UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

TESE

Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental e os processos micropolíticos no discurso da desinstitucionalização da loucura

Carmen Terezinha Leal Argiles

Orientadora: Profª Drª Luciane Prado Kantorski
Coorientadora: Drª Ana Paula Müller de Andrade

Pelotas, 2016

Carmen Terezinha Leal Argiles

Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental e os processos micropolíticos no discurso da desinstitucionalização da loucura

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde. Área de concentração: práticas sociais em enfermagem e saúde. Linha de Pesquisa: saúde mental e saúde coletiva, processo do trabalho, gestão e educação em enfermagem e saúde.

.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Luciane Prado Kantorski
Coorientadora: Dr.ª Ana Paula Müller de Andrade

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

A692m Argiles, Carmen Terezinha Leal

Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental e os processos micropolíticos no discurso da desinstitucionalização da loucura / Carmen Terezinha Leal Argiles ; Luciane Prado Kantorski, orientadora ; Ana Paula Müller de Andrade, coorientadora. — Pelotas, 2016.

371 f. : il.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Saúde mental. 2. Modos de subjetivação. 3. Atenção psicossocial. 4. Desinstitucionalização. 5. Trabalhadores. I. Kantorski, Luciane Prado, orient. II. Andrade, Ana Paula Müller de, coorient. III. Título.

CDD : 610.7368

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

Carmen Terezinha Leal Argiles

Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental e os processos micropolíticos no discurso da desinstitucionalização da loucura

Tese aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutora em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 08/08/2016
Banca examinadora:

.....
Prof.ª Dr.ª Luciane Prado Kantorski. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. (orientadora)

.....
Prof.ª Dr.ª Ana Paula Müller de Andrade.Doutora em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. Florianópolis.(coorientadora)

….....
Prof.ª Dr.ª Paula Corrêa Henning. Doutora em Educação pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS. São Leopoldo.

…….....
Prof.ª. Dr.ª. Carla Gonçalves Rodrigues. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul,UFRGS. Porto Alegre.

.....
Prof.ª Dr.ª Rosária Ilgenfritz Sperotto. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul,UFRGS. Porto Alegre.

.....
Prof.ª Valéria Cristina Christello Coimbra. Doutora em enfermagem pela Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

.....
Prof.ª Dr.ª Vanda Maria da Rosa Jardim. Doutora em enfermagem Universidade de de Santa Catarina, UFSC. Florianópolis. (Suplente)

.....
Prof.ª Dr.ª Ariane da Cruz Guedes. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul,UFRGS. (Suplente)

.....
Prof.ª Dr.ª Michele Mandagará de Oliveira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.(Suplente)

Agradecimentos

Os atos finais de uma realização emerge o desejo de agradecer. Este só se faz significativo, por que nada se realiza sozinho. Muitas pessoas constituíram o processo de feitura desta tese de formas diversas e expresso a elas, meu genuíno agradecimento.

À minha orientadora Luciane Kantorski, que embarcou comigo no sonho de realizar o doutorado, estimulando meu desejo de estudar. Acompanhou-me em todas as etapas, com confiança, afeto e experiência. Agradeço por ter acreditado em mim como pesquisadora e ter estado ao meu lado, acelerando o processo de estudo para que o doutorado sanduíche fosse possível. Para além da gratidão, as aprendizagens, a amizade e principalmente pela ousadia de sonhar e realizar, é o legado que Luciane me deixa, ao fim desta trajetória.

À minha coorientadora Ana Paula Müller de Andrade, que esteve presente neste trabalho de forma intensa, afetiva e disponível, oferecendo seus conhecimentos e experiência para qualificar minha escrita, apontando fragilidades e potenciais. Agradeço as revisões cuidadosas e os questionamentos que me obrigaram a aprofundar o pensamento. Meu carinho, amizade e admiração à profissional competente e dedicada.

Às professoras do curso de doutorado em enfermagem, que de diferentes modos me provocaram a aprofundar os estudos, em especial a Valéria Coimbra, Vanda Jardim e Michele Mandagará que muito contribuíram nas discussões do grupo de pesquisa em saúde mental e saúde coletiva.

Às professoras Paula Henning, Carla Rodrigues, Rosária Sperotto, Valéria Coimbra, Vanda Jardim, Ariane Guedes e Michele Mandagará que se dispuseram a leitura e avaliação da tese, formando a banca examinadora de exame de qualificação e da avaliação final da tese. Agradeço as sugestões, contribuições, reflexões, críticas e também por compartilharem deste processo de forma atenta e afetiva, tornando-o mais tranquilo e prazeroso.

Aos funcionários da faculdade de Enfermagem, em especial Vinicius Boldt e Rodrigo Oliveira, pela dedicação, atenção e disponibilidade com que acolhem, colaboram e cuidam dos processos da pós-graduação, nos passando informações e segurança para que possamos estudar e encaminhar as demandas formais, a contento.

Aos colegas da turma de doutorado pela amizade, parceria, cooperação nos diferentes momentos desta caminhada. Pela alegria, conversas e cafés de nossas manhãs de aula e estudo.

As colegas do grupo de pesquisa e estudos de saúde coletiva e saúde mental, pelo apoio nos momentos difíceis, pelas discussões que nos ajudam a aprofundar os conhecimentos e pela parceria em dividir aflições e inseguranças. Em especial à Janaina Willrich, Naiana Oliveira e Sônia Lapischies.

Às colegas do grupo de pesquisa, educação, cultura, ambiente e filosofia – GEECAF-FURG pelo acolhimento e generosidade em compartilhar os conhecimentos, as dúvidas, as ansiedades e alegrias, neste processo de estudo e aprendizagem do pensamento foucaultiano.

À professora Elisabetta Pascolo-Fabrici da Universidade Degli Studi di Trieste pela aceitação de me orientar no período de doutorado sanduíche no exterior, oportunizando a realização de estágio no Dipartamento di Salute Mentale de Trieste-Itália. Sou muito grata pelo acompanhamento que recebi da Professora Elisabetta e dos profissionais do Centro de Salute mentale Gambini, pela recepção de seus usuários e disponibilidade em compartilhar suas experiências de vida, enriquecendo assim minha percepção do movimento de desinstitucionalização desenvolvido naquela cidade.

Em especial, agradeço o acolhimento da Dra. Giovanna Del Giudice e dos demais participante da COPERSAMM-Trieste pelos ensinamentos, reflexões, história e paixão com que coordenam e vivem a saúde mental e os propósito da desinstitucionalização, inspirando-nos a construir nossos processos de reforma com determinação, energia, vivendo-os integralmente de modo a favorecer a convivência da sociedade com a loucura e com a diversidade do humano.

À CAPES pelo financiamento, apoio e acompanhamento, para a realização do estágio de doutorado sanduíche no exterior.

Aos amigos e parceiros mentaleiros, que compartilham de sonhos, propósitos, projetos e criação diária nos diferentes CAPS, fazendo possível no cotidiano, a constituição de uma sociedade sem manicômios e com espaços para a diversidade e para os diferentes modos de ser e viver. Em especial à Cristina Barbieri, Maria de Fátima Martins, Maria do Carmo Ledesma, Vera Garcia, Celeste Pereira, Valéria Nogueira, Carmen Castro, Carmen Lopes.

Aos demais amigos, agradeço a paciência pelo afastamento provocado pela dedicação aos estudos, pelo incentivo e pelo carinho com que acolheram minhas inquietações, dúvidas, receios e angústias vividas no processo de elaboração da tese.

Aos colegas do CAPS Conviver do município de Rio Grande e do CAPS Fragata do município de Pelotas pelo apoio e incentivo recebido. Em especial a Rosangela Neves, Carmen Mello, Patricia Donini, Denise de Matos e Letícia Macedo

À gestão do município de Rio Grande, que através dos coordenadores de saúde e saúde mental, me proporcionaram a possibilidade de realização deste curso, me dispensando de parte da carga horária do trabalho para a dedicação aos estudos, assim como pela oferta de licença remunerada durante o estágio no exterior. A política de aperfeiçoamento de pessoal praticada pela gestão municipal de Rio Grande nos estimula ao crescimento pessoal e profissional, e produz compromisso e desejo de retribuição em forma de trabalho e dedicação. A esta iniciativa sou muito grata.

À gestão e equipe técnica do município de Alegrete-RS pelo disponibilidade em abrir seu cotidiano profissional e suas experiências, para compartilhar conosco, o processo de trabalho construído em saúde mental naquele município. Agradeço o afeto, a dedicação, a parceria para o questionamento dos modos como nos constituímos enquanto profissionais nesta área, assim como a postura que assumem de contribuir de forma aberta e colaborativa para os estudos e pesquisas na área de saúde mental. Aos usuários deste serviço, pelo modo como recebem e contribuem para que os projetos de pesquisa aconteçam da melhor forma e sejamos recebidas calorosamente.

Enfim, agradeço por ultimo à minha família pela paciência com os períodos de ausência, pela parceria em muitas atividades de estudo ao longo dos fins de semana e férias, pela tolerância com os momentos de ansiedade, de inquietude, insegurança

e de cansaço. Em especial aos meus pais, Rubem e Carmen pela compreensão neste período em que não foi possível passar mais tempo ao seu lado. E principalmente por terem possibilitado que o estudo fizesse parte da minha vida, quando mudaram de cidade, alterando suas próprias vidas, para que tivéssemos acesso à universidade. Ao meu companheiro de vida e amor, Eder pelo apoio e incentivo, sempre presente. Aos meus filhos, Felipe e Rafael por me estimularem a buscar o crescimento pessoal e profissional, pela compreensão em relação ao pouco tempo ao seu lado, pelo amor e carinho compartilhado que produz alegria, e mobiliza o desejo de andar, descobrir e viver. Aos meus irmãos, sobrinhos, cunhada e noras que com seu afeto, ajuda, estimulo e solidariedade, tornaram mais leve o cotidiano de estudo e afastamento das rotinas familiares.

Enfim, o trabalho de pesquisa e escrita de tese, não foi feito solitariamente, só foi possível por que estive acompanhada de muitas pessoas que me ajudaram de formas diversas no cotidiano de estudo teórico, de orientação, mas também e principalmente através de uma rede afetiva, quente, intensa de energia, confiança, incentivo e apoio. Assim, esse estudo é uma composição, que inclui esses personagens, que fazem parte da minha história enquanto sujeito e pesquisadora.

Cada luz é apagada pelo dia que ela fez nascer e se vê com isso devolvida a essa noite que ela rasgava, que no entanto a tinha invocado, e que, de modo tão cruel, ela manifestava. O homem, atualmente, só encontra sua verdade no enigma do louco que ele é e não é; cada louco traz e não traz em si essa verdade do homem que ele põe a nu na nascença de sua humanidade.

(Foucault,1999, p.574-575).

Resumo

ARGILES, Carmen Terezinha Leal. **Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental e os processos micropolíticos no discurso da desinstitucionalização da loucura.** 2016. 371p. Tese (doutorado) Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Esta tese tem como objetivo analisar os modos de subjetivação dos trabalhadores em saúde mental e as micropolíticas produzidas no serviço de CAPS a partir do processo de desinstitucionalização da atenção psiquiátrica brasileira. Este processo propõe mudanças paradigmáticas significativas em relação à concepção de loucura e das práticas desenvolvidas na atenção psiquiátrica, o que pressupõe sua relevância para o campo da saúde mental e para a formação nesta área. Utilizamos o referencial de Michel Foucault, para pensar os modos como os trabalhadores se subjetivam através dos discursos e práticas, que circulam em nosso tempo, e os efeitos destes na constituição dos sujeitos. Trabalhamos com suas concepções e proposições de análise, para mapear os modos de subjetivação dos trabalhadores de CAPS, espaço que se constitui a partir do discurso desinstitucionalizante. A perspectiva de proposição de um trabalho com pressupostos de criação, de singularização, de multiplicidade, desafia os trabalhadores e a micropolítica no campo da saúde mental. Este exige além da formação técnica, a implicação política e subjetiva para que estas relações se constituam neste campo. Gilles Deleuze e Felix Guattari nos apresentam conceitos, tais como: agenciamentos, rizoma, territórios existenciais, entre outros, para pensar os movimentos e acontecimentos neste processo. A desinstitucionalização da loucura configura-se uma proposta arrojada, no mundo contemporâneo, onde a vida é cada vez mais concebida como um produto, com valor flutuante. Franco Basaglia, neste cenário colocou em prática essa ousadia, deixando aos profissionais de saúde mental, o legado de fazê-la possível estabelecendo parâmetros éticos na área de atenção psiquiátrica. O estudo realizou-se no CAPS de Alegrete-RS e os sujeitos do estudo compreendem a totalidade dos trabalhadores deste serviço. Como instrumento de informações utilizou-se entrevistas semi-estruturadas e observação participante. Como parte desta análise foram acessados os bancos da pesquisa CAPSUL. Ainda foram usados dados de observação e de depoimentos dos trabalhadores dos serviços de saúde mental de Trieste-Itália onde realizou-se estágio do doutorado sanduíche. A análise realizada subsidia a tese de que o discurso da desinstitucionalização da loucura constituí-se como um novo regime de verdade no campo da saúde mental, este materializa-se nos serviços de CAPS, respondem a um conjunto de enunciados que problematizam a loucura, e os modos de relação desta com a sociedade. A produção deste discurso afeta os modos de subjetivação dos trabalhadores, produzindo processo de singularização, de agenciamentos e transformações nos modos de existência, implicando-se no cuidado do outro. A micropolítica do trabalho a partir do discurso da desinstitucionalização pressupõe a problematização das relações saber-poder que permeiam o campo psicossocial, e as relações da sociedade com a loucura, elaborando assim outros enunciados, que colocam este discurso como uma política de verdade no campo da saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Modos de Subjetivação; Atenção Psicossocial; Desinstitucionalização; Trabalhadores.

Abstract

ARGILES, Carmen Terezinha Leal**. Ways of Subjectivization of Mental Health Workers and the Micropolitic Processes in the Discourse of Desinstitutionalization of Madness.** 2016. 371p. Thesis (doctorate) Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

The purpose of this thesis is to analyze the ways of subjectivization of mental health workers and the micro politics produced within CAPS service resulting from the deinstitutionalization process of the Brazilian psychiatric attention. Such process proposes significant paradigmatic changes concerning both, the conception of madness and the practices used in psychiatric attention. These propositions are relevant to the mental health field itself as well as to its education. Michel Foucault's theoretical framework was used to approach the ways one attains subjectivization through discourses and practices which circulate in our times as well as their effects in the constitution of subjects. Foucaultian's conceptions and propositions for analysis were used in order to identify the ways of subjectivization employed by CAPS workers. CAPS is a service constituted by the deinstitutionalization discourse. The proposition of a work founded on presuppositions of creation, singularization and multiplicity challenges the workers and the micro politics in the field of mental health.Besides the demands of technical education, such work has political and subjective implications so that these relations be produced in this field. Concepts put forward by Gilles Deleuze e Felix Guattari, such as agency, rhizome, existential territories among others, served as basis to consider the movements and happenings which take place in this process. The deinstitutionalization of madness is a daring proposition in the contemporary world, in which life is conceived of as a product with a fluctuating value. In this context, Franco Basaglia put such boldness into practice, leaving to the mental health professionals the duty of making it possible by establishing ethical parameters in the field of psychiatric attention. The present study took place at the CAPS in the city of Alegrete, RS. The participants in the study were the group of its workers. Semi-structured interviews and participant observation were used to collect the data. Additionally, the CAPSUL databank was accessed as well as information collected by observations and interviews given by mental health workers in Trieste, Italy, where a part of this research was developed. The results confirm the initially proposed thesis that the discourse of the deinstitutionalization of madness is constituted as a new regimen of truth in the field of mental health. Such discourse is materialized in the CAPS services as an answer to a set of enunciations which problematize the madness and its ways of relation with the society. The production of this discourse affects the ways of subjectivization of workers, producing processes of singularization, of agency as well as transformations in the existence modes, resulting in the care of the other. The micro politic of work generated by the discourse of deinstitutionalization presupposes the problematizing of the knowledge-power relations which permeate the psychosocial field and the relations of society with madness, elaborating other enunciations which place this discourse as a politics of truth in the field of mental health.

Key-Words: Mental Health; Ways of Subjectivization; Psychosocial Attention Desinstitutionalization; Workers

Riassunto

ARGILES, Carmen Terezinha Leal. **Modi di soggettivazione dei lavoratori di salute mentale e i processi micropolitici nel discorso della deistituzionalizzazione della pazzia**. 2016. 371p. Tesi (dottorato) Facoltà di Infermieristica.Università Federale di Pelotas. Pelotas.

Questa tesi ha come obiettivo analizzare i modi di soggettivazione del lavoratore in salute mentale e le micropolitiche prodotte nel servizio di CAPS a partire dal processo di deistituzionalizzazione dell'attenzione psichiatrica brasiliana. Questo processo propone cambiamenti paradigmatici significativi relativo alla concezione di pazzia e delle pratiche sviluppate nell'attenzione psichiatrica, questo pressuppone sua rilevanza per il campo della salute mentale e per la formazione in quest'area. Utilizziamo il referenziale di Michel Foucault, per pensare il modo come ci soggettiviamo attraverso i discorsi e pratiche, che ci sono nel nostro tempo, e i loro effetti nella costituzione dei soggetti. Abbiamo lavorato con le sue concezioni e proposizioni di analisi, per conoscere i modi di soggettivazione dei lavoratori del CAPS, spazio che si costituisce a partire del discorso deistituzionalizzante. La prospettiva di proposizione di un lavoro con pressuposti di creazione, di singolarità, di moltiplicità, sfida i lavoratori e la micropolitica nel campo della salute mentale. Questo richiede oltre alla formazione tecnica, l'implicazione politica e soggetiva affinché questi rapporti si costituiscano in questo campo. Gilles Deleuze e Félix Guattari ci presentano concetti, così come: il suscitare, rizoma, territori esistenziali, tra altri, per pensare i movimenti e avvenimenti in questo processo. La deistituzionalizzazione della pazzia si configura una proposta audace, nel mondo contemporaneo, dove la vita è sempre di più concepita come un prodotto, con valore incostante. Franco Basaglia, in questo scenario ha messo in pratica questa audacia, lasciando ai professionisti della salute mentale, il legato di farla possibile stabilendo parametri etici nell'area di attenzione psichiatrica. Lo studio si è realizzato nel CAPS di Alegrete –RS e i soggetti dello studio comprendono la totalità dei lavoratori di questo servizio. Come istrumenti di informazioni sono state utilizzate interviste semistrutturate e osservazione partecipante. Come parte di questa analisi si accesserà i banchi della ricerca CAPSUL. Useremo ancora dati di osservazione e testemonianze dei lavoratori dei servizi di salute mentale di Trieste – Itália dove si è realizzato parte del tirocinio di dottorato. I risultati confermano la tesi costruita dal quale il discorso della deistituzionalizzazione della pazzia si costituisce come un nuovo regime di verità nel campo della salute mentale, questo si materializza nei servizi CAPS, respondono ad un insieme di enunciati che problematizzano la pazzia, e i suoi modi di relazione con la società. La produzione di questo discorso affetta i modi di soggettivazione dei lavoratori, producendo processi di singolarità, di suscitare trasformazioni nei modi di esistenza, implicandosi nella cura dell'altro. La problematizzazione delle relazioni sapere-potere che permeano il campo psicosociale, e le realzioni della società con la pazzia, elaborando così altri enunciati, che mettono questo discorso come una politica di verità nel campo della salute mentale.

Parole-chiavi: Salute Mentale; Modi di Soggettivazione; Attenzione Psicosociale; deistituzionalizzazione; Lavoratori.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Período de coleta, sujeitos do estudo e horas de observação de campo - Alegrete 108

Lista de Abreviaturas e Siglas

CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CAPSUL	Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil
COPERSAM M	Conferenza per la Salute Mentale nel Mondo
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
DC	Diário de Campo
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
FEE	Fundação de Economia e Estatística
FURG	Fundação Universidade de Rio Grande
GAM	Guia Autônomo da Medicação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MA	Moradia Assistida
NASF	Núcleo Apoio da Saúde da Família
NMS	Novos Movimentos Sociais
OMS	Organização Mundial de Saúde
REDESUL	Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial
REME	Movimento de Renovação Médica
SAIS	Serviço Atenção Integral de Saúde Mental
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

APRESENTAÇÃO 16

1 INTRODUÇÃO 26

2 A INTERIORIZAÇÃO DO DISCURSO SOBRE A LOUCURA E OS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO DOS TRABALHADORES 34

2.1 OBJETIVOS 60
2.1.1 Objetivo geral 60
2.1.2 Objetivos Específicos: 61

3 REVISITANDO SABERES, DISCURSOS E VERDADES 62

4 PERCURSO METODOLÓGICO 93

4.1 AS FERRAMENTAS DE CONSTRUÇÃO DA PESQUISA 94
4.2 SITUANDO OS LOCAIS DE PESQUISA 99
4.2.1 Características do município de Alegrete-RS 100
4.2.1.1 A rede de saúde mental de Alegrete-RS 101
4.2.2 Características da cidade de Trieste- Itália 105
4.2.2.1 A rede de saúde mental de Trieste 105
4.3 OS SUJEITOS DO ESTUDO 107
4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA 109
4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS 113
4.5.1 Riscos e Benefícios 114

5 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA: UM DISCURSO DE INCLUSÃO 116

5.1 A ORDEM MODERNA 119
5.2 A IGUALDADE 124
5.3 DIREITOS HUMANOS 136
5.4 A INCLUSÃO 157

6 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA 180

6.1 A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA ESTRATÉGIA DO MODELO DE ATENÇÃO 216

7 O TRABALHO E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO 233

7.1 O TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE 243
7.2 O TRABALHO NA SAÚDE MENTAL 251

8 MODOS DE SUBJETIVAÇÃO DOS TRABALHADORES E O DISCURSO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA 271

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS 314

REFERÊNCIAS 331

APÊNDICES 353

APÊNDICE A 354

APÊNDICE B 355
APÊNDICE C 356
APÊNDICE D 357
APÊNDICE E 358

ANEXOS 362

ANEXO A 363
ANEXO B 364
ANEXO C 369

Apresentação

Minha primeira aproximação com a área de atenção psiquiátrica foi como estudante de psicologia, em situação de estágio, dentro de um hospital psiquiátrico. Fiz parte da última turma do curso de psicologia da UCPEL a realizar estágio curricular em hospital psiquiátrico. O estágio foi fechado, pelos “problemas” que a turma criou na instituição, com questionamentos, sugestões de mudanças, críticas e desconforto em compartilhar daquele espaço. Havia entre grande parte da turma, rejeição e convicção de que aquele não era um lugar de cuidado, e sim de segregação, que servia para afastar da sociedade, o sofrimento e o desconhecido que a loucura comporta em suas diferentes expressões. Foi neste primeiro contato com o hospital psiquiátrico, ainda muito jovem e inexperiente, que me choquei com o tratamento dispensado às pessoas internadas.

Ainda enquanto estudante e profissional em início de carreira, nos anos 80 participei de discussões sobre o sistema de saúde e reforma sanitária promovidos, por sindicatos, universidades e movimentos sociais, no município de Pelotas. O interesse pela área de saúde coletiva foi presente desde minha formação, sempre desejei trabalhar na área de educação e saúde pública, e estive implicada em participar de conselhos e fóruns voltados a essas áreas.

Neste período, iniciei a trabalhar na área da educação, em uma equipe que tinha como foco pensar a instituição escolar e suas práticas em relação a alunos com necessidades especiais ou diferenciadas. A equipe trabalhava com assessoria técnica e promovia estudos, debates, seminários para os profissionais da rede municipal de educação em Rio Grande - RS. Foi uma época de muitos desafios e estudos, quando realizei uma especialização na área de educação na UFPEL e me aproximei de leituras que discutiam a questão das diferenças e do poder institucional. Foi meu primeiro encontro com o pensamento de Michel Foucault, que me ajudou a problematizar o papel da instituição escolar e suas estratégias de homogeneização e normalização. Aqui penso ter experienciado um primeiro deslocamento, quando a compreensão de estar inserida em uma maquinaria de produção de exclusão e da constituição de dispositivos de controle institucional que pode se fazer a partir das pequenas ações, dos menores movimentos. As questões

éticas de pensar o cuidado do outro me mobilizaram e deram outras direções a posicionamentos profissionais e engajamento político, dentro da prática profissional.

A área da educação me parece ainda hoje um terreno onde a formação de nossas implicações, não só como alunos, mas como profissionais, estão continuamente sendo acionadas e inquietadas. É um espaço onde existem movimentos subjetivos, por que nos relacionamos com outros pensamentos, que nos chegam das leituras, das discussões e da prática de trabalho, que se coloca como um desafio diário de estar em relação com outras subjetividades em produção, que necessariamente nos afetam.

Minha aproximação com a reforma psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização teve seu início a partir da realização de uma especialização em saúde mental coletiva, promovida pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental, no ano de 1992 na cidade de Rio Grande - RS. Esta especialização ocorreu em tempos de luta por mudanças na atenção psiquiátrica do país e o caráter militante e comprometido dos profissionais que ministraram o curso, mobilizaram-me significativamente e contribuíram para um deslocamento definitivo de minha atuação em educação para a área de saúde mental.

Passei, a partir de 1992, a participar de cursos, conferências tais como a I e II Conferência Municipal de Saúde Mental do Município do Rio Grande em 1997 e 2001, a II Conferência Estadual de Saúde Mental em 2001, que realizou-se na cidade de Pelotas, e a I Conferência Municipal de Saúde Mental em Pelotas, ocorrida no mesmo ano. Sendo que em todas as conferências no ano de 2001, participei também como organizadora e delegada. Estive neste mesmo ano na III Conferência Nacional de Saúde Mental. No ano de 2003 participei da II Conferência Regional de Saúde e da IV Conferência Estadual de Saúde, e da XII Conferência Nacional de Saúde. Estive também na V conferência Estadual de saúde e XIII Conferência Nacional de Saúde, como delegada. Participei ainda nas preparatórias municipais para as conferências no ano de 2007, em Pelotas e Rio Grande. Tem sido, um longo caminho na militância e no comprometimento com a luta de construção por um sistema de saúde de qualidade e com a participação do controle social, espaço onde se pensa e se constrói sonhos de justiça social, e se articulam forças para torná-los realidade, no cenário dos serviços públicos de saúde.

Estive ainda em outros fóruns e encontros promovidos pelo movimento de luta antimanicomial. Estes foram espaços de aprendizagem, de encontros e de

reflexões sobre a atuação profissional, políticas públicas, instituições, gestão pública e sociedade, entre outros temas. Nestes espaços transitam forças e energias que transformam o modo de pensar. São espaços celeiros, onde o profissional que se engaja na luta pela saúde pública se energiza e sente-se potente para criar, ainda que a realidade o desafie diariamente de forma oposta.

Tempos de apreender, de mudar planos e fazer outros caminhos. Em 1995 assumi a função de psicóloga da secretaria de saúde de Pelotas, com o desafio de participar em uma equipe de implantação de serviços de saúde mental na rede básica de saúde. Cada equipe interdisciplinar se responsabilizava pelos cuidados à população de um determinado território. O envolvimento era grande e intenso, havia investimento, incentivo e o secretário de saúde à época era um psiquiatra que possibilitava nossos movimentos. As equipes eram pequenas, mas muito motivadas e imbuídas do mesmo propósito: construir um cuidado para o sofrimento psíquico fora do manicômio, evitar a internação, criar serviços e lutar pelo fechamento dos dois hospitais psiquiátricos, então em funcionamento no município.

No município de Rio Grande, também passei a atuar na área de saúde mental no ano de 1997, junto à equipe que desencadeou o processo de constituição de serviços de atenção psicossocial, onde muitas iniciativas de formação de rede e capacitação da rede básica aconteceram, movimento muito rico de matriciamento que hoje está consolidado nas equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Familia-NASF.

Deste período até o ano de 2001, quando os serviços de saúde mental foram cadastrados como CAPS, com a aprovação da lei 10.216, realizei atividades que se relacionam com este projeto, tais como: participação em eventos e movimentos da luta antimanicomial, organização de conferência municipal, elaboração da política de saúde mental municipal, conselho de saúde, nos quais lutamos pela criação de uma comissão temática, ainda em atuação.

Outras atividades, tais como coordenação do serviço do CAPS Fragata-Pelotas por três anos e meio a partir de 2006; a coordenação da política de saúde escolar de 2001 a 2005, com a integração dos serviços estaduais e municipais; participação na relatoria no I encontro de CAPS em São Paulo. Enfim, muitas outras atividades foram se somando em uma trajetória de comprometimento com a atenção à saúde mental e com a política de reforma psiquiátrica.

Em 2005 tive a oportunidade de participar de um grupo de profissionais da saúde mental que visitou a cidade de Turim-Itália, em um intercâmbio de trabalho e formação entre a Secretaria Municipal de Pelotas, a Faculdade de Enfermagem da UFPEL e a Universidade de Turim-Itália. Tal oportunidade possibilitou novas aprendizagens, troca de experiências e conhecimentos da realidade italiana, onde está concretizado o cuidado em serviços abertos, territoriais e onde não existe mais internação em hospitais psiquiátricos. Esta experiência permitiu conhecer uma estrutura de serviços que oferecia espaços de moradia digna em residenciais compartilhados pelos usuários, com privacidade e independência, porém com suporte e acompanhamento, entre outras iniciativas de cuidado em rede, que nos estimulou para o serviço que estamos construindo, considerando as demandas, tanto que falta alcançar em termos de atenção psicossocial em nossos locais de trabalho.

O intercâmbio realizado entre Brasil e Itália, foi uma experiência considerável para o desenvolvimento de outros movimentos potenciais, em nossa realidade de trabalho. Foi possível perceber relações de respeito, trocas e convivência de usuários de serviços de saúde mental e profissionais, o que me afetou positivamente, vindo ao encontro do que penso e sinto deva ser nossas relações no cuidado com o outro. Também as relações institucionais, a organização dos serviços, a concretização de espaços bem cuidados e com recursos suficientes para promover bem estar e dignidade. Caminhada em construção na realidade brasileira.

Penso que a implicação com o trabalho, acontece quando este não é apenas um trabalho, mas vem ao encontro com nosso modo de ver, viver e dar sentido à vida, à existência singular e coletiva, quando não atuamos para fazer algo para o outro, mas quando o fazemos também por nós, quando acreditamos que nossas ações podem mesmo que de forma muito pequena, contribuir para uma vida e uma relação social mais justa, tornando melhor o mundo em que vivemos.

As reflexões possibilitadas pelos encontros com colegas e usuários dos serviços, parceiros de trabalho e lutas, me levaram a reconhecer o quanto somos responsáveis pelo modo como nos organizamos socialmente, como se oferta o cuidado e as relações que se estabelecem em um contexto de atenção à saúde. Estas podem ser produtoras de espaços de vida, de criação e protagonismo para usuários e trabalhadores, ou ainda podem ser limitadoras e de manutenção de

modos de sofrimento, adoecimento e institucionalização, de acordo com as concepções que estão subjacentes às relações e práticas que se estabelecem.

Penso que a trajetória enquanto profissional da área de saúde mental, tem me constituído enquanto sujeito, quando me desloca do plano teórico e técnico, para o terreno da existência concreta em um processo de inquietação, de construção e desconstrução do que já conheço, do que aprendi, do que penso e do que faço. Quando me impulsiona a buscar na vida que se produz diariamente no campo da atenção psicossocial, nas relações e dinâmicas de trocas, de experiências de inventar em cada circunstância existencial, um modo de protagonizar a vida, acompanhando o processo do outro e o meu próprio.

Entendo que o trabalhador da área psicossocial, se subjetiva através do seu trabalho, da forma como o vivencia, e dos sentidos que constrói em torno deste, e de como este o afeta enquanto sujeito. O questionamento acerca desta possibilidade de constituição do trabalhador enquanto sujeito, a partir de sua prática profissional, me estimulou a estudar esta temática, procurando entender melhor estas relações e suas consequências.

A questão da subjetividade, assim se coloca no foco deste estudo, sendo aspecto relevante na análise e discussão. Compreendendo a subjetividade como a expressão do que em nós, se relaciona com as coisas, com o mundo, em uma relação temporal e espacial através da história. Sendo constituída por forças disseminadas no campo social, como fluxos contínuo de sensações e modos de existir, que se produzem a partir de instâncias individuais, sociais e técnicas e institucionais (GUATTARI; ROLNIK, 2011).

A concepção de sujeito, de sociedade, de mundo, de saúde e doença, entre outras tantas, que cada profissional carrega ou formula, é de fundamental importância para sua prática, e faz parte dos saberes que subsidiam e articulam suas ações de atenção no interior dos serviços.

A proposição de uma sociedade sem manicômios, lema do processo de desinstitucionalização brasileiro em seu movimento de luta, carrega em si um complexo referencial de sujeito e sociedade, exigindo de seus profissionais uma perspectiva de alteridade, posturas éticas em relação às diferenças e singularidades, assim como compromisso social e político com seu trabalho.

Em minha experiência como profissional de saúde mental, encontrei profissionais que fizeram a diferença na construção de serviços, que se

consolidaram de forma emblemática na região sul do país, tais como: as equipes que construíram os serviços os em São Lourenço do Sul, experiência reconhecida por seu processo desinstitucionalizante; em Pelotas-RS, com experiência de rede de atenção premiada na 2ª conferência nacional de saúde mental em Brasilia- 2004; em Alegrete, que antes mesmo da legislação da reforma psiquiátrica já trabalhava com a perspectiva de cooperativas de trabalho e geração de renda; Santa Vitoria do Palmar que nos ensina muito acerca de internação domiciliar e atenção à crise; Rio Grande com sua experiência de matriciamento, atenção e cuidado compartilhado, entre outras. Entretanto, posso observar que em muitos outros serviços os processos desinstitucionalizantes ainda são incipientes, com predomínio de práticas próprias do modelo manicomial, nas relações com os usuários, visto muitos profissionais não se comprometerem com este processo de mudança.

A formação acadêmica acompanha minha trajetória profissional. Nestes tempos de prática do trabalho, estive sempre vinculada ao campo de formação, realizei quatro especializações: psicopedagogia na Faculdade de Educação UFPEL em 1986; Administração em saúde mental coletiva - Fórum Gaucho de Saúde Mental-FURG em 1992, Especialização Multiprofissional em Saúde da Família-FURG em 2006 e Especialização em Atenção à saúde mental no âmbito do SUS - UFPEL em 2008. Esta última especialização em saúde mental, foi muito significativa porque agregou muitos profissionais de nossa região, engajados no trabalho em saúde mental, ávidos por formação, trocas e espaço para pensar de forma sistemática sua prática. A partir desta especialização me inseri no grupo de pesquisa da Escola de Enfermagem da UFPEL, participando então das análises de dados da Pesquisa REDESUL, e comecei a dar os primeiros passos em direção ao mestrado acadêmico, que cursei nos anos de 2011 a 2012.

O grupo de pesquisa de saúde mental da UFPEL é um grupo aberto, acolhedor e onde se desenvolve muitas atividades, discussões, e principalmente afetos. O mestrado foi um período de muito estudo, desafios e onde recebi muito apoio, primeiro de minha orientadora Luciane Kantorski e outros professores e colegas, com quem se aprende mais do que teoria. Em 2011 participei pela primeira vez de uma pesquisa de campo, estando no serviço do município de Alegrete, na coleta de dados da pesquisa CAPSUL II. Foi importante estar integralmente por 15 dias em outro serviço de saúde mental, olhar e aprender com outros interlocutores,

para a prática de cuidado, que desenvolvo, podendo agora aprofundar o pensamento sobre estas.

Em minha dissertação de mestrado trabalhei com o tema: Produção de Subjetividade no Modo de Atenção Psicossocial, apresentado em Argiles (2012) que buscou analisar a potencialidade de produção de subjetividades, na dinâmica de trabalho no Centro de atenção psicossocial, estudos que estou dando continuidade com este projeto de Tese.

O trabalho desenvolvido durante o mestrado foi disparador para o desenvolvimento desta tese. Trabalhei então, com os processos de subjetivação no modo de atenção psicossocial, não tendo como foco o trabalhador, mas o serviço como um todo. Nesta tese faço um recorte, o sujeito trabalhador, em função do que a analise desenvolvida evidenciou. Os dados indicaram que o trabalhador é o segmento que dentro deste serviço, se encontra mais em conflito. A partir dos resultados do mestrado, de leituras de artigos e outras teses, tornam-se evidentes as dificuldades que encontram os trabalhadores, no seu fazer profissional na atenção psicossocial. Ana Pitta publicou um artigo, em 2011, onde faz um levantamento de como está a saúde mental após doze anos da reforma, este vai apontar as dificuldades dos trabalhadores em entender seu próprio trabalho, e desempenha-lo de forma a corresponder os princípios que foram tão caros a reforma psiquiátrica. Concordando com estas colocações, a partir das conclusões do mestrado, senti-me desafiada a estudar de forma mais aprofundada o assunto.

Então, o impulso na direção do doutorado se deu em um *continuum*.

Surge a possibilidade, no programa de doutorado para a realização de um período de estágio Sanduíche, para maior aproximação com aquela realidade. A professora doutora Elisabetta Pascolo-Fabrici, responsável pela residência psiquiátrica no departamento de saúde mental de Trieste-Itália, passa a orientar esta etapa de estudos no exterior. O referido estágio proporcionou-me aprofundamento teórico de autores como Basaglia, Rotelli, Dell'Aqua, Mezzina entre outros. A permanência por quatro meses acompanhando os Centros de Saúde Mental, em especial o Centro Gambini, foi uma experiência muito relevante para mapear o modo como aquela rede de serviço se constitui, e o modo como seus trabalhadores se comprometem, se vinculam e se afetam no cotidiano da atenção, fazendo diferença para a qualidade da atenção ofertada.

Estas vivencias foram significativas para meu amadurecimento enquanto pesquisadora, tendo que aguçar o olhar para uma realidade bastante diversa nos aspectos culturais, econômicos e das políticas de saúde. Porém, encontrei pontos de aproximação com o trabalho desenvolvido no Brasil, e foi muito enriquecedor discutir estas questões diretamente com autores, que são a base teórica do meu estudo, tal como Rotelli e Dell'Aqua. Além destes teóricos e profissionais de saúde mental históricos no processo de reforma psiquiátrica italiana, Giovanna Del Giudice, médica psiquiátrica que trabalhou no processo de fechamento do hospital psiquiátrico de Trieste, acompanhou o estágio contribuindo de forma considerável em minha experiência.

Foi possível participar regularmente neste período da COPERSAMM-Conferência Permanente pela Saúde Mental no Mundo. A associação é formada por diversos profissionais que atuaram na experiência de reforma psiquiátrica, profissionais da rede e estudantes da área de saúde mental. Nestas reuniões as aprendizagens acerca das concepções teóricas e experiencia da reforma psiquiátrica italiana foram relevantes para minha formação. Esta vivência me afetou e reforçou o compromisso com o cuidado em saúde mental.

O desafio de conhecer as formas como os profissionais de saúde mental, percebem, entendem e se subjetivam no modo psicossocial, me instigou à realização do doutorado de forma que possa contribuir para a consolidação desta política nacional de saúde mental, para a formação de outros profissionais e para desencadear reflexões acerca do processo de trabalho nos serviços de saúde mental.

Penso que o meu processo enquanto profissional vem me afetando e transformando, não seria possível fazê-lo se assim não nos constituíssemos, através daquilo que vivemos, que nos mobiliza, nos toca e dispara em nós desejos de ser e viver, em nossa trajetória existencial.

Esta tese esta estruturada da seguinte forma: na **introdução** são expostos argumentos para a contextualização da temática do estudo e trabalhado brevemente conceitos que serão utilizados no decorrer do trabalho.

No primeiro capítulo é desenvolvida a construção do objeto de estudo, sob o título: **a interiorização do discurso sobre a loucura e os modos de subjetivação dos trabalhadores no percurso,** abordando inicialmente o tema da desinstitucionalização da loucura, a seguir, discute acerca dos modos de

subjetivação dos trabalhadores de saúde mental, questões referentes ao espaço do trabalho e sua micropolítica. Apresenta-se ainda, os **objetivos** deste estudo e a tese construída.

No segundo capítulo é desenvolvido **o referencial teórico**, onde são abordados os constructos teóricos dos autores com os quais dialogaremos para a análise das temáticas do estudo, são eles: Michel Foucault, Gilles Deleuze, Felix Guattari e Franco Basaglia.

No terceiro capítulo é apresentado o **referencial teórico-metodológico** que descreve a metodologia do estudo desenvolvido, incluindo o local, os sujeitos e os instrumentos de pesquisa, bem como os princípios éticos assumidos para o desenvolvimento deste estudo.

No quarto capítulo proponho a discussão a cerca dos discursos que se colocam no campo da exterioridade do discurso da desinstitucionalização e que oferecem condições de possibilidades para o surgimento deste discurso, neste tempo histórico e não em outro, sob o título **desinstitucionalização: um discurso de inclusão.** Nesta perspectiva, abordaremos o discurso da igualdade, dos direitos humanos e da inclusão social, que se constituem fortemente na modernidade. A presença destes discursos no campo da atenção psicossocial encontra-se visibilizado nos dados deste estudo, enquanto aspectos que afetam os trabalhadores e produzem modos de subjetivação com a proposição desinstitucionalizante.

No quinto capítulo se aborda o processo de **desinstitucionalização da loucura**, retomando os conceitos e processos que se produziram em diferentes países a partir da segunda metade do último século, no enfrentamento do aparato manicomial construído em torno da loucura. Problematizamos a construção do discurso da desinstitucionalização, sua função enquanto estratégia biopolítica e seus efeitos nos modos de subjetivação dos trabalhadores.

O sexto capítulo tem foco no **trabalho e os processos de subjetivação**, discutindo o espaço ocupado por este, na existência do sujeito, afetando seus modos de subjetivação e a produção de sentidos na contemporaneidade. O enfoque nos processos de trabalho em saúde e saúde mental, busca apontar as especificidades deste campo de atuação profissional e os atravessamentos do discurso da desinstitucionalização da loucura para a constituição do trabalhador da atenção psicossocial.

O sétimo capítulo problematiza os **modos de subjetivação dos trabalhadores e o discurso da desinstitucionalização.** Assim, encontra-se a proposição desta tese em discutir os processos de afetação, implicação e subjetivação dos trabalhadores de saúde mental para operar as premissas do discurso desinstitucionalizante. Considerando os aspectos discutidos ao longo deste estudo, é possível entender os processos pelos quais os trabalhadores elaboram exercícios sobre si, para desenvolver a atenção psicossocial e a perspectiva do discurso desinstitucionalizante.

Enfim, torna-se possível tecer algumas considerações acerca das enunciações produzidas pelos trabalhadores do CAPS de Alegrete, que referem o discurso da desinstitucionalização da loucura, em processo de instituição na realidade brasileira. Abordamos também, aspectos referentes a consolidação da desinstitucionalização psiquiátrica na cidade de Trieste-Itália. Os profissionais, imersos em contextos e realidades específicas, problematizam o acontecimento da desinstitucionalização e seus efeitos sobre os modos de subjetivação dos sujeitos envolvidos na produção da atenção psicossocial.

1 Introdução

A proposta deste estudo é problematizar as perspectivas de mudanças previstas a partir do movimento da reforma psiquiátrica brasileira para os serviços de saúde mental. No estudo, propõe-se a análise dos modos de subjetivação e das estratégias micropolíticas estabelecidas para o funcionamento destes serviços, de forma a concretizar o ideário da desinstitucionalização, considerando os trabalhadores envolvidos.

A reforma psiquiátrica é um processo político e social complexo e tem como foco as mudanças na atenção psiquiátrica, caracterizando-se pela crítica ao paradigma psiquiátrico tradicional, centrado no modelo biomédico, na hospitalização e no asilamento (BRASIL, 2005). O movimento da reforma psiquiátrica constituiu-se no cenário brasileiro, no período da democratização do país e das lutas pela reforma sanitária e foi influenciado por movimentos reformistas no setor psiquiátrico europeu e americano. Estes movimentos ocorridos com impacto e proposições diferenciados em diversos países tinham em comum o objetivo de propor outros modos de cuidar de pessoas em sofrimento psíquico, rompendo com a função de controle, poder e exclusão derivada da atenção psiquiátrica tradicional e hospitalocêntrica.

