Ciência psiquiatria e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. . **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set./dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000300005>. Acesso em: 8 ago. 2010

WACQUANT, Loic. **As duas faces do gueto.** Tradução de Paulo César Castanheira. São Paulo: Boitempo, 2008.

ZANETTI, Fernando Luis; FRANÇA, Sonia Aparecida Moreira. As ciências e a democratização do conhecimento. In: CONSTANTINO, Elizabeth Piemont. **Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia.** São Paulo: Artes & Ciência, 2007.

FONTES

3ª Semana de Luta Antimanicomial. **Jornal do Povo**, Frutal, 21 maio 2010. Geral, A.

A NOVA vida de Lena. **Jornal de Frutal**, Frutal, 18 jun. 2010. p. 1.

CAPS II. **Livro de Atas das Reuniões de Equipe.** Frutal, 2009/2010.

_____. **Livro de Atas das Assembléias Gerais.** Frutal, 2008/2010.

_____. **Livro de Ocorrências.** Frutal, 2009/2010.

_____. **Prontuários.** Frutal. 2006/2010.

CAPS apresenta um novo mundo às pessoas com transtornos mentais. **Jornal de Frutal.** Frutal, 12 ago. 2006. Caderno Cidade, p. 3.

CAPS transforma a vida dos pacientes mentais em Frutal: Lena que morava nas ruas, hoje tem uma nova vida mais digna e saudável. **Jornal de Frutal**, Frutal, 18 jun. 2010. Caderno Cidade, p. 3.

CÂMARA MUNICIPAL DE FRUTAL. **Cursos e palestras são realizados na Câmara de Frutal**. 19 mar. 2009. Disponível em:

<http://www.camarafrutal.mg.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=107:cursos-e-palestras-sao-realizados-na-camara-de-frutal&catid=10:noticias&Itemid=60>. Acesso em: 24 set. 2010.

ESPECIALISTA carioca faz capacitação para CAPS: a vida é dividida em dois sexos. Será? **A Fronteira Regional**, Frutal, 27 mar. 2009. Caderno B, p. 3.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRUTAL. Disponível em

<<http://www.frutal.mg.gov.br/>>. Acesso em: 11 set. 2010.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Saúde Mental. **Projeto de Implantação do CAPS II Municipal**: Centro de Atenção Psicossocial. Frutal, 2007.

FRUTAL necessita cada vez menos de Hospital psiquiátrico, afirma médico. **Jornal de Frutal**, Frutal, 18 jun. 2010. Caderno Cidade, p. 3.

PASSEIO integra e diverte usuários do CAPS. **Jornal de Frutal**, Frutal, 12 ago. 2006. Caderno cidade, p. 3.

ANEXO

ANEXO A – Aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa



Memorando CEP/Franca N.º 060/2010 ✓

Para: PAULO CESAR PEIXOTO
Orientador: Prof.ª Dr.ª Iris Fenner Bertani

De: Prof. Dr. Ubaldo Silveira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Data: 18/08/2010 ✓

Projeto de Pesquisa CEP: 060/2010 ✓

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos por meio deste informar que o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de História, Direito e Serviço Social, UNESP – CEP/UNESP/FRANCA *analisou e aprovou* sem restrições, o Projeto intitulado “Análise das práticas discursivas no CAPS-Frutal, MG.: sobre a reforma psiquiátrica”, tendo como pesquisador Paulo Cesar Peixoto, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em reunião ocorrida na data de 18/08/2010, registrado sobre o CEP: 060/2010.

Temos ciência de que os estudos serão conduzidos de acordo com normas que regem as pesquisas envolvendo seres humanos.

Solicitamos que sejam encaminhados os relatórios parciais e finais, bem como envie-nos possíveis emendas e novos termos de consentimentos livre e esclarecido, notifique qualquer evento adverso sério ocorrido durante a realização do presente projeto de pesquisa para que possamos fazer o devido acompanhamento.

Sem mais para a oportunidade,

Atenciosamente

Prof. Dr. Ubaldo Silveira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
UNESP – Campus de Franca