O modelo manicomial de cuidados psiquiátricos tem como foco a doença e como estratégia principal de tratamento, a medicação e o isolamento. Este modelo caracterizou-se pela cronificação e exclusão de pessoas em sofrimento psíquico e pela institucionalização de serviços ineficazes em termos de efeitos terapêuticos.

A proposição da rede de atenção psicossocial, substitutiva à estrutura manicomial pressupõe mudanças significativas na assistência, nas relações entre trabalhadores e usuários, e com a sociedade. A atenção psicossocial estabelece como foco a pessoa em sua singularidade, propondo processos terapêuticos que

produzam autonomia, e reativação de territórios existenciais[1], individuais e coletivos.

O movimento de desinstitucionalização é, em si, a desconstrução do modelo hospitalar de assistência à saúde mental, que se torna possível com a construção de outras estruturas para o cuidado (AMARANTE, 1996). A ruptura epistemológica provocada pela reforma psiquiátrica, que compreende a construção de outros saberes em oposição à concepção de doença mental como sinônimo de erro e alienação, isolamento e segregação como medida terapêutica entre outros conceitos que compõe o corpo da psiquiatria tradicional, convocou os trabalhadores à produção de conhecimentos e de outras relações com seu objeto de trabalho, incluindo posicionamento ético e político em suas práticas profissionais.

Amarante (2003) afirma que o paradigma da desinstitucionalização inclui um marco conceitual a ser construído pelos trabalhadores, com a mudança de perspectiva do seu objeto de trabalho, que deixa de ser a doença, e a cura como objetivo e passa a ser o sujeito e sua existência. Este olhar que instiga à produção de outras relações com a loucura, partindo dos trabalhadores, consolida novos referenciais em saúde mental, que afetam ética e politicamente a sociedade.

A desinstitucionalização psiquiátrica na Itália, que exerceu muita influência no Brasil, segundo refere Rotelli (2001), foi um processo social complexo, que mobilizou os sujeitos sociais envolvidos, transformando as relações de poder entre os pacientes e as instituições, e produziu estruturas de saúde mental que substituíram inteiramente a internação no hospital psiquiátrico a partir do reposicionamento dos recursos humanos e materiais. Esta perspectiva do processo desinstitucionalizante italiano aponta para a importância dos atores responsáveis, entre estes, os trabalhadores, pelas mudanças paradigmáticas que estabelecem outros modos de cuidar e pela micropolítica construída nos serviços substitutivos.

[1] Territórios existenciais: refere-se a maneiras íntimas de ser, ao corpo, ao meio ambiente ou a grandes conjuntos contextuais relativos à etnia, a nação ou aos direitos universais da humanidade. Não são territórios fechados em si, sobre si mesmo, finito, capazes de bifurcar em reinterações estratificadas, mas também são possíveis de abertura processual, a partir de práxis que permitam torná-lo habitável por um projeto humano (GUATTARI, 1990). Compõe o reposicionamento subjetivo em meio a relação de alteridade regida por uso familiares, costumes locais, leis; a subjetividade também se faz coletiva, não se tornando por isso estritamente social. Entendendo-a coletiva, no sentido de multiplicidade que se desenvolve para além do indivíduo (GUATTARI, 1992).

Yasui (2006) ressalta que a implantação de serviços de atenção psicossocial não garante automaticamente a adesão dos trabalhadores às diretrizes e aos paradigmas propostos pela reforma psiquiátrica brasileira, e a consolidação de serviços de qualidade, visto que mais do que uma reorganização, esta estratégia relaciona-se a uma proposta política de organização e de assistência à saúde, com o comprometimento dos trabalhadores nesta construção.

A redefinição do processo de trabalho em saúde mental ocorre no cotidiano dos serviços, nos confrontos e nas contradições entre o processo de reprodução e recriação das práticas de assistência à saúde, possibilitando um processo contra-hegemônico que resgata trabalhadores e usuários, como protagonistas de sua história, constituindo-se como sujeitos sociais e cidadãos, coresponsavéis por seu trabalho coletivo, superando as práticas tutelares e estigmatizantes (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

A percepção dos trabalhadores de seu papel como agente de mudança, de uma prática social e técnica, operando de forma a consolidar todo um ideário reformista, com rupturas profundas na concepção de seu trabalho, implica em transformações no próprio corpo do trabalhador, que necessariamente se afeta e responde subjetivamente de forma a assumir diferentes papéis entre os quais, técnico, relacional e político.

As modificações capazes de revolucionar as práticas, em todas as instâncias, só partem de operadores que vivem a complexidade destas transformações, considerando que “um operador alienado de si mesmo, com um trabalho alienante, jamais será capaz de transformar qualquer coisa” (DELGADO, 1991 p.24).

Basaglia (1979) relaciona o trabalho em psiquiatria ao seu aspecto político, que possibilita a mudança radical nas formas de relação que se estabelecem entre os operadores, as instituições e a sociedade, quando se enfrentam questões como: a luta de classes, a hierarquia presente nas instituições e o papel desta na sociedade, como espaço de contenção e depósito das contradições e conflitos sociais. Para o autor a luta de classes está presente nas condições de possibilidades da reforma italiana, e impõe aos seus técnicos a tomada de responsabilidade e a decisão de atuar de forma técnica e política, enquanto profissional e cidadão.

Os operadores do processo de desinstitucionalização, segundo Basaglia (2010), se encontram no limite de uma constante recomposição institucional e

administrativa de seu trabalho, sendo este um esforço pragmático de assumir as responsabilidades pela gestão do paciente, mediando à inclusão no meio social, rompendo os limites normativos e tutelares que separam, como um cordão sanitário, o doente do normal na sociedade. Esta mediação exige destes operadores posicionamentos específicos de ordem ética, política e subjetiva.

O posicionamento ativo do trabalhador que concebe sua intervenção como uma prática a ser construída de forma coletiva e contextualizada em seu território concreto e subjetivo, encaminha os cuidados em saúde mental na direção de um permanente processo, evitando a reprodução de práticas e relações conservadoras mesmo nos espaços de serviços substitutivos.

Tittoni (1994), afirma que o trabalho marca a vida dos trabalhadores e considera a experiência do sujeito expressa na intersecção deste com o mundo, incluindo o trabalho como espaço de instituição de novos modos de pensar, agir e sentir. A autora reitera a importância de considerar as relações com as atividades laborais, para compreender os modos de ser das pessoas, delimitando formas de subjetivação.

Para a compreensão dos engendramentos da subjetividade e o campo do trabalho, torna-se relevante pensar a configuração e o modo de funcionamento dos espaços que se colocam como lugares, onde a ação coletiva gera produtos ou serviços à sociedade, como resultado de diversos aspectos de natureza econômica, política e social. Envolve conhecer o percurso traçado pelos trabalhadores, que estão também atravessados historicamente por todos esses fatores. Para conhecer a micropolítica dos serviços de saúde mental, sua dinâmica interna, deve-se estar atento, para além de organogramas ou estrutura de funcionamento, aos processos de subjetivação que constroem as vivências dos atores envolvidos e as linhas de forças que são postas a funcionar (SILVA, 2010).

Segundo Guattari (2011) os profissionais que atuam no campo psicossocial participam de algum modo na produção social de subjetividades e na articulação de agenciamentos no plano micropolítico dos locais em que trabalham estando, portanto, subjetivamente implicado, de algum modo, no cuidado que produzem.

O trabalho em saúde mental coloca os profissionais em posição de imprevisibilidade em relação aos acontecimentos, e assim com a inovação em seu fazer cotidiano. Os recursos despendidos para a resolução das questões mobilizam o trabalhador, desencadeando processos de subjetivação, quando se criam outras

formas de agir, pensar e encaminhar situações complexas. Certas demandas produzem questionamentos quanto à área de competência, o que exige novas aprendizagens e transformação pessoal.

A construção de novos referenciais estabelece uma implicação que envolve processos não só cognitivos, mas também subjetivos considerando a conceituação desenvolvida por Foucault (2013) de que também somos produzidos pelos saberes e pelas diferentes formas como estes nos afetam e transformam.

As relações de forças que permeiam a afirmação de outras estratégias de cuidar e de compreender o fenômeno da loucura produzem efeitos de ordem ética e política no trabalhador. As relações implicadas neste campo de ordem individual, coletiva e institucional, de saberes, poderes e verdades, produzidas sócio-historicamente, atravessam o trabalhador e engendram modos de subjetivação.

Conhecer como os trabalhadores de serviços de atenção psicossocial produzem o cuidado nos possibilita identificar aspectos de aproximação e de distanciamento em relação aos objetivos mais amplos do movimento da desinstitucionalização e de contribuir para a instauração de práticas de atenção que possibilitem a reinvenção de saúde, a produção de vida e a emancipação individual e coletiva. O modo psicossocial trabalha para a produção de singularidades e subjetividades estabelecendo assim a diferença em relação ao modo manicomial, que produzia subjetividades serializadas e disciplinadas (COSTA-ROSA, 2006).

A perspectiva de produção de singularidades e de produção de subjetividades no modo psicossocial, encontram-se nos movimentos moleculares de resistência, nas possibilidades de criar, de sentir de relacionar-se e estar no mundo, desestabilizando formas determinadas e instituídas de existência, quando se possibilita emergir as multiplicidades existentes no coletivo, nas conexões e nas invenções potencializadas no espaço psicossocial (ARGILES, 2012).

A característica dos serviços de atenção psicossocial, as práticas e concepções presentes nestes espaços de cuidado, constituem diferenças marcantes em relação aos modos de subjetivação presentes e possíveis no modelo manicomial. Visto a lógica da instituição manicomial, tais diferenças dizem respeito a objetivação do sujeito, a redução deste à doença e as determinações implícitas em todas as formas de tratamento e relação, onde o saber-poder médico anula a possibilidade de existência singularizada do interno. O espaço psicossocial configura-se em possibilidade de relações que disparam processos de reinvenção

de vida, de protagonismo e de existência incluindo as manifestações da loucura, partindo de uma concepção de sujeito que, segundo Teixeira (2001), se produz a partir de uma rede complexa e múltipla de processos individuais, coletivos, institucionais e sociais.

A micropolítica do processo de trabalho, segundo Merhy e Franco (2007), é determinante no processo de produção de saúde. As relações construídas nos espaços de atenção a saúde, entre os profissionais, gestão e usuários, expressam-se nas formas de organização e nas práticas estabelecidas no cotidiano dos serviços. Os autores entendem a micropolítica como histórica e socialmente produzida pelas pessoas envolvidas, seus modos de representação e subjetivação, correspondendo ainda a uma determinada demanda da sociedade em que se insere.

Os diversos serviços de saúde mental constituídos na lógica da atenção psicossocial, configuram-se de forma muito distinta da lógica manicomial, pela própria característica de construção processual e pela singularidade de suas equipes, territórios e demandas de seus usuários; ainda assim, as disparidades envolvem os processos de trabalho que colocam-se, por vezes, de acordo com os propósitos da desinstitucionalização e da atual política de saúde mental, ou dissonantes destas preposições, mantém-se serviços com características institucionalizantes, com práticas e dinâmicas tradicionais e referencial biomédico.

Como justificativa para a realização deste estudo, ressalta-se que o mundo do trabalho configura-se como um campo, no qual se colocam forças diversas, de ordem econômica, política, social e historicamente determinadas (SILVA, 2010). Para além destas forças, no campo da saúde, o trabalhador é agenciado por forças objetivas e subjetivas, derivando estas dos corpos teóricos e técnico de suas profissões e de aspectos relacionais, afetivos, culturais, entre outros.

Se a força física dos trabalhadores em dados momentos da história foi primordial para a produção de bens e o desempenho intelectual, igualmente tornou-se imprescindível para o desenvolvimento cientifico; parece-nos que o modo de mobilizar-se subjetivamente, em consonância com os princípios elementares do modo psicossocial de atenção, é essencial para a constituição de locais realmente produtores de outra lógica de cuidado. Esta afirmação decorre do entendimento, de que o modo de atenção psicossocial, utiliza-se significativamente de recursos subjetivos do trabalhador para sua concretização.

Concordando com Nardi (2004) de que os processos de subjetivação estão intrinsecamente relacionados ao trabalho, considerado na sociedade capitalista um pilar de manutenção da vida, pelo qual o sujeito se significa no plano coletivo, propomos pensar o modo como o trabalhador dos serviços de CAPS se implica e se subjetiva, em seu trabalho. Tal trabalho encontra-se em um momento de transição paradigmática, e por isso desterritorializa o trabalhador e convoca-o a criação de outros modos de produção, em processo contínuo.

A implicação, segundo Lourau (1993) faz frente ao mito de neutralidade do trabalhador ou do pesquisador. Assim, trata-se de admitir que este também seja afetado por aquilo que pretende objetivar, podendo ser fenômenos, acontecimentos ou idéias. O autor ainda ressalta que não se refere a uma decisão de consciência, de ligar-se a um processo de trabalho, mas de um movimento de instalação e de engendramento nas situações vivenciadas, seja como pesquisador, trabalhador ou outras. Nesta perspectiva, suas implicações, estão definidas pelos lugares que o trabalhador ocupa no cotidiano da vida profissional, nas relações sociais, na divisão social do trabalho e, em suma, na história (COIMBRA, 1995).

Estas concepções do conceito de implicação estarão operando nesta tese, para problematizar os movimentos de afetação e de transformação do trabalhador no cotidiano de suas práticas e nas construções em seu campo de trabalho.

A concepção de subjetividade subsidiará teoricamente as discussões a partir do pensamento de Deleuze e Guattari (1995), que nos apontam uma perspectiva geográfica e máquinica deste conceito. Os autores usam referências da geografia para dar a ver as noções de movimentos no espaço, e das dimensões possíveis em que ocorrem uma circulação de estados, traçando um mapa que se produz, se interrompe e ganha novos contornos permanentemente.

O conceito de rizoma, derivado da biologia, possibilita entendermos os movimentos conectivos de produção de subjetividade, e estarão ao longo deste estudo, sendo delineado pela potência que representam na perspectiva de uma subjetividade em produção. Deleuze e Guattari (1995) apresentam o rizoma como uma rede maquínica, uma circulação de estados, uma combinação cujos resultados não se pode organizar, estando sempre no meio. Um conjunto de devires, que agenciam novos enunciados e desejos na existência, incluindo movimentos de desterritorialização e resistências, como linhas de fuga, possíveis em um sistema de controle, que pressupõe a gestão destas rupturas e escapes.

Os estudos Foucaultianos acerca dos modos de subjetivação, discutidos no eixo ético de sua obra, onde realiza uma investigação acerca dos modos de existência do sujeito, contribuirão para a análise dos modos de subjetivação.

Entendendo que a produção de subjetividade e os modos de subjetivação tomam configurações singulares e que estas possibilitam a produção de modos de existência, bem como diferentes modalidades de formas de sociedade e de vida, trabalharemos com os constructos teóricos de Deleuze, Guattari e Foucault para a compreensão dos eventos e acontecimentos, no decorrer deste estudo.

Os serviços de saúde mental, na perspectiva desinstitucionalizante constituem-se em um campo de atuação profissional, complexo e singular. Neste os processos não estão programados ou pré-determinados, as tecnologias são de ordem relacional, imaterial e fluídas, as relações de poder estão em foco frente à problematização da organização institucional de forma a evitar a cristalização de papéis, lugares e práticas. Assim como, as hierarquias possíveis de se constituírem a partir dos diversos saberes presentes no campo interdisciplinar, são problematizadas frente à dinâmica de trabalho em equipe.

O cenário é de mobilização de todos os atores envolvidos, de experimentações, de possibilidades de existências singulares, para criação de potência de vida e de resistências. O protagonismo passa a ser de todos, não apenas do profissional que dará o rumo do tratamento, em uma postura prescritiva, mas das pessoas que buscam encontrar acolhimento e apoio para cuidar de sua saúde e decidir sobre seu projeto de vida.

Nesta conjuntura, o trabalhador é desafiado a mobilizar-se de forma diferenciada em relação aos modelos profissionais tradicionais na área psiquiátrica, nos quais o afastamento e o não envolvimento configuravam o *setting* idealizado para o tratamento. O trabalhador, no modelo psicossocial, está convocado a outros processos, que o deslocam e exigem uma mobilização subjetiva para operar a clínica psicossocial.

Estas considerações apontam a pertinência deste estudo que dará visibilidade aos acontecimentos que envolvem os/as trabalhadores/as frente a este cenário, onde modos de subjetivação se produzem e relações individuais, coletivas e institucionais se colocam a operar na micropolítica de trabalho nos serviços de CAPS.

2 A interiorização do discurso sobre a loucura e os modos de subjetivação dos trabalhadores

Esta tese parte do questionamento acerca dos modos de subjetivação dos trabalhadores, no interior dos serviços de saúde mental, implantados e em o funcionamento em todo o país, a partir da reforma psiquiátrica brasileira em da aprovação da lei 10.216/01, que concretizam o funcionamento do modo psicossocial de atenção, em relação às premissas do processo de desinstitucionalização. A principal mudança pretendida com a implantação da legislação conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, é a perspectiva desinstitucionalizante, que se materializa na realidade brasileira através, da criação de uma rede de atenção substitutiva ao modelo manicomial.

Para o entendimento do acontecimento[2] da reforma psiquiátrica brasileira e da proposição de desinstitucionalização que pressupõe uma mudança de paradigma na atenção psiquiátrica, orientando suas modalidades de atenção e ações técnicas, administrativas e políticas, utilizamos a concepção de Foucault (1992) em relação ao que é dito e entendido como verdade em cada momento e lugar na trajetória humana.

---

[2] O conceito de **acontecimento**, é provavelmente um dos mais difíceis de determinar na obra de Deleuze. Ele tem quase a condição do objeto intratável. Sabemos que a Lógica do sentido (1998), é o grande livro sobre o acontecimento. Pensamos que aí ele pode ser compreendido segundo vários estratos. Num estrato físico, o acontecimento é remetido para a tese estóica segundo a qual o acontecimento é o resultado das ações dos corpos. É o incorporal, o quase-ser enquanto fronteira entre as palavras e as coisas. O acontecimento tem um caráter duplo, pois ele é também corporal. O acontecimento é aquilo que exprime a proposição, enquanto articulação entre a linguagem e as coisas. No momento mesmo de designação, o acontecimento produz as coisas que a proposição designa. Num estrato metafísico, trata-se de determinar o acontecimento enquanto singularidade, enquanto elemento de diferenciação (POMBO, 2002 p.44)

Foucault (1992) entende que a produção de um regime de verdade, consiste em um conjunto de regras, procedimentos e ações que sustentam determinados conceitos ou verdades de acordo com a necessidade histórica e social, atendendo a interesses determinados em dado momento histórico e pode ser denominado como acontecimento.

O movimento de desinstitucionalização configura-se como um acontecimento, quando se torna potente para produzir outros sentidos em relação à experiência da loucura, assim como transforma o que está instituído, como a concepção dos espaços de cuidado e das práticas, as relações estabelecidas entre os profissionais e usuários, e os objetivos da atenção psicossocial, possibilitando outros modos de subjetivação. Já o modo manicomial pelas práticas, concepções e objetivos de sua proposta, produz agenciamentos de forma à responder a serialização, normalização, homogeneização, com aspectos de limitação dos processos de subjetivação.

Entendemos a reforma psiquiátrica como um acontecimento também na perspectiva do pensamento de Deleuze (2000), daquilo que é tecido no próprio devir, aquilo que engendra outras possibilidades ao que está posto, e que dispara fluxos individuais e coletivos de produção de sentido. São os movimentos pequenos, moleculares, de volume reduzidos, que escapam aos controles das máquinas instituídas e que se produzem o que entendemos por acontecimento.

A concepção de loucura, forjada pelo poder psiquiátrico, a partir da herança cartesiana de sujeito e razão, na qual aqueles que não correspondem ao status da racionalidade estabelecida como normalidade, estiveram em lugar de exclusão e de negação, pode ser compreendida a luz dos conceitos foucaultianos, como um regime de verdade que foi constituído, a partir de uma formação discursiva, produzida pelo pensamento filosófico e científico da modernidade.

Os regimes de verdade se referem a uma expressão cunhada por Foucault (1992) em suas problematizações acerca das relações de poder-saber e remetem aquilo que se estabelece como uma política geral da verdade nas sociedades contemporâneas, sendo que está expressão vem atualmente sendo reinventada e utilizada em diferentes campos de estudos, para pensar os efeitos das relações de poder nos discursos, tais como os educacionais, psiquiátricos e outros (GARCIA, 2002).

Foucault (1992 p.12) nos diz que:

> A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua política geral de verdade, ou seja, tipos de discurso que acolhe e faz funcionar como verdadeiro; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas que são valorizadas para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que tem o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro.

A perspectiva foucaultiana acerca da história da loucura nos oferece uma descrição e análise da instituição manicomial como um discurso que passou a ser construído ao longo do estabelecimento do Estado moderno, atendendo assim a um conjunto de necessidades e de condições de possibilidades para sua formação, enquanto um discurso dito verdadeiro, que se constituiu a partir de um conjunto de saberes e de modos de ser e estar no mundo com a experiência da loucura.

Esta condição relacionada ao humano, que mobilizou em dado momento, a ciência, a política, a ética, e a religião, constitui-se como um discurso que na atualidade, passa a ser da ordem da ciência, instaurando verdades de caráter absoluto e indiscutível (FOUCAULT, 1992). Estes regimes de verdade acerca da loucura implicaram na criação de instituições, de modos de vida e de comportamentos específicos, para os diferentes atores neste campo, entre os quais os loucos, os profissionais de saúde e a sociedade de modo geral.

O entendimento de que um discurso produz verdades e está imerso em jogos de poder e saber possibilita colocar em suspenso, para fins de análise, as construções teóricas estabelecidas como verdades únicas e inquestionáveis, alicerçadas nos saberes e nas instituições, tais como nos manicômios e nos saberes que lhe deram sustentação.

A história da loucura, tal como apresentada por Foucault (1999), configura-se como um discurso acerca da desrazão, do erro, da anormalidade e, posteriormente da doença, tendo seu início em torno do século XVII. Na idade medieval, a loucura era polimorfa e múltipla. A loucura incluía personagens distintos e excêntricos, que provocavam reações diversas como, medo, estranhamento e encantamento.

Estes personagens incluíam os incapazes para o trabalho, os errantes, que perambulavam pelos povoados, sem origem e sem nome, sendo considerados a-sociais. Eram os personagem da sátira, os insensatos, os que dançam, os que expressam a animalidade no homem, os que se submetem a violência do desejo.

Os loucos também eram vistos como estando mais perto da felicidade e do amor, conforme apontam os textos literários do século XV. Esta imagem, inquietou a imaginação do homem ocidental, com seus arroubos e sua possível liberdade. No período medieval a loucura não representava ameaça ou necessidade de julgamento, nem pressupunha isolamento do convívio social. Não havia elaboração de um saber sobre a loucura.

Ao final do século XV Bosch compõe a Nau dos Loucos e Erasmo escreve O Elogio da Loucura (1509). Neste período o tema da morte impera, pelo advento da peste e guerras. A loucura na sua expressão de desatino, substituiu o medo da morte. A forma de reagir a estas percepções, se expressa pelo riso e a ironia, retratando os vícios, os defeitos humanos, desencarnando a face oculta da insanidade, inerente à humanidade. A substituição do tema da morte pelo da loucura, não marca uma ruptura, mas uma virada na mesma inquietude humana frente o vazio, a vida e a morte. Este liame entre a loucura e o nada persiste por muito tempo, sendo encontrada na experiência clássica da loucura e retratada assim na literatura e nas artes. Neste período a loucura recebeu um status, no discurso mítico e foi relacionada à experiência trágica do homem. Se a idade média atribuiu um lugar para a loucura entre os vícios humanos, a Renascença à colocou no primeiro lugar entre estes (FOUCAULT, 1999).

Com a Renascença no século XVI e o desenvolvimento do Humanismo, a loucura passa a ser relacionada à perda da razão. No pensamento cristão, foi entendida como uma falha humana, sendo então colocada no discurso do religioso. É assim desenvolvido, um pensamento racional e moral sobre a loucura.

Com o desenvolvimento das cidades, das grandes manufaturas e da urbanização, tendo como objetivo, a limpeza e organização dos espaços públicos, surgem a primeira forma de exclusão da loucura, que se conhece como o período do grande enclausuramento, onde se afastou da sociedade, todo o tipo de pessoas consideradas desviantes, tais como: prostitutas, mendigos, loucos, andarilhos, pessoas na marginalidade por diferentes situações. Não havia ainda neste período uma percepção da loucura, enquanto doença (FOUCAULT, 1999).

Surge assim a internação, no espaço do hospital reservado antes aos leprosos, com as características marcantes do espaço de exclusão daqueles que representam perigo e que suscitam o afastamento, não para receberem cuidados,

mas para evitar que se espalhe o mal, entre os sadios. Aqui “o internamento é uma sequência do embarque” (FOUCAULT, 1999 p. 43) em referencia a Nau dos Loucos.

Nestas grandes instituições, onde se encontrava ações de assistência aos pobres e igualmente de repressão, desempenhando funções de ajuda e também de ordem e regulação da conduta e atos, encontra-se o poder do rei, da justiça e da igreja. O internamento foi uma iniciativa, cujos primórdios remontam à idade média, com a segregação dos leprosos, e posteriormente passa a ser ocupado por excluídos de todo o tipo, e o poder vigente é de ordem política, jurídica, econômica e moral (FOUCAULT, 1999).

Nos grandes Hospitais Gerais em toda a Europa, aos internos foi imposto o trabalho, como forma de tornar possível a sua sobrevivência em períodos de crise econômica e do início da industrialização, quando este tornou-se um imperativo para a sobrevivência. Também por motivações religiosas e morais o trabalho passa a ser recomendado contra o ócio e a desordem comuns a esta população. Os alienados mentais, assim nomeados, se diferenciavam pelo critério da desrazão, e por que não respondiam a prescrição institucional de trabalhar e produzir. Ainda não havia, neste período, a perspectiva da patologia. Neste momento, a loucura é percebida como uma condenação ética, porque estes se alienam para fora da ética imperiosa do labor e para fora da ordem burguesa, nem tanto por uma consequência econômica, mas principalmente, por uma perspectiva moral própria do período iluminista em que vigorava o primado da razão e do trabalho (FOUCAULT, 1999).

A internação executada por mais de um século em praticamente toda a Europa, chega ao século XVIII, com a percepção do alienado interno como uma figura humana desconhecida e estranha, trazendo o conceito de alienação para a designação de pessoas consideradas a-sociais, isto é, estranhas ao mundo social e que não se enquadravam em regulamentações como a do trabalho. Quando os grandes hospitais passaram a organizar os tipos humanos que ali se encontravam, e denominaram alienados mentais aqueles indivíduos que apresentavam também comportamentos associados com desvios sexuais e interesses por alquimia ou magia, por afetarem a imagem da família burguesa e a moral clássica da época (FOUCAULT, 1999).

O poder médico sobre a loucura, que se encontra desde o século XVII, em documentos que incluíam julgamentos médicos, determinando internações em locais específicos para alienados, dentro das estruturas dos grandes hospitais gerais, é

suprimido durante o período de um século pelo entendimento jurídico de que a loucura não está no âmbito da medicina, estando então na ordem da lei, da justiça. Apenas no fim do século XVIII, quando a medicina moderna se estrutura como ciência, esta se encontra novamente com a loucura, desenvolvendo sobre ela um saber próprio, mas ainda assim alia-se a justiça e a lei para a manutenção de uma instituição que busca tratar e estabelecer a norma e a ordem social, através do tratamento moral e punitivo, para o que se entende como uma falha, um erro, uma inadequação a ser corrigida (TORRE; AMARANTE, 2012).

No final do século XVIII, no período da revolução francesa, Pinel assume a direção do grande hospital Bicêtre em Paris e dá inicio a um processo que culminou com a criação do primeiro asilo de alienados mentais. Ao libertar os loucos, internos neste grande hospital das correntes e calabouços, propõe um espaço para a possibilidade de cura ou de regulação da conduta desviante (TORRE; AMARANTE, 2012).

Este movimento pineliano de transformação da instituição constitui-se em uma mudança do paradigma místico-religioso para o paradigma clínico e biológico, alterando as práticas, os saberes e as formas de organização dos serviços de saúde na área psiquiátrica, entendido como um ato de libertação. Segundo Foucault, (1980) Pinel inaugura um saber sobre o comportamento humano, produzindo uma nosografia do conjunto de sintomas, reações e condutas, relacionando-os aos quadros diagnósticos. A partir da situação de extremo sofrimento e limitação de pessoas excluídas, expostas a toda precariedade institucional da época e da privação de liberdade, se organiza uma classificação, uma normatização e uma série de prescrições para anular as expressões consideradas nocivas ou moralmente inadequadas.

A nomeação da loucura enquanto doença se estabelece neste contexto, a partir do desenvolvimento da medicina no início do século XIX, que envolveu importantes descobertas na área da biologia, incluindo estudos das bactérias, da anatomopatologia e da medicina social. Esta última abrange o ambiente urbano e a população como seu objeto, exercendo controle e subsidiando o Estado sobre as normas sociais de organização dos espaços públicos e vigilância da saúde (MACHADO, 1978).

Este poder de normatização das condutas e comportamentos humanos, a partir de concepções relacionadas ao normal e a noções de anormalidade, para

enquadramento dos indivíduos desviantes do modelo e adequação dos mesmos aos padrões, é entendido como o “poder psiquiátrico” que está nas bases de nascimento das ciências humanas e do próprio modelo capitalista (TORRE; AMARANTE, 2012 p. 46).

O poder da ciência, em especial da ciência médica de destituir da condição de sujeitos de razão e direito aqueles que não correspondem ao funcionamento previsto pelos critérios da razão e da adaptação à norma, criando o conceito de loucura e de todo um aparato de operação institucional e social em sua estratégia para tornar-se um regime de verdade, que passa a ser questionada em suas bases pelo pensamento desinstitucionalizante (ROTELLI, 2001).

Ao final do período renascentista e início do longo período iluminista, no século XVII, o pensamento científico se consolida enquanto meio para alcançar a verdade, sendo a única forma de construção e aquisição do conhecimento. Nesta conjuntura o discurso científico torna-se predominante e a partir deste estabelecem-se regimes de verdade, como o da ciência médica, surgindo assim, no início do século XIX a ciência psiquiátrica.

Considerando que a medicina tinha como objeto de seu saber o domínio sobre a cura das doenças, a psiquiatria nasce no seu interior, porém sem conhecimento técnico para a cura da loucura. Assim, os hospitais psiquiátricos se organizam como espaços de experimentação e estudo sobre possíveis terapêuticas, assim como passam a desenvolver outro papel, que é o controle da loucura, função social não menos importante.

Estes saberes se constituem e se colocam a serviço das necessidades sociais, como justificativas para muitas ações humanas, entre as quais os desvios de comportamento; à psiquiatria se encontra assim com o discurso jurídico. Passam a atuar em associação os discursos médicos, psiquiátricos e jurídico, constituindo a formação discursiva acerca da loucura, com o propósito da normatização da vida e exclusão dos inaptos para a garantia de um adequado funcionamento da sociedade.

No modelo manicomial, a loucura encontra-se aprisionada na concepção de doença e o saber autorizado a falar sobre a mesma é o saber médico psiquiátrico. A terapêutica principal utilizada é a medicação, baseada nos conhecimentos psicopatológicos, onde não há espaço para a experiência subjetiva. Esta considera, portanto, o indivíduo de modo passivo, incapaz para colocar-se na relação de cuidado como agente. Aqui o médico, considerando-se a hierarquização entre as

profissões no campo psiquiátrico, é o centro do processo de cuidado e pensa e toma as decisões terapêuticas isoladamente.

Os profissionais que atuam no campo psiquiátrico no modelo manicomial, além do médico, estão em posição subalterna a este, sem qualquer autonomia. Tradicionalmente são enfermeiros e técnicos de enfermagem, que realizam a maior parte das tarefas de cuidado. Mais recentemente na história da psiquiatria, já no século XX outros profissionais passaram a compor o quadro de trabalhadores no manicômio, entre os quais psicólogos e assistentes sociais.

A divisão do trabalho se mantém hierárquica e centralizada na figura e autoridade do médico. O prontuário é a ligação entre a equipe, o cuidado é fragmentado e desconexo, as ações terapêuticas limitam-se ao uso do remédio e atividades de praxiterapia, onde o trabalho é utilizado como recurso para o preenchimento do tempo vazio e como parte da fundamentação de uma terapêutica moral, onde o trabalho é edificante (COSTA-ROSA, 2006).

O manicômio sendo uma instituição que assumiu a interdição do louco e do seu espaço social, de forma a segregá-lo e apartá-lo socialmente, inaugurou o isolamento como terapêutica. Ele tem o caráter das instituições totais, onde estão negados os direitos humanos básicos, tais como ir e vir, ou exercer poder sobre seu próprio corpo, sendo definido horário para atividades humanas fundamentais como: comer, dormir, banhar-se.

As relações dos profissionais do manicômio em relação ao “paciente” são da ordem da objetivação, ou seja, este é reconhecido como doente sobre o qual se dá o tratamento. As relações de saber-poder hierarquizadas se estendem entre os trabalhadores, conforme suas profissões e entre equipe de trabalhadores e usuários.

A desinstitucionalização coloca-se como um discurso que estabelece uma concepção, um saber e um espaço para a loucura em nossa sociedade, em contraposição ao discurso manicomial, encontrando-se ainda em processo de constituição. Este não se dirige necessariamente ou somente à instituição psiquiátrica, ou seja, os hospitais psiquiátricos ou mesmo às práticas de cuidado construídas em torno da loucura, mas diretamente ao que concebemos como verdade sobre o tema. A desinstitucionalização assim se produz pelos de modos de subjetivação de trabalhadores de saúde mental, pelas pessoas em sofrimento psíquico e pela sociedade de modo geral.

Entendendo a subjetivação não como uma instância dada, como um modo substancial ou essencial, mas em seu caráter processual, onde constitui-se em permanente produção, através de agenciamentos. Deste modo, materializa-se no cotidiano, nas relações que estabelecemos com as coisas, com as instituições, com os outros, desencadeando novos modos de existência individuais e com o mundo. Está é produzida por máquinas de ordens distintas, por elementos dos equipamentos sociais e de dispositivos políticos, culturais, econômicos, entre outros. A temática da subjetivação é amplamente abordada ao longo destes estudo, especialmente em relação aos trabalhadores de saúde mental, no contexto da desinstitucionalização.

O campo de trabalho em saúde mental, na perspectiva desinstitucionalizante, é um espaço de luta e de disputa, entre o discurso psiquiátrico tradicional, centrado no manicômio e consolidado na cultura ocidental e um discurso de problematização em relação a diferentes processos de subjetivação e de existência, incluindo a experiência da loucura enquanto forma de manifestação humana.

A desinstitucionalização constitui-se um processo de produção de políticas que trabalham para a superação da doença mental, enquanto constructo teórico, de alienação e desrazão, e de suas tecnologias segregantes e excludentes, compreendendo-se que estes fundamentos se inserem em mudanças culturais, éticas e sociais de toda a sociedade. Os atores do processo, trabalhadores e pessoas que vivem a experiência da loucura, assumem um caráter político na desconstrução das relações de poder, e na construção de projetos de vida e saúde no contexto de cuidado, no território de vida (TORRE; AMARANTE, 2012).

Pensamos a proposição desinstitucionalizante a partir de sua inclusão no que se denomina regimes de verdade, segundo Foucault (1992). Utilizamos as considerações do autor para problematizar o embate travado entre os diferentes modelos de atenção psiquiátricos, enquanto construções teóricas que se embasam em saberes e respondem a procedimentos operacionais de ordem técnica, dispostos em instituições próprias à aplicação de uma ciência dita, verdadeira, no caso a psiquiatria.

Mas enfim, o que se entende como desinstitucionalização? O questionamento se impõe, quando este mobiliza oposição, questionamentos, descréditos e embates técnicos, políticos, filosóficos, durante todo o processo de luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, quando chega a ser usado como sinônimo de

desospitalização, desassistência e irresponsável abandono das pessoas com transtornos mentais. O termo ganha neste embate contornos distorcidos e incompreendidos, tanto pelos defensores do tratamento psiquiátrico manicomial, que se utilizam deste para fazer a política do terror, que promete deixar os “loucos na rua”, sem cuidado e sem lugar; como também por aqueles trabalhadores da saúde que entendem o cuidado humanizado, em espaços aberto, por equipes interdisciplinares e que, no entanto, consideram o ideal proposto ousado e inalcançável.

A desinstitucionalização, segundo Rotelli (2001, p.33), é “sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, enquanto sujeitos”. Implica dizer que o propósito é o cuidar, ocupar-se aqui e agora. De fazer com que se transformem os modos de viver e sentir a experiência de sofrimento do outro, transformando os modos de vida concreta e cotidiana, que alimenta esse sofrimento. Com essas proposições não se pensa que o sofrimento deixe de existir, mas certamente se alteram os motivos e a centralidade que este possa ocupar na vida das pessoas.

Quanto ao trabalhador, é a possibilidade de tomar ao seu encargo o cuidado do outro, em um processo dinâmico de acompanhá-lo na retomada de sua vida, em momentos de maior ou menor potência, mas com a convicção de seus direitos e de sua diversidade existencial, o que caracteriza a prática desinstitucionalizante.

A perspectiva desinstitucionalizante na proposta da reforma psiquiátrica brasileira tem inspiração e referências na experiência da reforma italiana, onde o principal objetivo é a desconstrução do entendimento da loucura enquanto doença, desvio da normalidade ou falha na capacidade racional pressupondo a concepção de loucura, enquanto possibilidade da subjetividade humana, atravessada por aspectos de produção social, histórica e política.

Basaglia (2010) refere que para abater os muros do manicômio, trabalhando para a desinstitucionalização, é preciso efetivamente superar os conceitos fundantes da psiquiatria, enquanto instituição de poder e de anulação dos sujeitos, ou vamos inexoravelmente fazer prevalecer práticas manicomiais nos serviços de atenção à saúde mental.

Centrar o foco da atenção na pessoa e sua existência, colocando a doença entre parênteses, é uma mudança de objeto, que outras produzirá relações no campo psiquiático (BASAGLIA, 2014). A loucura, segundo Amarante (1996) é parte

da subjetividade humana, não sendo passível de negação ou supressão. Estas são concepções básicas para a proposição da desinstitucionalização. Estas concepções relativas especificamente ao objeto ao qual se dedica e se pensa a produção do cuidado, desterritorializa[3] o profissional de saúde, que é mobilizado a construir outros saberes e outros modos de aproximação com o fenômeno da loucura.

O trabalhador nesta conjuntura, encontra-se desterritorializado, em relação as práticas que coloca a funcionar e aos modos como entende o seu trabalho, visto as questões que envolve a formação, a perspectiva de ruptura com os modos instituídos, que se caracterizam por modalidades de fixação e determinação; e as exigências de um modelo que se organiza em uma lógica de atenção que se coloca em movimento, em processo de constituição permanente. No entanto, este trabalhador está dispondo de si, para a construção deste processo e assim constitui outros modos de subjetivação.

O processo de saúde exige uma terra não prometida, preexistente, mas uma terra que se cria ao longo de sua tendência, de seu deslocamento, de sua própria desterritorialização, é produção de terra nova. Aqui o uso do termo desterritorialização relaciona-se à possibilidade singular de desejo próprio e reinvenção permanente, gerando linhas de fuga, dobras (onde os acontecimentos ocorrem) e potência de vida (LOPES, 1996).

Pensamos ser este um ponto crucial para entender a desinstitucionalização, e que dá inicio a uma série de reflexões sobre a necessidade de outras práticas e posturas frente ao fenômeno da loucura, tais como outras perspectivas paradigmáticas, rompendo com a racionalidade presente no pensamento científico na modernidade, onde se pensa necessariamente no binômio problema-solução,

[3] Territorialização/desterritorialização/reterritorialização: o território aqui é relativo tanto ao espaço vivido, quanto a um sistema de apropriação de subjetivação sobre si mesmo. Ele é o conjunto de representações de toda uma série de comportamentos, investimentos, nos tempos e espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. O território pode desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair de seu curso e destruir-se. Os territórios originais se desfazem ininterruptamente, desterritorializando-se, por atravessamentos diversos tais como, os sistemas maquínicos, as estratificações materiais e mentais. A reterritorialização consiste na tentativa de recomposição de um território engajado num processo desterritorializante. O capitalismo é um exemplo de sistema permanente de reterritorialização: as classes capitalistas tentam recapturar, constantemente, os processos de desterritorialização na ordem da produção e das relações sociais. Com isso tenta controlar as pulsões processuais que trabalham a sociedade (GUATTARI, 2011, p. 388).

objetividade, neutralidade, entre outras premissas, que são questionadas e com as quais o paradigma da desinstitucionalização busca romper.

O paradigma racionalista na área psiquiátrica sempre se revelou problemático, visto a expectativa de adequação ao binômio problema-solução. A psiquiatria tendo como objeto a doença mental, enfrenta-se com a impossibilidade de alcance da solução, ou seja, a cura.

A ciência psiquiátrica produz uma série de aparatos institucionais e de constructos teóricos e técnicos de forma a produção de um saber que se ocupa daquilo que a sociedade não admite entre si, sua faceta desconhecida, não explicável e não aceita. A sociedade constrói uma discursividade acerca dos diferentes modos de não adaptação social como resíduo, sobra, falha, e o saber psiquiátrico desenvolve em conjunto com outras instituições de controle social, como a justiça e a assistência, técnicas para conter, suprimir, apartar da sociedade, estes sujeitos.

A instituição psiquiátrica manicomial assume inteiramente este lugar residual que a principio é destinado aos internos, que também a restringe. Se coloca distante e fechada para a interação social e a interlocução sobre suas práticas, modalidades de tratamento e relações internas, constituindo-se como dogmas, que são vistos como inquestionáveis; produzindo o estigma[4] e deixando-se produzir por este. Olha sobre si própria e luta para manter-se neste lugar, reafirmando a necessidade de longas internações, isolamento, limitação e controlado contato externo, práticas de tratamento moral entre outros aspectos, que as instituições psiquiátricas ainda mantém na contemporaneidade, apesar de toda uma tentativa de readaptação à legislações e normativas da política de saúde mental.

Amarante (1996) entende que a proposta de desinstitucionalização não pressupõe a negação da doença mental e do sofrimento que lhe acompanha, mas

[4] Em 1963, Goffman desenvolve o tema do estigma a partir do conceito de identidade social,no qual uma pessoa passível de ser estigmatizada apresenta atributos “que o tornam diferente de outros que se encontram em uma categoria que pudesse ser incluído”(GOFFMAN, 1988 P.12). A pessoa é reconhecida como alguém que se encontra estragada e diminuída ou que possui defeito, fraqueza, desvantagem, enfim que recebe atributos depreciativos. Goffman observa que o atributo em si não conduz ao estigma, mas sim quando este atributo é colocado em uma relação que estabelece uma marca de anormalidade. O processo de estigmatização depende sempre do contexto e de uma situação relacional de interpretação dos atributos e conduziria sempre a um processo de exclusão ou marginalidade da pessoa portadora (NUNES; TORRENTÉ, 2009).

amplia essa perspectiva para além dos sintomas e da posição da ciência psiquiátrica em dar conta deste fenômeno, a partir de uma contenção química ou de estruturas de afastamento do cenário da vida em sociedade, ignorando ou minimizando os processos existenciais presentes no sofrimento mental e na vida das pessoas em todas as suas dimensões. O autor alerta ainda para o sofrimento que deriva e que se entende oriundo da própria experiência de institucionalização, chamado o duplo da doença mental, o qual é ignorado pela psiquiatria e atribuído à doença individual e a evolução natural da mesma.

A transformação desta realidade segundo Amarante (1996), implica em sair do território psiquiátrico e construir na sociedade as condições de envolvimento e mobilização dos agentes sociais, desconstruindo a ideia de um lugar específico para o sofrimento mental e a negação da produção social da subjetividade do louco. Descaracterizaria assim, o problema do sofrimento psíquico, como essencialmente técnico-científico e o mesmo passaria a ser entendido como uma produção também normativa, social e ética.

A ruptura paradigmática produzida pela proposição desinstitucionalizante, não se centra apenas em relação aos saberes do campo psiquiátrico e do pensamento científico que embasa esta área, tais como as abordagens que se centram em aspectos biológicos ou farmacológicos em detrimento de aspectos psíquicos, sociais e culturais, mas envolvem aspectos políticos e econômicos que estão, sobretudo, mobilizados por um deslocamento das instituições e dos atores, que passam a habitar a cena social, com a inclusão da loucura na sociedade.

As relações de poder que se produzem nesta perspectiva, entre as pessoas em sofrimento, suas famílias, os profissionais de saúde, as instituições com seu aparato técnico e organizacional, e todos os setores da sociedade que passam a dialogar e a encontrar-se com a loucura, desenvolvendo uma multiplicidade de vetores e agenciamentos.

Foucault (1999) afirma que todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico se situam em torno das relações de poder. O autor afirma que os estudos sobre o poder, fazem parte das análises necessárias para conhecer as relações que constituem os modos de subjetivação do ser humano em nossa cultura. O autor elaborou seus próprios instrumentos conceituais para analisar as relações de poder, e para tal dialogou com outros pensadores, tais como Hobbes, para conceber o poder de soberania; com Marx e

Freud para entender a concepção de poder repressivo; e defende a hipótese de Nietzsche que entende o poder como luta, enfrentamento e positividade (CASTRO, 2009).

O poder é essencialmente produtivo, e Foucault (1992) defende essa idéia na concepção das relações que estabelece entre saber e o poder. Entende que o poder permite a constituição do saber e este dá sustentação para que o poder se estabeleça e se mantenha, em uma relação onde são predominantes os efeitos do poder. O autor não prioriza descobrir as causas ou as justificativas dos poderes na sociedade e sim as relações e os efeitos destes sobre o modo como nos constituímos enquanto sujeitos e como nos organizamos enquanto sociedade.

O processo de desinstitucionalização coloca-se como uma mudança efetiva na rede de relações de poder, tanto na relação entre os trabalhadores, como destes com os gestores e com os usuários, trazendo um questionamento ético a respeito dos lugares que ocupamos e dos usos que fazemos disso (RAMMINGER, 2012).

Pode-se entender a desinstitucionalização, a partir da desconstrução de lugares entendidos enquanto institucionalizantes, na perspectiva do que significa "instituicionalização", enquanto o espaço fechado, com regras, normas, rotinas que anulam a singularidade, e onde os sujeitos não exercem a possibilidade de contratualizar, estando assim, em situação de objetivação pelo exercício do poder psiquiátrico. A criação de políticas ditas, desisntitucionalizantes, coloca-se na contraposição àquela instituição referida.

No entanto, os serviços de saúde mental, propostos pela reforma psiquiátrica, constituem ainda, outra institucionalização, que produzida em outra lógica, produz outras formas de perceber e de se relacionar, criando outros modos de cuidar, de estar com o sofrimento do outro, possibilitando o que propôs Basaglia (1983 p. 45) "abrir a instituição não é apenas abrir as suas portas, mas abrir a cabeça frente a 'esse' doente".

Esta foi uma questão relevante no âmbito deste estudo. Pensamos como trabalhar para que a lógica institucional criada no interior da reforma psiquiátrica se faça na diferença do modelo anterior, e possa ainda que com características formais de um serviço inserido em uma política pública no modelo capitalista de sociedade, não perder o caráter de um acontecimento.

Desinstitucionalizar implica sair dos constructos teóricos fechados das modalidades de atenção tradicionalmente instituídas para atender às necessidades

da pessoa em sofrimento psíquico, tendo claro que este, não é produzido por dinâmicas psíquicas inerentes ao sujeito; para criar um modelo de atenção alicerçado no entendimento de que os problemas e as necessidades de saúde são decorrentes das formas como os grupos se inserem na reprodução do social (CAMPOS; SOARES, 2003).

A perspectiva da desinstitucionalização para Rotelli et al (2001) é a transformação das concepções que colocam a instituição hospitalar psiquiátrica como local para a solução dos problemas decorrentes da experiência da loucura. Sendo deslocado assim, na prática e concretamente os investimentos para outros modos de entender, tratar, cuidar, acompanhar o sofrimento em sua complexidade, possibilitando espaços de invenção de saúde.

A ampliação das experiências de vida se dá nas relações sociais, das convivências nos espaços coletivos, da sociabilidade, da afetividade, das habilidades e desejos que podem ser agenciados a partir de encontros e da multiplicidade subjetiva, para produção de singularidade e saúde.

Os atores deste processo são aqueles que protagonizam as ações, ou seja, profissionais, pessoas em tratamento, suas famílias, amigos e acompanhantes de seus processos de vida. Incluí o âmbito individual e coletivo, que estabelecem relações de diversos gêneros, entre os quais os terapêuticos, administrativos, políticos e de interesses sociais; ativando as redes de relações que se pensam rizomáticas[5], no sentido de que se colocam a serviço de produção permanente de linhas de multiplicidade, para construção de experiências existenciais.

[5] Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, *intermezzo.* A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança. A árvore impõe o verbo "ser", mas o rizoma tem como tecido a conjunção "e... e... e..." Há nesta conjunção força suficiente para sacudir e desenraizar o verbo ser. *Entre* as coisas não designa uma correlação localizável que vai de uma para outra e reciprocamente, mas uma direção perpendicular, um movimento transversal que as carrega uma *e* outra, riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio. Resumamos os principais caracteres de um rizoma: diferentemente das árvores ou de suas raízes, o rizoma conecta um ponto qualquer com outro ponto qualquer e cada um de seus traços não remete necessariamente a traços de mesma natureza; ele põe em jogo regimes de signos muito diferentes, inclusive estados de não-signos. O rizoma não se deixa reconduzir nem ao Uno nem ao múltiplo. Ele constitui multiplicidades lineares a *n* dimensões, sem sujeito nem objeto, exibíveis num plano de consistência e do qual o Uno é sempre subtraído (n-1). Uma tal multiplicidade não varia suas dimensões sem mudar de natureza nela mesma e se metamorfosear. O rizoma é feito somente de linhas: linhas de segmentaridade, de estratificação, como dimensões, mas também linha de fuga ou de desterritorialização como dimensão máxima segundo a qual, em seguindo-a, a multiplicidade se metamorfoseia, mudando de natureza. Não se deve confundir tais linhas ou lineamentos com linhagens de tipo arborescente, que são somente ligações localizáveis entre pontos e posições. Oposto à árvore, o rizoma não é objeto de reprodução (DELEUZE; GUATTARI, 1995. p. 4, 31-32).

Costa-Rosa (2006) refere o reposicionamento subjetivo, como implicação subjetiva e como uma das transformações que possibilita o protagonismo e a autoria de pessoas em sofrimento em relação a seus conflitos, dificuldades e possibilidades de enfrentamento e resolução de problemas, na perspectiva do modo psicossocial de cuidar, que entendemos o modo operativo de trabalho na perspectiva desinstitucionalizante. Esta implicação subjetiva se produz também nos trabalhadores, visto que é na relação que se estabelece entre estes, que se entende a forma terapêutica, ou de mobilização para experiências com maior potência de vida e saúde.

Segundo Coimbra e Nascimento (2012) sempre se está implicado, quer se queira ou não, naquilo que fazemos, visto não ser esta, uma decisão pessoal, uma questão de vontade. É uma relação que estabelecemos com as diferentes instituições que nos constituem e nos atravessam. O trabalhador do modo psicossocial assume posições em seu trabalho, e estas se relacionam a suas concepções acerca de seu objeto, das relações de saber-poder que produz verdades, nas quais se apóia para fazer funcionar suas práticas, e de que sua ação cotidiana é parte da engrenagem de uma máquina de produção de mundo.

Foucault (1992) afirma que o controle sobre a existência e as condições de vida estende-se no cotidiano, em todos os lugares e relações, e que por isso podemos entender o corpo, a saúde e a medicina como realidades biopolíticas e as ações que desenvolvemos no cuidado à saúde como uma estratégia biopolítica.

As forças de resistências, as linhas de multiplicidade e os agenciamentos presentes nestas relações, quando trabalham para a singularização, para a invenção, tornam-se biopotência para gestar o novo, para acionar a criação e a produção de espaços desinstitucionalizantes, entendendo que a instituição está nas dinâmicas que produzimos, mas também em cada pessoa, parte destes coletivos, sejam eles profissionais ou usuários.

Foucault (1992) trabalha o conceito de biopoder relacionando-o à captura dos processos de vida, poder microfísico, normalização, tecnologias disciplinares e de regulamentação. As relações de poder conforme o autor permite a análise de práticas institucionais e das dinâmicas estabelecidas nas instituições de cuidado, assim como nas relações intra-equipe e desta com a clientela, mesmo em espaços que busquem a superação destas, tais como nos serviços de atenção psicossocial.

O autor entende o desenvolvimento do biopoder, no contexto do capitalismo operando para o assujeitamento dos indivíduos. Se o poder disciplinar exercia-se sobre o corpo individual, utilizando-se do adestramento e da otimização da força individual, com o fenômeno do desenvolvimento globalizado das sociedades, este controle passou a se exercer sobre as massas, exercendo um ajuste das populações aos processos econômicos e aos processos de vida. A gestão da vida, incidindo não mais sobre o indivíduo, mas sobre as populações; através de políticas que se dão sobre o homem enquanto espécie (como as políticas de natalidade, de mortalidade, de longevidade, índices de saúde) é denominada de biopolítica. O biopoder refere-se à associação das modalidades de poder disciplinar e da biopolitica, constituindo-se assim uma forma de controle individual e coletivo do homem (FOUCAULT, 1992).

A psiquiatria coloca-se como um saber-poder, o qual se constituiu através da tecnologia dita de dupla face, que opera de forma disciplinar e regulamentar. Esta produziu o conceito de normalização e assumiu a tutela de toda a expressão humana que se afasta deste conceito. A relação manicomial se estendeu ao tecido social e expulsou deste a diferença (OLIVEIRA; PASSOS, 2009).

A biopotência coloca-se como uma forma de resistência às formas de biopoder como potência de vida da multidão, coloca-se como o poder de agir, poder positivo e constituinte. O mundo biopolítico é a tessitura incessante de ações geradas pelo coletivo, o desejo da multidão, onde a resistência pode tornar-se contrapoder. A biopotência entendida enquanto potência de vida do coletivo é um misto de inteligência coletiva, afetação recíproca, produção de laços, inserção em redes e projetos de vida coletivos. (PELBART, 2003).

O processo italiano de desinstitucionalização utilizou como estratégia de construção, o que o autor refere como: utilizar as energias e recursos da própria instituição e de seus operadores para a transformação. Possibilitou o que se identifica como um processo econômico, retirando energias da instituição manicomial, e investindo no processo de desinstitucionalização, não apenas no sentido literal, dos recursos materiais, mas igualmente quanto aos recursos humanos, ou seja, os técnicos, familiares e usuários. Para Rotelli (2001), esta caracteriza-se como uma das condições que possibilitaram a inversão do modelo.

Para Rotelli et al (2001), os principais atores do processo de desinstitucionalização são os trabalhadores, que por seu papel ativam toda uma

rede de relações, o que pressupõe além do trabalho técnico uma atuação política. Na Itália a reforma psiquiátrica foi construída a partir dos espaços concretos de trabalho, o que implica uma mobilização da pessoa do trabalhador.

A reforma brasileira ainda que tenha se construído, igualmente por um processo de luta, que partiu inicialmente dos trabalhadores e que agregou outros personagens na sua trajetória, até a consolidação através de uma legislação nacional, como uma política a ser executada, não mobilizou um processo de implicação homogêneo dos trabalhadores. Segundo Pitta (2011) em um artigo que se propõe a pensar o processo da reforma brasileira, refere que já existem no país, corroborando estudos internacionais, evidências dos níveis de efetividade individual e social, do tratamento em liberdade, em contraposição ao atendimento manicomial e com características de privação de liberdade.

Considera-se assim, que mesmo ainda com falhas e sem um consenso de como agir, se tem um discurso onde já não se ousa mais defender explicitamente os manicômios como estratégia de cuidado em saúde mental. Entretanto, encontra-se ainda o estigma do louco presente, explícito ou não, entre os que são contra ou a favor da Reforma.

No estudo de Pitta (2011), encontra-se ainda, dados acerca do descompromisso ético-político por parte de profissionais de saúde, onde todas as profissões, querem condições ideais de trabalho para si e para seu campo de atuação. Os profissionais que poderiam fazer a diferença em termos de implicação ética e técnica para sustentar a interdisciplinaridade e a potência das equipes nos territórios, parecem desconhecer, ou não se sentem convocados, ao apelo ético-político, deste momento do processo de desinstitucionalização brasileira.

A temática desta tese, problematiza essas argumentações e o modo como o discurso da desinstitucionalização afeta os trabalhadores, implicando desta forma em processos com maior comprometimento de ordem ética e política. Entendendo a complexidade do movimento de reforma psiquiátrica e sua extensão nas práticas, dinâmicas e no próprio trabalhador que se encontra em deslocamento no fazer cotidiano dos serviços de CAPS. A perspectiva de compromisso com a construção e a criação de outros modos de ofertar e produzir o cuidado demonstra avanços e entraves próprios do percurso. Assim, os dados apontados nesta tese buscam trazer maiores indícios deste processo de comprometimento dos trabalhadores com a desinstitucionalização psiquiátrica.

Existe uma estratégia defensiva em relação à responsabilidade na construção dos processos de reforma. Estes espaços dependem fortemente do compromisso destes profissionais, numa ação interdisciplinar potente, tomando para si a responsabilidade e o enfrentamento ao modelo hegemônico, ainda bastante significativo e predominante nos serviços de atenção psicossocial.

Penso, entretanto que estes resultados devem ser problematizados, considerando-se todas as forças que se articulam para possibilitar ao trabalhador o engajamento, ou o compromisso ético-político com a proposta desinstitucionalizante, evitando-se trabalhar na perspectiva de causa e efeito, assim como os modos idealizados ou não de desenvolvimento de seu trabalho. Não se propõe, assim uma responsabilização que possa ser atribuída ao sujeito individual, e sim pensar de que forma este se constitui nestes atravessamentos, que compõe outros modos de relação, e de concepção do fenômeno em questão, no caso o fenômeno da loucura e a atenção psicossocial, como estratégia de intervenção.

A desinstitucionalização é uma construção cotidiana, um movimento contínuo e coletivo, estabelecendo outras formas de relação com os usuários, entre os trabalhadores, e com o território onde se produz diversidade, contratualização, relações de reciprocidade, de forma a confrontar com as reproduções de serialização e institucionalização (GASTÃO; CAMPOS, 2005).

Segundo Amarante (1995) a reforma psiquiátrica, além da desconstrução da instituição manicomial, envolve mudanças na concepção de objeto de trabalho e do saber psiquiátrico tradicional. Propõe a interdisciplinaridade e a retomada de direitos, incluindo a possibilidade das pessoas que vivenciam a experiência da loucura, circularem em liberdade nos espaços sociais. Esse novo paradigma propõe a invenção de outros modos de intervir, de fazer a gestão, e de se relacionar. Exige um trabalhador capaz de romper com o caráter normativo e normalizador, peculiar às profissões da área psiquiátrica. Considerando a multiplicidade dos processos que transitam nos espaços da atenção psicossocial.

No paradigma do modo psicossocial que é proposto a partir da desinstitucionalização, enfatiza-se a reinvenção da saúde no sentido da produção de vida, de uma sociabilidade que amplia o objeto de conhecimento e as práticas de intervenção. A concepção de saúde mental passa a ser compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida. Os trabalhadores operam então, com outros referenciais técnicos e

políticos, e de diversas áreas do conhecimento, entre os quais o trabalho da clínica ampliada, entendida como um processo dinâmico, que requer um movimento consciente e ativo dos trabalhadores. As dificuldades deste trabalho incluem mudanças técnicas e outras relações entre as profissões, com a superação das hierarquias ou especialismos. Sendo estas práticas historicamente construídas apresentam-se muitas dificuldades para sua transformação no contexto cotidiano dos serviços.

A produção de vida e de sociabilidade, segundo Yasui (2010) pode ser entendida pela ampliação das relações sociais e das experiências cotidianas não planejadas, que surgem do inusitado da vida, ou da disponibilidade para criar por parte da própria equipe responsável na atenção psicossocial, espaços para aproximação com o território de vida do usuário. Heller (1989) ressalta que só quem tem necessidades radicais pode fazer e desejar transformar sua vida. Essas necessidades surgem para muitos da própria falta de sentido da vida cotidiana.

Os profissionais quando limitam as experiências com ações planejadas e estipuladas a partir de suas demandas profissionais podem interromper importantes processos de desenvolvimento de vida dos usuários nos serviços. Pode-se ainda mencionar como formas de produção de vida, o que Guattari (1992) entende por paradigma estético, para se referir a potência de sentir e criar outras composições de força. Este desafia a criar na atualidade experiências estéticas em consonância com o que vivemos, lutando pela não se deixar capturar pela a reapropriação de modelos.

Entre os referenciais técnicos, de que falamos anteriormente, coloca-se a clínica ampliada, que articula a vida no território, e não enclausura para ofertar o cuidado. Esta utiliza os recursos da visita domiciliar, do acompanhamento terapêutico, do acolhimento com uma escuta qualificada, a interlocução com outros profissionais da atenção básica ou outros setores, como justiça, habitação, educação, entre outros, para atender as necessidades de resolução de problemas da vida cotidiana. Em uma perspectiva ampliada de saúde, se estende a clínica para a rua, para outras instituições, aprofundando a relação com a pessoa de quem se cuida e com sua família. A ampliação dos recursos, para além da medicação, e da atenção biomédica, incluí a arte, a cultura, o encontro com a cidade em atividades diversas. Estas atitudes que parecem não condizer com o tratamento à

saúde, demonstram potência para refazer caminhos perdidos na trajetória de vida de pessoas que sofreram estigma e isolamento social.

Reinventar as normas, outros modos para operar com o que está determinado e prescrito, nos leva a compreender que tal produção de saber: “começa nas profundezas do corpo, com o que lhe é mais singular, com este impalpável da vida se fazendo no curso do tempo. Reinventar o modo de trabalhar, supõe sua contrapartida inexorável: a reinvenção de si” (FONSECA, 2012. p. 16).

Após as considerações que imputam ao campo da saúde mental uma perspectiva criativa, inventiva e de protagonismo a serem desenvolvidas a partir da atenção psicossocial, na perspectiva de uma proposição de desinstitucionalização, que coloca o trabalho para além das exigências técnicas e teóricas, inscrevendo-o no plano dos processos de subjetivação, acredita-se que diferentes modos de implicar-se com seu trabalho, podem produzir relações e problematizações diversas na prática operacionalizada nos serviços.

Os processos de subjetivação são marcados e se constituem pelo trabalho, pois é o valor atribuído ao trabalho e ao saber associado a este que modulam as relações do homem na sociedade contemporânea, considerando que os sujeitos ainda se constroem (e são construídos) pelas suas relações de trabalho, sendo este um fator essencial e estruturante de suas vidas (NARDI, 2002). Os processos de subjetivação relacionam-se às formas como os trabalhadores vivenciam a sua relação com o trabalho em sua trajetória pessoal.

Nardi, Tittoni e Bernardes (1997) afirmam que a relação entre subjetividade e trabalho remete à maneira como os sujeitos vivenciam e dão sentido às suas experiências de trabalho em cada contexto histórico e socioeconômico.

Quando abordamos os modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental, estamos referindo um modo de relacionar-se com o regime de verdade que determina seu campo de trabalho, ou seja, na área da atenção psiquiátrica, o discurso da desinstitucionalização e da atenção psicossocial constituem na atualidade, após o movimento de reforma psiquiátrica, um conjunto de regras, que definem estas práticas na sociedade.

O mundo do trabalho coloca os trabalhadores frente a um conjunto de regras, saberes e práticas, modos de identificação com seu fazer profissional, que relacionam-se a um conjunto de regras, de conhecimentos e de modos de agir pré-determinados pelas seus campos de atuação, que definem e justificam a posição

dos sujeitos na estrutura social e as suas possibilidades de ação, em um determinado lugar e período, estes estão vinculados ao que Foucault (2013) refere como regimes de verdades.

Os regimes de verdade compreendem o conjunto de normas, saberes, modos de ser, agir que é entendido como verdade, em cada sociedade em determinado tempo. Estes constructos estão relacionados a um código moral que ordena as estruturas sociais e atuam em relação aos modos subjetivação, de forma adaptativa e modeladora. Foucault coloca, no entanto, a possibilidade de enfrentamento, tensionamento e transformação dos regimes de verdades, através de construções que legitimam, outras verdades no jogo incessante de produção que se dá nas relações de forças políticas, científicas e outras no cenário de uma dada sociedade.

Considerando que a subjetividade é uma produção social e coletiva, que se constituí no contexto institucional, produzida na intersecção das práticas discursivas e não discursivas, e que estas práticas encontram-se nos detalhes das relações cotidianas, produzindo processos de subjetivação específicos, estratégias e dispositivos próprios, entende-se que as atividades profissionais configurem-se em contextos institucionais complexos, com práticas objetivantes e subjetivantes que incidem sobre o próprio trabalhador. Estes processos de subjetivação podem produzir-se de modo hegemônico, submetendo-se ao modo capitalístico, individualista e totalizante da sociedade contemporânea, ou então, produzirem-se a partir da resistência e singularidade, com processos de criação, inovação e abertura para as múltiplas possibilidades de existir e operar no mundo do trabalho.

O indivíduo em sua vida profissional estabelece vínculos, que é um componente das relações sociais e afetivas, determinando assim novos contextos para a sua subjetividade, entendido como processo que diz respeito à singularidade e espontaneidade com que o indivíduo sedimenta a sua própria existência (SILVA; BRITO; MORAES, 2014).

O trabalho em saúde apresenta suas especificidades, as quais o objeto do processo de trabalho é o homem. A condição de que este seja apreendido em sua objetividade, inclui-se, como um momento necessário, à subjetividade, a qual, aqui deve ser entendida como as relações mediadas por desejos, afetos e, em permanente, vir a ser (GONÇALVES, 1992).

Costa-Rosa (2006) ao discutir a organização do trabalho em saúde mental, coloca o modelo assistencial do modo psicossocial em oposição ao modelo

tradicional, partindo da análise de seu objeto e dos meios teórico-práticos de intervenção (o que inclui as formas de divisão do trabalho interprofissional) nas formas de organização dos dispositivos institucionais, nas modalidades do relacionamento com os usuários e a população, nas implicações éticas e dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teóricos-técnicos e ideológicos.

A utilização de práticas como: acolhimento, escuta qualificada, estabelecimento de vínculos, responsabilização, promoção de autonomia, integralidade na atenção, reabilitação, compartilhamento, entre outros, são maneiras de propor o cuidado no modo psicossocial, as quais se diferenciam das práticas manicomiais, e que possibilitam agenciamentos e espaços de singularização e subjetivação.

Rotelli (2001) em sua definição de desinstitucionalização enfatiza o caráter de mobilização dos atores sociais envolvidos, que por sua ação, transformam as relações de poder e desmontam as estruturas, reconvergindo os recursos materiais e humanos, que habitavam as instituições manicomiais. Este lugar central em que estão colocados os trabalhadores e usuários como atores deste processo, não é elaborado e desenvolvido de forma rápida ou mecânica, sendo que a construção deste espaço e de outras relações com a loucura, passa por uma adesão, que acredita-se envolver mais do que formação, aspectos da ordem da implicação e subjetivação.

Os processos de desinstitucionalização inscrevem-se em modos de pensar e trabalhar pelo questionamento do que está instituído, potencializando a crítica para produzir novas estratégias de proposição das práticas exercidas pelos profissionais e novos cenários para os sujeitos em sofrimento, exigindo experimentações de um novo modo de cuidar, de afetar e ser afetado, de encontro com a diferença e requerendo diversos saberes. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas, também, de disputa vai compondo o que entendemos como cuidado em saúde (CECÍLIO; MERHY 2007).

As relações cotidianas nos serviços colocam os trabalhadores de saúde mental em um campo em que incidem inúmeras linhas de forças, através dos saberes, dos papéis, das funções, dos poderes e das resistências que se articulam, se provocam, se incitam e se repelem, criando espaços de imprevisibilidade e

criação, assim como a necessidade de pontos de consistência, de concordância e de estabilização.

As linhas de resistências criam imprevisibilidade no que antes eram previsíveis, incertezas no que pareciam certo, possibilidades para o que era impossível, fugas para o que estava capturado; estas mobilizações e transitoriedade, criam as variações no modo de vida e rompendo com o que era estático, dá potência para agir (MACHADO; LAVRADOR, 2010).

Estas colocações contextualizam de certa forma o que ocorre para o trabalhador, que se depara com demandas diversas em seu fazer e que enfrenta a desconstrução de preceitos profissionais já consolidados, quando se dispõe a trabalhar na atenção psicossocial.

Entendendo que o profissional dos serviços de atenção psicossocial, trabalha na perspectiva das políticas de subjetivação, que se relacionam aos processos contínuos de produção de modos de vida, tanto no sentido de potencialização de aspectos de criação e resistências inerentes aos processos vitais, como à mortificações e anulações dos mesmos (MACHADO; LAVRADOR, 2010); está ele próprio, envolto nestes processos como uma potência pessoal.

A ênfase dada pelo modo de atenção psicossocial às questões subjetivas, intersubjetivas, de alteridade, de relações individuais e coletivas entre trabalhadores e usuários, familiares e outros interlocutores, com resultados éticos e políticos, coloca o ambiente institucional, como um intermediário fundamental à possibilidade de afirmação do paradigma desinstitucionalizante.

Cecílio (2008) coloca a micropolítica nas instituições de saúde como o conjunto de relações que se estabelecem entre si e os vários atores, formando uma rede complexa, móvel, em transformação, mas com estabilidade suficiente para construir uma determinada realidade, relativamente estável no tempo, podendo assim ser objeto de estudo e intervenção.

A micropolítica do processo de trabalho é um determinante no processo de produção de saúde. As relações construídas nos equipamentos de saúde, entre os profissionais que compõe a equipe, que realiza o cuidado com a equipe gestora e com os usuários, refletem-se nas formas de organização e nas práticas elencadas para compor a dinâmica diária de atenção. Essa micropolítica é histórica e, socialmente, produzida por todos os agentes que integram o serviço e seus modos de representação e subjetivação. Respondem, não só, as demandas que os

usuários e a sociedade trazem ao serviço, mas às dos profissionais e seus modos de fazer e, às macropolíticas instituídas (MERHY; FRANCO, 2007).

Costa-Rosa (2006) delimitou as categorias de micropolítica da instituição com foco na concepção do objeto e meios de trabalho, nas relações estabelecidas entre os usuários, entre este e trabalhadores, quanto às relações de poder, de resistência e de potência; na micropolítica dos espaços, quanto à flexibilidade no acesso e na ampliação destes para além dos muros da instituição, no uso do tempo no que se refere ao controle deste, na constituição de conexões e redes na instituição.

A micropolítica consiste em agenciar as coisas de modo que os processos de singularização não se anulem mutuamente, e que de forma contrária estes possam se apoiar e complementar, de modo a intensificarem-se. A micropolítica é processual, ou seja, constrói novos modos de subjetivação, e só pode ser encontrada a partir dos agenciamentos que a constituem, em novas práticas, na criação de novos referenciais, da capacidade de articulação com agenciamentos de enunciação (GUATTARI; ROLNIK, 2011).

As relações micropolíticas desencadeadas nas instituições de cuidado no modo psicossocial estabelecem compromisso ético com a clientela, com a garantia de construção de espaços que potencializam a autonomia, a criação, a singularização, a produção de sentidos e de desejos, e agenciamentos para a produção de outros modos de existência.

Guattari e Rolnik (2011) colocam que a micropolítica se dá nos planos moleculares da vida cotidiana, no nível das subjetividades individuais e de grupos, mobilizando aspectos de sensibilidade, de novas práxis e que garantam experiências singulares e coletivas.

Foucault refere que os micro-poderes, estão em todos os espaços da vida, nas relações entre os indivíduos, nas instituições, sendo um investimento forte para esquadrinhar os corpos e os comportamentos (REVEL, 2005). Assim as relações no espaço micro se colocam para o autor como um investimento do biopoder nas relações sociais. Estas podem ser produtivas e criativas, como podem interromper as potências de luta.

O trabalho no campo da saúde se concretiza entre pessoas com base em um processo relacional, onde o trabalhador e o usuário do serviço tornam-se agentes do processo. A micropolítica do trabalho é atravessada por lógicas próprias, agenciando a produção de diferentes modos de cuidar e de subjetivar, corroborando

a afirmação de Rolnik (2006, p.55) de que “cada um de nós passa pelas mais variadas micropolíticas e, em cada uma delas, muda nossa maneira de pensar, sentir, perceber, agir – muda tudo”.

Merhy e Franco (2003) entendem o processo de trabalho em saúde como de ordem relacional, que ocorre a partir do encontro de duas pessoas, permeado por interesses, expectativas e desejos; criando-se espaços de escutas, de empatias e interpretações. O cuidado se produz através do que o autor nomeia de trabalho vivo em ato, onde a produção e o consumo deste ocorrem no momento de sua realização e o seu produto resulta da própria atividade. Cria-se um espaço intercessor, onde os protagonistas agenciam processos instituíntes de atos de saúde e de subjetivação, constituindo uma micropolítica nestas relações.

Pensar a desinstitucionalização da loucura, se justifica frente a perspectiva deste processo enquanto desmontagem da estrutura institucional de saberes e práticas que sustentam a identificação da loucura enquanto doença mental, da identificação com as formas de vida institucionalizadas. Pressupõe deslocar o foco para a vida em sua complexidade e para o sujeito em seus modos de existência. Deste modo optamos em tratar este processo dirigido à desconstrução da perspectiva de loucura, produzida pela psiquiatria. Assim, quando utilizamos o termo desinstitucionalização psiquiátrica, estamos referindo a desconstrução do aparato criado pela ciência psiquiátrica, a partir das concepções da loucura enquanto, erro, desvio, anormalidade.

Estudar o processo de desinstitucionalização da atenção psiquiátrica pressupõe pensar sobre os processos, as tecnologias de trabalho e os modos de produção de subjetividades, que se constituem nas relações micropolíticas, e nas formas a operar interdisciplinarmente, na concretude cotidiana dos serviços às práticas de cuidado e os princípios do modo de atenção psicossocial.

Associando assim aos processos de trabalho a sua potência de constituição de modos de subjetivação, quando é capaz de por para funcionar no plano micropolítico do trabalho, um campo de possibilidades de agenciar desejos, projetos inovadores de criação existencial, para que os sujeitos se coloquem como protagonistas dos seus processos de mudança e de vida.

O espaço de intervenção da micropolítica se produz a partir do agir cotidiano no mundo do trabalho, onde o trabalho vivo em ato através da ação dos sujeitos opera projetos singulares de cuidado que representam a forma como esses sujeitos

vão dando significado ao seu saber-fazer no mundo, relacionando com a produção de subjetividades, dos modos de sentir, de representar e vivenciar certo modo de produzir o cuidado e do modo de atenção operado pelos serviços (FERREIRA, 2008).

Para a realização deste estudo, os referenciais anteriormente relacionados, permeiam a leitura da realidade estudada e subsidiam as discussões propostas. Este estudo olha para a micropolítica do trabalho presente nos serviços de saúde mental - construídos na perspectiva da atenção psicossocial, tendo como foco o modo de subjetivação dos trabalhadores do processo de desinstitucionalização.

A discussão acerca da consolidação do processo de desinstitucionalização, relacionando-a as potencialidades de produção de subjetividades no terreno da atenção psicossocial considera o quanto os sujeitos trabalhadores, neste processo se mostram sensíveis à captação dos movimentos de produção de subjetividades.

Assim entendendo que os Centros de Atenção Psicossocial estão em permanente processo de constituição e se configuram pela implicação de seus profissionais nesta construção, temos como pressuposto que os modos de subjetivação dos trabalhadores e suas implicações com a perspectiva da desinstitucionalização, relacionam-se às produções micropolíticas estabelecidas nos serviços e as práticas construídas no campo psicossocial. Assim, temos como problema: Como o discurso da desinstitucionalização afeta a produção das relações micropolíticas e os modos de subjetivação em trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS?

TESE: Minha tese compreende o discurso da desinstitucionalização da loucura, como um novo regime de verdade no campo da saúde mental, e de que a produção deste discurso afeta os modos de subjetivação dos trabalhadores e a micropolítica da atenção psicossocial.

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo geral

Problematizar os modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental e a sua relação com a produção micropolítica do trabalho de desinstitucionalização da loucura.

2.1.2 Objetivos Específicos:

- Relacionar os modos de subjetivação dos trabalhadores de Atenção psicossocial, com o discurso da desinstitucionalização da loucura.
- Analisar a produção do discurso da desinstitucionalização da loucura e os aspectos micropolíticos produzidos na atenção psicossocial.

3 Revisitando saberes, discursos e verdades

Esta tese tem como foco estudar os modos de subjetivação dos trabalhadores no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica na realidade brasileira. Partiremos, para tanto, das teorizações de Michel Foucault, acerca dos conceitos de sujeito e modos de subjetivação, dos discursos e regimes de verdade, das relações de saber-poder e biopolítica. Traremos em especial a perspectiva do autor que entende a problemática de produção do sujeito em relação com as lutas políticas de seu tempo, associando uma dimensão histórica aos modos de constituição dos sujeitos.

Entendendo que este campo conceitual, possibilita pensar a subjetivação em processo de produção e de relações na vida individual, coletiva, social e institucional, os conceitos de Deleuze e Guattari, de processos de subjetivação, de multiplicidade, singularidade, resistências, potência, criação, diferença, territórios existenciais e territorializações, desterritorialização e reterritorialiazação, entre outros que operam de forma a realizar a análise dos acontecimentos e a complexidade destes movimentos estarão articulados aos conceitos foucaultianos para a problematização das questões do estudo.

Para trabalhar com as questões do processo de desinstitucionalização, nos serviços de saúde mental, utilizaremos também os referenciais da psiquiatria democrática italiana, através dos escritos e do pensamento de Franco Basaglia. Este, foi médico psiquiatra e precursor da reforma psiquiátrica da Itália e responsável pela experiência de desinstitucionalização naquele país. Basaglia nos oferece, através de sua vida e obra contribuições fundamentais para a compreensão dos processos de ruptura com o modelo manicomial, tendo trabalhado na construção de serviços de atenção à saúde mental, com funcionamento no território de vida das pessoas, assim como nos oferece as bases e os princípios do que entendemos como desinstitucionalização da loucura.

Os pensadores franceses Michel Foucault, Gilles Deleuze e Felix Guattari têm em comum sua rejeição aos rótulos, enquadramentos ou denominações ou associações de seu pensamento ou de sua pessoa à escolas de pensamento filosófico ou a outras categorizações. O pensamento destes autores é essencialmente de produção imanente, ou seja, em transformação e em processo contínuo de revoluções ainda que menores, segundo eles próprios o dizem de diferentes formas.

Foucault, Deleuze e Guattari, em suas vidas e obras se contrapõem de diversas formas a unificação do pensamento, ao direcionamento às grandes formações narrativas, próprias do conhecimento cientifico e das exigências acadêmicas, ao cerceamento da vida à uma linha de pensamento específica, que caracterizam as escolas de pensamento filosóficas, da linguagem, da psicologia, medicina ou outras. Os referidos autores estiveram a serviço da produção de novas enunciações, da criação, de pensar o modo como vivemos e como o mundo se organiza para o controle dos homens. Ainda assim, Foucault, Deleuze e Guattari estão associados na literatura como pensadores pós-estruturalistas, pelas características de seu modo de pensar e conceber o mundo e suas relações.

Michel Foucault foi filósofo da geração de 68, historiador das descontinuidades, da constituição dos discursos, das relações de poder. Sua obra é complexa e se compõe aos saltos, em direções não lineares.

Foi identificado como estruturalista pelo seu trabalho no livro *As palavras e as Coisas* (1981), onde o saber é estratificado entre o que se diz (palavras) e o que se faz (coisas). Foi identificado como pós-estruturalista, após sua obra, *Vigiar e Punir* (2000) no qual desenvolveu concepções e análises sobre o poder. Entendeu o poder como criador e produtor de saberes e verdades. Desenvolveu concepções éticas sobre a verdade compreendendo que esta serve de suporte aos sistemas de repressão, quando determina padrões e formas de normalidade. Abordou a relação entre poder e governamentabilidade, e as práticas de subjetivação.

Trabalhou com uma crítica de bases nietzschianas, na qual opõe ciência e poder, saber e poder, reformulando conceitos modernos bem estabelecidos. Foucault propõe o rompimento com o estatuto da razão como *modus operandi* e explicativo para os questionamentos da sociedade. O homem se constrói a partir das relações de poder existentes na sociedade e da qual ele é parte inexoravelmente.

Em suas teorias sobre as relações de poder-saber concluiu que o sujeito, se constrói a partir destas relações, sendo um produto das mesmas (COSTA, 2012).

Desenvolveu um trabalho sobre o micro social, e as relações que se estabelecem neste plano, rompendo com sistematizações e conceitos totalitários e generalizados do paradigma científico. Compartilha da idéia de que o passado é provisório e trabalha com o conceito de descontinuidade da história. Investe contra o historicismo, enquanto totalidade de referentes contínuos, e como um processo evolutivo. Elimina o sujeito enquanto agente histórico fundamental, portanto a historicidade lhe é exterior. Destitui o caráter das centralidades, que limitam o pensamento, e obstruem as multiplicidades. Para o autor o discurso é produzido. O sujeito é um efeito da linguagem, do discurso de enunciação. Com relação à verdade afirma que esta não é absoluta, porém, estão articuladas aos regimes de verdade que se estabelecem temporariamente a partir dos saberes. Seu pensamento é da multiplicidade (COSTA, 2012). O pensamento de Foucault não se desenvolve em uma trajetória contínua, mas se constrói a partir de deslocamentos e problematizações.

Considerando que o estudo desta tese versará sobre o modo de subjetivação dos trabalhadores do processo de desinstitucionalização, partiremos aqui, dos conceitos foucaultianos da subjetividade, com uma perspectiva arqueológica, e posteriormente, trabalharemos sobre os movimentos da subjetividade a partir dos conceitos da genealogia proposta por Foucault (1992) para então nos dedicarmos às concepções éticas do autor sobre a constituição da subjetividade do sujeito.

Nesta linha argumentativa, passaremos pelos conceitos de discurso, enunciado, regimes de verdade, saber-poder, relações de micro-poderes, biopoder, biopolítica, sujeito e subjetivação desenvolvidos por Foucault.

O pensamento foucaultiano em sua fase arqueológica abordou a questão da discursividade, e esta como produtora do sujeito, através da noção da verdade. Foucault entende que o sujeito é produzido pelos discursos, e que portanto, não está no estatuto da razão, do sujeito cognoscente, capaz de autonomia, liberdade e racionalidade, atributos que o pensamento moderno, delega ao sujeito, como na perspectiva de sujeito transcendental do pensamento de Kant.

A arqueologia se ocupa de questionar esse sujeito, fazendo emergir problematizações acerca da subjetividade nos jogos de enunciação, dando visibilidade aos lugares possíveis ao sujeito, no contexto da produção dos saberes.

O autor ressalta que o movimento de objetivação está no jogo entre o objeto e o sujeito, ambos podendo assumir as características ou identidade de objetivação ou de sujeito. A arqueologia possibilita mapear a subjetividade, entendendo-a como um modo de relação entre os regimes de produção de verdades e o conjunto de práticas discursivas que se apresentam no jogo da objetivação (VIVAR Y SOLER, 2008).

Revel (2005) afirma que se tomamos a subjetividade como central, é preciso notar que a arqueologia e a genealogia põem em operação temáticas e instrumentos conceituais. A arqueologia faz emergir os processos históricos que ativaram os mecanismos de sujeição constituintes dos sujeitos; de outro, a genealogia quer ativar os mecanismos de sujeição dos saberes históricos e de suas verdades constituintes de sujeitos. Gros (2011) indica que a arqueologia presume os cálculos dos efeitos da verdade, enquanto a genealogia, os atos da verdade.

A problematização genealógica da subjetividade aparece na obra de Foucault (2000) a partir da análise realizada no livro *Vigiar e Punir*,onde o indivíduo surge imerso nas relações de poder dos diferentes dispositivos institucionais de ordem diversas. Compreende-se o indivíduo envolvido nas maquinarias institucionais, no conjunto das práticas sociais, nas políticas e nas disciplinas, expostos a vigilância, exame e controle. A diferença do pensamento foucaultiano em relação a outros pensadores que apontaram os mecanismos de poder que aprisionam o homem, é que aqui não há o propósito de mapear ou descrever as formas de dominação, mas sim, pensar de que modos os efeitos destas relações de poder, constituem o sujeito, visto que se estendem em todos os aspectos da vida.

O pensamento genealógico, desenvolvido por Foucault (2007a) na *A vontade de Saber*, dedica-se a discussão da subjetividade em relação ao poder que se produz sobre a vida. O autor vai desenvolver então os conceitos de biopoder, que em suas duas modalidades, disciplinar e biopolítica, se efetivam em todas as dimensões da vida individual e coletiva. Sendo este um poder com características de controle, mas também de produção.

Consideramos esses conceitos importantes, visto estarem relacionados a aspectos relevantes para este estudo, entre os quais as ideias de normalização, controle político sobre a vida e os modos de subjetivação.

Foucault realiza ainda mais um deslocamento, na trajetória de seu pensamento, buscando compreender a história política da subjetividade, na perspectiva ética do cuidado de si. Estes estudos pressupõem a análise das

experiências éticas em diferentes processos de estética de existência, de cuidado com sua alma, com seu corpo e do exame da consciência e entendimento dos sentidos (VIVAR Y SOLER, 2008).

Foucault evidencia que os modos de subjetivação e as possibilidades de resistência, se mobilizam de forma marcante na contemporaneidade, quando as questões políticas, impõem modos de existências notoriamente individualistas, globalizantes e totalitárias. Frente a estas regras universais à sempre a possibilidade de resistir e de criar modos e estilos de existências, em processos de subjetivação (MANSANO, 2009).

O método arqueológico desenvolvido por Foucault permite uma análise da história da loucura, trabalhando com a noção de descontinuidade histórica, que implica em observar as alterações dos discursos, sem a rigidez da sucessão temporal da história, detendo-se nos momentos de acontecimento de uma forma de saber e das práticas a este relacionada (MACHADO, 2006).

A medicina se afirma em um paradigma racionalista, onde o problema está colocado em uma relação de causa e solução. No caso da doença mental, onde esta equação não encontra o resultado esperado, ou seja, a cura. A instituição psiquiátrica encontra-se neste espaço, onde seu objeto não é totalmente conhecido, no caso a doença mental, que não se deixa explicar pelo paradigma clássico, fortalecendo a característica de uma instituição residual, isto é que ocupa-se do insolúvel, do desconhecido, do fracasso científico, enfim da impotência da ciência e da sociedade, e que portanto, precisa ser excluída e negada.

No referencial médico o tratamento centra-se em conceitos da biologia, da anatomia e na observação do fenômeno, de forma a conhecê-lo intrinsecamente, constituindo um limite, no que se refere à perspectiva de uma visão integral de sujeito imerso em uma vida, condicionado histórica e socialmente.

A ciência psiquiátrica produz o conhecimento, fundamentado em uma fragmentação do sujeito, reduzindo-o a um conjunto de condutas e sintomas, sem voz, desejo ou razão, cria as possibilidades para a ocorrência do que hoje entendemos como um duplo da doença mental, ou seja, a loucura enquanto produzida, também pela sociedade e pelas instituições, que a segregaram do espaço coletivo.

O discurso psiquiátrico constituiu-se como verdade no contexto da modernidade, e produziu uma série de enunciados tais como: os da desrazão, da

segregação, da periculosidade, da cronicidade, da incapacidade, entre outros, assim como produziu saberes e práticas específicos para fazer com que estas verdades se consolidem, em um campo institucional, científico e social.

De acordo com o pensamento de Foucault acerca dos jogos de verdade, estes incluem um conjunto de regras e procedimentos, a serviço da produção de um regime de verdade, sustentando as concepções e saberes construídos e considerados verdades em cada época e de acordo com as condições de possibilidades vigentes (NARDI, 2002).

Para Foucault (1999, p.13) a definição de verdade quer dizer que estas expressam o “conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro, efeitos específicos de poder". Com esta afirmativa o autor aponta a existência de um jogo de tensões, para a afirmação de uma ideia, que passa por procedimentos, que incluem poderes e saberes, em um campo determinado. É possível associar a constituição do discurso psiquiátrico nesta relação de força, da produção de saberes, a partir do conhecimento científico e deste exercendo-se enquanto poder de nomear, classificar, validar, normalizar a vida.

Se entendermos o conceito de Foucault (2012) sobre as condições de possibilidades de um discurso ou prática discursiva, estas estabelecem o surgimento da psiquiatria no contexto da grande internação, na qual Pinel encontra a possibilidade de separar, observar, classificar e criar uma nosografia dos tipos de alienação mental, concluindo a partir de seus fenômenos. Produz um conhecimento acerca da doença, sendo que este corresponde ao acúmulo de informação possível naquele momento, no qual o pensamento científico segue os pressupostos positivistas, e o saber médico se constitui pela observação, descrição e classificação, sobre o homem, enquanto objeto de estudo.

Em sua concepção acerca do discurso, Foucault (2012) refere-o como produzido, controlado, selecionado, organizado e distribuído por procedimentos, cuja função é minimizar seus riscos, poderes e perigos. Entre outros aspectos, o autor refere os procedimentos de exclusão, que através da partilha e da rejeição, quando relacionado ao discurso do louco, é para expulsá-lo à um lugar de negação e invisibilidade.

No caso específico do discurso psiquiátrico, o poder que exclui e aparta o discurso da loucura, se produz de diversas maneiras, ao longo da história da

sociedade moderna. Este se encontra ignorado e desvalorizado, ou inversamente, quando escutado, ganha status de verdade, geralmente, como enunciativo daquilo que se queria esconder. Ainda em nosso tempo, se encontram o procedimento de partilha e o discurso da loucura, mesmo quando em relação à produção de um discurso de aproximação e desmistificação, como o que se pressupõe em relação à desinstitucionalização, onde as resistências e lutas se materializam como barreiras e destituição do saberes implicados no processo.

Outro procedimento descrito por Foucault (2012) que se pode relacionar, ao processo de constituição do discurso psiquiátrico hegemônico e ainda ao discurso da desinstitucionalização, trata-se do procedimento de oposição do verdadeiro e do falso. Este segundo o autor, mesmo estando em outra escala, que pressupõe a questão do saber, atravessa a história legitimando e desconstituindo os discursos, no transcorrer do desenvolvimento da humanidade e em cada período histórico, conforme sua possibilidade de ocorrências e de interesses da sociedade, constituindo um poder que permite à vontade de verdade, se produzir através das formas que se põem em jogo.

Em relação à experiência da loucura, muitas verdades passam a ser produzidas por jogos de saber-poder criando-se todo um aparato institucional e uma rede de construção e distribuição de saber, de forma a cercar, limitar e apoderar-se desta, para dominar e controlar sua manifestação.

A materialização no discurso psiquiátrico se apóia em um conjunto de conhecimentos com base na ciência médica, assim como em uma série de práticas de assujeitamento e controle, próprias das instituições jurídicas e políticas, entre as quais o cerceamento de liberdade e a perda de direitos.

Como é possível observar, o discurso psiquiátrico, não se ampara ou se justifica, apenas pelo saber médico, estando sempre acompanhado por outros, com poder de verdade e legitimados socialmente, que deste se utilizam para consolidar a exclusão e negação da loucura do espaço social.

Os procedimentos que instituem o caráter de verdade quando relacionados ao discurso da loucura, produzem a concepção da destituição da razão, da periculosidade, da alienação do sujeito, da fragmentação deste à doença e ainda um conjunto de práticas e institui um lugar específico para sua existência, criando o manicômio. Este procedimento considerou falso toda a percepção da loucura, enquanto modo de existência, podendo incluir nesta, o sofrimento, o desejo e a

diferença. E instituiu ainda a impossibilidade de liberdade, autonomia e conhecimento. Estes procedimentos materializaram-se nas práticas manicomiais e na legitimação destas, enquanto formas de proteção social e afastamento da "danosa" aproximação com a loucura.

O discurso da desinstitucionalização da loucura trabalha para construir outras séries de enunciados e práticas, que não se constituam simplesmente a partir da oposição ao discurso tradicional, mas que afirmem outros pressupostos, com variações e acontecimentos distintos, considerando suas condições de aparecimento e de desenvolvimento.

Foucault (2012) aponta a formação dos discursos, entre outros o discurso sobre a loucura, considerando sua descontinuidade, dispersão e regularidades, visando captar suas formas e poder de afirmação, de constituir ou negar aquilo que se constitui enquanto falso e verdadeiro. Este entendimento, não busca revelar ou desvendar sentidos, mas expor a raridade e a afirmação das premissas formuladas, que se constituem em práticas, através da ciência, das disciplinas, dos saberes e das instituições presentes em nossa sociedade em relação à loucura.

O discurso é compreendido por Foucault (2012) enquanto prática, com efeitos sobre o corpo e a subjetividade, como materialidade que se produz e é produzida por relações de poder-saber. Na perspectiva do saber psiquiátrico o movimento é de anulação do sujeito da loucura, enquanto potência de vida e de criação.

A perspectiva arqueológica do pensamento foucaultiano, se debruça sobre o discurso para entender sua constituição, suas regras, seus procedimentos, suas formas de controle e distribuição, regulação e sua materialidade. Este interroga o saber, quanto a sua produção, e quanto a sua função, sua mobilidade e emergência. Foucault entende o discurso como um conjunto de enunciados, que se apóiam em uma mesma formação discursiva, e que estas são mais do que a expressão de ideias, por que devem estar dentro de um campo discursivo e a este relacionado (FOUCAULT, 2013).

No caso do discurso psiquiátrico, seus procedimentos externos e internos, trabalham para desconstituir o devir-louco[6] como parte da natureza do humano, e

[6] Tal e a simultaneidade de urn devir cuja propriedade e furtar-se ao presente. Na medida em que se furta ao presente, o devir nao suporta a separação nem a distinção do antes e do depois, do passado e do futuro. Pertence a essência do devir avançar, puxar nos dois sentidos ao mesmo tempo.[...] O born senso e a afirmação de que, em todas as coisas, ha um sentido determinável; mas o paradoxo e

produz para este o caráter de adoecimento, de fuga dos padrões normalizados conforme os ditos científicos.

A emergência do saber psiquiátrico enquanto disciplina, segundo Foucault (2013) se estabelece na modernidade como um acontecimento, que encontra condições de possibilidades na sociedade capitalista em expansão no desenvolvimento da ciência médica, na urbanização, no contingente humano a margem do processo de crescimento e industrialização. São elementos ainda, para este acontecimento, o modo de vida individualista e focado na produtividade, na ética do trabalho, na perspectiva de progresso e solução para todas as questões do sujeito, previstos no projeto da modernidade. A loucura destoa deste projeto, rompe com a visão de mundo racional e passível de ser conhecido, torna-se uma lacuna, que não sendo preenchida, é afastada e expulsa.

O poder saber psiquiátrico literalmente subjuga e segrega a loucura, mantendo seu controle através de práticas legitimadas pelo conhecimento médico, se afirma no caráter ritual dos que estão autorizados a falar em um campo discursivo. No caso da loucura, estes são os médicos e em última instância a justiça. Estes procedimentos encerram o fenômeno da loucura no campo da medicina, para ser contido e anulado e, da justiça para ser afastado da sociedade pelo internamento involuntário e compulsório.

As condições impostas ao internado nas grandes instituições asilares estabeleciam-se a partir das relações de saber-poder, estes conceitos relacionados ao discurso sobre a loucura, podem ser compreendidos a partir da análise genealógica no pensamento foucaultiano, que a entende como uma estratégia de normatização, institucionalização e constituição fundamental do discurso da loucura (HADDOCK-LOBO, 2008).

A perspectiva genealógica do pensamento foucaultiano se debruça sobre a questão da produção dos saberes e das relações de força que se articulam e dos

---

a afirmação dos dois sentidos ao mesmo tempo.[...] O verdadeiro devir-louco que nao se detém nunca, nos dois sentidos ao mesmo tempo, sempre furtando-se ao presente, fazendo coincidir o futuro e o passado, o mais e o menos, o demasiado e o insuficiente na simultaneidade.[...] o puro devir, o ilimitado, e a materia do simulacro na medida em que se furta a ação da Ideia, na medida' em que contesta ao mesmo tempo *tanto* o modelo *como* a copia (DELEUZE, 1998, p.7-8).

poderes que se processam em torno e a partir destes, para definir o que é ou não verdade.

O pensamento de Foucault nos oferece ferramentas para olhar os processos que envolvem a desinstitucionalização e o modo de atenção psicossocial, considerando que toda a forma de estabelecimento de uma maneira de pensar ou agir, está impregnada de verdades pré-estabelecidas e, portanto, escondem armadilhas, quanto à repetição e limitação em seus pressupostos, à medida que estão imersas igualmente em relações de saber-poder e caminham na direção de uma consolidação enquanto verdade.

Foucault (1992) traz um questionamento que lhe foi realizado, quando da publicação de suas formulações acerca do pensamento genealógico, no questionamento das verdades absolutas da ciência, que nos parece interessante destacar para pensar, neste contexto: "*Tudo está certo, mas em que direção vai, para formar uma unidade?"* (Idem p. 173).

Esta pergunta, lhe pareceu relevante para pensar a forma como a busca de unidade e constituição de verdades absolutas ronda a produção do conhecimento e se coloca na contramão da compreensão genealógica dos saberes. Para aqueles que pretendem a desconstrução do modelo psiquiátrico manicomial, por suas proposições totalizantes e absolutas em relação às concepções teóricas e práticas operativas na atenção, fica o alerta para a linha tênue que delimitam os discursos teóricos, que se produzem sobre o campo de estudo em relação à loucura e os modos de atenção proposto para o cuidado psicossocial, para que estes não percam seu caráter de processos e invenção, para se tornarem estáticos e permanentes, limitando e cerceando a subjetivação de seus atores.

Em sua concepção genealógica, Foucault (2012) refere que a utilização dos saberes sobre os fenômenos, pessoas ou práticas, constituindo modos padronizados de agir, viver e pensar estabelece o que é ou não "normal", possibilita uma apropriação dos objetos, numa rede de dominação e de resistências para legitimar verdades em cada período da história e para cada esfera da vida. A perspectiva genealógica de análise do discurso da loucura pressupõe entender como se formaram as séries enunciativas a respeito da loucura, quais suas condições de aparecimento, de crescimento e variação. O contexto de sua formulação enquanto comportamento à princípio estranho, desviante, de erro e alienação, e posteriormente de periculosidade e cronicidade, correspondendo estes

a períodos de desconhecimento do fenômeno, de investigação e apropriação da medicina, de controle social, assim como de diferentes momentos do desenvolvimento da ciência e da sociedade de forma geral. O pensamento genealógico, foca suas descontinuidades e suas situações de ruptura e recomposição, enquanto discurso que atravessam o homem e que o constituem, levando a circular verdade e poder, um produzindo o outro indefinidamente.

Foucault (1999) trabalha com os conceitos de poder-saber para a formulação de uma análise do processo de instituição da loucura enquanto doença e, portanto, sujeito ao discurso médico e suas concepções teóricas que a esquadrinham em quadros diagnósticos, e com pressupostos terapêuticos específicos, incluindo neste, no entanto, técnicas com fundamentações morais e com caráter punitivo e de contenção do sujeito. O autor ainda aponta o valor deste dispositivo de controle social para a constituição da sociedade moderna e do sistema capitalista.

É possível depreender a partir destas considerações, as profundas relações entre a perspectiva da loucura enquanto comportamento inadequado para a vida em sociedade, incorporada pela ciência médica e as instituições que sustentam o pensamento moderno, com bases na racionalidade e na legitimidade destes conhecimentos, e as atuais formulações de resistência ao processo de desinstitucionalização. Este implica em rupturas de grandes extensões na contemporaneidade, desde a concepção de sujeito, das formulações teóricas produzidas pelas ciências humanas, sociais e biológicas, com aspectos das relações econômicas, políticas e éticas produzidas na sociedade capitalista.

O discurso na concepção foucaultiana, está relacionado à guerra pelo significado, para o controle dos acontecimentos, que se colocam nas práticas estabelecidas, na organização das dinâmicas sociais e na produção da subjetividade (FICHER, 2012). O discurso quando autorizado, se coloca no campo da verdade, mesmo que não necessariamente esteja na política de verdade.

O discurso da desinstitucionalização encontra-se neste cenário, na luta por uma significação para estar no campo da verdade, de forma a ser operado pelos atores que trabalham com a perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica, construindo o modo de atenção psicossocial, como um modelo substitutivo ao modelo asilar de cuidado.

O saber no campo de positividade da verdade científica, regula toda a produção histórica, na qual determinados saberes estão exercendo forças (poderes)

para sua produção e manutenção, sendo que os poderes só podem funcionar quando embasados na formação de um saber. Quando estes se constituem tendo como objeto o homem, como na área das ciências humanas, formas de regulação constantemente estão agindo nos discursos de ciências e das práticas derivadas destas, e ainda na formação do sujeitos, produzindo procedimentos, técnicas, processos e formas de subjetivação.

Se considerarmos que a elaboração de saberes que se constituem como verdadeiros, trabalham de forma homogeneizante, produzindo estabilidade, com efeitos de desqualificação para possíveis princípios contraditórios, teremos como efeito a normalização de saberes, que adquirem um status, extensivos a quem os detém e prolifera na sociedade. No caso da loucura, Carvalho (2007) afirma que o louco, mesmo não estando preso à loucura, encontra-se prisioneiro do saber, que a produz em um circuito, que faz com que certas áreas do conhecimento científico, adquiram o poder de penetrar em todos os níveis da existência, do louco, dos profissionais da área de saúde mental e da sociedade em determinado momento histórico.

A emergência de um saber, tal como o saber psiquiátrico não se encontra apenas presentes em textos teóricos, mas no conjunto das práticas e das instituições, constituindo-se como uma maquinaria, que incita, suscita, produz, que faz agir e falar. Em um processo de manutenção destes saberes uma série de procedimentos se organizam, de forma a homogeneizar, regulamentar, normalizar, com técnicas e tecnologias para a condução e a constituição das coisas e dos sujeitos, individuais e coletivamente, através de poderes disciplinares e de controle. Poder sobre a vida cotidiana, que não será mais o poder soberano, exercido de um ponto específico e reconhecido, mas aqueles constituídos aos moldes de uma rede capilar, diferenciada e contínua, que derivam de muitas instituições tais como: da justiça, da polícia, da psiquiatria, da medicina, da educação entre outras, traduzido em discursos coesos estando visíveis e invisíveis, nos saberes, práticas e relações na sociedade (FOUCAULT, 2015).

O poder difuso e entremeado nos diversos espaços da vida cotidiana individual e social deixa de estabelecer-se como um mecanismo repressor e externo, característico no poder da soberania, surge em torno do século XVII, para ramificar-se e estender-se sobre o corpo individual e social, sendo chamado por Foucault de biopoder.

Estes tratam de poderes que incidem diretamente sobre a vida. Como no poder disciplinar onde desenvolveram-se práticas e tecnologias de controle e domínio do corpo, através de métodos de disciplinarização, adestramento, contenção, docilização do corpo individual predominantemente, de forma a fazê-lo responder às necessidades institucionais e políticas, desenvolvendo, o que o autor define como uma anátomo-politica do corpo. Estas tecnologias se constituíram no interior das escolas, quartéis, fábricas, hospitais e outras, utilizando-se de uma integração de sistemas de controle sobre o homem, produzindo o *corpo-máquina,* estratégico para fazer funcionar uma relação de forças sociais próprios para a industrialização e para o desenvolvimento de uma sociedade de produção. A segunda forma de poder, que surge um século depois, associando-se a esta modalidade de disciplinarização, porém com características complexas de investimento sobre o corpo das populações, dos modos e produção de vida, com o propósito de gerir a vida das populações, centra-se não mais no corpo-máquina[7] para focar-se no corpo-espécie[8], denominada então de biopolítica (PELBART, 2003).

Foucault (1992) introduziu o conceito de biopolítica, para designar uma das modalidades de exercício de poder sobre a vida, presente na sociedade desde o século XVIII. Esta teria como objeto a população e trataria dos mecanismos de domínio explícito do poder, afirmando o poder-saber como constituinte e agente de transformação e apropriação da vida da humanidade. O autor situa a biopolítica como uma estratégia ampliada de exercício de biopoder. Os regimes de soberania, que se caracterizavam como aquele que *faz morrer e deixa viver*, tratava-se de um poder negativo, poder de retirada da vida, de subtração, limitador e restritivo. O biopoder contemporâneo é destinado a *fazer viver e deixar morrer*, produzir forças,

[7] Corpo-máquina: um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado. Suas formas de modelagens são dadas através do adestramento, sendo utilizado como uma poderosa ferramenta de controle, que age de forma disciplinadora. São métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade. Manipulação das condutas (controle do tempo, do espaço e das funções corpóreas), cuja função é a de moldar corpos para fins e objetivos de transformação do homem em “máquina” (FOUCAULT, 2000 p. 126).

[8] No corpo-espécie, no corpo é transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos, o biopoder cuida de processos como nascimentos e mortalidades, da saúde da população (doenças e epidemias, por exemplo), da longevidade, enfim, estende-se sobre o controle da vida das populações. Constituí-se como um conjunto de normalizações que vai se utilizar de diversos aparelhos tais como: da medicina, da justiça, e outros para regular a vida (Foucault, 2007c).

ordená-las, gerir a vida e não exigir a morte. Apresenta-se como um poder positivo que se encarrega de controle e administração da vida com a pretensão de oferecer garantias a esta (MACHADO, 1992).

O biopoder se expressa com a tecnologia do poder disciplinar e com as estratégicas biopolíticas. A disciplinarização ocorreu intensamente a partir do século XVII e objetivou a docilização dos corpos, através do adestramento dos corpos e na otimização das forças. A biopolítica surge no século seguinte e incide então já não sobre os indivíduos, mas sobre as populações, regulando a espécie, o corpo, os processos da vida e os processos biológicos (MACHADO, 1992).

Na chamada tecnologia de dupla face que caracteriza o biopoder, e inclui as disciplinas, as regulações, a anátomo-política do corpo, a biopolítica da população, da espécie, as performances do corpo, os processos de vida, enfim, o poder impõe-se sobre a vida de ponta a ponta. Do corpo individual ao fenômeno global, abarcando a população de forma totalizante (PELBART, 2003).

O biopoder regula a vida desde seu interior, e exerce um poder sobre a vida da população quando se torna uma função vital que cada indivíduo incorpora e reativa de forma individual. O objetivo primário do poder é administrar a vida e o biopoder refere-se à situação em que o objetivo do poder é a produção e a reprodução da vida (HARDT; NEGRI, 2005).

O biopoder opera através da produção de modos de existências, que estabelecem uma ordenação da vida, de forma a investir e controlar o espaço-tempo das pessoas e populações de maneira a determinar políticas de subjetivação, das quais a vida procura continuamente escapar, através da criação de linhas de fuga e resistências (MACHADO; LAVRADOR, 2010).

Revel (2005) refere que o poder não poderia disciplinar os indivíduos sem produzir um discurso de saber sobre estes e a partir destes. Um saber que a princípio é objetivante, por que se dá sobre o homem, e que passa a ser subjetivante, quando o indivíduo submete-se aos efeitos desta objetivação e constituí-se a partir das forças que agem sobre ele, determinando as possibilidades de modos de ser, nos processos de subjetivação.

Os processos de desinstitucionalização que implicam a desconstrução de saberes e práticas sobre a concepção da loucura e dos modos de tratamento, construídos enquanto um discurso científico verdadeiro durante a modernidade, não tratam apenas de proposições de mudanças de práticas ou de conhecimentos

teóricos específicos acerca dos transtornos mentais, encontra-se em um movimento de conflito, de oposição, de resistência a um conhecimento imbricado no modo de existência e subjetivação dos sujeitos, na sociedade ocidental.

Os modos de subjetivação dependem e se produzem em relação com os saberes constituídos acerca da existência dos sujeitos, e da formação de discursos diversos, entre os quais os da ordem da ciência médica, como o discurso psiquiátrico. Este constitui um saber-poder, onde se encontram implicados procedimentos de distribuição e hierarquização, homogeneização, normalização, classificação e centralização, em uma relação de forças e de efeitos disciplinares e biopolíticos sobre a vida.

No campo da ciência, o procedimento de normalização constitui uma marca significativa de fixação de padrões e poder sobre os indivíduos, ao que Foucault chamou de *disciplina,* ou seja, um conjunto de discursos, que estão relacionados ao discurso da norma, da regra, não da lei ou do direito, mas da normalização. Estes se relacionam a um determinado referente teórico, que estando no âmbito das ciências humanas, terá sua jurisprudência em um saber clínico, que subsidiará o desenvolvimento da medicina, a medicalização do homem, dos comportamentos, desejos e da criação de dispositivos de padronização e de classificação (FOUCAULT, 1992). O saber-poder construído pela psiquiatria encontra-se no campo de um discurso médico disciplinar.

A reforma psiquiátrica, e a perspectiva desinstitucionalizante, produzem um corpo conceitual, prático e de relações, que porta outra discursividade, através de enunciações que apontam aspectos de descontinuidade, em relação ao discurso psiquiátrico clássico. Propõe então, uma clínica voltada para o sujeito, o cuidado em liberdade, e a intervenção técnica com saberes de campos diversos, e não apenas da saúde, incluindo a cultura, educação, direitos, e outras. As relações interprofissionais, a ampliação das relações sociais e a perspectiva ética, são modos de interromper um processo de saber-poder sobre a loucura limitando-a ao campo psiquiátrico e ao espaço de uma instituição, ao manicômio, assim como a redução das possibilidades de intervenção à medicalização.

Encontra-se ainda um espaço de regularidade em concepções e práticas enunciadas pelo discurso psiquiátrico, seja este proferido no contexto da atenção psiquiátrica manicomial ou no modo psicossocial, visto o conjunto de saberes e de intervenções que se estruturam na lógica médica para tratar o fenômeno da loucura

e de todo o aparato institucional presente em ambas as perspectivas. São discursos que se encontram em transformação, com pontos de ruptura, de coexistências e com delimitações em suas práticas.

A análise das formações discursivas, segundo Foucault (2013, p.90) faz ver "uma espessura imensa de sistematicidades, um conjunto cerrado de relações múltiplas". Assim, as enunciações discursivas que se colocam em deslocamento após a reforma psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização, emergem de formações discursivas que compõem o campo da psiquiatria. A estas se associam concepções e práticas das ciências humanas e sociais, para a constituição da área de saúde mental. Se agregam ainda, saberes da arte, da literatura, da ética, com foco na produção de sujeitos e no protagonismo, formando assim uma prática discursiva singular.

As relações implicadas no processo de transformação ou de constituição de uma prática discursiva, aqui em especial a desinstitucionalização psiquiátrica, abrangem múltiplos aspectos referentes aos conhecimentos, aos sujeitos que professam esses discursos e as instituições, em cujo âmbitos estes discursos se apóiam.

No caso do discurso desinstitucionalizante, os sujeitos que enunciam outras concepções, saberes e práticas são aqueles que operam o processo, ou seja, os sujeitos deste acontecimento, trabalhadores e as pessoas em sofrimento psíquico. Estes passam a dar vida a outras modalidades relacionais neste campo e a constituir instituições que se pautam por uma lógica singular, uma perspectiva ética distinta, entre os sujeitos individuais e coletivos.

Em uma perspectiva genealógica se busca compreender as condições de possibilidades para a emergência dos modo de ser trabalhador de saúde mental, na conjuntura da atenção psicossocial. Este se encontra afetado por verdades, que se produzem pelas práticas e que se configuram no fazer cotidiano do cuidado, e que no entanto, portam as marcas de concepções estabelecidas na sua formação profissional. As posições de sujeito e de profissional, respondem aos regimes de verdade estabilizados e hegemônicos, e ainda aos discursos emergentes.

Os discursos que se forjam a partir da desinstitucionalização, produzem modos de subjetivação, quando o trabalhador neste contexto toma para si, a legitimidade deste discurso, considerando-o verdadeiro, se identificam com suas prerrogativas. Assim, Nardi et al (2005) afirmam, que estes discursos incidem sobre

a vida dos trabalhadores, determinando não só o seu trabalho, mas a experiência que fazem de si mesmo, a partir deste modo de trabalhar.

Entendendo o sujeito enquanto constituído pelos discursos e pelas práticas discursivas, concordamos com Foucault (2007b) quando afirma que o sujeito se subjetiva pelos discursos que entende verdadeiros, aos quais trata como se fossem próprios, assim como as coisas que sabe e os discursos que escuta, e aos quais reconhece, convertendo-se num sujeito de enunciação e que se modifica através dos conteúdos que enuncia.

Deste modo, o trabalhador de saúde mental está em processo de subjetivação, ao enunciar o discurso da reforma psiquiátrica, em um espaço de confronto com o discurso médico psiquiátrico hegemônico e assim se coloca em deslocamento, tal qual o discurso que produz.

Esse deslocamento do trabalhador, se encontra alicerçado em discursos que estão operando a princípio de modo exterior ao discurso desinstitucionalizante, que se encontram nas bases do pensamento contemporâneo, e relacionam-se a uma concepção de sociedade igualitária, com princípios individualistas, porém com pressupostos de acesso a direitos ditos universais, que consolidam políticas inclusivas para a totalidade dos sujeitos. Se colocam então legitimados por estes discursos, as ações de normatização que a sociedade moderna produz para a construção de uma sociedade estável, justa e produtiva, formando uma biopolítica estratégica de gestão, a partir da concessão de direitos. São séries discursivas, que enunciam estratégias que produzem grandes implicações políticas, em áreas diversas de funcionamento social.

Estes princípios por si, trabalham na formação de um conjunto de operadores de políticas públicas, em que se incluem as áreas de educação e a saúde, que se imbricam na formação dos padrões de normalidade, instituídos na sociedade. Os trabalhadores que atuam nestes campos, se encontram especialmente comprometidos e subjetivados com os discursos que operam vistos que a naturalização de padrões de conduta e de modos de ser sujeito, são verdades a serem construídas e instituídas nas suas práticas profissionais.

Na área de saúde mental, o trabalhador se vê frente a perspectivas de deslocamento em relação ao saber psiquiátrico, centrado no conhecimento biomédico, e da visão da loucura enquanto adoecimento e de periculosidade do fenômeno da loucura, que justificava a segregação e a tutela.

A atenção psicossocial aciona relações com aspectos de saúde, de diferença, e com um conjunto ampliado de saberes que passam a circular, compondo os discursos e práticas do modo psicossocial de atenção ao sofrimento psíquico. Deste modo, a implicação da subjetividade e do desenvolvimento político e ético, no universo em que se coloca o trabalhador, passa a ser ferramenta para agir e entender os processos de atenção à saúde mental.

Tal como afirma Foucault (2012), o discurso é exercício de poder, estes emergem e circulam nas práticas sociais, enunciando regimes de verdade, com efeitos na produção de subjetividades de cada época; pode-se pensar assim, que os regimes de verdade se produzem em uma relação de forças, que estão presentes nos processos que constituímos socialmente, sejam estes de ordens diversas. No caso dos processos de desinstitucionalização, o jogo de relações, que se estabelecem no plano individual, coletivo e institucional, tensionam para a constituição de macros e micropolíticas que efetivem novos modos de relação com a loucura, no âmbito da vida comunitária e na subjetividade dos atores envolvidos nestas relações, tanto trabalhadores quanto usuários dos serviços de saúde mental.

São, portanto, condições de ordem política, uma rede de elementos que funcionam de forma integrada nos espaços institucionais, nas regras, nos discursos, que mobilizam forças, jogos de verdades, estratégias de veridicção e saberes que possibilitam a formação de sujeitos.

Assim, estes se produzem a partir de relações de forças, de maquinarias e de uma arquitetura de fabricação, que constitui não um sujeito individual, mas um sujeito que é produzido pelas circunstâncias de seu tempo, e dos procedimentos implicados na circulação de poderes político sobre o âmbito do corpo individual e coletivo para o alcance de efeitos específicos de sujeição e normalização.

Nesta perspectiva, o conceito de subjetividade com o qual se opera, distancia-se da noção de identidade construída no período moderno, com características de fixidez, determinada e relacionada à interioridade e individualidade humana. Em uma clara associação, ao modo capitalista de produção, o homem moderno é essencialmente individualizado, respondendo ao modelo disciplinar e biopolítico de controle social. Guattari (1986) entende o indivíduo como resultante de processos de serialização, registros e modelagem à que o sujeito é submetido para a inclusão no contexto social, em uma produção de massa.

No contexto moderno, o modo-indivíduo (FOUCAULT, 2000; GUATTARI; ROLNIK, 2011) é um requisito para a estruturação de uma sociedade baseada na organização dos processos de trabalho em série, no desenvolvimento industrial, na competitividade, no conhecimento e na adaptação humana aos procedimentos disciplinares e de normatização para o alcance do máximo de eficiência e competência individual. Assim, a perspectiva cartesiana de indivíduo, atribuído de racionalidade, e sujeito de conhecimento se sobrepõe, em uma sociedade em que o saber confere o poder, estabelecendo entre si, uma relação de dualidade.

Esta concepção marca o nascimento das ciências humanas e sociais, que produzem discursos de saber sobre o homem e sua relação política com a sociedade. Entendendo aqui a política como: relações de forças, que determinam, a partir formas estabelecidas e reconhecidas socialmente, a produção de verdades, que por sua vez incidem sobre a produção dos sujeitos.

O modo-indivíduo, ainda predomina nas concepções das ciências do campo da saúde, que trabalham a partir de uma perspectiva individualizada do homem e dos fenômenos que o afetam. Assim, a psiquiatria tradicionalmente abordou o sofrimento psíquico, enquanto uma condição individual, que suscitou práticas de contenção, de moralização e disciplinamento do corpo doente, em um processo de desvinculação do corpo social, que justificam a segregação e o apartamento da sociedade.

A concepção de subjetividade que adoto neste estudo, parte de elaborações teóricas construídas no período pós-estruturalista, que pressupõe o sujeito em processo de construção, transformação e assujeitado às condições presentes na contemporaneidade, ou seja, com caráter mutável, tal quais as verdades que circulam no seu tempo histórico.

A subjetividade para Guattari (1986) não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Uma coisa é a individuação do corpo; outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação que produzem uma subjetividade fabricada e atravessada pelo social.

No mesmo sentido, Foucault (2015, p.311) refere que “após os anos 60, a subjetividade, a identidade e a individualidade constituem um problema político importante”. Para o autor os homens nunca deixam de construírem-se a si mesmos e de deslocar continuamente sua subjetividade, numa série infinita e múltipla, que nunca esgotará os modos de ser e existir.

Os autores referidos anunciam uma perspectiva de subjetividade em produção, que nega o sujeito enquanto um indivíduo egocentrado, e o entendem como em processo de constituição imerso nas tramas históricas e políticas da sociedade na qual se insere. A subjetividade pensada desta forma está sujeita às relações de forças presentes na sociedade e a instauração de discursos de verdade, que se acumulam e fazem funcionar, produzir e circular uma complexidade de dispositivos de suporte das práticas sociais, saberes e poderes, em um campo de forças real. A subjetividade é concebida como uma experiência política que inclui movimentos de sujeição e de resistências, em um campo social no qual o homem coloca-se como objeto do conhecimento, e como produtor de forças para a afirmação de saberes e poderes, que constituem as estratégias de existência.

A produção de subjetividade está associada a uma série de dispositivos que atravessam a vida individual, através de saberes, regras, normas, instituições, práticas sociais, e exercícios que modulam a existência em diferentes níveis para que o sujeito atue enquanto cidadão, em uma sociedade estrategicamente regulada por relações de saber-poder. Estes movimentos de fabricação do sujeito o fazem através do assujeitamento destes ao modo de ser de cada sociedade, individualizando e impondo uma identidade, potencializando entretanto, fluxos de resistência, criação e singularização, que resultam em processos de subjetivação.

Assim, Foucault (2006, p.76) refere acerca dos processos de subjetivação, que inclui a sexualidade, entre outros dispositivos pelos quais os homens elaboram exercícios e práticas de si, constituindo assim, modos de subjetivação.

> [...] todo um dispositivo complexo no qual se trata da constituição da individualidade, da subjetividade, em suma, a maneira pela qual nos comportamos, tomamos consciência de nós mesmos. Em outras palavras, no ocidente, os homens, as pessoas se individualizam, graças a um certo número de procedimentos [...].

Foucault (2013; 2012) estuda em sua fase arqueológica o sujeito objetivado pelos saberes e jogos de linguagem. Nos estudos genealógicos Foucault (2000; 1992; 2007a) aborda o sujeito moderno imerso nas relações de poder e nas estratégias biopolíticas. O autor volta-se então para o estudo de como o sujeito constitui-se a partir das relações que estabelece consigo mesmo, nas diferentes experiências que constituem a sua existência e seus modos de subjetivação, desenvolvendo-se assim, como sujeito ético. O autor problematiza a subjetividade

ao propor sua condição de produção, em que as relações de forças que o sujeito estabelece com a verdade, com os discursos, com o poder e a ética, resultarão em um modo de ser sujeito, na construção de processos singulares, de modos de subjetivação (VIVAR Y SOLER, 2008).

A discussão da subjetividade para Foucault, deve abordar necessariamente a questão da verdade, as relações de poder e a ética, partindo do entendimento das práticas de si e do cuidado de si, observando suas possíveis articulações com o procedimento de cuidado dos outros. O autor busca nestas práticas da civilização grega e romana, a compreensão de como as técnicas e procedimentos que os homens adotam para fazer o exercício de si, tornam-se importante na produção subjetiva dos sujeitos, e das relações que estes constroem socialmente.

Assim, para trabalharmos com esses pressupostos abordaremos brevemente, as noções de prática de si e cuidado de si, a partir de sua concepção na sociedade grega e romana.

O cuidado de si, designado pelo termo *epimeleia heautou* trata-se de atitudes de cuidado consigo mesmo. Deste modo, ideias e posturas que envolvam a preocupação consigo mesmo, foram objeto de atenção na sociedade grega e romana e se desenvolviam , em atitudes de cuidado com a saúde do corpo e da mente, através de práticas como: regimes, práticas de exercícios físicos, exames médicos, terapias diversas, meditações, lazer e outras.

As práticas de si, são descritas por Foucault (2007c) como o conjunto de procedimentos para o exercício do cuidado de si, e se referem propriamente às técnicas, aos exercícios, ou ascese, que o indivíduo desenvolve para o alcance destes objetivos. Estas práticas não são ações que produzem efeitos apenas individuais, visto sua abrangência na comunidade, tornando-se coletiva, a medida que essa experiência é compartilhada e comunicada, torna-se assim, uma prática social.

Estas práticas eram preceitos importantes na vida do cidadão na sociedade antiga, visto que a ocupação consigo mesmo considerava-se um privilégio, uma marca de status social, um dever, uma técnica e uma forma de vida. Assim, os registros, a escrita e o compartilhamento destas práticas se configuram em discursos verdadeiros – *lógoi* e discursos racionais. Aqui encontramos técnicas que tem por finalidade vincular a verdade e o sujeito, trata-se de que o sujeito se encontre com

uma verdade que ele não conhecia, e de fazer com que este se aproprie dela pela memorização e aplicação em si próprio (FOUCAULT, 2011).

Nesta relação com a produção de verdade, que predomina o pensamento do mundo ocidental, o cuidado de si coloca-se como um preceito para o “conhece-te a ti mesmo” (gnôthi seauton), reconhecido na filosofia clássica como fórmula para a questão da subjetividade em sua relação com a verdade. De acordo com Foucault (2011) o “conhece-te a ti mesmo” deriva do preceito, de cuidado de si e foi transformado, para uma ação de caráter racional, a partir do que o autor define como momento cartesiano, quando o sujeito passa a ter que transformar a si mesmo, para alcançar o acesso a verdade, que então é vinculada especificamente ao conhecimento (GRABOIS, 2001).

A noção de cuidado dos outros é relacionado por Foucault (2011) aos preceitos de cuidado de si, como um aspecto desta postura, que implica em a partir do cuidado e conhecimento de si, capacitar-se a exercer um poder, ou um cuidado, sobre os outros. Esta finalidade passa, no entanto, por transformações através das épocas, e sua noção vai constituir o que entendemos por autonomia, e independização, quando através de um deslocamento deste princípio, que se dirigia à finalidade de governo dos outros e da cidade, converte-se então, para si, desenvolvendo-se uma ética, reconhecida como de domínio. Esta ética constitui-se a partir de uma relação de controle e permissividade dos prazeres individuais, portanto, de domínio de si, sendo parte do que se denomina cultura de si. (GRABOIS, 2001).

Foucault (2007c) discute a questão da cultura de si, em a *História da sexualidade,* relacionando a postura individualista que deriva destes processos, e que inclui uma relação de independência do indivíduo em relação ao grupo; a ênfase nas questões da vida privada; e por último relações de maior intensidade consigo mesmo. Assim, a cultura de si desenvolveu-se em formas de modos de existência, diversamente através das épocas e sociedades, e encontra-se presente em práticas, procedimentos, relações interpessoais, comunicações, trocas, instituições e cuidados médicos. Elaborando-se a partir destes preceitos modos de conhecimento, saberes e um jogo político de poder sobre si e sobre os outros, que se faz nas relações do indivíduo, do seu status social e da estética de vida.

A questão da subjetividade em Foucault (2011), aborda de forma aprofundada estas técnicas de si, o cuidado de si e dos outros na perspectiva de entender os

elementos de ascese e dos códigos morais, questionando-os para a compreensão das forma de constituição do sujeito e seus processos de subjetivação. Problematizando as questões éticas, o autor aponta para as implicações que decorrem da possibilidades de invenção de si mesmo, através de uma estética de existência.

Deste modo, a abordagem deste estudo em relação ao modo como os trabalhadores de saúde mental subjetivam-se com seu fazer, partem de perspectiva de sujeitos que se produzem através de seus processos de construção da existência, não pensada no aspecto individual, mas constituído pelo âmbito coletivo, institucional e social.

Nesta mesma direção encontramos o pensamento de Deleuze e Guattari (1995) que nos falam de uma identidade sempre provisória, a medida em que decorrem de experienciações e de aspectos conjunturais em que se processa a vida individual e coletiva. Para os autores, a subjetividade é sempre material, imanente e relacional, associacionista e interativa (SOARES; MIRANDA, 2009).

A concepção de subjetividade nesta perspectiva de produção porém, se dá nas relações e em uma economia de engendramentos de desejos, fluxos de sensações, modos de existência, formas de consumo, modos de comunicar e outras possibilidades que derivam das instancias sociais, técnicas, institucionais e individuais. Assim é proposto o entendimento deste conceito de subjetividade em produção:

> Não existe uma subjetividade do tipo “recipiente” em que se colocariam coisas essencialmente exteriores, as quais seriam “interiorizadas”. As tais “coisas” são elementos que intervêm na própria sintagmática da subjetivação inconsciente. São exemplos de “coisas” desse tipo: um certo jeito de utilizar a linguagem, de se articular ao modo de semiotização coletiva (sobretudo da mídia); uma relação com o universo das tomadas elétricas, nas quais se pode ser eletrocutado; uma relação com o universo de circulação na cidade. Todos esses são elementos constitutivos da subjetividade (GUATTARI; ROLNIK 2011, p. 43).

Guattari (1993), Deleuze e Guattari (1995), Guattari e Rolnik (2011) introduzem na concepção dos processos de subjetividade o conceito de máquina, o que penso ser importante esclarecer, por que será referido nas análises apresentadas. Para os autores, este conceito não relaciona-se ao aspecto técnico das máquinas, mas a uma organização de fluxos e forças plurais e heterogêneas,

que trabalham para agenciar, agregar e potencializar enunciações derivadas de equipamentos diversos, individuais e coletivos.

A temática deste estudo, aborda os modos de subjetivação de trabalhadores, implicados em uma política específica de saúde, na qual se propõe trabalhar com os conceitos específicos tais como: de potencialidades de vida, movimentos de ampliação de processos de vida, perspectiva dos processos singulares de criação, novas possibilidades de produção de desejo. E ainda compreende os efeitos desta política enquanto produção de resistências no sentido da diferença, de desterritorialização, de multiplicidade, potência, entre outros. O apoio teórico dos conceitos desenvolvidos por Deleuze[9] e Guattari [10] (2004) possibilitam a leitura dos acontecimentos, rupturas, paralisações e agenciamentos que envolvem os processos de subjetivação.

Deleuze e Guattari trabalham com o pensamento da multiplicidade e da filosofia da diferença. Criam uma filosofia da criação e não da reflexão. Trabalham com a singularidade e não com a representação, porque esta subordina o pensamento da diferença a uma identidade assumida e pré-determinada.

Ambos foram associados ao pensamento pós-estruturalista, por compartilharem uma orientação que busca fugir do positivismo e dos esquemas mais estruturados do pensamento científico. Por isso sua obra se coloca neste cenário, por seu pensamento romper com narrativas ou discursos científicos. Fazem crítica a ciência moderna que pressupõe a normalidade e a conhecimentos totalitários. Em suas principais obras o *Anti-édipo* (2004) e *Esquizofrenia e Psicanálise* (1995), questionam a psicanálise e o marxismo, correntes de pensamento, que entendem como metanarrativas.

Deleuze (1998) torce a concepção de desejo entrelaçado com as idéias de Nietzsche (2011), de vontade de potência, inventando outros jeitos de ser, pensar e viver, intensamente atravessados por acontecimentos, intensidades nesses acontecimentos como experimentações. Deleuze e Guattari (2004) formulam o

[9] Gilles Deleuze foi um escritor e filosofo francês, e produziu um pensamento crítico em relação ao marxismo e à psicanálise. Trabalhou com o Pensamento da multiplicidade e com a filosofia da diferença.

[10] Felix Guattari foi psicanalista, filósofo, militante político, escritor e marxista dissidente. Concebe o pensamento como uma ferramenta de luta social.

conceito de máquina desejante, opondo-o ao conceito psicanalítico de inconsciente, que consideram uma máquina de limitar e normalizar a libido e fabricar um ideal de sujeito e família. Não negaram a psicanálise, mas construíram outros caminhos a partir desta. Assim como ao capitalismo, que igualmente percebiam como um encerramento do homem ao mundo do trabalho e do capital (GUIDO; GUIDO, 2011).

Com as concepções de inconsciente produtivo, rompem com a noção de essência determinada por vivências ou pré-determinações, como a noção freudiana do inconsciente. Fugindo da concepção de psique, como uma instância estruturada. A concepção de inconsciente imanente, podendo ser estendido por condições sócio-históricas. Deleuze (1992) e Guattari (1986) trabalham com o conceito de revolução molecular que se dá nos movimentos minoritários, tais como: o feminismo e a antipsiquiatria.

Deleuze e Guattari constroem em conjunto uma filosofia do acontecimento e da multiplicidade, estando aberto a fluxos e vetores de diversas fontes. Trabalham com conceitos em criação e a partir de acontecimentos e agenciamentos, atualizados de forma continua. Sendo a filosofia um campo aberto, flexível e múltiplo.

Os conceitos de Deleuze (1995) e Guattari (1995) que utilizamos nesta tese para compreender os modos de subjetivação dos trabalhadores são suas concepções de subjetividade e processos de singularização. A subjetividade é entendida em processo maquínico de produção, respondendo a agenciamentos de diversas ordens para sua constituição. Já os processos de singularização que são entendidos como uma possibilidade de desvio, de escape, frente às instâncias de captura presentes nas máquinas capitalísticas da contemporaneidade.

A subjetividade para Deleuze e Guattari (1995) são produzidas, em processos maquínicos, que envolvem relação de si consigo mesmo, com as outras coisas do mundo, dos modos de existência que se configuram, e nesta perspectiva se coloca como uma função rizomática da subjetividade, que se articula, se mobiliza por devir e se articula a outras máquinas de naturezas diversas. Assim, a perspectiva subjetiva segundo esse referencial torna-se potente para a leitura dos modos de subjetivação dos trabalhadores no processo de desinstitucionalização, visto a natureza de transformação deste discurso e a multiplicidade de efeitos que implicam nos sujeitos, nas instituições e na sociedade.

Estas perspectivas do pensamento de Foucault, Deleuze e Guattari estarão sustentando a leitura dos processos de subjetivação dos trabalhadores e da forma como estes se engajam aos processos micropolíticos do mundo do trabalho, no contexto dos serviços de saúde mental, na perspectiva da desinstitucionalização. O trabalho desenvolvido no cotidiano dos serviços reflete aspectos objetivos e subjetivos, que se incorporam a dinâmica das relações construídas nestes locais e criam novas formas de subjetivação e de existência.

A micropolítica destas relações e do funcionamento destes serviços, estão permeadas por relações de poder, inerente as relações em sociedade. A forma como se produzem estas forças, caracteriza-se como biopotências, resistências, criação; ou se exercem de forma limitadora dos processos, como obstáculos intransponíveis ou impedimentos, que produzem rompimento nos fluxos processuais.

Para conhecermos o modo como as micropolíticas instauradas nos serviços de saúde mental, se configuram a partir do processo de desinstitucionalização, é importante entender como se operam os jogos de verdade e as estratégias programáticas construídas no campo de saúde mental no Brasil, em tempos de reforma psiquiátrica, tendo como fundo as macropolíticas que afirmam modelos de promoção, prevenção e reabilitação de saúde, em um sistema universal e de integralidade da atenção. O modo como, em especial a política de saúde mental opera para responder ainda às estratégias biopolíticas de governamentalidade e gestão dos riscos, com as ações de controle e intervenção que se constroem neste campo.

Segundo Campos (1992) os processos de reforma na área da saúde, devem repensar seu modo de trabalho no cotidiano da atenção, entendendo que a concretização das mudanças propostas, relacionam-se eminentemente as transformações micropolíticas que se efetivam. Fleury (1992) afirma que o status de institucionalidade e legalidade remete os processos a situações de estagnação e interrupção. Os processos em vias de instituir-se e que emergem de movimentos e tensionamentos sociais, configuram-se a partir das múltiplas correlações de forças, que perdem potência ao passarem a compor o discurso formal e legal do Estado, tendendo a reproduzir o pacto de dominação.

A reforma psiquiátrica é um processo que produz transformações de magnitude na sociedade brasileira, porque segundo Yasui (2006, p.16) “É

essencialmente um processo que vai se constituindo em estreita vinculação com seu tempo histórico, com os seus atores, nos territórios e locais em que está inserido, se concretiza, se ganha materialidade.” Deste modo, a micropolítica que se constrói neste fazer, envolve todo o conjunto de concepções teóricas, técnicas, derivadas de documentos institucionais, legislativos de gestão pública, no modo como estas impactam o trabalhador e o cotidiano do cuidado. Estas se produzem na ação de cada trabalhador em seu âmbito de atuação, atravessado, por todos estes registros.

O conceito de desinstitucionalização psiquiátrica, que emerge no cerne do processo de reforma italiana, é adotado pelo movimento brasileiro, em sua concepção teórica e prática. Segundo Amarante (1996), pressupor o afastamento do paradigma clássico psiquiátrico, possibilita a construção de um contexto prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano, o que significa a abertura deste campo para outras perspectivas na área de saberes das ciências humanas e sociais, assim como outras abordagem do fenômeno da loucura. Deste modo se ampliam a compreensão e as estratégias de aproximação social, científica e relacional com o sofrimento psíquico.

Basaglia (2010) produz uma crítica contundente às propostas de reforma na área psiquiátrica que mantém a existência do manicômio como espaço de tratamento psiquiátrico. Após conhecer a experiência francesa e inglesa de reforma, procurou implantar no hospital psiquiátrico de Gorizia princípios destas reformas. Propôs transformações importantes na atenção psiquiátrica, porém observou a necessidade de superação da internação manicomial. Mesmo tendo este processo interrompido com a demissão de toda a sua equipe, concluí que com a manutenção do manicômio, as reformas não produzem uma transformação significativa nas práticas de atenção psiquiátrica.

Segundo Basaglia o processo de negação do manicômio envolve uma renúncia ao mandato terapêutico técnico, a recusa ao controle da instituição e do questionamento ao saber psiquiátrico. Acreditava que para transformar a concepções sobre a loucura, tratava-se de colocar a doença entre parênteses, passando a ocupar-se das pessoas e não da doença e do todo que foi construído em torno desta. A doença entre parênteses é ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura epistemológica que permite a observação do duplo da doença mental, da doença produzida pela própria institucionalização (AMARANTE, 1996).

O processo de desinstitucionalização proposto por Basaglia tem sua concretização na cidade de Trieste, após sua demissão de Gorizia. Nesta experiência o hospital é retirado da cena pública, enquanto recurso terapêutico, sendo desmontado para dar espaço a outras propostas de atenção psiquiátricas fora dos muros da instituição manicomial. No entanto Basaglia tinha claro que esta ação de derrubada das portas do manicômio, não bastava para abater a espessura de suas práticas e efeitos. Era preciso construir outras estratégias e estas deveriam questionar a relação dentro-fora não só dos muros do asilo, mas do saber psiquiátrico.

Estas transformações abrem um campo de relação com a loucura, diverso do proposto por qualquer outro processo de reforma. Basaglia entendia que o primeiro passo da desinstitucionalização seria a desconstrução do paradigma psiquiátrico da loucura enquanto doença que precisa de cura. O segundo passo é a mobilização dos sujeitos no processo de ação e protagonismo da própria vida, incluindo loucos e trabalhadores (AMARANTE, 1996).

O termo desinstitucionalização é utilizado na literatura da área de saúde mental, segundo Nicácio (2003) de duas formas: como processo de substituição das instituições asilares e como um campo de proposições que delimitam um marco teórico e conceitual para compreender as dimensões que cercam o fenômeno da loucura e sua relação com a sociedade.

Trabalhando com a segunda perspectiva deste termo, observa-se que a desinstitucionalização é um processo de desconstrução e invenção, que se expressa nas diversas dimensões de suas possibilidades de conhecimento teórico, nas práticas institucionais, nas relações produzidas com as experiências subjetivas de pessoas em sofrimento psíquico e os técnicos deste campo de cuidado, com as estratégias de exclusão social e com o estigma construído em torno desta.

A produção de novos quadros de referência para nortear e colocar em movimento outra modalidade de relação com a loucura, passa pelo que Rotelli (2001, p.90-91) definiu como “Instituição inventada”, como segue:

> O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado. Mas se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar a altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social), em estado de não equilibrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada).

Assim nesta perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica, as instituições que derivam deste processos tais como os CAPS na realidade brasileira, assumem responsabilidades para além das situações de saúde, abrangendo então a complexidade da vida das pessoas em seus territórios de existência. O trabalho terapêutico implica a reconstrução de pessoas enquanto protagonistas sociais, rompendo as amarras de identidades estereotipadas pelos papéis e comportamentos enrijecidos pelos processos de subjetivação capitalísticos, no sentido proposto por Guattari (1986).

A experiência de Basaglia em Trieste ofereceu outras perspectivas para olhar a loucura e pensar a atenção psiquiátrica. O processo de desinstitucionalização e seus pressupostos, trabalhados ao longo este referencial, através de outros estudiosos deste processo, têm nas idéias de Basaglia e em sua produção e experiência profissional, a fonte para a continuidade de seu projeto de produzir novas práticas e políticas culturais na psiquiatria e na sociedade.

Para que a invenção da atenção psicossocial tenha lugar, enquanto um acontecimento, produzido pela luta micro e macropolítica de trabalhadores, usuários e outros atores deste processo, trata-se de resistir aos processos instituídos e aos discursos homogeneizantes dos princípios modernos de concessão de direitos, de políticas inclusivas e de reabilitação, que sem a devida crítica e relativização interrompem os fluxos de diferença, singularidade e multiplicidades, nos modos de existências possíveis. Neste sentido, Alvarenga e Dimenstein (2006, p. 303) referem:

> Portanto, é um processo de desinstitucionalização do social, do nosso apego às formas de vida institucionalizadas, onde é preciso produzir um olhar que abandona o modo de ver próprio da razão, abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão, e considerar outras rotas possíveis que possam não apenas lutar contra a sujeição fundante da sociabilidade capitalista, mas também instigar a desconstrução cotidiana e interminável das relações de dominação.

Pelbart (1993) pontua a desconstrução, necessária a princípio aos trabalhadores comprometidos com a reforma psiquiátrica, assim como à sociedade em geral, de seus *manicômios mentais* em uma referência a instituição que carregamos subjetivamente. Parece-nos apropriado pensar o quanto os trabalhadores que atuam hoje nos serviços de atenção psicossocial encontram-se atravessados por esta *institucionalização.* Esta se refere às concepções, aos modos

de pensar e entender o outro, o sofrimento, a desrazão, a alteridade, e o espaço existencial que construímos.

Também Foucault mostra interesse em contribuir para os processos criativos da luta de resistências, entendendo que tudo isso está diretamente ligado a uma prática e a estratégias que são, por sua vez móveis e se transformam. No entanto para Foucault o verdadeiro campo de luta é, a seu ver o que abre as portas a um exercício de liberdade que é autônomo e como tal radical. São lutas de resistência contra os aparatos técnicos, institucionais e os procedimentos para conhecer, dirigir e controlar a vida e a existência, em todas as suas instâncias (BRANCO, 2001).

Estes apontamentos que encontramos no pensamento de Foucault acerca da resistência e da liberdade, como modos de criar espaços de agenciamentos de múltiplas possibilidades de transformação nas relações de diversas ordens, que se produzem nestes movimentos, são potentes para pensar o campo da desinstitucionalização, incluindo os modos de subjetivação dos trabalhadores implicados no processo de reforma psiquiátrica.

Fonseca (2009) considera os modos de subjetivação produzidos nos contextos de trabalho, como dinâmicas que se impregnam nas coisas assim como o próprio modo de fazê-las. Trabalhador e seu fazer se implicam, uma vez que o trabalho não existe isolado, passível de ser extraído do próprio corpo daquele que trabalha. O trabalho não se reduz a operações e atividades, incluindo criação, transgressão e mobilização subjetiva, transformando assim mundo e sujeito.

Campos (2000) refere que o aumento da transversalidade, entre os campos de saberes possibilita a desalienação e uma maior clareza e visibilidade dos processos que ocorrem nos serviços de saúde mental. A transversalidade produz múltiplas dimensões nas relações estabelecidas entre os diferentes protagonistas no campo psicossocial. O trabalho interdisciplinar que inclui a transversalidade em sua dinâmica é importante para abranger múltiplas dimensões no cuidado em saúde.

A produção de saúde é uma tarefa coletiva dos trabalhadores, que buscam a promoção de maior autonomia no cotidiano profissional e que a organização do trabalho em saúde inclui a complexidade de envolver pessoas e não objetos ou coisas pressupondo uma interação relacional, fundamental para efetivar um cuidado significativo, na lógica psicossocial. Os profissionais de saúde promovem o cuidado a partir de intervenções que tem por base registros de sua singularidade, do próprio

modo de estar no mundo, que se mobilizam quando se produz o cuidado, afetando a característica e o resultado desta ação (MERHY; FRANCO, 2007).

Após estas considerações e fundamentações acerca do tema deste estudo, torna-se maior o desafio frente à perspectiva de complexidade destas questões que envolvem pensar os modos como se trabalha em saúde mental, e o quanto estes constituem-se em modos de subjetivação no processo de construção de um fazer que produz e é efeito das práticas sociais, e que reinscrevem o mesmo, mas com outras marcas, outras histórias em uma incessante reinvenção de si.

A desinstitucionalização propõe que o trabalhador faça este movimento de abrir, na perspectiva de cuidado em liberdade em uma sociedade complexa e contraditória, rupturas, construindo espaço para engendramentos de potência, de expansão e multiplicidades. Trazer visibilidades a este acontecimento que é o processo de reforma psiquiátrica, problematizando as questões que envolvem os profissionais nesta política de saúde é o propósito deste estudo.

.

4 Percurso metodológico

O caminho percorrido para a produção desta pesquisa, inicia-se na escolha da temática a ser estudada, da qual decorre muitas das decisões a serem tomadas a seguir. Inicio falando da temática que me impulsiona a pensar e dedicar longo tempo de reflexão e aproximação, durante o período do curso de doutorado.

O estudo sobre o processo de desinstitucionalização da loucura e da reforma psiquiátrica brasileira, é desde muito tempo o assunto ao qual dedico meus estudos e meu trabalho enquanto psicóloga da rede de Atenção Psicossocial. Como já contei essa história de trabalho e estudos, por ocasião da apresentação nesta tese, retomo aqui, de forma breve para dizer que a temática, já estava de antemão escolhida, bastava afinar o pensamento, para especificar o aspecto a ser abordado neste contexto.

Pensar acerca de como os sujeitos se subjetivam, para construir seus modos de ser, de trabalhar de existir, movidos por discursos, ou regimes de verdade que o direcionam e conduzem de formas insuspeitas, conforme as macro e micro políticas que se colocam em funcionamento na sociedade em que vivemos, são questões que me mobilizam e que penso pertinentes para entender os processos nos quais nos implicamos.

A escolha pelo tema dos modos de subjetivação já vinha me inquietando desde a dissertação do mestrado, quando fiz com esta uma primeira aproximação. Então este assunto me tomou, e não eu a ele. As questões já estavam me cercando, apenas as deixei emergir.

A questão de como, de que ferramentas faria uso, para pensar, explorar e encontrar os meandros deste assunto, que métodos facilitariam este encontro, também são decorrentes do processo. Penso que cada objeto, de acordo com suas

características, possibilita determinadas formas de abordagem. O objeto aqui proposto enquanto tema, está a ser problematizado.

Trabalhei com a problematização, visto não ser um tema em que baste conhecer, não estando de certo modo pronto ou determinado, estando mais propício ao debate, ao questionamento e a problematização, sendo pensado deste modo, em movimento. Assim, a aproximação com o referencial foucaultiano de análise do discurso, se apresentou potente, para uma temática que envolve os sujeitos, a subjetivação, as relações políticas e práticas sociais.

Deste modo, passei a produzir e organizar o que chamamos *corpus* de pesquisa, que trata da materialidade, do objeto do estudo e de como o acessamos. Entendo que meu objeto é a desinstitucionalização/reforma psiquiátrica, enquanto discurso, enquanto um constructo teórico que se direciona a uma prática social/Atenção psicossocial, que constitui-se enquanto uma micropolítica e os modos de subjetivação dos trabalhadores, que produzem e são efeitos destes discurso, e que se colocam em processo, para dar vida a estes acontecimentos.

Assim, materializando meus objetos, busco nas proposições expressas em legislações, documentos teóricos, nas referências do processo de desinstitucionalização/reforma psiquiátrica, documentos que instituem modos de trabalho, projetos, protocolos, atas de reuniões dos trabalhadores e gestores, páginas virtuais dos serviços pesquisados, entrevistas com trabalhadores do CAPS de Alegrete, registros de diário de campo das observações realizadas em pesquisa; textos, livros, vídeos entre outros.

Através da observação participante realizada no serviço de Atenção psicossocial - CAPS de Alegrete, e das entrevistas semi-estruturadas com seus trabalhadores pretendo me aproximar dos acontecimentos e dos movimentos que impulsionam estes trabalhadores na criação de um modo de cuidar e acompanhar pessoas em sofrimento psíquicos, ditas loucas em suas trajetórias de vida, subjetivando-se neste fazer.

4.1 As ferramentas de construção da pesquisa

A perspectiva metodológica foucaultiana de análise do discurso trabalha com a descrição dos enunciados, de forma a possibilitar que estes, revelem o efeito e as condições das enunciações produzidas, que neste trabalho está relacionando-se aos

processos de subjetivação, no interior do processo de desinstitucionalização e na micropolítica que se desenvolve no CAPS.

Foucault (2013) considerou o discurso como uma prática, onde um conjunto de regras determinadas em certo período de tempo e espaço definem uma área de saber e se constituem assim, como uma prática discursiva com suas regras de formação, incluindo objeto, enunciados, conceitos, temas e teorias, relacionadas com sua materialidade, se estabelecendo como verdades.

Concordamos com Foucault (2012), ao afirmar que quando um discurso é veiculado, não é somente o sujeito/pessoa que fala, mas o sujeito desta enunciação remete ao lugar de onde ele fala, e as condições de enunciação que estão em jogo, a que regime de verdade se relaciona. Deste modo, a produção dos enunciados nesta análise, trata de dar visibilidade ao discurso dos trabalhadores, e as práticas que eles produzem em seu fazer micropolítico.

Análise dos enunciados nesta perspectiva, possibilita evidenciar a estrutura das formações discursivas, que estruturam o jogo de verdades sobre o modo de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental e o processo de desinstitucionalização. As formações discursivas, que se produzem, a partir destas análises, buscam dar origem a descrição do regime de verdade que se produz nestes contextos do trabalho e que implicam em processos de subjetivação.

O saber psiquiátrico foi tratado por Foucault, como um discurso, no qual uma diversidade de enunciados está em funcionamento, para fazer operar o discurso psiquiátrico. A formação discursiva em relação à loucura se refere a uma série de enunciados, que obedecem a um grupo de performances verbais, incluindo a raridade, o acúmulo, que este comporta, e seu a priori histórico, que segundo Torre e Amarante (2001) constroem uma rede de práticas e saberes fundantes da psiquiatria.

Análise de discurso em Michel Foucault busca as condições de possibilidades da emergência de um discurso que é produzido a partir da contemporaneidade, com o propósito de dizer sobre um modo de ser. Propõe o questionamento acerca das contradições, das lacunas, dos regimes de verdade, das *epistemes*, de uma determinada época. Conhecer os tipos de enunciados, para entender suas expressões reais, seus desejo de transformações ou se, é apenas um efeito de superfície. Procura-se desconstruir as evidências, a linearidade histórica acreditando-se que os discursos tratam-se de um conjunto de acontecimentos

dispersos e descontínuos. Fazer uma análise dos enunciados, identificando as formações discursivas a que estes pertencem ou se relacionam, as compatibilidades e incompatibilidade entre estes, e as relações de poder entre os saberes que emergem dos mesmos (FISCHER, 2012).

O discurso para Foucault designa um conjunto de enunciados que podem pertencer a diferentes campos, mas que devem obedecer a regras de formação em comum. A arqueologia dos discursos foucaultiano, não faz uma análise linguística, mas se pergunta pelas condições de emergência de dispositivos de discurso que sustentam ou engendram práticas (REVEL, 2005).

Para Foucault a análise do discurso pressupõe a recusa a uma proposição interpretativa ou de busca de sentidos ocultos, deixando-o falar no nível da existência das palavras ou das coisas. Analisar os discursos segundo Foucault (2013, p. 60):

> Trata-se de desfazer os laços entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da prática discursiva [...] não mais tratar dos discursos como um conjunto de signos [...] mas como práticas que formam sistematicamente os objetos que falam. Certamente os discursos são feitos de signos: mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os tornam irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse mais que é preciso fazer aparecer, e que é preciso descrever.

Para Foucault (2013) o discurso é uma dispersão, não havendo nenhum princípio de unidade. Somente as regras de formação discursiva, podem determinar os elementos que compõe o discurso. Estes estão em um sistema de relações entre objetos, tipos enunciativos, conceitos e estratégias. Estas regras de formação conferem singularidade às formações discursivas e possibilitam a passagem da dispersão para regularidade, que é atingida pela análise e descrição dos enunciados destas formações (SILVA, 2005).

É importante delinear os cuidados necessários a uma pesquisa de inspiração em Foucault, de forma a não ferir alguns princípios que seriam de alguma forma, uma agressão ao pensamento do autor.

De certa forma é preciso segundo, nos recomenda Foucault, desligar-se de uma ideação *a priori,* buscando um olhar aberto para os acontecimentos, sem carregar consigo as expectativas, originado do que já sabemos, esperamos, ou desejamos encontrar ali. Procuramos assim, fugir de explicações de ordem ideológica, de explicações mecânicas e de relações de causalidade.

Utilizamos a caixa de ferramenta conceitual, que nos é oferecido por Foucault para fazer falar nos encontros produzidos no decorrer do estudo, os trabalhadores e suas práticas.

Foucault nos sugere que tenhamos um mapa, para que possamos andar na pesquisa, de forma a dar uma orientação ao caminho. Assim traçamos as linhas gerais da observação e da entrevista. Tendo claro que estes nos serviriam de norte, visto a imprevisibilidade dos acontecimentos, que nos dispomos a olhar e que se colocam visíveis.

Usamos os conceitos arqueológicos de forma a conhecer através das enunciações e formações discursivas, no discurso e práticas dos trabalhadores, os modos de produção de subjetivação, no processo de desinstitucionalização e deste enquanto um possível regime de verdade em construção. Para o que estivemos no cenário do estudo, conhecendo seus escritos, suas produções, suas tecnologias, descrevendo assim como estas funcionam. Possibilitando assim a emergência do discurso.

A perspectiva genealógica e seus conceitos operam em nossa análise para entender as relações que se processam nas dinâmicas do CAPS em relação aos saberes, que constituem as práticas e os trabalhadores, os poderes que estes assumem, nestas ações, neste lugar, na emergência do seu acontecimento, em como se produzem, na perspectiva de construção da desinstitucionalização. Procuramos entender a partir de que possibilidades estes ocorrem e relacioná-los, visto ser a genealogia, um método que busca analisar o poder em seu discurso prático, tendo claro que não buscamos a origem, mas a sua proveniência.

A genealogia busca compreender as relações de saber e poder, analisando seus domínios, de implantação, de deslocamentos, de transferências, apreendidos no processo pelo qual, o saber funciona como um poder e retorna em termos de efeitos, buscando as relações de forças, e conjunturas que lhe tornam necessários, nas diversas situações em que se produz (STASSUN; ASSMANN, 2010).

O arqueólogo descreve as regras que regem as práticas discursivas, cabendo a genealogia compreender as racionalidades das práticas sociais de poder, que nos objetivam pela suas tecnologias e nos subjetivam pelos seus efeitos (DREYFUS; RABINOW, 1995).

Deleuze (2005) refere que há uma associação imprescindível entre práticas discursivas de enunciados, entre: como se diz, o arquivo, as palavras, regras,

programas; e práticas não-discursivas de visibilidade: práticas de ver, diagramas, aparelhos, mecanismos, dispositivos, que só existem em multiplicidades de forças.

A genealogia nos permite compreender como os trabalhadores de saúde mental se relacionam com seu trabalho, produzindo assim os modos de subjetivação e problematizar a desinstitucionalização a cerca de sua constituição como um regime de verdade, neste processo.

Para compreender a constituição do sujeito ético, Foucault trabalha a partir da retomada de procedimentos que o homem desenvolve sobre si mesmo, são essas as técnicas de cuidado de si, conhecimento de si e cultura de si. As práticas e técnicas de si foram retomadas por Foucault (2007a, 2007b, 2007c) para entender as formas e modalidades de relação que o indivíduo realiza para se constituir e reconhecer enquanto sujeito ético. Foucault trata das subjetividades, enquanto constituídas a partir das técnicas de si e das redes da história, sendo assim descentrada do indivíduo, se faz coletiva. É produzida nos registros da sociedade, através de estratégias de ordens diversas, presentes no mundo.

Entendo, que o olhar que Foucault propõe em relação às práticas de si, não se refere a uma posição individualista e sim busca conhecer de que forma estas se inserem no amplo contexto das práticas sociais, sendo assim do interesse deste estudo.

Assim, este estudo se colocou atento aos processos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental do serviço pesquisado. Procuro entender como o discurso desinstitucionalizante afeta e produz modos de subjetivação entre os trabalhadores que operam seus pressupostos, produzindo acontecimentos e a constituição de uma estética de existência.

Os modos de subjetivação implicam ainda em resistir, em não experimentar a vida como contemplação, mas como um processo, que implica no modo como se é afetado pelos saberes, pelos poderes que controlam e disciplinam e pela ética que permite a relação consigo mesmo, segundo certos critérios (VIVAR Y SOLER, 2008).

Esta pesquisa trabalha na **perspectiva teórico-metodológica da análise de discurso inspirada em Foucault**, através do uso de algumas ferramentas da arqueologia (enunciado, discurso, formação discursiva, regime de verdade), da genealogia (problematização, relações de força, de saber-poder, da emergência e proveniência dos acontecimentos, das biopolíticas, tecnologias de controle,

estratégias, governamentalidade) e outras ferramentas conceituais do autor, entre as quais: cuidado de si, cultura e práticas de si, estética e modos de existência. Busco com a utilização destes recursos teóricos, responder aos questionamentos apontados no transcorrer deste estudo.

4.2 Situando o local de pesquisa

A pesquisa realizou-se no CAPS do município de Alegrete - RS. Este município foi selecionado dentre os municípios estudados nas pesquisas CAPSUL[11] em suas duas edições, realizados nos anos de 2006 e 2011. Neste município encontra-se desenvolvida uma experiência longa e relevante na atenção psicossocial, sendo estes os critérios de escolha do local. Aspectos desta história e da importância deste município na trajetória da desinstitucionalização no Rio Grande do Sul, serão abordados a seguir.

A realização das pesquisas citadas, CAPSUL I e II tendo como um dos campos de pesquisa a cidade de Alegrete, certamente constitui um dos critério para a escolha deste, enquanto cenário a ser revisitado. Solicitamos o reingresso no campo de pesquisa através de contato com a coordenação do serviço de saúde mental (Apêndice C).

Já tendo participado anteriormente de estudo realizado no CAPS de Alegrete, por ocasião também do mestrado, é possível utilizar um banco de dados bastante significativo, que constitui um arquivo, com documentos, dados e acontecimentos descritos e registrados em diário de campo e de entrevistas gravadas e transcritas.

No entanto, considero também significativo o fato de ter me aproximado do trabalho de saúde mental construído em Alegrete, nos anos iniciais da luta antimanicomial, em 1992 durante um curso do Fórum gaúcho de saúde mental, no qual equipes de alguns municípios gaúcho se preparavam para o trabalho de saúde

[11] A pesquisa CAPSUL e CAPSUL II tratam-se de estudos quantitativo e qualitativo, no campo da avaliação de serviços de saúde mental, que investigou estrutura, processo de trabalho e resultados, ouvindo usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores de saúde mental, nos estados de Santa Catarina, Paraná e Rio grande do Sul (KANTORSKI, 2011).

mental fora dos muros dos hospitais psiquiátricos. Assim, acompanhei as primeiras iniciativas de proposição do que hoje chamamos atenção psicossocial nesta cidade, através de encontros periódicos que se realizavam para estudo, organização e troca de experiências, de um processo em inicio na realidade brasileira.

A cidade de Trieste-Itália, torna-se local de pesquisa e estudo, por ocasião da realização do estágio de doutorado sanduíche no exterior. Trieste é cidade berço da luta antimanicomial, e da primeira experiência de desinstitucionalização psiquiátrica no mundo. A oportunidade de aproximação com a experiência de desinsitucionalização italiana, possibilitou discutir neste trabalho aspectos da constituição da rede de saúde mental, do modo de atenção psicossocial constituído, do processo de reforma psiquiátrica produzido nesta cidade e dos modos de subjetivação dos trabalhadores com este acontecimento. Assim, abordo de forma sucinta, características da cidade de Trieste e de seu processo de constituição de serviços de saúde mental.

4.2.1 Características do município de Alegrete-RS

Não me perguntes onde fica o Alegrete,
Segue o rumo do teu próprio coração
(Nico Fagundes)

O município de Alegrete localiza-se na região oeste do estado do Rio Grande do Sul, distante 506 Km da capital Porto Alegre. Seu território abrange 7.804 Km² e a população estimada é de 78.499 habitantes (IBGE, 2015). É o maior município da Região sul do Brasil em extensão territorial, com mais de 7.800 quilometros quadrados.

Alegrete teve sua origem a partir das missões jesuíticas espanholas. No ano de 1801, Borges do Canto e Santo Pedroso, cidadãos rio-grandenses, conquistaram a região para a coroa portuguesa e passou a pertencer à missão de Yapeju, ao norte do rio Ibicuí. As contínuas lutas de fronteira, agora entre o Reino de Portugal e os dissidentes ao recém constituído governo das Províncias Unidas do Rio da Prata, provocam a transferência da povoação para a margem esquerda do Rio Ibirapuitã, em 1817, onde erguerá novo povoado e capela com a denominação de Nossa Senhora da Conceição Aparecida de Alegrete (ARGILES, 2012).

Por sua localização geográfica estratégica, local onde escoavam os produtos primários em direção aos portos de Buenos Aires e Montevidéu, o lugarejo prosperou e elevou-se a categoria de vila em 1831, demarcando assim seus limites e ganhando autonomia política. Com a Revolução Farroupilha em 1835, Alegrete tornou-se, no período de 1842 a 1845, a 3ª Capital da República Rio-grandense. Entre batalhas e campanhas, por bravura, determinação e desenvolvimento a Vila de Alegrete foi elevada a categoria de cidade em 22 de janeiro de 1857, segundo dados da Prefeitura de Alegrete (ALEGRETE, 2016).

A rede de saúde conta com 39 estabelecimentos, sendo 27 da rede pública. A rede de ensino possui 122 estabelecimentos (IBGE, 2015) e o produto interno bruto per capita é de 19.027,03 (FEE, 2013). As internações em psiquiatria, em hospital geral no município, em 2006 foi 233 pessoas, sendo 3,8% das internações incluindo as demais áreas da saúde (KANTORSKI, 2006).

4.2.1.1 A rede de saúde mental de Alegrete-RS

Alegrete passa a constituir-se como território de cuidado em saúde mental no final da década de 80 na luta pela municipalização da saúde e paralelo aos processos de luta pela democratização na America Latina, que traziam para o cenário político, as questões relativas a recessão, as precárias condições de vida de grande parte da população na America do Sul, incluindo o Brasil. As lutas por soluções para os problemas sociais, entre outros a precarização da saúde se colocam na pauta, e se constituíram no movimento sanitário, no qual o município de Alegrete contribuiu com discussões no âmbito municipal (ALEGRETE, 2016).

> O princípio de ser continente da dor e do sofrimento das pessoas e construir uma rede de cuidados para transformar essa dor em projetos de vida e de futuro, fez com que utilizássemos recursos humanos, culturais, materiais e financeiros disponíveis na saúde local (ALEGRETE, 2016).

A partir da década de 80 o movimento de luta antimanicomial no Rio Grande do Sul assume espaço significativo no processo por reformas na área psiquiátrica, em âmbito nacional. O estado do Rio Grande do Sul aprova sua lei de reforma psiquiátrica no âmbito estadual em 1992. Sendo um dos primeiros estados do país a aprovar leis à nível estadual, que dispõe sobre a temática da reforma psiquiátrica.

O município de Alegrete realiza sua primeira Conferência Municipal de Saúde Mental no ano 1992, logo após a aprovação da lei estadual da reforma psiquiátrica do Rio Grande do sul. Aprova uma legislação própria para o âmbito municipal, a Legislação Municipal de reforma Psiquiátrica - Lei 2662/1996, que garante o serviço neste município, e dispõe sobre internações psiquiátricas em hospitais gerais (KANTORSKI et al., 2010).

Os trabalhadores de saúde mental deste município participaram e engajaram-se em cursos e intercâmbios promovidos pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental, organização oriunda do movimento de trabalhadores de diversos municípios gaúchos, catarinenses, paranaenses, do Uruguai e Argentina. Os trabalhadores se articularam em processos de formação conjunta, para capacitar, promover alianças e parcerias para a construção de avanços na área de atenção psiquiátrica comunitária. Neste período com poucos recursos financeiros, os serviços de saúde mental, eram mantidos pela iniciativa municipal. Em Alegrete, no ano de 1996 consolida-se o serviço de Atenção integral à saúde mental e a cooperativa Qorpo Santo, com a proposta de geração de renda para os usuários envolvidos no trabalho (ANTONACCI, 2011).

A política da reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul (Lei 9716/92), após sua implementação enquanto política do governo estadual, fortaleceu o espírito “mentaleiro” por inclusão e reinserção social entre as políticas públicas. Este cenário se confirmou em 2001, com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001), em nível nacional (ALEGRETE, 2016).

Após a promulgação da lei nacional da reforma psiquiátrica, a rede de saúde mental de Alegrete, construída a partir da luta dos trabalhadores, usuários e familiares, destes serviços, amplia-se de forma significativa. Com a garantia de recursos financeiros destinados à Política Nacional de Saúde Mental, a rede de Atenção Psicossocial se estrutura, a partir do então chamado Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental - SAIS Mental (ANTONACCI, 2011).

A rede de saúde mental do município de Alegrete se organiza e atualmente é composta pelo Centro de Atenção Psicossocial II, com atendimento ambulatorial em terceiro turno (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS I), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Serviço Ambulatorial no terceiro turno no CAPS AD (independente do CAPS AD), Serviço Residencial Terapêutico (SRT), seis Moradias Assistidas (MA) e dez leitos psiquiátricos em

Hospital Geral. Possui uma coordenação geral da rede de saúde mental e em cada unidade existe um coordenador específico. A rede conta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que é chamado em caso de urgência e os usuários são acompanhados até o atendimento médico pelos profissionais deste serviço (ARGILES, 2012).

Alegrete colocou-se entre os primeiros municípios do estado a concretizar a criação de serviços locais de saúde mental. Nestes anos de afirmação desta experiência Alegrete viveu vários momentos de transformações dos modos de cuidar e de gerenciar este cuidado. Referem a cerca do conceito adotado para o trabalho de saúde mental, deste modo, em sua página virtual.

> (...) processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer políticas, ciências e gestões no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes para a criação de projetos de vida (FAGUNDES, 1993).

O conceito enfatiza a saúde mental como um processo coletivo, que implica na produção de subjetividade e protagonismo, a partir da tomada de decisão sobre o estado de saúde e condições de vida. O sujeito, é convocado ao exercício de seus direitos em seu território de vida reinventando as instituições para transformá-las em lugares de inclusão social, e de projetos de vida.

Após duas décadas, o serviço evoluiu para uma rede, um sistema, composto por vários espaços de interlocução permanente em saúde mental, com os setores das políticas sociais, principalmente, aqueles ligados à saúde, à educação, à cultura, à assistência social e à justiça. Esta malha articula ações de atenção, reabilitação, promoção de saúde, ensino e pesquisa voltados ao objetivo de desinstitucionalizar a loucura, produzir saúde, construir subjetividade e novos sentidos para a vida singular e coletiva (ALEGRETE, 2016).

> São iniciativas e intercâmbios que requerem intervenções nos diferentes espaços de construção da subjetividade, da cidadania, em determinado território, com a função de articular esforços, conexões para uma competente aliança, que dê sentido e transforme o sofrimento psíquico provocado nas trocas sociais.

Dentre o compromisso que esta rede assume com a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização da loucura em seu território, está a iniciativa de realizar

como evento de comemoração pelo dia de luta antimanicomial - dia 18 de maio, a Parada do Orgulho Louco.

A rede de saúde mental de Alegrete de forma comprometida com a luta contínua que se trava no Brasil para assegurar e consolidar o processo de desinstitucionalização, promove a partir do ano de 2010 a Parada do Orgulho Louco, em que desfilam pelas ruas da cidade, grupos de diversas entidades do município e de outras localidades do estado, chamando a sociedade alegretense a se aproximar e conhecer a luta antimanicomial, seus propósitos e assim enfrentar a questão do estigma em relação a loucura, e dar visibilidade ao problema da exclusão e da violência que cerca o sujeito louco.

Deste modo, os trabalhadores de saúde mental em Alegrete definem essa iniciativa e seus propósitos com a Parada do Orgulho Louco, em sua página virtual (ALEGRETE, 2016).

> O Orgulho Louco destina-se a recuperar os conceitos de "louco", "maluco", "doente mental", "deficiente mental", “diferente”, “diferenças” e assim por diante a partir do movimento das forças vivas e organizadas da sociedade e dos meios de comunicação, [...] sobre as vítimas das instituições totais, o preconceito e a violência.
>
> O principal objetivo da proposta é colaborar para promover a superação do “estigma do louco e da loucura”, proporcionando um amplo debate sobre o tema, não apenas com profissionais da saúde, pacientes e familiares, mas com todos os segmentos da sociedade que têm indagações sobre o tema da saúde mental.
>
> A Parada tem como objetivo, de acordo com a organização da ação, realizar a reflexão e questionamento sobre os preconceitos com relação ao louco e a loucura, com o intuito de contribuir com aqueles que lutam para promover ações atentas às complexidades e especificidades dos sujeitos em sofrimento psíquico. O evento também busca garantir práticas de cuidado nos espaços sociais que desenvolvam o indivíduo sem discriminá-lo.

Na I Parada Gaúcha do Orgulho Louco. Este movimento levou às ruas de Alegrete, mais de 3.000 pessoas advindas de aproximadamente 53 instituições e articulando a representação da saúde mental coletiva presente na maioria dos municípios da região da fronteira oeste e alguns da campanha. Na ultima edição, em 2015, a III Parada do Orgulho Louco reunião mais de 4.000 pessoas, entre população alegretense e oriunda dos diferentes municípios gaúchos, incluindo entidades como conselhos profissionais de áreas da saúde, escolas, universidades, e equipes de saúde mental dos municípios gaúchos que se organizam para representar sua cidade neste importante evento.

Desta forma, penso justificar por que o interesse na realização deste estudo no município do Alegrete-RS. Considerando a história construída na atenção psicossocial, a contribuição desta experiência para o movimento de reforma psiquiátrica e de desinstitucionalização no território gaúcho.

4.2.2 Características da cidade de Trieste- Itália

Trieste, una città tra il Carso e il mare
(dito popular)

Trieste é assim descrita por seus habitantes: uma cidade entre a montanha e o mar. Entendo ser importante descrever de forma breve, a cidade italiana de Trieste considerando o fato de ter realizado o estágio de doutorado sanduíche neste local e estar abordando em diversos momentos deste estudo, aspectos do trabalho de saúde mental realizado nesta cidade.

O objetivo do estágio foi conhecer e me aproximar da realidade triestina, sendo essa realidade inspiradora, para todos nós que trabalhamos na área de saúde mental e estudamos os processos de reforma psiquiátrica e suas implicações. Na cidade de Trieste, Franco Basaglia realizou a mais emblemática experiência de desinstitucionalização, com o fechamento do manicômio local.

A cidade de Trieste é o maior e mais importante município dentre os seis comunas que compõem a província de Trieste na Região italiana de Friuli-Venezia Giulia. A cidade de Trieste tem 84 km^2 e uma população total de 205.500 habitantes, com uma densidade populacional de 2.432 /km^2. Estende-se ao longo de 30 km , à leste faz fronteira com a Eslovênia, a sudoeste com o Golfo de Trieste (no Mar Adriático) e ao norte com a província de Gorizia.

4.2.2.1 A rede de saúde mental de Trieste

O processo de desinstitucionalização brasileiro encontra suas principais referências no modelo italiano de reforma psiquiátrica. E a experiência desenvolvida na cidade de Trieste, de ruptura com o modelo manicomial, liderado por Franco Basaglia nos anos 70, se constitui uma referência para o trabalho na atenção psicossocial. Na cidade de Trieste em 1971, Franco Basaglia promove o

fechamento do hospital psiquiátrico provincial, criando uma rede territorial de cuidado na área psiquiátrica, pressupondo o conceito de cuidado em liberdade.

No ano de 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste, como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental. Assim como, modelo de formação em saúde mental no mundo. Como conseqüência das ações e dos debates iniciados por Franco Basaglia, no ano de 1978 foi aprovada na Itália a chamada "Lei 180", ou "Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana", também conhecida popularmente como "Lei Basaglia". A assistência em saúde mental passa a ser exercida em sua totalidade, na rede de saúde territorial.

A rede de atenção psicossocial construída na cidade de Trieste conta com 4 Centros de Saúde Mental, com um total de 26 leitos, distribuídos neste centros, para internações breves, evitando-se assim a internação hospitalar. O hospital Geral de Trieste dispõe de 6 leitos para internações de urgência, sendo referência para os Centros e trabalhando de forma articulada em rede com os mesmos. A rede Triestina conta ainda com dois Centros Diurnos para atividades de reabilitação, 13 cooperativas sociais e suporte residencial (12 grupos apartamentos com o total de 60 leitos, com o suporte de equipes de diferentes níveis). O serviço de clínica psiquiátrica universitária está distribuída nos Centros e mantém um espaço de estudos e supervisão no interior do Parco San Giovanni.

O parco San Giovanni, sede do antigo hospital psiquiátrico provincial, fechado definitivamente para internação, após a promulgação da lei 180 de reforma psiquiátrica na Itália, funciona hoje com diversos serviços de saúde, abertos à comunidade. O DSM - Departamento de saúde mental, clínica psiquiátrica universitária entre outros serviços e cursos da universidade, bar e restaurante administrado por uma cooperativa onde trabalham usuários do serviço de saúde mental, cooperativas de reabilitação, grupo apartamento, entre outros serviços funcionam neste local, que é hoje um espaço de lazer e de passeio para a comunidade.

A cidade de Trieste sendo referência na área de saúde mental para o mundo, recebe assim, estudantes e trabalhadores de diferentes países. Esta atividade na área de saúde mental é considerada um patrimônio da comuna, estando incorporada a cultura local.

A possibilidade de estar presente nas atividades da rede triestina de saúde mental, durante quatro meses, foi uma experiência muito significativa e possibilitou muitas aprendizagens. A observação e a vivência oportunizaram trazer para este estudo dados e posicionamento dos profissionais italianos acerca dos temas aqui trabalhados, devidamente registrados em diário de Campo. Foram realizadas entrevistas e diálogos com pessoas relevantes na história da reforma psiquiátrica italiana, com profissionais dos centros de saúde mental. Registros de seminários e aulas promovidas pelo DSM e pela COPERSAM - Conferência Permanente pela Saúde Mental no Mundo.

Estes profissionais foram devidamente informados dos objetivos do estágio e do estudo proposto. A supervisora de estágio local, foi entregue um relatório final sobre os registros em Diário de Campo. E estes registros passam a compor os documentos, fonte de dados para este estudo.

4.3 Os sujeitos do estudo

Se colocaram como sujeitos deste estudo, o conjunto dos trabalhadores do CAPS de Alegrete-RS, que concordaram em participar do estudo, respondendo a entrevista, e assinaram termo de consentimento informado. A equipe participou enquanto coletivo nas ações de observação do cotidiano, das atividades, reuniões e trabalho na comunidade, como visitas domiciliares e a outros serviços de saúde. A equipe aceitou participar deste modo, quando concordou com a realização da pesquisa, através de documento assinado pelo coordenador.

A participação dos entrevistados ocorreu a partir da aceitação dos trabalhadores que voluntariamente se incluíram no estudo. Toda a equipe de trabalho foi convidada para a entrevista. No primeiro estudo, somaram 26 trabalhadores participantes, no segundo reduziu-se para 21 profissionais. Na presente pesquisa 29 trabalhadores participaram. Todas as entrevistas foram gravadas permitindo uma maior fidedignidade na sua reprodução para posterior transcrição e análise.

Os diários de campo de observação participante das duas edições anteriores do estudo, num total de 643 h, que entendemos arquivar contribuições relevantes para os objetivos do estudo, a estes se somam aos diários de campo da edição de pesquisa do ano de 2014, com 223 h realizado em Alegrete-RS e do estágio de

doutorado sanduíche no exterior, que contém registros de 4 meses de atividades nos serviços de saúde mental de Trieste-Itália.

Tabela 1 - Período de coleta, sujeitos do estudo e horas de observação de campo - Alegrete

Período de coleta Ano	Entrevistas Número de trabalhadores	Observação Número de horas
2006	26 trabalhadores	390 horas
2011	21 trabalhadores	253 horas
2014	29 trabalhadores	223 horas

Fonte: Relatórios e Diário de Campo da pesquisa CAPSUL I e CAPSUL II

O serviço de saúde mental de Trieste foi observado enquanto coletivo. O estágio quando aceito, previa em sua proposta as atividades de pesquisa. Os trabalhadores da rede de saúde mental e outros profissionais que participam da COPERSAMM receberam informações sobre os propósitos do estágio e concordaram em participar do estudo, através de depoimentos e entrevistas, a serem gravadas e transcritas, ou de registros em diário de campo.

Todos os participantes quando introduzidos no estudo foram informados sobre a proposta e consentiram em participar através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), assegurando-lhes o anonimato e o livre acesso aos resultados obtidos, sendo preservado o direito de desistir do processo em qualquer momento. Para evitar a exposição dos sujeitos do estudo, foram utilizadas formas codificadas de identificação, garantindo o sigilo a todos os incluídos.

Na análise das entrevistas, as falas dos trabalhadores, foram identificadas com a letra T e o número correspondente a ordem em que foram entrevistados, exemplificando [T1] e o ano em que foi realizada a entrevista, tal como: [T1-2014]. A indicação do ano, deve-se ao fato de utilizo o banco de dados, incluindo as entrevistas das pesquisas realizadas no mesmo local nos anos 2006 e 2011. O material oriundo dos Diários de campo serão identificados pelas letras DC, o número correspondentes a ordem de transcrição dos mesmos e a data da observação, tal como o exemplo a seguir [DC1- 05/07/14].

O material produzido a partir do estágio de doutorado sanduíche realizado na cidade de Trieste está registrado em diário de campo, incluindo os dados originados na observação, nos depoimentos, e entrevistas realizadas com trabalhadores, nos diferentes locais da rede de saúde mental. Estas informações

quando referidos no transcorrer do estudo, estarão identificados pelas letras DC, o nome da cidade e a data do registro, tal como [DC- Trieste- 12/11/2014].

4.4 Instrumentos de Pesquisa

A entrevista, no que se refere à função restrita de coleta de informações sobre um tema cientifico, é uma estratégia no processo de trabalho de campo. É uma conversa a dois ou entre vários participantes, por iniciativa do entrevistador, o qual permite construir informações acerca de um objeto de pesquisa. São consideradas conversas com finalidade e podem tomar várias formas, entre as quais a entrevista semi-estruturada que combina perguntas fechadas e abertas, as quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender às indagações iniciais (MINAYO, 2010).

Pelas características deste estudo, utilizo a entrevista semi-estruturada, que possibilita questões amplas que o entrevistador espera serem acrescidas por informações que o entrevistado entenda necessário abordar de forma a produzir informações em profundidade.

A prática da entrevista como instrumento de acesso às informações, por ocasião de uma pesquisa compreende, segundo Lockmann (2010) um espaço onde se colocam em jogo visões de mundo, representações e jogos de poder que convocam o entrevistado a falar sobre si, sobre suas experiências e, atividades que estes desenvolvem cotidianamente no espaço de suas atividades, sejam estas profissionais ou outras.

Deste modo, o uso de entrevista possibilita aprofundar determinados aspectos da realidade estudada e dos discursos problematizados no cotidiano da atenção psicossocial, a partir da observação e dos procedimentos adotados para o cuidado e a atenção diária em saúde mental. A entrevista não tem, portanto a finalidade de comparar, ou revisar os discursos já recorrentes, e informados ou dados a ver de outras formas, no transcorrer da pesquisa, esta apenas compõe a rede discursiva, que se coloca para visibilizar, enunciar e mapear a multiplicidade de acontecimentos.

A fala dos profissionais, especialistas ou não, sabe-se encontrar-se regulada por uma ordem discursiva que se sobrepõe de forma a controlar o que pode e deve ser dito, legitimando assim as verdades já conhecidas e autorizadas. Assim, os

dados materializados em documentos, registros, questionários e mesmo os que se constituem a partir das entrevistas não são neutros, fazem parte de um contexto discursivo mais amplo, que controla a produção do discurso na área da saúde, e mais especificamente no campo da saúde mental.

O controle discursivo possibilita a enunciação de determinados ditos a serem expostos em determinados espaços sociais e para determinadas pessoas, ou passarão por interdições quando não se adéquam a estes determinantes. Foucault (2012) refere o ordenamento discursivo, a que todos os discursos de uma sociedades, em determinada época estão sujeitos.

Assim, os discursos que circulam na atenção psicossocial, não o fazem apenas neste espaço, mas neste espaço, obedecem a regras de formação específicas e são regulados por procedimentos internos e externos de controle, quanto a produção e funcionamento do discurso. Deste modo entende-se que as entrevistas não oferecerão cortes significativos, em relação aos discursos que transitam no espaço do serviço, porém certamente, se articulam aos demais presentes no campo, para compor assim enunciações, significativas do contexto estudado.

Seguindo os princípios éticos as entrevistas foram informadas e, no presente estudo, sendo utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B); foram fornecidas informações sobre o estudo no decorrer da sua realização sempre que o grupo ou o próprio pesquisador julgaram necessários e a participação foi voluntária. O participante poderia interromper sua contribuição em qualquer etapa da pesquisa, no caso de seu desejo ou interesse.

As entrevistas (Apêndice D) foram aplicadas no próprio CAPS, sendo previamente acordadas com os trabalhadores.

A observação participante pode ser compreendida como parte fundamental do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. A observação é uma forma de aproximação com a realidade e permite a compreensão desta empiricamente, sendo consenso entre os pesquisadores, a importância de colocar-se no lugar do outro, relativizando assim o espaço social do pesquisador. Estar próximo dos interlocutores é uma virtude no trabalho qualitativo (MINAYO, 2010).

A observação participante é uma técnica de pesquisa bastante utilizada como parte do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, pois é um modo complementar de compreensão da realidade empírica que permite ao pesquisador

relativizar o espaço social, através do procedimento de colocar-se no lugar do outro. Estar próximo dos interlocutores é uma virtude no trabalho qualitativo (MINAYO, 2010).

Segundo Souza et al (2011) o que as pessoas dizem – verbalmente ou através da escrita configura-se como um importante recurso dos dados de pesquisa qualitativa. Assim a aproximação com aspectos complexos das situações e realidade estudada, através da participação direta e observação dos acontecimentos é de muito interesse como método de pesquisa.

Entre as vantagens do uso da observação na pesquisa qualitativa estão: a possibilidade de observar diretamente aproximando-se assim do contexto das atividades e acontecimentos; o observador tem a oportunidade de ver aspectos e informações que não são conseguidas através das entrevistas; acrescentando às percepções dos entrevistados as suas próprias; e, permite ao pesquisador não perder o foco, para assim problematizar suas questões de estudos (PATTON, 1987).

A observação inclui o levantamento dos registros e documentos e o avaliador deve negociar o acesso a eles. Os documentos colocam-se como um recurso básico de informação sobre o serviço e processos, contribuem para a formulação de questões importantes, possibilitando que o pesquisador se insira na situação observada. Os registros de campo são, sobretudo, descritivos incluindo informações básicas do local em que a observação ocorreu, de quem estava presentes, das interações sociais que ocorreram, das atividades realizadas, e outras informações descritivas que permitirão que o observador possa retornar mentalmente ao local através das notas de campo. As notas devem se limitar ao que as pessoas falaram; citações diretas ou o mais próximas disso devem ser incluídas (PATTON, 1987).

Na medida em que o processo de pesquisa foi desenvolvido, as observações foram mais focalizadas em eventos, que pudessem dar subsídios para a discussão das questões, que deles emergissem, buscando um aprofundamento nas mesmas e informações relevantes para a sua discussão e análise (KANTORSKI, 2011).

Esta observação foi realizada por três pesquisadores, uma mestranda e duas doutorandas incluindo a pesquisadora, os quais foram submetidos a oficinas de capacitação para a pesquisa qualitativa, e totalizou 223 horas. Os três pesquisadores reuniram-se todos os dias após as atividades, para planejamento,

escuta das entrevistas, relato do diário de campo, organização de horários para as próximas observações, para que todas as ações fossem acompanhadas e contemplassem a maior parte de situações e atividades possíveis no tempo previsto.

A solicitação para acompanhamento das atividades e atendimentos individuais e grupais foi realizada anteriormente, se retomou aos objetivos da pesquisa nestas ocasiões deixando clara a possibilidade de recusa por qualquer participante.

Neste estudo, as etapas da observação não seguiram um roteiro rígido, oportunizando a familiarização com a rotina e dinâmica do serviço, o conhecimento da equipe e usuários; a incorporação de nossa presença e o conhecimento da proposta do estudo. Utilizou-se um roteiro já seguido na pesquisa CAPSUL, como orientação desta atividade (apêndice E) O número de horas de observação foi definido de acordo com as exigências do campo para que ocorresse de fato a incorporação dos três pesquisadores no mesmo.

A observação realizada durante o estágio de doutorado sanduíche no exterior está registrada em diário de campo e passa a fazer parte dos documentos de pesquisa a serem utilizados.

Como **material de análise** está incluído o banco de dados de entrevista dos trabalhadores de Alegrete e o **diário de campo** de observação participante das duas edições anteriores do estudo, em um total de 643 horas, que entendemos arquivar contribuições relevantes para os objetivos do estudo.

As **entrevistas com os profissionais**, das edições das pesquisas CAPSUL I e CAPSUL II envolveram 26 trabalhadores no ano de 2006 e 21 trabalhadores no ano de 2011. Estas entrevistas com os trabalhadores, foram utilizadas, como forma de um arquivo, na concepção de Foucault (2012). Realizou-se uma nova escuta destes trabalhadores, bem como realizou-se novo período de observação para assim, dar visibilidade aos acontecimentos que ocorrem neste local.

Nesta aproximação do pesquisador com o CAPS, foram realizadas 29 entrevistas com trabalhadores e a observação participante num total de 223 horas.

A realização do estágio na cidade de Trieste realizou-se no período de 4 meses, de novembro de 2014 à fevereiro de 2015. As atividade de trabalho foram desenvolvidas em diferentes espaços da rede de saúde mental, tais como: nos Centro de saúde mental, Departamento de saúde mental, Clínica Psiquiátrica, oficinas de reabilitação e espaços da cidade, nos quais desenvolvem-se atividades

de saúde mental, como nas cooperativas de trabalho, grupo apartamentos, espaços de residências protegidas. Estas atividades envolviam em torno de 6 horas diárias. As reuniões na COPERSAMM (Conferência Permanente pela Saúde Mental no Mundo) constituíram-se espaços de observação, de entrevistas, coleta de depoimentos, registros das discussões e debates produzidos sobre as diferentes questões da rede de atenção psicossocial e da política de saúde mental, ainda em processo de constituição na realidade italiana. No centro de saúde mental Gambini, realizamos acompanhamento de todas as atividades que se desenvolvem no local, entre as quais: atividades de atendimento grupal, individual, visitas domiciliares, reuniões de equipe, acompanhamento de situações de internação em hospital geral. A diversidade de ações desenvolvidas pelas equipes, como encontros, reuniões, seminários, entre outras, estão devidamente registradas em diários de campo.

No Anexo C apresentamos o parecer da orientadora do estágio no exterior. Esta experiência foi bastante intensa, acrescentando muitas informações a partir da observação e de entrevistas realizadas com alguns trabalhadores da rede triestina.

Os registros coletados durante o estágio em Trieste deram origem a um diário de campo e um relatório de estágio, apresentado a supervisora local. Estes documentos passam a fazer parte dos documentos para a pesquisa. A análise dos dados utilizará algumas ferramentas de analise do discurso de inspiração foucaultiana, a partir de conceitos da arqueologia e genealogia deste referencial.

4.5 Procedimentos éticos

O estudo respeitou os **preceitos éticos** vigentes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, o qual trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, capitulo III, artigos 89, 90, 91 e artigos 94 e 98.

A pesquisa CAPSUL da qual este estudo utilizou os registros do banco de dados, foi financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do CNPq em parceria com o Ministério da Saúde. Foi realizada a solicitação da liberação dos bancos desta pesquisa para compor o *corpus* de análise (Apêndice A).

O projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética, conforme a resolução 466/2012, o projeto foi encaminhado através da Plataforma Brasil para apreciação

ética, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas com o parecer número 750.380 de maio de 2014 (Anexo B). Este foi apresentado aos participantes os objetivos do estudo e entregues os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) garante a anuência do participante da pesquisa e/ou do seu responsável legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro) dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios, potenciais riscos e ou incômodo que esta possa acarretar, assegurando-lhes o anonimato e o livre acesso aos dados e resultados obtidos no estudo, assim como o direito de desistir de participar do mesmo a qualquer momento. Este foi apresentado em duas vias, sendo que uma copia ficou em poder do entrevistado.

4.5.1 Riscos e Benefícios

Os participantes da pesquisa foram informados grupal e individualmente, acerca dos objetivos da pesquisa; dos riscos de que poderiam ocorrer a partir da mobilização emocional em razão da temática abordada na entrevista, no caso de qualquer ocorrência que o trabalhador sentisse qualquer desconforto, receberia apoio do próprio pesquisador, podendo ainda ser encaminhado para um atendimento psicológico no serviço de Psicologia da Secretaria Municipal de Saúde de Alegrete, o que foi previamente acordado pela pesquisadora; da liberdade de participação ou não do estudo, tendo direito à desistência em qualquer momento da pesquisa, atitude que não implicaria em quaisquer punições. Em relação aos riscos os participantes receberiam a seguinte informação: esta entrevista poderia lhe trazer desconforto considerando a possibilidade de desencadear emoções e sentimentos a partir da reflexão sobre seu trabalho, e seus posicionamentos e comportamentos frente ao mesmo.Também foram informados os benefícios em participar da pesquisa, como a reflexão acerca do trabalho que realizam, da implicação deste em suas vidas, de repensar eventos importantes de sua trajetória, possibilitando outras condutas e atitudes consigo, com os outros e, principalmente com seu fazer profissional. Estes benefícios estavam claros e colocados da seguinte forma: você se beneficiará em participar deste estudo, considerando a possibilidade

de revisão dos conceitos e dos modos de estabelecer as dinâmicas de trabalho e as relações no espaço profissional, a partir das reflexões produzidas.

Os dados serviram exclusivamente ao uso científico para a área da saúde, especialmente para a área de saúde mental, incluindo diversas profissões que atuam no campo, contribuindo para o conhecimento da implicação dos profissionais com seu trabalho. As falas foram gravadas em gravador digital, após serão salvas em CD Rom e ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, professora Drª Luciane Prado Kantorski na sala dos Núcleos de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem-UFPel, por um período de cinco anos e após destruídos.

O compromisso ético da pesquisa, implica na pesquisadora divulgar os resultados ao serviços e aos participantes envolvidos no estudo, produzindo assim, um momento de reflexão e de discussão acerca dos resultados deste estudo, contribuindo para a potencialização do processo de desinstitucionalização, a partir da atuação de cada trabalhador.

A proposta de estudo consistiu na análise dos dados composto pela observação participante, a qual será relatada nos diários de campo dos pesquisadores, da análise de documentos acessados durante a observação e das entrevistas realizadas com trabalhadores e usuários do serviço. Não foi utilizado qualquer coleta de material biológico ou experimentos com seres humanos.

A autorização para a realização da pesquisa nos serviços de saúde mental da cidade de Alegrete – RS, foi solicitada a Secretaria Municipal de Saúde através de Carta de Autorização para realização da pesquisa (Apêndice C). A Carta de Anuência autorizando a realização da pesquisa, pelo serviço de CAPS de Alegrete, consta no (Anexo A) deste projeto de pesquisa.

A pesquisadora compromete-se com a divulgação de fatos ou informações encontrados no decorrer da pesquisa e que sejam considerados de relevância para os participantes, ou comunidade participante, assim como com a divulgação dos resultados em periódicos da área, e em outros meios de divulgação para a comunidade em geral.

5 Desinstitucionalização da loucura: Um discurso de Inclusão

> *"A história da loucura não é, pois, a loucura como história (...) mas é essa história que aconteceu à loucura, porque lhe foi feita, história a cujo respeito surge uma suspeita, a de sua inautenticidade, e também surge uma esperança, a de que assim como ela foi feita igualmente possa ser desfeita, de modo que reapareça – finalmente – aquela verdade primeira da qual ela apenas manifesta a ausência" (FOUCAULT, 1999 p. 70).*

O pensamento foucaultiano acerca da análise do discurso, nos fala do enunciado como um acontecimento singular, que emerge de um jogo estratégico, no qual há um autor, que pertence a um espaço e há um tempo determinado, que quando articulado a um conjunto de enunciados, que operam em coexistência, diz-se que estes compõem um discurso. Os discursos são assim, os ditos, e também as práticas, que se colocam em relação a outras do campo social. Segundo Foucault a prática discursiva trata-se, então de:

> Um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, uma dada época, e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa (FOUCAULT, 2013. p. 144).

Assim quando emerge o discurso da reforma psiquiátrica na realidade brasileira, este encontra-se em coexistência ou ancorado em outros discursos, que podemos entender, como um campo de exterioridade, que se articulam como acontecimentos de natureza diversas tais como: técnicos, práticos, econômicos, políticos entre outros, e que estabelecem relações entre si, possibilitando ou interferindo, de forma regular ou descontínua, para este acontecimento.

Foucault (2013) trata da possibilidade de restituir os enunciados à sua pura dispersão, considerando-os em sua descontinuidade, apreendendo assim sua própria irrupção, no tempo e lugar de seu acontecimento, encontrando assim, o seu

exterior, em suas relações de raridade, nas suas lacunas, nos espaços abertos, nas articulações possíveis em seu próprio campo, ou em outros, mas que se relacionam, que encontram regularidades, transformações, entrecruzamentos, no jogo de uma exterioridade.

Procuro situar em relação ao movimento da reforma psiquiátrica, outras práticas que emergem traçando com esta, correlação de força, ou efeitos de aproximação, encadeamento ou desdobramentos, que possam se constituir como discursos externos ou que produzam condições de possibilidades para a emergência do discurso da desinstitucionalização.

Para tal, se propõe situar o campo de possibilidades para que essa formação discursiva se constitua, como um saber que produz mudanças paradigmáticas de ordem ética, estética, política e científica. A questão da cientificidade, se coloca também em questionamento, visto as possíveis dificuldades de afirmá-la, enquanto outro paradigma científico, considerando sua ancoragem nos pilares positivos da ciência moderna, com a utilização do método científico na produção do conhecimento, premissas de objetividade e linearidade no pensamento.

Encontramos o paradigma da desinstitucionalização, assim alicerçado no solo epistêmico da modernidade, cujas concepções de ciência e do homem, própria do projeto iluminista de sociedade, ainda ressoam premissas de verdades universais, de evolução, liberalismo e desenvolvimento. Entretanto, discutirei no decorrer desta tese as profundas transformações, quanto as concepções do objeto da ciência psiquiátrica, as tecnologias de relação, intervenção e ética propostas a partir do movimento de reforma, já discutidos por Yasui (2006) sobre um novo paradigma científico na área de conhecimento psiquiátrico.

Sendo então, no solo epistêmico moderno, ainda que se possa discutir e elencar aspectos e movimentos de outra modernidade, dita tardia ou pós-moderna, que a proposição de outro paradigma para pensar, compreender, se relacionar e intervir no campo psiquiátrico se instaura e é nomeado: desinstitucionalização psiquiátrica.

Outros enunciados, entretanto, estão presentes na exterioridade desse discurso, e se encontram em coexistência com o mesmo, tais como as formações discursivas emergentes do campo das ciências biológicas, humanas e sociais, e lhe dão possibilidades, sustentação e complementaridade. Assim, se propõe trabalhar na descrição destes, enquanto discursos que compõe uma série enunciativa a partir

do que refere Foucault (2013). Compreendendo discursos ditos e não ditos, que operam para colocar em funcionamento tecnologias e estratégias, para estabelecer um outro lugar para a loucura, operacionalizando a Atenção Psicossocial, e possibilitando assim, a desinstitucionalização psiquiátrica. São estes: os discursos de igualdade, direitos humanos e inclusão.

Descrever uma série enunciativa, segundo Foucault (2013) em *Arqueologia do Saber* parte da possibilidade de demonstrarmos, a constituição de uma série de acontecimentos discursivos, dotados de uma materialidade repetível, com uma modalidade de existência particular, com princípios de dispersão e repartição, e que tais enunciados entre si constituam um campo de coexistência. A descrição do acontecimento discursivo no interior do arquivo – vai tentar constituir essas *séries de enunciados* ou *séries enunciativas*: mas não de forma a encontrar uma unidade, mas sim, as relações que as mantêm dispersas e, ainda assim, regulares.

Ainda em *Arqueologia do Saber*, Foucault (2013) trabalha sobre a organização dos níveis enunciativos, traz a noção de árvore de derivação enunciativa e de enunciado reitor, que possibilitam observar os aspectos de organização de uma série enunciativa, não para torná-la linear ou alicerçada em acontecimentos sucessivos, mas que possa delimitar pontos de originalidade e pontos de encadeamento, quando há uma estratificação do lugar dos enunciados em uma cadeia enunciativa.

Os enunciados se diversificam uns em relação aos outros, quando desempenham de modo diferente as regras de funcionamento de uma formação discursiva, concentram em si essas regras e são sintomas de funcionamento de enunciados ulteriores. Foucault propõe o conceito de árvore de derivação enunciativa, onde os enunciados integram e na qual os enunciados ocupam lugares distintos, embora haja sempre, entre eles, relações constitutivas. Há um nível de homogeneidade enunciativa, com seu próprio recorte temporal, que não fixa formas de identidade e de diferenças, neste nível, ela estabelece um ordenamento, hierarquias, excluindo a sincronia maciça, amorfa, apresentada de modo globalizante e definitivo (VOSS; NAVARRO, 2013).

A perspectiva de trabalhar nesta tese com aspectos da análise arqueológica, se dá pela possibilidade de compreender o paradigma da desinstitucionalização da loucura, enquanto uma formação discursiva, no campo psiquiátrico brasileiro, a partir do acontecimento da reforma psiquiátrica no país e do como estes afetam a

produção de processos de subjetivação dos trabalhadores, na operacionalização deste discurso. Penso que para trabalhar com o conceito de formação discursiva, e para constituir séries em que esta formação se apóia, é preciso delimitar o objetivo, ou a função enunciativa deste discurso. Esse será o encaminhamento da análise que proponho, ou seja, compreender a sua função enunciativa, sem para tal, procurar sua origem, ou sentido oculto e sim o porquê de sua emergência neste momento e não em outro, ou seja como este se apresenta em termos de sua descontinuidade, exterioridade, raridade e singularidade de seu acontecimento.

Para a compreensão do modo como formulo essa série enunciativa, elencando os discursos de igualdade, direitos humanos e inclusão, passo a trabalhar aspectos próprios destes discursos. Para tal, busco conhecer sua emergência, de que modo coexistem, dispersam e contribuem de forma regular com o discurso psiquiátrico na sociedade ocidental e mais especificamente na realidade brasileira. Entendo estes, enquanto discursos que dão condições de possibilidades para o discurso da desinstitucionalização da loucura e para a consolidação da reforma psiquiátrica e da Atenção Psicossocial.

Parto de um sobrevôo pelo advento da modernidade enquanto tempo histórico, realizando uma aproximação com estes discursos, tendo o apoio teórico do referencial foucaultiano, para me acompanhar no percurso.

5.1 A ordem moderna

Parece necessário compreendermos o tempo histórico da modernidade e seu projeto, que se desenvolve a partir do século XVII na Europa com o pensamento iluminista, produzindo o desenvolvimento da ciência moderna e a construção de ideias universais, imutáveis e centrados no homem e nas humanidades.

Neste período histórico considerado extenso, o pensamento passa pela construção das grandes narrativas, ditas verdadeiras, que se pensava explicar os fenômenos naturais, a sociedade, o homem, com verdades universais, baseadas no pensamento cientifico e filosófico.

No período da modernidade se estabelece o paradigma da racionalidade científica, voltado para o sujeito individual e os ideais de uma sociedade de produção desenvolvida a partir do modelo capitalista. No cenário da modernidade ocorreram os processos de industrialização, desenvolveram-se o pensamento

epistemológico, científico e filosófico, as ciências humanas e naturais. O paradigma moderno produziu importantes eventos políticos e econômicos, e perspectivas nacionalistas e globalizantes.

No campo das ciências, o paradigma moderno se constitui pela objetivação da realidade, com a utilização de métodos científicos, excluindo o conhecimento com origem proveniente do senso comum. Nos primórdios do período moderno, a filosofia se constituía como o campo de conhecimento por excelência, no qual se produzia pensamento com status de verdade científica, chamado pensamento filosófico científico. O período moderno é marcado pela racionalidade, pelo domínio do conhecimento, adquirido através do método. A perspectiva das ciências como detentora de saberes e verdades absolutas, torna-se hegemônica no período moderno. As ciências humanas e sociais neste cenário utilizaram-se das metodologias e de princípios das ciências naturais para consolidar-se enquanto ciências.

A estruturação epistemológica do modelo da medicina psiquiátrica moderna, encontra-se na perspectiva da objetivação e da explicação linear, de causa e efeitos das condutas observáveis, trabalhando assim, com concepções tais como a do tratamento moral, para o controle da loucura. O conhecimento psiquiátrico assenta-se em um conjunto nosográfico, de denominações, enquadramentos, classificações para as condutas e expressões, entendidas como doença mental, construídas a partir da observação, descrição, quantificação, e outras premissas próprias do pensamento positivo. A disciplina e o higienismo aplicam-se, nesta lógica de pensamento, como estratégias capazes de resguardar a sociedade do contato com a loucura (AMARANTE, 1996).

O pensamento contemporâneo tem seu marco no século XIX e, mesmo com o desenvolvimento nas diversas áreas do conhecimento, chega à atualidade desencadeando avanços e conflitos, pela diversidade que comporta.

As revoluções ocorridas na Europa trazem mudanças políticas e econômicas importantes, e o século XIX é marcado pelo triunfo da burguesia, do liberalismo e do nacionalismo (FOUCAULT, 1992).

Em torno da metade do século XX, o paradigma moderno passa a ser questionado, pela intensificação do desenvolvimento tecnológico, econômico e político, que acarreta maior disseminação do conhecimento produzido e necessidade de compartilhamento entre as nações, principalmente pelo advento de

uma política econômica globalizante. Passa a ter seus pressupostos discutidos, considerando que não abarca todos os objetos e possibilidades de produção de conhecimento acerca do mundo, do homem e da sociedade, com a velocidade e fluidez que o desenvolvimento tecnológico possibilita.

O mundo mudou de forma significativa, determinando no período contemporâneo questionamentos acerca das verdades absolutas e universalizantes, com quebra de paradigmas, mudanças importantes acerca do modo como produzimos conhecimento e do mundo em que vivemos. A crise do racionalismo, e do determinismo científico, a fragmentação do pensamento, o desenvolvimento tecnológico, impõe o questionamento sobre o momento de constituição de um novo paradigma, que segundo Harvey (2012), se pode entender como a pós-modernidade.

A pós-modernidade envolve todos esses fenômenos em uma lógica que pressupõe o relativismo e processos de pensamento flexíveis. E pressupõe ainda a configuração de movimentos de ruptura com as condições desenvolvidas na modernidade, tais como: mudanças nos sistemas de produção; o fenômeno da ampliação de sistemas econômicos nacionais para sistemas de amplitude global; o pensamento de linearidade histórica; da construção de sistemas políticos e ideológicos, para uma perspectiva de acontecimento e lutas por projetos coletivos e minoritários; a crise dos valores inerentes ao sujeito individual, egocentrado, para um sujeito fragmentado e absorvido pela cultura de massa (HARVEY, 2012).

Na realidade pós-moderna ou na modernidade tardia a vida demonstra sua multiplicidade, diversidade e fluidez; e através dos acontecimentos sociais, científicos, tecnológicos e filosóficos, que atribuem à organização globalizada, perspectivas de conhecimento provisório e não determinantes, se favorece uma conjuntura social com maior participação dos sujeitos na sociedade. A população passa a ter acesso ao conhecimento privilegiado, antes reservado aos pensadores, cientistas, e estudiosos, passando a compreender os processos sociais e reivindicar assim, seu espaço de participação, criação e de luta por direitos, considerados básicos em um mundo em constante transformação.

É importante demarcar que Foucault (1981) procura descrever as fases do pensamento ocidental, a partir do iluminismo no século XVII, tratando de apontar especificidades do Renascimento, da época clássica e da modernidade. Entende que há duas descontinuidades na episteme da cultura ocidental: uma que remonta a

idade clássica, em torno do século XVII e a segunda a partir do século XIX, que marca o limiar da modernidade.

Para esta diferenciação Foucault (1981) argumenta que há diferenças na ordem, sobre o que ocupa o pensamento do homem, há na episteme clássica uma *mathesis,* uma *taxonomia* e uma *análise genética,* enfim uma ordenação exaustiva.

No período moderno, ao final do século XVIII e início do século XIX, o homem se torna sujeito e o objeto de sua própria compreensão, não se coloca no interior da representação, ao contrário, passa a mostrar como é possível que as coisas em geral possam ser representadas, sendo, portanto o sujeito da organização de seu mundo. Passa a buscar o conhecimento total, visto suas limitações e a perspectiva de finitude da existência humana.

É possível apontar a coerência entre a teoria da representação e da linguagem das ordens naturais, das riquezas e dos valores, própria do período clássico, no século XVII se diferenciarem significativamente no período posterior, no século XIX, onde desaparece a teoria da representação como fundamento geral das ordem possíveis; na linguagem, em que se impõe a historicidade e a continuidade temporal, e quando o homem entra, pela primeira vez, no campo do saber.

Neste contexto têm início os humanismos, a antropologia positiva e filosófica sobre o homem, colocando este como objeto e sujeito do conhecimento, constituindo assim todo um campo que determina-o como uma invenção recente. Foucault (1981) afirma então, que a pretensa continuidade no nível das idéias e dos temas dentro deste grande período é apenas um efeito de superfície, ao qual os historiadores de modo geral não se detêm.

Podemos entender, a partir das leituras de as *Palavras e as coisas* e *Arqueologia do saber*, que para Foucault (1981; 2013) a relação entre o período clássico e o moderno é de que o primeiro é condição de possibilidade do segundo, e com esta consideração e nesta perspectiva, retomamos o acontecimento da Revolução Francesa e do Iluminismo para problematizar questões que se colocam nestes eventos e que são atualizadas em nosso presente, emergindo no plano discursivo nos campos de saberes das ciências humanas e sociais contemporâneos.

Os eventos históricos da Revolução e do Iluminismo, ou período do esclarecimento e da razão, segundo Foucault (1994, p. 7), a partir de Kant constituíram-se como:

> [...] acontecimentos que não se pode mais esquecer, posto que revelou na natureza humana uma disposição, uma faculdade de progredir, de maneira tal que político algum poderia, mesmo que por meios sutis, separá-la do curso anterior dos acontecimentos, somente a natureza e a liberdade reunidas na espécie humana seguindo os princípios internos do direito estariam em condições de anunciar ainda que de uma maneira indeterminada e como um acontecimento contingente.

A problematização destes acontecimentos instaura outras formas de racionalidade, de saber e de técnica, e ainda de autonomia no pensamento do homem em relação a seu lugar político na sociedade, aspectos filosóficos que se colocam como signo a partir da revolução, de uma disposição dos povos para elencar o direito de constituição política e à princípios que evitem a guerra.

Os princípios emblemáticos da revolução francesa: “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” se consolidam como lemas de diferentes movimentos revolucionários liberais do séculos XVII e XVIII que contribuíram para a constituição do mundo moderno e se colocaram desde então nos códigos de direitos humanos da sociedade ocidental até a contemporaneidade.

Sendo estes princípios ainda presentes fortemente nas legislações de nosso tempo, no ocidente e estarem atravessando as políticas públicas na atualidade, destacamos o principio da **igualdade,** que entendemos estar fortemente presente no código de **direitos humanos**, que estabelecem o ideário d**a inclusão** e a participação cidadã de todos os indivíduos na vida em sociedade, como linha norteadoras de políticas nas áreas sociais, de educação e saúde.

O **princípio da igualdade** produz concepções que se inscrevem nos fundamentos da política de desinstitucionalização na área psiquiátrica, enquanto um discurso que opera para tornar possível o resgate de direitos, a inclusão social e a reinserção em diversos setores da vida em sociedade para o egresso de instituições psiquiátricas fechadas e pessoas que apresentam sofrimento psíquico e vivenciam a experiência da loucura.

Deste modo a **Igualdade, os Direitos Humanos e a Inclusão** merecem destaque neste estudo, trazendo neste capítulo aspectos relativos ao solo epistemológico, em que estes se produzem, ou seja a modernidade como forma de compreender sua emergência.

5.2 A Igualdade

A igualdade, segundo Arendt (2007) é uma condição que resulta das ações e da organização do homem, quando passa a pertencer a grupos sociais, de forma a garantir reciprocidade de direitos e agir sobre o mundo de forma construtiva e politicamente justa. A autora entende assim, contrariamente a pensadores clássicos da modernidade, que não nascemos iguais, assim buscamos nos perceber em condições de igualdade para responder a demandas da vida coletiva.

O modo como pensamos e organizamos os discursos, que entram na ordem do verdadeiro em uma dada sociedade, é fortemente determinado pela episteme em vigor em determinado tempo histórico, que dá condições de possibilidades para a produção de saberes, verdades, modos de ver, entender o mundo e estabelecer relações sociais com aspectos de caráter ético e político (HENNING, 2008).

Assim é possível entender que a episteme moderna ao produzir os ideais da igualdade, liberdade e fraternidade o fizeram devido as condições de possibilidades que alteraram a ordem social, política e ética da sociedade do século XVII, quando as relações de soberania até então em vigência naquela sociedade são superadas pelas ascensão da burguesia e abolição do regime monárquico.

Estes movimentos produziram concepções éticas entre os homens e ações políticas que se pautaram por códigos de direitos e deveres, para outra ordem de vida coletiva e onde nasceram perspectivas de um mundo em que há espaço para todos, com oportunidades iguais de desenvolvimento e progresso individual e coletivo. A ênfase nas relações de poder no campo social desencadeia contratos políticos entre os sujeitos, as instituições e o Estado.

Estes princípios se ancoram ainda nas doutrinas cristã e protestante, em concepções das ciências naturais e humanas e estão presentes nos ideais iluministas, humanistas, marxistas, democráticos e outras formas de pensamento moderno e contemporâneo. Assim formulam perspectivas de homem e sociedade, com potência individual e coletiva para o desenvolvimento, evolução e progresso. Estas são premissas de uma sociedade que avança para uma organização complexa e ambígua, na medida em que cria concepções de uma identidade universal, negando assim a diferença e a singularidade própria do humano.

O princípio moderno da igualdade, está presente nos tratados e códigos internacionais de Direitos Humanos como fundamento para as proposições de

direitos universais e inclusão social, para todos os homens e mulheres à uma vida digna, coberta por políticas sociais que garantem assim, o ideal de igualdade mínima. Esse princípio da modernidade, tem sua forte marca em nossas políticas públicas de saúde, e em especial na área de saúde mental e na proposição de desinstitucionalização, sendo um discurso que opera no modo como os trabalhadores da atenção Psicossocial se implicam e se subjetivam.

Tal como expressa alguns trabalhadores do CAPS em relação ao compromisso, com esse princípio na modalidade de atenção psicossocial:

> Não é fácil a gente lutar pela igualdade, os direitos das pessoas, quando a gente fala de uma população que teoricamente, na verdade, ela é excluída [T 35- 2006].
>
> [...]eu acho que eles são seres humanos e gente como nós, é nós também não somos normais.[...]Somos ditos como normais. Eu posso parecer normal, mas de repente eu posso ter uma crise do nada [...] [T08-2014].
>
> [...] não vejo as pessoas com tanta diferença, que apenas vejo as pessoas e não sua doença [...][T29-2014].
>
> [...] sendo a loucura muito democrática, este fenômeno tem atingindo de forma igual ricos e pobres, e pessoas de modo geral, qualquer pessoa está sujeita a esta situação de vida [DC- Trieste 2015].

Os fundamentos teóricos dos direitos do homem foram objeto do pensamento filosófico na modernidade, sendo este um tema recorrente em um período histórico caracterizado pelos questionamentos da ciência, tendo então o homem como centro e objeto de seu interesse e estudo.

Até o século XVII, vigorava a concepção da desigualdade entre os homens, como natural, aceitável e até desejável, visto que havia uma submissão tácita, as condições das diferenças entre as classes sociais. Posteriormente a este período, surgem teorias que questionam essa ideia, tais como o jusnaturalismo e o contrato social, que propõe princípios de ordem jurídicas e contratuais para garantir a igualdade entre os homens (VAZ, 2010).

A perspectiva de direitos ditos naturais, tese defendida por Hobbes, afirmava que a natureza fez os homens iguais e assim confere a estes os mesmos direitos, tornando legitima a luta pela igualdade. Hobbes aponta a necessidade do homem em fazer a guerra para defender-se de seus iguais. Refere Hobbes: ”Se houvesses diferenças marcantes, não haveria guerra, pois a relação de força seria fixada logo de saída” (FOUCAULT, 2005 p. 104). Assim, é essa condição que coloca para o

homem a necessidade de um contrato com o soberano, que lhe garanta a segurança, frente a seus iguais, ingressando nas relações sociais de pertencimento à sociedade, como um indivíduo político produzido pelo poder.

Para Rousseau (2007), o estado de natureza do homem é marcado pela liberdade e igualdade. Suas ideias, no entanto, diferem de Hobbes, por perceber o homem como um bom selvagem, isto é, sendo bom por natureza é corrompido pela sociedade.

Rousseau propõe como forma de organização política e social, o estabelecimento de um contrato social, sendo fundamental para a legitimação deste pacto, a condição de igualdade das partes contratantes. Pressupõe a criação de um corpo soberano que será o único a determinar o modo de organização política, chegando ao ponto de poder estabelecer as formas de distribuição de bens. A fundamentação do contrato social está na necessidade de uma convenção, para a organização da sociedade, instituindo o Direito, o Estado e a Propriedade, sendo que este ultimo, vai trazer desigualdade e conflitos entre os homens. Por meio do contrato social, os cidadãos, cedem seus direitos individuais e consentem com o poder de uma autoridade. O Estado neste contexto passa a assumir o dever de proteção aos cidadãos. Muda o direito da vontade singular do príncipe para a vontade geral do povo (ROUSSEAU, 2007).

No pensamento de Locke (1999) o conceito de liberdade aparece associado ao de igualdade, sendo que só é possível admitir a liberdade do homem, quando se pressupõe a sua igualdade. A desigualdade surge a partir da formação do estado, e da propriedade privada, o que traz para o contexto social as relações de poder. Assim, o autor explica:

> [...] nada é mais evidente que criaturas da mesma espécie e da mesma ordem, todas aquinhoadas aleatoriamente com as mesmas vantagens da natureza e com o uso das mesmas faculdades, terão também de ser iguais umas às outras sem subordinação ou sujeição (LOCKE, 2006, p. 23).

Para Locke o pacto social não traz novos direitos aos direitos naturais, sendo um acordo entre indivíduos que se empenham em empregar uma força coletiva na execução das leis naturais, para a preservação da vida, da liberdade e da propriedade. O pensamento de Locke exerceu profunda influência sobre as idéias que embasam as democracias liberais (LOCKE, 1999).

As ideias destes pensadores foram fundamentais para consolidar o conceito de igualdade, sendo este um relevante princípio político da sociedade moderna. Ainda na atualidade, existe polêmica frente às grandes dificuldades de ordem prática na sua implantação, enquanto direito garantido em convenções nacionais e internacionais de direitos humanos e constituições dos Estados democráticos.

A questão da garantia de igualdade, entre os homens, presente na atualidade nos códigos de garantia de direitos nas sociedades modernas ocidentais, se coloca de forma genérica, tal como na afirmação da Declaração dos Direitos Humanos: “todos os homens são iguais em liberdades e direitos”.

Esta universalização na atribuição da igualdade, não é garantida em relação a direitos sociais e políticos, considerando, que existem restrições ao acesso ao direito nestas áreas, tais como: nem todos os homens são iguais no acesso ao trabalho, a educação, a habitação, a saúde no que diz respeito aos direitos sociais; e nem todos são igualmente aptos ao voto, no caso de menoridade, na qual há impedimento de participação na vida política (BOBBIO, 2004. p.65).

As questões referentes ao tema da igualdade enquanto princípio natural, portanto, são de difícil garantia nos sistemas de direitos, como o são os sistemas jurídicos dos Estados nacionais, ainda que se afirmem como discursos fortes, quando se pensa nos direitos humanos historicamente construídos e garantidos em códigos naturais ou morais, como os códigos internacionais de direitos proclamados por pressão social e reconhecidos como válidos, legítimos e orientador das políticas internacionais de modo geral (BOBBIO, 2004).

Há na contemporaneidade, segundo afirma Moraes (2015) um movimento definido como a aleturgia da igualdade. A aleturgia é um conjunto de procedimento verbais ou não, que se articulam para manifestar uma verdade que dá sustentação ao exercício de um determinado poder. Neste caso o estabelecimento da verdade da igualdade como intrínseca ao sujeito, sendo de caráter natural e com a afirmação da independência individual de cada um, defendida na ordem moderna, trata-se de uma aleturgia da igualdade.

Moraes (2015) entende que o sujeito da igualdade, percebendo-se igual aos demais, pensa os outros como seus iguais, como idênticos. Desse modo, o sujeito da igualdade rejeita qualquer vínculo de dependência a qualquer outro concreto e visível, pensando-se, assim como radicalmente independente dos outros, o que afeta definitivamente a relação deste sujeito com a autoridade, e estabelece o

individualismo moderno. Sendo o outro, um igual, não há razão para dele depender de qualquer modo ou em qualquer situação. Nesta lógica, desacreditando da força de seus pares, coloca-se sobre a tutela da lei, expressão positiva da autoridade no âmbito das relações políticas. O governamento dos outros, assim é pensado como desvinculado do governamento de si.

Esta ambígua situação de totalização e individuação, que se coloca na modernidade, quanto a independência, liberdade e igualdade entre os sujeitos, produz uma crença no pertencimento de todos a uma totalidade comum e o estabelecimento da igualdade intrínseca de todos e a independência individual como um máximo valor. Foucault em a *Hermenêutica do sujeito* (2011) discute os efeitos desta estratégia do Estado moderno que articula as estruturas de uma governamentalidade pastoral com as de razão de Estado, a partir destes movimentos de totalização e individualização.

Foucault (2011) entende que o problema não se encerra em liberar o indivíduo do Estado e de suas instituições, e sim do tipo de individualização que a este se vincula, produzindo novas formas de subjetividade, através das práticas de si. Segundo o autor, indivíduo e comunidade, seus interesses e direitos, se opõe e se completam nos modos de vida, ou estilos de existência. Assim, as formas de resistências a esse poder derivado da relação de dominação, governamento e sujeições está na invenção de uma nova ascese, uma nova ética, sendo as práticas de si relacionais e transversais, e não comunitárias ou individuais.

Deste modo a aleturgia da igualdade envolve procedimentos que são úteis e necessários para melhor governar. Segundo sustenta Foucault, não existe possibilidade de condução da conduta do outro sem qualquer coisa como uma aleturgia, uma construção de verdade no qual, o outro se implica e assujeita-se.

> Gostaria de tentar mostrar como não é possível dirigir os homens sem fazer operações da ordem da verdade, mas com o cuidado que essas operações da ordem da verdade sejam sempre excedentes em relação a isso que é útil e necessário para governar de uma maneira eficaz. É para além da finalidade eficaz, é sempre para além disso que a manifestação da verdade é requerida ou implicada ou ligada a uma atividade de governar e de exercer o poder (FOUCAULT, 2014, p. 17).

Foucault (2010) identifica uma tensão entre uma igualdade constitucional e uma desigualdade relativa que se encontra no exercício do poder democrático. Sendo frágil a concretização do ideal moderno da igualdade garantida e produzida

enquanto verdade, propõe a problematização no modo de pensar e fazer a política, deixando de trabalhar sobre dogmas e apostando na capacidade ética dos indivíduos na contramão da adesão às doutrinas.

É possível pensar sobre essa proposição, na relação das políticas públicas de saúde, entre outras, fundamentadas em concepções universalizantes, e que sofrem dificuldades de concretização na sua plenitude, quando se colocam na perspectiva de execução estatal. Porém, a mobilização ética e subjetiva dos sujeitos envolvidos, tais como: usuários da saúde mental e trabalhadores, no caso da desinstitucionalização psiquiátrica, que pretendem o resgate de direitos civis e a conquista de direitos especiais, se reflete em movimentos organizados e na busca pela operacionalização destes discursos.

A questão dos direitos especiais, no entanto, podem ser pensados como contraditórios frente à perspectiva de afirmação de direitos igualitários, porém aqui se encontra um ponto relevante a ser discutido.

As campanhas de luta pela reforma psiquiátrica no Brasil têm utilizado ditos, que referem-se a questão da igualdade entre os cidadãos, ressaltando a inclusão do louco nesta perspectiva. São ditos como *"De perto ninguém é normal", "Solidariedade: há em ti, há em mim", "Somos todos loucos, uns pelos outros"* que produzem movimentos de identificação e de luta por parte dos trabalhadores, que se comprometem com dividir estes conceitos e pensamento com a comunidade em geral.

Em todos estes lemas, encontramos a mensagem da igualdade permeando a proposta de desinstitucionalização, sendo este um discurso concomitante e que dá sustentação às idéias que fundamentam a reforma psiquiátrica. A presença do ideário da igualdade está presente na legislação brasileira para a área da saúde e dá a orientação geral quanto a garantia deste princípio nos serviços de atenção psiquiátrica no Serviço público de saúde.

A legislação que garante a atenção em saúde mental no Sistema Único de Saúde no Brasil, lei 10.216 /2001 (BRASIL, 2015) em seu artigo primeiro estabelece:

> Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Na cidade de Alegrete, local de realização deste estudo, promove-se anualmente uma parada, um desfile pelas ruas da cidade, com o objetivo de chamar e sensibilizar a população para a proposta de inclusão e de garantia de direitos das pessoas em tratamento e que são percebidas pela população como “loucos”.

Esta parada nomeada de Parada do Orgulho Louco (ALEGRETE, 2015) utiliza ditos, tais como: *“Por uma Sociedade sem Manicômios”,* “S*ou louco, tchê pelos meus direitos!” “Amai-vos Uns Aos Loucos"* que chamam para uma postura de implicação com o discurso da desinstitucionalização psiquiátrica, todos os habitantes da cidade, favorecendo assim, a reinserção social, e a redução do estigma, através da problematização da concepção da loucura na sociedade.

Nessa perspectiva retomo a questão da igualdade, entendendo este enquanto um discurso que está em coexistência, com os *corpus* discursivos dos direitos humanos e da inclusão, colocando-se assim, como discursos exteriores ao da desinstitucionalização psiquiátrica e operando para possibilitar sua afirmação como um regime discursivo, na contemporaneidade, no âmbito das políticas públicas e dos direitos sociais, junto à sociedade.

A igualdade entre os sujeitos, que surgem a partir da ordem moderna, sustentada nos ideais liberais de liberdade e igualdade, é pensada por Foucault (1999) como responsável pela problemática situação em que se coloca a loucura neste período, ou seja despossuída de direitos e excluída da ordem universal dos direitos da pessoa. Anterior a este período, a diferença atribuída ao louco, não configurava uma ameaça a sociedade, visto este não pertencer a mesma “ordem” do homem normal. Não havia direitos civis ou políticos, e não havia um processo de normalização e enquadramento social dirigido ao louco.

O período iluminista, que trouxe a todos para o universo da razão, deixa de fora os loucos, considerando-os alienados, fora da ordem da razão e, portanto, sem condições de exercer vontades ou direitos. Ainda nesta lógica, a medicina assume a responsabilidade e a tutela destes sujeitos, não identificando-os enquanto capazes de participação cidadã e social.

A ciência psiquiátrica, neste período, se afirma e passa a dispor de estruturas, meios e instrumentos para tratar o louco nos grandes hospitais psiquiátricos, e assim, trazê-lo a razão. Aqui há uma descontinuidade, no modo de pensar o louco enquanto, sujeito de direitos. O mesmo passa a ser passível de uso da razão, quando tratado, porém continua a margem de aproximação com a sociedade. A

ciência psiquiátrica coloca-se como apta a tratar a “doença mental”, porém mantêm o louco distanciado e segregado em instituições totais.

Na *História da Loucura* Foucault (1999) pensa a loucura em diferentes fases de sua produção, iniciando pelo questionamento das condições históricas de possibilidade dos discursos e das práticas que na modernidade colocam a loucura no campo da doença mental. Aponta a contradição da ocorrência da concepção da loucura como patologia, surgir no auge do pensamento humanista, e comportar ainda assim, uma conhecida história de violência. Entretanto, entende este acontecimento pela percepção de que a loucura está localizada sempre no outro, naquilo que o sujeito moderno expulsa, e do qual quer se diferenciar. Assim a dominação da loucura pela sua categorização como doença mental, a inclui na ordem da razão e definitivamente como a história do outro. É na modernidade, que a loucura entra definitivamente no campo do saber psiquiátrico e passa ao status de doença mental, submetida assim às diversas estratégias que parte de um gesto de partilha, que cinde o mundo da razão e o mundo da desrazão (HADDOCK-LOBO, 2008).

Na contemporaneidade, segundo Foucault (1999), o louco se torna um ser semelhante, um cidadão com o qual podemos nos relacionar e com quem assumimos o compromisso do cuidado, sendo potencialmente possuidor de direitos, pelos quais nos colocamos todos implicados em lutar. Quando ao problematizar a questão da loucura, a colocamos na ordem médica e política, e a negamos enquanto subjetividade e experienciação humana, estamos delegando-a novamente ao lugar da doença.

No período moderno, quando a questão dos direitos humanos assume caráter universal, se consolida enquanto formulações da ordem das sociedades democráticas, passam a se constituir enquanto verdades, no plano coletivo, sendo objeto de luta social e política; questiona-se então fortemente a manutenção de políticas excludentes, como a atenção psiquiátrica tradicional e asilar.

Neste contexto o resgate de direitos universais, entre os quais igualdade, e inclusão se colocam a operar. E assim, encontra-se uma ambivalência nos propósitos da luta antimanicomial, ao trazer o louco para o campo dos direitos, alegando sua igualdade, nega-se a sua diferença, a loucura. Então, mantêm-se a perspectiva da doença mental, tal como, construída na modernidade.

Assim, os princípios universais baseados na igualdade, funcionam como um dispositivo que opera para excluir a diferença e a irracionalidade da loucura, mas assumem também uma função inclusiva, quando pressupõe os direitos universais para todos e colocam o louco neste campo.

Na cidade de Alegrete, cenário deste estudo, a Parada do Orgulho Louco, (ALEGRETE, 2015) utilizou o lema *"Penso, Louco Existo"* na edição 2015, problematizando o aspecto da irracionalidade atribuída a loucura junto a sociedade, possibilitando questionar estas verdades que compõe o discurso psiquiátrico tradicional, e propondo assim a inclusão do louco na sociedade, como outro modo de existir. Nesta perspectiva se pretende uma ação de teor igualitário, a partir de uma diferença.

O fenômeno da luta pela garantia de direitos, produzido pelo desenvolvimento do Estado de Bem-Estar social, segundo Vasconcelos (2006), não é restrito a área da saúde mental, apontando que os avanços na área do direito e serviços sociais significaram perdas importantes no campo da subjetividade. Estes dilemas estão presentes para os trabalhadores que questionam: como possibilitar a afirmação da diferença e singularidades, e ofertar recursos advindos das políticas públicas, e dos direitos ditos especiais para a retomada de vida, de forma digna e cidadã. O autor ressalta ainda as peculiaridades das situações concretas do desenvolvimento social e econômico que atravessam estas questões, impondo políticas compensatórias e complementares para a garantia de vida para populações em vulnerabilidade social.

Assim, voltamos a dialogar com dados encontrados no campo empírico da pesquisa no CAPS de Alegrete, que nos indicam estes movimentos de luta por direitos, na busca por garantia de situações de igualdade entre os sujeitos usuários, pela visão dos trabalhadores. Estes profissionais refletem sobre o modo como o trabalho na atenção psicossocial, se encontra com o discurso da igualdade, sendo um forte aspecto de mobilização e subjetivação para o trabalhador. O discurso da igualdade afeta os modos de existência do trabalhador, a partir de sua prática profissional e de sua militância no campo da saúde mental. Tal como encontramos nas seguintes afirmações:

> É, e porque a gente, querendo ou não, é um ser humano e a gente se coloca no lugar dele [T 25-2014].

> Oferecer para as pessoas o que gostaria de receber. Sempre pensando nisso, falo direto [...] pense nisso, como é que tu gostaria de ser recebida [T 7-2014].

A posição do trabalhador é de colocar-se em um lugar de igualdade, de aproximação com o usuário do CAPS enquanto sujeito humano, com necessidades semelhantes ou iguais. Basaglia (1979), quando propõe o fechamento dos manicômios na Itália, ressalta a importância em chamar ao trabalhador para a percepção de seu lugar no mundo e no reconhecimento em sua própria história, das experiências de opressão ou de desigualdade a que os homens de modo geral estão assujeitados, para que assim possam desencadear novos modos de aproximação e de subjetivação com a loucura, e com a situação de vida de pessoas com essa experiência.

Basaglia (1979) pressupõe que quando o trabalhador se desloca de sua posição técnica, de saber sobre o outro, e encontra-se com a sua posição de sujeito também imerso em relações de poder presentes nas relações institucionais, sociais e políticas, pode então, desenvolver outras práticas sobre si, e assim, questionar criticamente os modelos profissionais que opera. O autor refere que há contradições entre a positividade da construção da política de saúde mental, com suas prerrogativas de luta por direitos e de inclusão social, e os riscos de normatização social, produzidos por estas propostas. Porém, entende que esta contradição, ao deixar de ser negada ou omitida, passa a tensionar para a inovação, para a criação de rupturas na hegemonia do conceito de loucura/desrazão na sociedade e propõe uma perspectiva ética em relação à singularidade do louco, para a sociedade em geral.

> A sociedade tem medo do que não conhece, e por desconhecer, rejeita e exclui [ALEGRETE, 2015].

> A gente convive com duas posições. Uma é afirmativa de que diz que o louco pode conviver, por que têm direitos e outra que diz o seguinte: coitado deles que ficaram muitos tempos trancados. De certa maneira são duas posições afirmativas. Agora uma, um pouco mais politizado, da consciência de que as pessoas são sujeitos de direitos iguais e a outra numa concepção muito religiosa, messiânica que é comum desta região. A coisa do trabalho de caridade [T 16-2014].

> Reconhecer as pessoas a partir de sua história e não de sua diagnose, promove o empoderamento social e a inclusão, através de experiências de reabilitação [DC- Trieste 2015].

Este fragmento, do pensamento de um trabalhador de Alegrete, assim como o que é proposto pela política deste município, expressa um dos dilemas e contradições que se colocam para os profissionais na área de saúde mental, a tomada de posições afirmativas, no sentido da potencialização do processo de desinstitucionalização e de enfrentamento técnico e político. O trabalhador questiona as concepções que permeiam essa proposição, referindo no entanto a tese afirmativa da inclusão e da igualdade, seja pela via de um compromisso ético-político ou religioso e messiânico, neste caso. Podemos ainda problematizar, os aspectos reais da inclusão quando concedida, como parece indicar o trabalhador que a encaminha pela perspectiva da doação e caridade. Assim, deixa ver o processo enquanto outro modo de dependência, e de assujeitamento.

Também na cidade de Trieste- Itália, o compromisso com a inclusão é afirmado, através da política de saúde mental que entende o louco como um sujeito de direitos, que luta por atenção à suas necessidades e a seu sofrimento, dignidade, reconhecimento e inclusão social. A promoção de discussões e debates com este foco ressaltam uma atenção ao tema dos direitos e da inclusão social.

A ordem discursiva da igualdade, segundo discute Henning (2008), torna-se uma temática indispensável na atualidade, sendo um valor que está presente de forma transversal em nossos modos de existência.

Conforme posicionamento dos trabalhadores, não é ético a perspectiva de desigualdade entre os sujeitos no discurso contemporâneo, e inúmeros movimentos e ações políticas derivam desta concepção. Esta afirmação está nos objetivos da Política de Saúde mental de Alegrete (ALEGRETE, 2015), que diz: "É preciso, ao afirmar o direito de todos ao bem estar e à atenção integral, o compromisso – do Estado e da sociedade – em propiciar condições para se atingir estes objetivos." Assim, reafirmam os trabalhadores, que se alinham a defesa de relações de igualdade de direitos, em sua prática de atenção psicossocial.

> Saber que todos somos seres humanos e que precisamos uns dos outros, independente de qualquer dificuldade ou situação [T08-2014].

> A associação dos familiares vai construir a questão dos direitos, da defesa dos direitos, dos usuários e dos familiares.E além de que os nossos usuários sempre foram muito dependentes, muito [...] tutelados pelo hospital psiquiátrico. Convinha a gente construir um espaço de participação dentro do serviço, para que também pudessem incluir na cidadania, é só te organizando para participar. Então tem que se organizar internamente para poder reivindicar os direitos fora. Então era um espaço também desse

> exercício. Além de definir o que era bom para si aqui dentro na saúde mental também era um espaço de organização para demanda os seus direitos [T 16-2006].

A questão de garantia e reconhecimento de direitos naturais ou fundamentais, tais como liberdade e igualdade, entre outros, são discutidos por Foucault (2008a) em *o Nascimento da biopolítica*, ao pensar sobre a razão governamental, entende ser necessário deixar livre uma porção de direitos, nesta prática de governamento, para que assim possa se estabelecer certas limitações, produzindo uma auto-regulação. Este mecanismo de auto-regulação da razão governamental, é característico do liberalismo. Esta arte de governar se apresenta assim, como gestora de liberdades e direitos, produzindo e limitando direitos, tendo em vista a questão dos riscos e da segurança do sistema.

Se pensarmos o campo psiquiátrico em sua complexidade, como um aparato institucional, que exerce uma função no interior do sistema, em uma lógica liberal, podemos pensá-la como uma ação biopolítica. Isso é uma ação sobre os indivíduos enquanto população, que respondem a uma necessidade da sociedade para manter sua regulação e seu funcionamento.

No contexto da contemporaneidade, as liberdades individuais e os direitos se enfatizam dentro de uma lógica de individualização e de um Estado mínimo de responsabilização sobre o conjunto da sociedade, o que podemos associar a prática neoliberal. Esta é uma adaptação dos princípios do liberalismo clássico às exigências de regulação e assistência da população, em uma lógica de menor atuação do Estado, principalmente sobre a economia. Assim, a regulação da população se consolida por técnicas de conhecimento e intervenção sobre as questões que geram desigualdades ou que de alguma forma afetam a homogeneidade da sociedade e do governo.

Na perspectiva da saúde mental e da desinstitucionalização da loucura, neste contexto neoliberal, compreendemos que o modo como os trabalhadores e usuários do sistema de saúde, se afetam e se mobilizam por garantias de direitos, conforme discutido anteriormente, relaciona-se à presença do discurso da igualdade e dos direitos humanos em nossa sociedade, como uma estratégia de ação biopolítica. Esta estratégia emerge na modernidade, no contexto liberal e opera para produzir um modo de ser sujeito, de viver em sociedade e ocupar um lugar na malha social, onde todos devem estar incluídos. Os efeitos são discursos de individualização e de

produção de diferenças na lógica de que estas têm seu lugar no mundo, assim a loucura e o discurso desinstitucionalizante se encontram de forma positiva em coexistência com a sociedade de direitos e as estratégias de inclusão.

Foram estes acontecimentos que se constituíram no âmbito das ciências, da história, da filosofia, da economia, da política construíram os discursos da modernidade, tornaram-se aspectos relevantes deste período e passam por transformações, no período denominado de modernidade tardia, com predominância de estratégias biopolíticas, que articulam-se, com discursos de diversas ordens, de modo a um efetivo controle da vida. Assim, a política de saúde mental produto desta lógica, constitui-se como um discurso, que em coexistência e apoiado na concepção de igualdade, trabalha para a conquista de direitos para um segmento da população, que esteve seguramente à margem destes princípios, sofrendo diretamente a situação de exclusão e o assujeitamento às estratégias de poder, que permeiam a sociedade moderna.

5.3 Direitos Humanos

Entre revoluções políticas, mudanças econômicas, dissolução e surgimento de novas nações, períodos de conflitos e grandes guerras entre os séculos XIX e XX, o mundo sofreu sérias transformações políticas, econômicas e sociais. Durante este período histórico, a esfera legal, passa pela criação de novas concepções jurídicas, de novos direitos na área social, econômica e cultural, o que, por conseguinte, abre espaço para a cidadania, expandindo-se também a intervenção do Estado na sociedade (JUSBRASIL, 2015).

As concepções de definição de direitos nas áreas sociais, advém da convicção da legitimidade, de que bens e serviços, sendo obrigações do Estado, possam ser reivindicados pelos indivíduos, sendo esta uma das causa de conflitos na sociedade, e uma motivação fundamental para que o Estado amplie seu controle sobre a mesma. Assim, nesta linha de pensamento produziram-se diferentes documentos de afirmações de direitos e entre outros, a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

A história dos Direitos Humanos remonta ao Iluminismo Europeu, movimento cultural e filosófico ocorrido nos séculos XVII e XVIII, onde o homem está no centro do pensamento filosófico e científico. A revolução francesa, em 1789, é um

acontecimento decisivo que se propõe a fomentar e estabelecer novos valores humanos, de uma sociedade com princípios de igualdade social (JUSBRASIL, 2015).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1789, traz inovação aos códigos jurídicos e morais que estabeleciam apenas obrigações aos indivíduos, visto que os direitos eram concessões dos soberanos, em um pacto com os súditos. “A revolução francesa é considerada o evento que inaugura a era dos direitos” por que aparece pela primeira vez o direito do cidadão em uma perspectiva de contratualidade, com direitos e deveres (BOBBIO, 2004 P. XII). Desde então o reconhecimento e a proteção dos direitos dos homens passam a embasar as constituições democráticas modernas. Sua famosa bandeira de luta, expressa um lema, ainda atual na sociedade contemporânea – Liberdade, Igualdade e Fraternidade.

Desde o século XIX, na esfera política, clama-se principalmente por igualdade. Os liberais encontram a solução desta questão no estabelecimento de direitos civis e políticos, os socialistas acalentam a utopia da igualdade sócio-econômica. Assim, no auge da Revolução Industrial europeia, luta-se contra os abusos cometidos pelas condições de trabalho dos operários, por liberdade de opinião e manifestação, e acrescenta-se à estas as lutas pelos direitos humanos.

A luta por direitos básicos e inalienáveis ao homem surge mais intensamente após a segunda grande guerra, como uma forte reação de mobilização frente às atrocidades cometidas, contra a pessoa, que sensibiliza o mundo e favorece espaço para tratados internacionais, que se comprometem com a garantia de respeitar e zelar pelos direitos do homem, pensado então, de forma universal.

No aspecto histórico, os direitos do homem se estabelecem por uma inversão de perspectiva que ocorre na formação do Estado moderno, na relação política, que passa do soberano-súdito para Estado-cidadão e de que esta corresponde a uma concepção de formação de sociedade. No caso do estado moderno parte-se do entendimento, de que cada indivíduo, compõe uma parte, que possibilita a formação desta sociedade, dita então, sociedade individualista, em contraposição à concepção orgânica tradicional, onde a sociedade é entendida como um conjunto que vem antes dos indivíduos (BOBBIO, 2004).

O estado democrático tem como concepção de sociedade o individualismo, visto que cada voto corresponde a um homem, um átomo da sociedade. No que se

refere às relações econômicas, estas são ditas interpessoais, que se dão entre cidadãos e não mais entre príncipes e súditos, que demanda o surgimento de direitos públicos, que caracteriza o Estado de direitos. Este impõe ao indivíduo, em relação ao Estado, não apenas direitos privados, mas também direitos públicos, sendo “o Estado de direito o Estado do cidadão ” (BOBBIO, 2004. p. 58).

A concepção individualista da sociedade, que coloca o indivíduo em primeiro plano, com um valor em si mesmo, vindo depois o Estado, possibilita o reconhecimento dos ditos direitos de primeira geração, que são os direitos do cidadão de cada Estado e de cidadão do mundo enunciado na Declaração Universal dos Direitos do Homem.

A expressão formal dos direitos inerentes ao homem se dá através das normas internacionais de direitos humanos. Com essas proposições uma série de tratados internacionais e outros instrumentos surgiram a partir de 1945, conferindo a estes uma forma legal. A criação das Nações Unidas viabilizou um fórum para o desenvolvimento e a adoção dos instrumentos internacionais de direitos humanos. Outros instrumentos foram adotados a nível regional, refletindo as preocupações sobre os direitos humanos particulares a cada região. A maioria dos países também adotou constituições e outras leis que protegem formalmente os direitos humanos básicos. Muitas vezes, a linguagem utilizada pelos Estados vem dos instrumentos internacionais de direitos humanos. As normas internacionais de direitos humanos consistem principalmente, de tratados e costumes, bem como declarações, diretrizes e princípios, entre outros (DUDH, 2015).

O conjunto dos direitos, elencados nas declarações nacionais e internacionais se modifica com as mudanças nas condições históricas, respondendo a carecimentos, interesses, as classes no poder, os meios para a sua concretização, as tecnologias para a sua efetivação. Assim, além dos direitos individuais tradicionais que se relacionam às liberdades, e que não dependem da intervenção do Estado, visto em dado momento histórico, terem se afirmado enquanto direitos inalienáveis ou naturais dos indivíduos e que portanto, todos possuem; surgem os direitos ditos de segunda geração que se referem aos direitos sociais, que são ditos de poderes, por que consistem naqueles que dependem de uma intervenção do Estado para sua efetivação, tais como os que garantem bem-estar e igualdade (BOBBIO, 2004).

Estes direitos nem sempre se complementam, sendo por vezes contraditórios, como é possível compreender na atualidade, onde a sociedade caracteriza-se por um funcionamento em que o cidadão para adquirir direitos sociais, perde liberdades, como por exemplo, para uma maior produção e aquisição de direitos e benesses, perde a possibilidade de decisão sobre seu tempo ou sua mobilidade. Os direitos sociais são os mais difíceis de serem protegidos, visto que necessitam de ações do Estado para a sua garantia.

Tendo o indivíduo assumido no Estado de direito, o posto de cidadão, surge o questionamento, sobre que cidadão se fala em cada situação de dever ou direito. Surgem então as delimitações, ou as chamadas especificações, relacionadas, a determinações tais como de gênero, fase da vida, estados de excepcionalidade na existência humana, que incluí condições de saúde e perspectivas de normalidade e anormalidade (BOBBIO, 2004). Esta tendência de especificação de direitos constitui-se em uma marca da evolução na área dos direitos humanos e de uma sociedade que pressupõe uma coparticipação de seus cidadãos, sendo premissa do pensamento liberal, que se estrutura na modernidade.

Após a segunda grande guerra, além da universalização dos direitos, ocorre também uma multiplicação destes, com relação à quantidade de bens que passam a serem objetos de tutela, outros sujeitos tornam-se titulares de direitos, não apenas o indivíduo, mas sujeitos como família, grupos étnicos, e outros; e estes em sua especificidade, tais como idosos, crianças, deficientes, doentes, entre outros (BOBBIO, 2004). Observa-se aqui o quanto a relação dos direitos humanos e sociais com o Estado, ou com a sociedade é necessariamente determinada histórica, geográfica, política e economicamente.

Assim em diferentes nações, as reivindicações que trazem em si o germe da justiça social, estendem-se a outras áreas de desenvolvimento humano como a saúde, a educação, a habitação, a justiça e outras, produzindo um pensamento que coloca o homem como sujeito de seu mundo, onde há, pelo menos teoricamente, a possibilidade de participação, de luta e de afirmação em relação a suas necessidades e direitos.

Na realidade brasileira, a sociedade após um período ditatorial, mobiliza-se em muitas frentes de luta por direitos a uma melhor qualidade de vida. Neste contexto, o movimento pela reforma psiquiátrica e a reforma sanitária, se organizam com as forças sociais, políticas, econômicas, culturais que ressoa no conjunto da

sociedade, vinculado há um tempo histórico, ganhando materialidade com a ação de seus atores. Estes movimentos sociais nascem nas periferias das cidades, nas necessidades de sobrevivência e de políticas públicas, nas áreas de transporte, habitação, saúde, saneamento, educação, temas de interesses coletivos (YASUI, 2006).

A saúde não sendo um campo isolado nas políticas públicas, e tendo implicações resultantes de seus determinantes sociais complexos, articula-se a outros processos sociais que possibilitam a transformação do modelo clássico de atenção à saúde e da organização da sociedade (YASUI, 2006). Estes ocorrem em diversas frentes, através dos movimentos sociais, que ganham no contexto brasileiro, o caráter revolucionário, derivado da luta contra o regime ditatorial, e do processo de redemocratização que se vislumbra a partir dos anos finais da década de 70.

A reforma psiquiátrica se insere neste processo, tendo o discurso desinstitucionalizante como pensamento norteador, composto por ideias de igualdade de direitos, de reinserção social do sujeito louco, em todos os âmbitos da vida em sociedade. Sendo um movimento que parte da mobilização de trabalhadores de saúde, da universidade, dos serviços de saúde e se fortalece na criação de estratégias de politização, na revisão de seus conceitos, propondo uma ruptura epistemológica radical em relação ao modelo psiquiátrico. Assim, questiona seus conceitos e suas práticas, para inventar um novo paradigma científico, ético e político (YASUI, 2006).

A reforma psiquiátrica traz em si a marca do seu tempo, isto é encontra-se situada em dado momento histórico, em que se processam transformações nas relações do cidadão com o Estado, no âmbito dos direitos e das relações sociais, na construção de uma sociedade democrática, que possibilita maior participação, protagonismo e pacto social e político, na busca de construção de um mundo mais equânime e justo.

A racionalidade que opera no mundo ocidental, é de ordem neoliberal, e assim, os processos de conflitos, disputas e lutas estão na pauta da sociedade, de modo a garantir a governamentalidade, o controle das tensões e demandas individuais e coletivas.

Na contemporaneidade, em que a vida está implicada em complexos processos de governamento, diferentes forças se produzem de modo a gerenciar a

população, conforme à premissa da racionalidade neoliberal, onde aparentemente se governa menos, com menor intervenção do Estado, mas de forma a garantir o máximo lucro, utilitarismo e produção. A democracia e suas prerrogativas de direitos estão pensadas neste contexto, de menor tensão política para uma maior produção econômica.

Convém aqui, retornarmos a questão dos direitos dos indivíduos em relação à concepção do Estado mínimo próprio do liberalismo, onde os direitos se encontram alicerçados em uma plataforma de razão governamental, isto é, ocupam um lugar de mediação para o equilíbrio de um sistema, em que se estabelece com bases no individualismo e a totalização, como máxima para o governamento da população.

Foucault (2008a) em o *Nascimento da Biopolitica* nos fala de uma nova arte de governar, e se refere ao modo como se dá a razão do governo mínimo como principio organizador da própria razão do estado, sendo este um modo de equilíbrio interno da razão de estado. Ou seja, aponta para "a arte de governar entre o máximo e o mínimo, e mais para o mínimo do que para o máximo" (idem p.40).

A razão do estado em sua forma moderna, após o século XVIII, tem como característica o princípio de autolimitação, que funciona regido por um jogo de interesses. O interesse ao qual a razão governamental atende, é um jogo entre interesses individuais e coletivos, entre a utilidade social e o equilíbrio econômico, onde se coloca na balança o mercado, o poder público, os direitos fundamentais e a independência dos governados. Assim o governo pode agir sobre os indivíduos, através de atos, palavras, riquezas, recursos, propriedades e direitos.

Esta racionalidade governamental da nova razão de Estado mínimo, difere-se da forma anterior de razão de Estado, própria do mercantilismo do século XVI "onde este existe por si e para si mesmo, qualquer que seja o sistema de obediência que ele deva a outros sistemas como a natureza ou Deus" (FOUCAULT, 2008 p.7), e onde o governo deve ser sólido, permanente, rico e capaz de ser mais forte, frente as adversidades e para isso está acima das pessoas e coisas. O governo liberal já não age diretamente sobre as pessoas ou coisas, só pode agir quando legitimado pelo direito e se este é do interesse de indivíduos e coletividade.

O governo nesta nova razão de Estado mínimo, própria do que chamamos liberalismo, se faz não sobre coisas em si, e sim, nestas quando se tornam do interesse político, isso é quando os interesses afetam a um conjunto de indivíduos

ou a coletividade. O liberalismo se constitui a partir da questão: qual a utilidade do governo em um sistema que se organiza pelas trocas, e que estas são quem determinam o valor verdadeiro das coisas. Sendo que o valor verdadeiro se estabelece pelo mercado e este se torna assim, um sistema de veridição, estabelecendo o que é útil e o seu respectivo valor de troca.

O problema da utilidade será o critério de elaboração dos limites do poder público, e da formação dos direitos públicos e administrativos. Segundo Foucault (2008a), o princípio do utilitarismo abrange a partir do século XIX, os problemas tradicionais do direito. O direito é sempre geral, universal, válido para o conjunto dos indivíduos, difere da necessidade ou carência que é especifica e individual. Os direitos são conferidos como processos de governamentalização.

Assim, as políticas sociais no liberalismo se inscrevem entre as condições governamentais, para promover o bem estar da população e como estratégia de controle de riscos para a homogeneidade do sistema. As políticas sociais, entre as quais se coloca o campo da saúde, educação, habitação entre outras áreas estão elencadas como prioridades nos códigos de Direitos Humanos, visto a necessidade de garantias mínimas para o pleno exercício da liberdade e dos direitos fundamentais. Estes direitos, ditos de segunda ordem, que se referem aos direitos sociais e econômicos, concorrem ainda como estratégias para a governamentalidade.

A tarefa do Estado de garantir a defesa social, passa a exigir estratégias de gestão de riscos, sendo uma característica das tecnologias de segurança, prever condutas ou necessidades dos governados, que oferecem tensão no campo social. Assim o controle dos hábitos, da conduta passa a ser objeto das práticas sociais como a saúde, a escola, a empresa entre outros que fazem parte da racionalidade de gestão sociopolítica da vida, no âmbito público e privado.

A ampliação de direitos políticos, na dimensão do público, tais como direitos à saúde, à igualdade, à vida; e ainda direitos privados tais como: direitos de desenvolvimento individual através da educação, da ética e da religiosidade estabelecem uma regulação e um controle, encontram-se associadas como tecnologias de segurança no contexto de governamento liberal moderno (MARTINS, 2012).

Segundo Foucault (2014) a racionalidade liberal, trabalha para produzir um sujeito que assume através do engajamento e de adesão, procedimentos que

constrangem e incitam a obediência para atender aos seus interesses, e assim livremente os indivíduos se encontram em uma relação de saber-poder coletivo, em uma sociedade individualista e atomizada, sendo que a aquisição de direitos nesta conjuntura contribui para a redução de tensões e para a segurança do coletivo.

No campo da saúde mental, encontra-se o dilema acerca da reivindicação de direitos especiais tais como: benefícios de renda, moradia, transporte e trabalho; a luta por direitos civis, tais como: contra o estigma e a tutela, na garantia de reinserção social; e a construção de um contexto afirmativo em relação aos direitos de igualdade para pessoas que vivenciaram a segregação e a violência da instituição manicomial. Os trabalhadores do CAPS de Alegrete entendem a construção de alternativas de trabalho, cursos, acesso à habitação, entre outras oportunidades de inserção como direitos a serem garantidos em especial para essa população.

> Nem os ditos sadios estão tendo muito espaço de trabalho principalmente, e o doente mental muito menos. A gente busca as situações paliativas de geração de renda, orienta eles a cuidar da casa, construir uma horta, estudar, algumas situações bem básicas, de dia-a-dia para poder ir melhorando as condições de vida. Então a gente foi somando isso ao nosso trabalho como uma forma de ajudar a pessoa a se estruturar melhor emocionalmente, mesmo para enfrentar as dificuldade que a vida impõe [...]. Na verdade a associação começou atendendo esses direitos dos usuários, é... portadores de sofrimento mental [...] [T 35-2006].

No percurso da reforma psiquiátrica brasileira, a luta pelos direitos inalienáveis ao homem, foram compromissos assumidos pela plenária do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru-SP e registrados em seu Manifesto Final. Este congresso é reconhecido como um marco na Luta Antimanicomial no Brasil, e como o espaço onde se constrói o lema "*Por uma sociedade sem Manicômios",* marca nacional do Movimento de Reforma psiquiátrica no país. Assim, a incorporação de aspectos relacionados aos direitos humanos, civis e sociais, encontra-se no conjunto das transformações pretendidas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Esta marca da perspectiva de garantia de direitos é presente no discurso da desinstitucionalização, assim como nas experiências de reformas na área psiquiátrica realizadas em países europeus e na America do Norte, que de diferentes formas contribuíram para a construção do processo brasileiro.

Amarante (2003) abordando a trajetória do Movimento dos Trabalhadores em saúde mental, na luta pela implementação da reforma psiquiátrica, considera que os trabalhadores, foram os atores e sujeitos políticos fundamentais neste processo. O autor refere a “crise da DINSAM” (Divisão Nacional de saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela política de saúde mental, como o fator desencadeante do processo de luta por reformas no ano de 1978, ao organizar uma greve devido às precárias condições de trabalho e o ambiente de violência, ameaças e agressões a que eram submetidos pacientes e trabalhadores nas instituições psiquiátricas asilares no Rio de Janeiro.

O movimento dos trabalhadores se inicia com base em graves denúncias, e passa a receber apoio do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e do Movimento de Renovação Médica (REME), assim como de outras organizações da área da saúde. A luta por uma assistência humanizada, por espaços de tratamento e cuidado em condições dignas, parte assim dos trabalhadores que igualmente são afetados pela violência institucional e que se encontram privados de direitos, assim como os pacientes de instituições psiquiátricas (AMARANTE, 2003).

A mobilização dos trabalhadores repudia ainda, às políticas de privatização do setor e a posição das universidades que se abstém de seu caráter crítico frente ao utilitarismo que se instala nos cursos da área de saúde, com pressões do mercado. Este movimento consolida-se pela perspectiva da luta pela transformação no sistema de atenção à saúde, vinculada à luta de demais setores sociais na busca por justiça social, pela democracia e garantia de direitos humanos, sociais e políticos para o conjunto da sociedade.

Esta primeira fase do processo de reforma, no fim da década de 70, está relacionada à luta por democracia e pelo estado de direito, após o período ditatorial, assim como ocorre na Europa, onde surgem movimentos de luta por direitos humanos e contra violências de toda a ordem, no período do pós-guerra (AMARANTE, 2003).

Segundo refere Basaglia (1979), a participação popular no processo de reforma psiquiátrica é um diferencial em relação a outros movimentos que se estruturam sobre bases de instituições, técnicos, corporações, ou categorias profissionais. A mudança cultural e social produzida é fundamental para a manutenção de outra relação da sociedade com a loucura, onde a segregação não tem mais espaço. Assim, é possível visibilizar em Alegrete que o trabalhador se

afeta diretamente enquanto sujeito, que assume um papel critico e de transformação individual, coletiva e institucional quando se propõe a operar neste campo. Assim, refere uma trabalhadora de Alegrete, sobre o trabalho construído em saúde mental no município:

> [...] começou com a reforma, defendendo um projeto que era contra hegemônico, a sociedade não queria muito, mas não tinha muita opinião sobre isso, mas o modelo instituído no município não era favorável e assim a equipe toda bancou e mostrou que era possível [...] [T 16- 2011].
>
> Tu não fica focando na questão da doença e sim na pessoa [...] na pessoa, porque na real às vezes elas nem vem falar sobre a doença, elas vem falar sobre a casa, sobre a família, assim sabe? [...] é a parte da informação, da orientação, dos direitos e essas coisas [T17-2014].

A participação popular e a militância neste movimento encontram rupturas em determinados momentos, com dissidências e problemas relacionados à diversidade da inserção social, cultural e profissional, de técnicos e atores diversos, que enfrentam discordâncias em relação aos saberes, poderes e práticas do modelo médico psiquiátrico (AMARANTE, 2003).

A institucionalização da proposta da atenção psicossocial produz nos trabalhadores, a necessidade de posicionar-se frente às transformações que a reforma psiquiátrica comporta, e que se estendem para as práticas diárias de trabalho e para o modo como se passa a conviver com a loucura no cotidiano, fazendo o discurso desinstitucionalizante concretizar-se na garantia dos direitos humanos e sociais.

> Aqui em Alegrete basicamente o CAPS sempre teve essa atuação bem firme, mesmo que a gente tenha, e nós temos. É hoje, não apareça a sociedade não sabe, porque a gente nunca fez questão de expor isso, mais a gente tem duas correntes, a que defende a reforma psiquiatra, e nós não temos dúvidas em relações as diretrizes da reforma psiquiátrica, nós defendemos igual, nós temos é divergência nos métodos a forma de lidar de fazer a política e aí são distintos, mas já a sociedade já sabe quem somos [T35-2011].
>
> A nossa relação é bem, é bem de cidadania, a gente estimula os usuários à participar do conselho de saúde, de audiências na câmara de vereadores, deles poderem sair da do âmbito da saúde e ir para o âmbito da educação, estudar, do âmbito jurídico se tem que ir em um advogado, a gente estimula enquanto técnicos aqui no serviço dos usuários vivenciarem e serem, cidadãos, buscar seus direitos, transporte, poder é no dia a dia [T 11-2011].

Durante o estágio de doutorado sanduíche na cidade de Trieste-Itália foi possível ter claro que ainda naquela cidade onde teve início nos anos 70 a reforma psiquiátrica e uma rede de atenção à saúde mental pública, foi capaz de substituir o hospital psiquiátrico, as questões referente aos direitos humanos, estão presentes na pauta de discussão e na agenda diária dos profissionais e dos coordenadores de saúde mental. Assim registro em diário de campo as colocações de um dos profissionais, em uma reunião da COPERSAMM (Conferência Permanente pela Saúde Mental no Mundo).

> A questão da cidadania surge, através da fala do profissional X. Ele traz suas preocupações quanto ao que as pessoas conhecem sobre seus direitos. Pensa que um projeto que está para ser proposto para a rede, pode colaborar com uma retomada das questões às claras que envolvem a cidadania e que se encontram um tanto a margem no processo de desenvolvimento da própria rede, como se fosse este um passo já concluído, do que este discorda [DC- Trieste -2014].
>
> O DSM departamento de saúde mental de Trieste, através de seu departamento de direitos humanos, desenvolve projetos de recursos médicos e sociais, relacionados à prevenção, tratamento e reabilitação [DC-Trieste -2014].

Em uma perspectiva sociológica da loucura e das instituições psiquiátricas, o movimento pela reforma, trabalha neste período pela democratização destas instituições, pelo fim da violência, de instrumentos e meios repressivos, da desigualdade, pela garantia de direitos da população interna nos manicômios e no entanto, produz também outras formas de controle social e mecanismos de normatização da saúde.

Ainda hoje muitos trabalhadores que atuam nos serviços de CAPS, cujo projeto prevê a ruptura com qualquer prática de limitação dos direitos da pessoa, questionam e problematizam suas práticas, em relação a manutenção de medidas de controle e direcionamento da vida do sujeito. Essa discussão está presente entre os trabalhadores de Alegrete como nos excertos a seguir:

> Aqui no caso, quem decide tal usuário vai pra tal oficina ou pra outra é a terapeuta ocupacional [...] ela que decide, tal usuário vai para tal oficina [T01- 2011].
>
> O profissional [...] entrou na sala e disse ao usuário que ficou sabendo que no dia anterior ele estava no bar bebendo. O usuário confirmou. Disse que bebeu cerveja e que chegou em casa as 20h [...]. O usuário disse que nunca mais iria beber. O [...] disse que ele já falou isso várias vezes. [...] disse ao usuário que estava de olho nele [...] [DC 3- 26/07/11].

> [...] os profissionais podem participar na reunião deles e eles, usuários não podem participar da reunião dos técnicos, ele pensa que alguns usuários poderiam participar da reunião técnica [DC 1-04/08/2011].
>
> [...] O PTI não é participativo. Quem decide sobre as oficinas, são os profissionais, mesmo que o usuário, não goste da atividade indicada, tem que ficar [DC 1-04/08/2011].
>
> [...] A profissional 26 se emociona e chora ao referir a possibilidade de precisar abandonar os usuários de quem sempre cuidou indo até a sua casa e contribuindo para a melhoria de suas condições. Ela sempre se responsabilizou por pessoas em extrema vulnerabilidade, pessoas que não sabem sair de casa e fazer suas próprias compras, que não tomam banho, se não tem algum tipo de ajuda. Ela diz que nem todos os profissionais do serviço concordam com estas atividades, muitos acham que não deve-se fazer estas coisas [DC 1-19/08/2014].

As práticas referidas pelos profissionais fazem parte da rotina do CAPS e demandam ora uma postura de maior liberdade e acompanhamento para que o usuário do serviço possa andar na vida de forma autônoma; e ora atitudes de tutela, prescrição e empoderamento em relação à tomada de decisão e escolha nos diversos âmbitos da vida.

A problematização em relação ao controle e a normatização e o governamento da vida do outro, encontra-se presente entre os trabalhadores. Estes se debatem entre o caráter prescritivo e de poder profissional que a sociedade de modo geral demanda a estes serviços de saúde, e as concepções oriundas do processo de desinstitucionalização, do pensamento inclusivo e dos direitos inalienáveis do homem em conduzir sua própria vida.

A experiência italiana de desinstitucionalização discutiu a questão da simples humanização do manicômio e assim a manutenção de relações de custódia e tutela, entendendo que estas se perpetuariam nas relações de controle social, normalização e nas relações do saber médico e poder institucional.

Assim, também em serviços de saúde mental, de caráter comunitário e de portas abertas, os mesmos mecanismo poderiam se fazer presentes, considerando que este é um aspecto centrado na própria ciência psiquiátrica, em sua relação com a sociedade. Os pensadores da reforma italiana Basaglia (1979) e Rotelli (2001) nos alertam sobre a aliança entre a medicina psiquiátrica e a justiça, operando na regulamentação da conduta do louco de forma a garantir a homogeneização do social. Assim, a luta pela garantia de direitos humanos das pessoas em sofrimento

psíquico, torna-se uma meta, um lema, neste limiar, de também responder a demanda social da normalização e governamento da vida do outro.

A própria perspectiva clínica da psiquiatria clássica, promove uma anulação do sujeito louco, quando estabelece uma relação de negatividade com a doença, enquanto expressão de desrazão, relegando assim a singularidade. O modo de atenção psicossocial trabalha com foco na produção de subjetividade, porém impregnado pelos conceitos de negatividade da doença mental e situações dela decorrentes.

Desta forma se questiona a luta pelos direitos do louco, no campo da reforma, entre medidas de proteção, pelas características de vulnerabilidade em que se encontram, porém, cientes de que estas podem promover a incapacitação, a dependência e a tutela. Os próprios serviços de CAPS quando se institucionalizam assumem aspectos organizativos de limitação de liberdades, de normalização do sujeito expressos em muitas de suas práticas.

> Há controle de tempo, é cobrado o atraso mesmo que de minutos. A dinâmica destas é como de uma escola. Com horários bem definidos. Os usuários não escolhem as atividades, os técnicos é quem indicam, em função dos horários e disponibilidades. [...] o serviço trabalha muito em função de responder a queixa e ao sintoma, faz muito controle da medicação [DC 1- 05/08/2011].
>
> A medicação é indispensável [T 01- 2014].
>
> Quem é certo, eu estou certa? a gente as vezes tem vontade de fazer alguma coisinha diferente, para ver como é que fica [...] a gente tem que ter seu limite, ter seu equilíbrio, [...] eu acho que tem ter o medicamento controlado, a família ajudando [...] sem o controle do médico não tem [...] [T 15-2014].
>
> O que não viável é o extremo, então tem que respeitar o espaço de loucura, mas no entanto tem que também ter o controle, não com medicação exagerada, nem com contenção de forma não expressiva, tem que saber respeitar, tem que dosar, tem que saber o que é o momento de crise o que não é, tu não precisa institucionalizar a todos os pacientes que estão em crise [T 09-2014].

A reforma psiquiátrica ao ocorrer associada à reforma sanitária, sofre um movimento de institucionalização, quando o Estado absorve os princípios do projeto político sanitarista, tornando constitucional o Sistema Único de Saúde (SUS) e compromete-se com a política de saúde universal, com princípios de integralidade, hierarquização e equidade.

Ao tornar-se uma proposta de governo, com propostas de reorientação da assistência psiquiátrica, no modelo de co-gestão, entre os Ministérios da Saúde e da Previdência, deixa-se de rever os marcos conceituais da psiquiatria, o papel técnico, as técnicas de normatização da população, a construção de saberes hegemônicos, enfim entra-se em um período em que se realiza planejamento, mudanças estruturais e organizativas, mas não se aprofunda o pensamento crítico sobre o paradigma psiquiátrico e suas implicações para o sujeito. A perspectiva desinstitucionalizante com que se iniciam as discussões sobre o modelo de atenção psiquiátrica, sofre assim um declínio no início da década de 80 até a realização da 8ª Conferência de Saúde e a 1ª Conferência de Saúde Mental (AMARANTE, 2003).

O processo de desinstitucionalização brasileiro constrói-se em uma trajetória de participação de seus diferentes atores, trabalhadores, familiares, usuários e movimentos da sociedade civil, que nas Conferências de Saúde, e saúde mental em âmbitos municipais, estaduais e nacionais definem os rumos, os objetivos e o modo de ofertar serviços de saúde mental à população brasileira.

Assim, a partir da 8ª Conferência de Saúde e da 1ª Conferência de Saúde Mental, entre outros temas encontra-se de forma central, a questão dos direitos, deveres e legislação. A saúde como direito é destaque no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Amplia o conceito de saúde e inclui neste a garantia de qualidade de vida, estabelecendo compromisso do Estado por garantir condições dignas de vida, acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, para o pleno desenvolvimento do ser humano em sua individualidade. A noção dos direitos sociais e civis como conquista social e política emerge fortemente nestes espaços de participação e decisão coletiva, após um período histórico em que ocorrem profundas desigualdades e posturas autoritárias e ditatoriais do Estado.

Para Deleuze (2014 p. 36) os direitos precisam ocorrer enquanto criação, isto para o autor, se faz com a criação de situações, onde o direito é concretamente operado, criando-se assim a invenção da jurisprudência, que é o único meio de afirmar o direito, ou seja, na vida. O direito assim, se trata de direitos da vida. “Não se trata de direito disso ou daquilo, mas de situações que evoluem.”

No momento de luta pela reforma psiquiátrica, se faz potente a criação de espaços onde concretamente se trabalha em saúde mental, não só nas inúmeras

iniciativas que ocorrem pelo país de atenção psiquiátrica junto às Unidades de Saúde de base comunitária, mas ainda em cooperativas de trabalho, de arte, em associações de familiares, de trabalhadores. Enfim, o movimento de reforma se produz, para além dos espaços de cuidados de saúde, nos agenciamentos de aproximação com a loucura, em acontecimentos múltiplos de reflexão, discussões, ações políticas, acadêmicas e sociais, acerca do tema da loucura, e associado a este encontramos sempre presente, o discurso dos direitos humanos. Luta-se pela garantia de direitos iguais, direito à liberdade, à inclusão social.

A saúde mental em Alegrete organiza-se tendo estas premissas como norte para a organização de seu processo de trabalho e para sua afirmação enquanto espaço substitutivo a lógica manicomial. Nos excertos da página virtual da saúde mental de Alegrete, encontramos essa apresentação de sua política de saúde mental:

> A atenção integral em saúde mental evidenciada pela Reforma Psiquiátrica tem comportado uma série de procedimentos técnicos que ampliam a prática para além do território da clínica tradicional e em direção da interdisciplinaridade na rede, na atenção e na gestão do cuidado. A começar pelo sujeito atendido. É cidadão, com direito à saúde, senhor da sua história, biografia e, principalmente, da história de seu sofrimento psíquico. Retirá-lo da crise, exige a articulação de inúmeras iniciativas intersetoriais, reordenantes de suas necessidades múltiplas, quer sejam de ordem afetiva (amor, família, amizade, reciprocidade, etc), material (renda, moradia, comida, trabalho, cultura, lazer, etc) e/ou clínica (psiquiátricas, psicológicas, psicossosiais, sistêmicas, etc).[...] Em todos os casos, a superação do sofrimento passa por construir a cidadania, o direito à saúde, a solidariedade, a convivência e a defesa da vida (ALEGRETE, 2011).
>
> As Semanas dos Direitos Humanos têm sido espaço de mobilização para uma sociedade sem exclusões. [...] para alertar nosso povo contra os abusos aos direitos humanos, num movimento pedagógico e ecologicamente vivo (ALEGRETE, 2011).

A reforma psiquiátrica nasce de processos de luta, pelos direitos do louco e pela inclusão deste na sociedade, e faz uma revolução ainda em processo, quando propõe uma ruptura paradigmática e de transformação, não só de práticas, mas de subjetividades, de modos de vida, de transformações plurais, que afetam a realidade pelo potencial de criação que comportam, conforme o conceito de revolução molecular de Deleuze e Guatarri (1996). Para os autores, a revolução que se faz todo o dia, nas pequenas coisas, inventando novas formas de viver o próprio desejo, não se deixando capturar e controlar, criando novas realidades em

pequenas revoluções, permanentes e de intensidade capazes de produzir novos modos de agir.

A organização mundial da saúde (2001) destaca a saúde mental, e os usuários destes serviços de saúde, como um grupo em vulnerabilidade e com necessidades especiais e diferenciadas, principalmente em relação aos direitos de pessoas egressas de hospitais psiquiátricas. Neste contexto Lima (2001 p.90) afirma que:

> [...] a vulnerabilidade de determinados grupos, combina as condições econômicas, sociais e culturais na perspectiva da determinação de limites que precisam ser ultrapassados no sentido do respeito aos direitos humanos de forma abrangente.

Assim, as questões dos direitos destes cidadãos se configuram de modo diverso e exigem do Estado atenção diferenciada. Nesta linha de argumentação se constrói a perspectiva de ações compensatórias, frente às desigualdades que se associam. O discurso da desinstitucionalização pressupõe através da política de saúde mental, um conjunto de direitos sociais, além de direitos civis e políticos, a serem acessados por esta população específica.

Henning (2008) discute o projeto de modernidade em que a justiça social se consolida enquanto projeto coletivo de uma sociedade que garante direitos humanos individuais, e que, no entanto, se propõe a universalização, tratando de trabalhar com perspectiva de que estes estejam acessíveis a todos, de forma igualitária. A autora entende, entretanto, que o modelo proposto, expulsa a alteridade e a singularidade, através de uma estratégia de redução da potencia de afetação pelas diferenças.

> No momento em que se garante o individualismo, se expurga de certo modo a alteridade, mas aqui de uma outra maneira, diferente daquela anunciada pelos ideários da igualdade: reconhece-se o Outro, mas reduzindo a potência de afecção dessa diferença. Busca-se garantir o direito às escolhas individuais das formas de viver, sem a preocupação direta da interferência disso sobre a vida coletiva (idem p. 187).

Esta proposição que comporta processos de individuação e totalização atende aos princípios da governamentalidade liberal. Estes podem ser entendidos a princípio, pela perspectiva da razão de estado, onde o foco é a regulação e a garantia da satisfação minuciosa das individualidades de forma a garantir, de modo

totalitário, a manutenção e a força do estado, na modernidade. E posteriormente, na governamentalidade liberal, onde essa forma evolui para uma complexa compensação entre interesses individuais e coletivos, com metas de utilidade social, do lucro econômico, entre o equilíbrio do mercado e o regime de poder publico, entre a liberdade dos indivíduos e sua dependência do Estado (FOUCAULT, 2008a).

Retomamos a afirmação de Henning (2008) acerca das consequências destes processos para a alteridade e a singularidade dos sujeitos coletivos, alvos das políticas públicas, entre as quais, a política de saúde mental. Pensamos no campo psiquiátrico, onde o discurso desinstitucionalizante porta uma perspectiva de afirmação de diferenças, entendendo que a loucura, sendo inerentes ao humano, pode encontrar seu lugar, no espaço do coletivo.

Porém, a estratégia referida anteriormente, de que este processo ocorre a partir de uma redução de afetação, parece ter sentido quando se trabalha exaustivamente para que a sociedade incorpore a ideia de que *somos todos iguais*, e *sujeitos de direitos* e assim minimizando as diferenças, promove-se a inclusão de qualquer indivíduo, invisibilizando-o no conjunto totalizante da sociedade.

> A sociedade hoje em dia tem de desmistificar, até esse termo louco, eu acho que não poderia nem existir mais, eu acho que são pessoas que são um pouquinho diferenciadas, mas não pelo fato de terem um problema psíquico, mental, eu acho que eles são seres humanos, gente como nós, e nós também não somos normais [T 08-2014].

Trago esta discussão pela pertinência no contexto deste estudo, em que procuramos compreender como o discurso dos direitos humanos dá condições de possibilidade para o discurso da desinstitucionalização, na contemporaneidade, e que encontramos o ideário dos Direitos Humanos e sociais afetando os trabalhadores do CAPS que se implicam na luta por sua garantia, transformando assim sua visão de mundo e seu modo de relacionar-se no cotidiano da prática profissional.

> Já vivi mudanças,[...] é uma área bastante interessante, é tentar entender o outro é bem dificil [...] ver as diferenças de cada um e saber aceitar [T 19-2014].

> É um direito de cada um ter a expressão de si, a gente pensa mais no sujeito hoje em dia [T 28-2014].

> [...] É isso por essa construção, da politização do usuário, da defesa de seus direitos. Quer dizer, não passa só por um processo técnico [T16-2006].
>
> A secretária de saúde [...] faz um discurso longo. Fala de todas as onquistas do serviço até aqui e das lutas pela saúde mental com qualidade à população, com respeito aos direitos e garantia de acesso à saúde [DC1-2011].
>
> A profissional [...] explica toda a proposta do serviço, sobre a importância de preservar os direitos das pessoas, exemplifica que amanhã ou depois qualquer um de nós pode vir a enlouquecer e será que gostaríamos de ser interditados [DC 3- 2006].

O processo descrito certamente não invalida os efeitos desta política pública de saúde, sobre os sujeitos loucos e sobre os trabalhadores, que se afetam individualmente e coletivamente, na produção desta micropolítica de cuidado, como é possível identificar nas colocações dos trabalhadores. Porém, entender como se constituem as condições discursivas de defesa do controle social, para que se consolide o ideário inclusivo, com processos de totalização e massificação possibilita, entretanto, que os trabalhadores questionem suas práticas e seu saber, enquanto modos e estratégias de normalização e governamento individual e coletivo.

A defesa e garantia dos direitos humanos, e as políticas de inclusão estão na ordem do pensamento da sociedade moderna, associados então ao modo como se organizam as políticas públicas, em diferentes áreas, tais como na educação e na saúde e podem ser compreendidos como discursos que Foucault (2010) nomeou como de defesa da sociedade. Discursos estes que produzem múltiplos efeitos, entre os quais a manutenção do pensamento do mesmo, onde a garantia das diferenças individuais, se dão sobre condições de um padrão a ser seguido, uma norma que estabeleça homogeneidade e segurança.

Nesta perspectiva podemos questionar estes discursos, enquanto possíveis produtores de processos de dominação, no sentido dado por Foucault ao termo, isto é situações em que se encontram bloqueadas as relações de poder, pelo submetimento do outro a rígidos padrões de enquadramento social.

Veiga-Neto e Lopes (2013), entretanto, afastam-se do conceito foucaultiano de dominação, e entendem como relações de dominação, as estratégias que se propõe a trazer o outro para o domínio do mesmo, isto é, que estabeleçam ao outro, padrões de normalidade, ou de lugar comum, àquele que de qualquer modo diferencia-se, sendo enquanto anormal submetido a ações de contenção, condução

ou tutela. Estas ações se processam pelas áreas de educação, medicina, psiquiatria e justiça, e que enquanto saberes de cunho científico, estabelecem as premissas que balizam os limites da normalidade e do enquadramento do indivíduo no contexto da sociedade neoliberal. Nestas, entretanto, estão presentes as relações de poder, considerando que existam possibilidades de resistência, de mobilidade e reversibilidade.

O discurso dos direitos humanos, assim como a premissa idealizada de igualdade entre os indivíduos, que compõe o conjunto social, produzem um consistente *corp*us discursivo de teor inclusivo, que atua como uma poderosa política, que Veiga-Neto e Lopes (2013) definem como uma biopolítica, que se processa pela tutela e o controle. A política inclusiva coloca-se como uma estratégia do neoliberalismo, que apelando para os princípios universais dos Direitos Humanos, efetiva a homogeneidade social, garantindo assim níveis de segurança para a população e para a estabilidade do próprio sistema.

A racionalidade neoliberal molda no âmbito político, social, econômico e cultural, um modo de vida e de funcionamento individual e coletivo, que trabalha nas malhas mais tênues do corpo social, imbricadas nos saberes produzidos e nas verdades estabelecidas pela ciência e defendidas pelas instituições. Imersos neste cenário, ainda existe a possibilidade do pensamento, da dissidência, da resistência e da contraconduta. Esta última, Foucault (2008) entende como uma ação inventiva, capaz de criar outros movimentos, alternativas que diferenciem o caráter e o rumo de uma situação.

Nesta perspectiva, entendemos que o movimento de reforma psiquiátrica, que se processa através do discurso desinstitucionalizante, encontra possibilidade de constituir-se a partir do discurso dos direitos humanos, das premissas de igualdade e das políticas inclusivas, portando as características de uma biopolítica de normalização e homogeinização social.

Entretanto, o modo como o discurso da desinstitucionalização, opera no movimento de reforma psiquiátrica brasileira, produz um movimento de criação e inventividade relacional e conceitual no campo psiquiátrico, da cultura, da sociedade e nos modos de subjetivação de seus protagonistas, alterando os modos de existência dos sujeitos envolvidos no processo. As experiências de Alegrete, afirmam a potencialidade de seu movimento de reforma e o situamos em uma perspectiva de contraconduta, no modo como transforma e mobiliza a ordem

estabelecida no município em sua relação com a loucura. As informações presentes em sua página virtual, são documentos do processo desenvolvido.

> O nosso sonho sempre foi o de construir o protagonismo municipal nas ações em saúde e saúde mental [...]. O princípio de ser continente da dor e do sofrimento das pessoas e construir uma rede de cuidados para transformar essa dor em projetos de vida e de futuro, fez com que utilizássemos recursos humanos, culturais, materiais e financeiros disponíveis na saúde local (ALEGRETE, 2011).
>
> Nestes 18 anos de afirmação da vida, nossa experiência em Alegrete, viveu vários momentos de transformações dos modos de cuidar e de gerenciar este cuidado. A primeira delas refere-se ao conceito que adotamos para trabalhar a saúde mental: (...) processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer políticas, ciências e gestões no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes para a criação de projetos de vida (ALEGRETE, 2011).
>
> A esse processo coletivo que criamos, com profunda raiz no movimento social, chamamos de diálogo com o município [...]trata-se de um tríplice rompimento: com o silêncio, sobre os aspectos que fazem adoecer por que causam sofrimento psíquico; com a vergonha, por que tem a ver com os aspectos de organização da sociedade para lidar com a loucura e o sofrimento [...]. E com o medo , que implicou em trazer à roda, os aspectos de singularidade de cada caso e responsabilizar a sociedade em sua produção. A sociedade tem medo do que não conhece, e por desconhecer, rejeita e exclui (ALEGRETE, 2011).
>
> Revelar os diferentes sentidos, do louco e da loucura, em sua dimensão cultural tem sido transformador dos espaços institucionais. Romper com o medo, a vergonha e o silêncio tem sido um processo dialógico, nos diferentes espaços de subjetivação: individual, coletivo, institucional e cultural (Fagundes, 2006). Em muitos momentos nossos usuários, diziam que participar de grupos de convivência e oficinas de saúde mental era desencorajador, na medida em que tinham que assumir uma série de vivências, que não comportam a escuta coletivas. Quando experimentavam o espaço do coletivo, a solidariedade e o compartilhamento destas vivências lhe davam a dimensão de que o sofrimento poderia ser substituído (ALEGRETE, 2011).

Segundo Foucault (2008, p.534), as “contracondutas constituem, em cada época, o sintoma de uma crise de governamentalidade" e são mobilizadas pela sociedade civil, pela nação ou população. Assim, pensamos especificamente o caso do movimento de reforma psiquiátrica, no contexto atual das relações da sociedade com a loucura, e com processos de subjetivação que fogem a norma padronizada pela medicina.

A experiência da reforma psiquiátrica de Alegrete afirma a potência deste movimento, que se constrói através de micro-revoltas promovida pelos trabalhadores de saúde, civil, pessoas com a experiência da loucura e seus familiares de forma a

construir outros modos de pensar, agir, conviver e entender o sofrimento psíquico e a loucura.

As lutas por transformações sociais e garantia de Direitos Humanos, entre outros direitos especiais e sociais, se articulam neste movimento de modo a operar relações diversas no campo da saúde, da psiquiatria, e sobretudo no campo social e político, tais como outros modos de cuidar e conviver com a loucura, nos CAPS, nas cooperativas sociais de trabalho e nas residências terapêuticas e moradias espalhadas nos municípios brasileiros, na atualidade.

Segundo Foucault (2012 p. 10) “O discurso não é simplesmente as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo pelo o qual se luta, o poder do qual nos queremos nos apoderar.” E nesta linha de pensamento, colocamos a desinstitucionalização psiquiátrica, como um discurso de saber e uma tecnologia de relação e de atenção à loucura, que se enuncia no movimento de reforma e que coloca-se no risco, decorrente de institucionalizar-se, ao alcançar o status de política pública, de perspectiva inclusiva e garantida por direitos constitucionais. Porém, conserva em suas premissas e estratégias recursos para produção de outro lugar para a loucura na ordem social, em ações micropolíticas e principalmente na produção subjetiva daqueles que se envolvem em sua realização e concretização, usuários, trabalhadores e a sociedade em geral.

A função do discurso dos direitos humanos estão em coexistência com o projeto da desinstitucionalização psiquiátrica, assumindo junto a esta, uma função específica, no que se relaciona ao plano ético e político, que pressupõe perspectivas de vida em sociedade, à pessoas que estiveram reclusas em instituições manicomiais. A suspensão dos direitos de modo geral, incluídos os direitos humanos, ditos de primeira ordem, como a liberdade e as condições dignas de vida, são aspectos marcantes do modo asilar de atenção psiquiátrica.

Deste modo, entendemos que o discurso dos Direitos Humanos, se encontra de modo exterior e em coexistência, com áreas de especificidades e delimitações com o discurso de desinstitucionalização psiquiátrica, emergindo a partir de acontecimentos histórico, políticos, econômicos e sociais da modernidade, tais como a racionalidade liberal, da qual decorrem fenômenos específicos da contemporaneidade.

A lógica de uma sociedade inclusiva surge na esteira destes discursos, aliada a estes, e de modo a possibilitar, que as iniciativas desinstitucionalizantes se

processem em decorrência de seus princípios. Assim abordarei mais especificamente a temática do processo de inclusão, que ocorre em diferentes âmbitos sociais.

5.4 A Inclusão

A modernidade nasce marcada por um desejo de ordem, e pela intolerância à diferença, o que promove o surgimento de uma sociedade que busca o controle e o esquadrinhamento de sua população, para melhor estabelecer o governamento. A diferença ou a anormalidade é pensada, assim como desordem, o caos. As práticas inclusivas, objetivam a correção e a organização social (VEIGA-NETO, 2001).

O ideário inclusivo, presente de forma imperativa na sociedade ocidental contemporânea, é um preceito inserido na ordem do discurso da atualidade, dando condições de possibilidades para o gerenciamento dos sujeitos na governamentalidade neoliberal (SANTOS, 2010).

A inclusão coloca-se como uma estratégia imprescindível ao projeto neoliberal, oferecendo a perspectiva de mobilidade nos diversos setores da vida individual e coletiva, acenando com níveis de progressão, emancipação e autonomia. O jogo neoliberal oferece oportunidades ilimitadas para a sociedade civil constituir-se e encontrar sentido e objetivos a serem alcançados. As premissas de igualdade de oportunidades, direitos a serem garantidos e a premissa de estar incluído no campo social, e apto a participar do jogo econômico, político e cultural, são práticas que constituem a racionalidade neoliberal (SANTOS; KLAUS, 2013).

Para a concretização do controle e governamento da sociedade, em diferentes setores da vida individual e coletiva, garantindo a lógica inclusiva, coloca-se em produção, um conjunto de saberes entre os quais a Pedagogia, a Estatística, a Economia e a Demografia, a Saúde Pública, e nesta, as áreas de Psiquiatria, a Psicologia, a Psicanálise e a Psicopedagogia (VEIGA- NETO, 2000).

Estes campos de saberes trabalham para a construção de uma terminologia técnica e culturalmente difundida, que pressupõe a classificação, o ordenamento e a organização dos indivíduos no contexto social, que se intensifica e se consolida no ideário da modernidade, e está presente no ideal de homem e sociedade contemporânea.

Assim, no período moderno, a partir do século XX, as políticas educativas foram as primeiras a serem transformadas a partir dos ideais de inclusão. Estas se tornaram menos focadas na transmissão da cultura, mais intencionais e programáticas, produzidas por múltiplos agentes, tais como o Estado e a igreja, mas também por partidos políticos, por grupos sociais, culturais e profissionais.

Deste pluralismo de projetos toma corpo um processo complexo, caracterizado por exclusões e interferências, mas que estrutura em profundidade os processos de socialização e de formação dos indivíduos. O processo de transformação no pensamento educacional, denominado processo civilizatório, produziu um conjunto de saberes e práticas para a formação da população para a vida social, com princípios de ordem, produção e eficiência, com vistas ao progresso e o desenvolvimento econômico e social (CAMBI, 1999).

A mobilização da escola moderna tem como atribuição o estabelecimento de saberes, de importância estratégica para o governamento, segundo Foucault (2009). Esta propõe a direção da conduta dos indivíduos e grupos, quando estabelece o governo das crianças, das almas, e estendem-se às comunidades, às famílias, aos doentes. Para a efetivação da ordem social moderna, produziu-se em diversas áreas do conhecimento técnico-científico, saberes específicos, para fundamentar as categorizações que estabelecem as diferenças entre normais e anormais, saudáveis e doentes, e outras diferenças destas decorrentes.

Os saberes da área médica que produzem os padrões de saúde e doença se associam a fundamentações jurídicas, psicológicas, educacionais e outras para operar a nível individual e coletivo, exercendo poderes micro e macropolítico de governo da população. Estes saberes se caracterizam como uma estratégia biopolítica que estabelecem padrões para o gerenciamento da população, assim como para prevenir os possíveis riscos à segurança da sociedade.

Segundo Foucault (1980) estas estratégias emergem no século XVIII com os dispositivos disciplinares, que se dirigem ao controle dos corpos e com o estabelecimento da norma, que define padrões de normalidade e anormalidade aos quais os corpos individualmente devem se adequar. No século XIX, a medicina social, compromete-se com o modo de controle e regulação da vida produzindo nosografias, classificações, e dispositivos de exclusão pela ótica da ciência, para a manutenção de uma ordem social normalizante e excludente.

Foucault (2010) em os *Anormais* refere que na idade média se encontram as primeiras medidas de exclusão em relação às pessoas que por adoecimento, causavam medo e estranhamento ao povo das cidades. Os leprosos foram excluídos do convívio social e proibidos de circular livremente. A expulsão era um modo de distanciar o que era percebido como risco para o conjunto dos indivíduos sadios. Os efeitos deste poder de exclusão eram a desqualificação, a rejeição, a privação e a morte.

A peste, ao final do século XVII e início do XVIII reativa estas posturas em relação aos excluídos, sendo não só apartados, mas controlados, por exames e vigilância, nos espaços em que eram reclusos, tais como em quarteirões específicos na cidade; em estado de quarentena, controla-se o espaço e o tempo. Inicia-se então um registro destes eventos de forma individualizada.

Este modelo de exame, controle e expulsão corresponde a uma tecnologia de poder, que diferente da ação de excluir para manter a saúde do todo, com a simples expulsão, passa a propor um controle que objetiva conhecer, para assumir medidas adequadas. Encontra-se aqui um poder positivo, que fabrica soluções, substituindo um poder negativo da simples exclusão. Este já é um processo de exclusão e inclusão funcionando paralelamente (FOUCAULT, 2002).

A idade clássica, no transcorrer do século XVIII, caracteriza-se por ter criado considerável conhecimento cientifico e industrial, e certamente pode ser reconhecida como o período histórico em que se inventam formas de governo e técnicas de poder. Um poder que não visa só à arrecadação, mas a produção, que não age por exclusão, mas por inclusão de seus elementos. Um poder que produz mecanismos de formação, investimento, acumulação e saber. “A idade clássica inventou técnicas de poder, que podem ser transferidas para suportes institucionais muito diferentes como os aparelhos de estado, as instituições, modelos de família [...] a idade clássica elaborou o que podemos chamar de uma arte de governar” (FOUCAULT, 2010. P.41).

A tecnologia de governo dos homens parte de um dispositivo fundamental chamada disciplina, que organiza, esquadrinha, e que está na matriz de uma série de instituições que tem como finalidade, a produção de normalização. Estas se encontram nas bases da educação, da medicina, das fábricas, exércitos e buscam intervir e corrigir no que é entendido como desvio, anormalidade, erro, não para excluir e sim para transformar.

Estes são fundamentos importantes para os acontecimentos relacionados às instituições psiquiátricas, que se constituíram como espaços de exclusão social e inclusão no campo da medicina, onde se pretende corrigir e transformar a *anormalidade.* A medicina elabora para este fim uma serie de dispositivos disciplinares e biopolíticos para o controle e a normalização da loucura.

A medicina que segundo Foucault (1980), até o século XVIII abordou o estudo da saúde e não da normalidade, entretanto, inverte seu objeto no século XIX, onde passa a regular os processos ditos normais, ocupando-se menos dos cuidados à saúde. Na segunda metade do século XIX e XX, a clínica médica debruça-se sobre o indivíduo, pronunciando sobre este um discurso de estrutura científica, com um foco individualizante, voltado para o sintoma, para a doença. A medicina social está a serviço de campanhas públicas de concepções higienistas e de padrões de saúde pública.

Na segunda metade do século XX a medicina social, passa a problematizar o processo saúde-doença, lançando um olhar para além desta polarização, incluindo o contexto de vida do sujeito e sua subjetividade.

Na contemporaneidade, a vida está sob o governo de múltiplas formas de regulamentação e governamento, assim a normalização passa a ser estratégia para promover a inclusão, dos ditos diferentes ou anormais, como uma tecnologia de seguridade que passa a ser um imperativo do Estado, em tempos de mundo globalizado.

As iniciativas de normalização utilizam-se das diferentes instituições sociais, que praticam a norma da disciplina e a norma da regulamentação. A norma produz a medida comum, uma regra ou um juízo, como um padrão a ser seguido. Este será produzido pelas ciências humanas e pelas disciplinas clínicas. A regulamentação é a estratégia de distribuição, organização e vigilância dos corpos e, por conseguinte, de um alcance maior de poder, que atinge assim a população.

As instituições escolares, hospitalares, religiosas, militares exercem um importante papel estratégico para a o exercício do poder disciplinar, com um trabalho de docilização dos corpos e de manipulação das condutas. O poder disciplinar conforme Foucault (1992) distribui os indivíduos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório, estabelece o controle do espaço e do tempo, sendo uma modalidade de poder fundamental para o desenvolvimento da

sociedade capitalista industrial, que se utiliza deste sistema de normatização e de vigilância para seu modo de funcionamento.

As disciplinas e as biopolíticas passam a instituir importantes procedimentos de saber-poder, polarizados em torno da organização e do desenvolvimento da vida. Nas sociedades modernas, a noção de poder analisada por Foucault (2009) está relacionada com as formas de controle e regulação dos indivíduos e das populações.

O biopoder volta-se ao governo do corpo-espécie e têm por objetivo a segurança, estratégia de governo que implica o aperfeiçoamento, o uso da informação e o conhecimento dos riscos, que na modernidade tardia, segundo Spink, (2001) tornam-se estratégias principais de gestão. De acordo com a autora, a noção de risco utilizada de maneira corrente pressupõe:

> [...] explorar as mudanças que vêm ocorrendo nas formas de controle social que nos possibilitam falar de uma transição da sociedade disciplinar, formação típica da modernidade clássica, para a sociedade de risco, formação emergente na modernidade tardia (SPINK, 2001, p. 1278).

Nesse contexto é possível falar da constituição de biopolíticas como forma de gestão dos riscos, e de, sobretudo, na contemporaneidade, da questão da seguridade e do próprio desenvolvimento social. Essa modalidade de enfrentamento de riscos trata-se de um componente importante da modernidade, tal como exemplo, a disposição de investir, aspecto principal da economia liberal, investe-se também em concessões para a garantia do equilíbrio e harmonia do sistema (SPINK, 2001).

O ideário constitutivo, e base da economia política da modernidade, é o liberalismo, que funciona pela governamentalização do Estado, moderando a liberdade econômica de mercado e o exercício da soberania. Foucault não pensa o liberalismo como uma teoria, nem como ideologia, e sim como uma prática, um modo de fazer, orientada e regulada por objetivos próprios, com uma forma de racionalização de exercício de poder em que obedece a regra da máxima economia: o máximo de efeito com o menor custo possível (CASTRO, 2009).

> A passagem de uma arte de governo para uma ciência política, de um regime dominado pela estrutura da soberania, para um regime, dominado pelas técnicas de governo, ocorre no século XVIII em torno da população, e por conseguinte, em torno do nascimento da economia política (FOUCAULT, 1992. p. 290).

O liberalismo, propõe o governo da sociedade, incluindo os sujeitos-cidadãos de modo a que participem cumprindo seus direitos e deveres, tornando-se parceiros, entre outras atividades, nos processos de produção de padrões de comportamentos e de subjetividades. Estes sujeitos identificam-se com as categorizações presentes no campo social, tais como, as de normalidade, anormalidades, adequações e inadequações que estabelecem lugares de inclusão e de exclusão.

O fenômeno político da modernidade, entre os quais: a centralização do estado, a burocracia, as diferentes políticas públicas, tais como as de saúde e educação, colocam em relação na sua concretude, o processo de racionalidade liberal moderna e as diferentes formas de exercício de poder. Estas visibilizam suas intencionalidades, incoerências, ambiguidades. Foucault entende que na forma política da modernidade, como em nenhuma outra sociedade, se estabelece uma combinação extremamente complexa de técnicas de individualização e de procedimentos de totalização (CASTRO, 2009), com fins de uma racionalidade com foco no governamento.

A racionalidade política contemporânea foca a condução de condutas individuais e coletivas, responsabilizando cada indivíduo pelo alcance de suas necessidades e pela contribuição de melhores índices de saúde, educação e desenvolvimento do país. Este modo de pensar e funcionar vai diminuir a dependência do Estado e tornar o cidadão responsável pelo desenvolvimento da sociedade em que vive. Surge assim na contemporaneidade, fortemente ampliado, o ideal de garantia de um conjunto de direitos civis e sociais, considerados básicos à vida em sociedade e que deve estar reconhecido pelo Estado, como de suas atribuições, fornecer ou propor às instituições responsáveis. Entre estes, prioritariamente está a educação, a saúde, a justiça, a segurança.

Proposições de afirmação de que o Estado está a serviço do cidadão, é trabalhada segundo Aranha (2004 p.8), de forma marcante na sociedade atual. Assim refere a autora:

> A ideia de uma sociedade inclusiva que se fundamenta numa filosofia de reconhecimento e valorização da diversidade, como característica inerente à constituição de qualquer sociedade. Partindo desse princípio e tendo como horizonte o cenário ético dos Direitos Humanos, sinaliza a necessidade de se garantir o acesso e a participação de todos, à todas as oportunidades, independentemente das peculiaridades de cada indivíduo e/ou grupo social.

O ideal de uma sociedade democrática onde todos podem conquistar seu espaço e exercer seus direitos, e a diversidade passar a ser respeitada, com reconhecimento político das diferenças, constrói o princípio da inclusão. Num contexto mundial, esse movimento passa a ser identificado, como inclusão social, sendo um processo fundamental para o desenvolvimento e a garantia do estado democrático (MENDES, 2006). O paradigma da inclusão se globaliza e passa a ser palavra de ordem, estendendo-se as diversas políticas públicas e ao cotidiano social.

A inclusão, segundo Santos (2010 p.29) pode ser entendida enquanto:

> Uma estratégia que tem como principal objetivo a gestão do risco social, que busca introduzir todos dentro do jogo econômico [...]. A inclusão pode ser entendida como um modo de regular as condutas do sujeito, fazendo com que ninguém mais se veja como dependente. Governam-se as ações dos sujeitos para que se possa minimizar a ação do governo estatal. Nesse sentido é que as ações que são distribuídas microscopicamente pelo tecido social podem ser chamadas de práticas de governamento.

Nesta perspectiva, as estratégias inclusivas podem estar associadas a ação de regulação da vida, produzindo condutas, subjetividades e identidades, ajustando o sujeito a um corpo social que produz e reproduz, ações de normalização, sendo estes um modo de funcionamento que opera com finalidades de poder biopolítico.

Para Foucault (2005) o poder se exerce não pela imposição de leis e sim pela constituição da norma, seja no exercício do poder disciplinar, que se dá em relação ao individuo; assim como na biopolítica, que objetiva o poder sobre as populações, com os processos de normalização, que é a regulação dos processos de vida de indivíduos e populações.

> A norma é o que se pode aplicar tanto a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regularizar (FOUCAULT, 2005. p.302).

A lógica manicomial trabalha com o conceito de anormalidade e frente a este, construiu todo um arcabouço de técnicas de regulação e exclusão. Já o discurso de desinstitucionalização psiquiátrica, traz em suas concepções o ideário da inclusão social, como modo de romper com a segregação imposta a loucura, pelo modelo manicomial.

Os conceito de norma, normalização, governamento, governamentalidade e biopoder se mostraram potentes para a análise da trama discursiva presente no campo psiquiátrico. As ferramentas conceituais de Foucault nos possibilitam entender a estruturação do paradigma psiquiátrico clássico, e de como este construiu a exclusão do louco, como anormal, da cena social. Estes também nos possibilitam estar atento às relações que os processos inclusivos na sociedade de direitos, assumem na perspectiva de afirmação da desinstitucionalização da loucura e os efeitos destes enquanto formas normalização.

Entendendo o conceito de norma em Foucault, pode-se dizer que esta se refere aos atos ou condutas dos indivíduos em um campo de comparação, de diferenciação e de regras a ser seguida a partir de uma média. A norma mede em termos quantitativos; e hierarquiza em termos de valores, ou seja, de critérios qualitativos. A partir destes, a norma produz uma valoração a ser atingida, homogeneizando os comportamentos; e por último a norma traça uma fronteira entre o que está incluído como normal e seu exterior, ou aquilo que está fora da norma, a diferença em relação a normalidade, ou seja a anormalidade (CASTRO, 2009).

Na sociedade de normalização a medicina ocupa um espaço central, sendo a ciência que estabelece os critérios de normal e patológico, e que se associa a outros campos de saberes, como o jurídico, o administrativo para exercer funções de regulação. O referencial teórico para o estabelecimento da normalização está nas ciências humanas, tendo como embasamento um saber clínico. O saber jurídico que predomina entre os séculos XVII e XVIII, na elaboração da lei, que sustenta o poder soberano, cede espaço para o saber médico, que estabelece os critérios de normalização, para a disciplinarização e para biopolítica, na regulação da vida. (REVEL, 2005).

O ato de governar para Foucault consiste em conduzir as condutas; sendo um conjunto de ações para determinar ações possíveis, isto é, trabalha para incitar, induzir, desviar, dificultar, limitar ou impedir ações e comportamentos dos sujeitos. O objeto do governo é a conduta dos indivíduos ou de grupos. O governo é também uma forma de relação que se estabelece consigo mesmo, no domínio e governo de si. No cruzamento destas ações se encontram os modos de objetivação e subjetivação do sujeito (CASTRO, 2009).

Para Foucault (2003) a governamentalidade é o conjunto das racionalidades, instituições, procedimentos técnicos, análises, táticas e estratégias que permitem o exercício de formas complexas de poder, que se dirigem às populações e aos indivíduos, no exercício da biopolítica, que incluí as técnicas de governo dos outros e de si. O autor chama governamentalidade, o encontro entre as técnicas de domínio dos outros e de si (REVEL, 2005).

O biopoder, descrito por Foucault (2005) articula as duas tecnologias de poder que se exercem sobre a vida, uma de mecanismos disciplinares e a outra de regulamentação. Estas associam-se de modo a gerir a vida em todos os aspectos, desde o corpo individual até o corpo espécie, ou seja, as populações.

A medicina torna-se um saber-poder que incide diretamente no controle político da vida, estabelecendo os conceitos de normal e anormal, assim como regulando os comportamentos individuais e coletivos através de padronizações de normalidade, com efeitos diversos e intensos sobre o modo de vida na contemporaneidade. A psiquiatria especificamente estabeleceu o controle sobre a vida do louco, com efeitos de segregação, derivados da atribuição de periculosidade e desrazão, entre outras determinações, que produziram um modo específico de vida para esse sujeitos, e para o coletivo, que cria assim uma série de equipamentos e saberes para responder a estas concepções de caráter excludentes.

A inclusão é uma condição para a governabilidade, possibilitando incorporar, controlar, e transformar os indivíduos e a sociedade, através de um poder-saber que se estende do corpo individual, para o conjunto da população. Assimilando as diferenças, produz critérios de uma sociedade organizada e normalizada. Assim, igualmente cria uma perspectiva excludente, do que deve estar fora na sociedade normalizada (FOUCAULT, 2010a).

Na obra de Foucault os conceitos de exclusão e inclusão, são termos polissêmicos, transitam conforme o objeto a que se referem, não fixando assim uma categoria. São sistemas dinâmicos de práticas, maquiagens de estratégias, resultados de dobras e efeitos de práticas sociais contextualizadas. Entendendo que o poder na modernidade, não funciona para exclusão, mas por inclusão densa e analítica dos elementos (SILVA, 2015).

A exclusão da anormalidade e de toda a diferença, produzido pelos processos de normatização, asseguram as práticas divisórias, onde o sujeito é dividido no seu interior e em relação aos outros, em processo de objetivação do sujeito. Constitui-se

em uma forma de poder que categoriza o indivíduo, o prende sua própria individualidade, impondo a este uma marca pela qual é reconhecido e se reconhece. Assim se caracteriza o que entendemos por sujeito, quando este se assujeita ao controle do outro ou a sua própria identidade, através do autoconhecimento. Esses processos criam os dispositivos que possibilitam o surgimento de campos de saber tais como a psiquiatria, sociologia, criminologia e da medicina clínica (FOUCAULT, 2009).

Os termos exclusão e inclusão suscitam discussões teóricas diversas, conforme seu contexto de aplicação ou de conceituação. Etimologicamente excluir, relaciona-se a afastar, recusar, abandonar, despojar, expulsar, privar, eliminar. Incluir, sendo seu antônimo, refere-se a agrupar e juntar elementos que podem relacionar-se de algum modo, vindo a pertencer a uma mesma classe ou gênero. Assim configuram-se em termos que devem estar colocado em um contexto, para ganhar seu sentido próprio (SCARCELLI, 2011).

A utilização desta terminologia no âmbito das políticas públicas, torna-se amplo e por vezes confuso ou polêmico, por referir-se a desigualdades econômicas, sociais, específicas, em uma amplitude que torna a compreensão difícil e vaga.

Há uma linha tênue entre estar ou não incluído, ou numa situação de exclusão, sendo este um jogo dialético, quase sempre de caráter ideológico, e na valoração do que é bom ou ruim, correto ou incorreto, justo ou injusto. Pode se referir à relação entre o normal ou patológico, ou a questões de diferença e como estas repercutem no âmbito social (SCARCELLI, 2011).

A exclusão social, refere-se mais frequentemente, há uma situação de privação coletiva de uma parcela significativa da população, no acesso ao exercício de seus direitos, incluindo os direitos civis, políticos e sociais. A inclusão como demanda nas políticas públicas refere-se ao acesso à inserção no mundo produtivo, pelo trabalho; à educação, como mediador de desenvolvimento humano; à participação social e comunitária; à distribuição de renda com equidade (VAZ, 2002).

A perspectiva da desinstitucionalização da loucura trabalha com perspectivas de inclusão social e do desenvolvimento de maior independização das pessoas com longa história de internação, propondo a retomada de processos de vida interrompidos pela experiência da segregação no modelo manicomial. Todo esse conjunto de conceitos, que compõe o discurso da desinstitucionalização, se encontra em uma tensão, na trama discursiva da modernidade e do pensamento liberal, e

entendemos que trabalham para a expansão de direitos, e garantia de ingresso no jogo econômico e político, sendo também uma estratégia de regulação e governamento.

No CAPS de Alegrete-RS encontra-se presente a luta pela garantia dos direitos dos usuários deste serviço, e por sua inclusão social, como afirmam os trabalhadores:

> E eu, num serviço que tenho a pretensão, de construir o cuidado em liberdade, que pra nós, eu vejo que isso é um dos grandes desafios, porque a população no início achava que as pessoas tinham que ser trancafiadas. Que tinham que ter um lugar onde elas iriam ter o atendimento delas e que precisavam ficar um tempo lá, que é a lógica do hospital psiquiátrico. Então, nós sempre dialogamos com essa pretensão da comunidade [T 16-2006].

> Eu também trabalho com as regras que existem, que são as leis, com o respeito e também trabalho muito nas ruas assim, conhecer as instituições que nós temos, para saber que a gente vive, realmente, em comunidade e todos nós somos cidadãs, cidadãos e temos o direito de usufruir, sermos cidadãos. Então minha proposta é essa realmente. Trazer a noção [...] que eles se vejam como cidadãos é... na realidade assim, que eles são [...] [T48-2006].

É possível transformar as relações de poder em dado contexto institucional, social e subjetivo, desnaturalizando racionalidades e formas de assujeitamentos, determinantes de regimes de verdades, dando visibilidade as relações que se estabelecem nas estratégias biopolíticas. Estas estão presentes em instituições, saberes, práticas e discursos construídos e que sustentam um modo se fazer funcionar as políticas públicas e os processos de subjetivação dos sujeitos nelas implicados.

Este movimento de desnaturalização das situações que sustentam a exclusão social e o preconceito em relação ao louco na sociedade, é proposto pelo CAPS de Alegrete em um amplo evento realizado nas ruas da cidade, para convocar a sociedade local a pensar os processos médicos, jurídicos e sociais que apartaram a experiência da loucura do cenário público.

Desta forma, se oferta outras possibilidades de percepção deste fenômeno, para o conjunto da sociedade. Na página virtual da política de atenção à saúde mental de Alegrete, encontramos o seguinte argumento para essa iniciativa:

> A Parada Gaúcha do Orgulho Louco é ampla o bastante para permitir a extensão do debate para os diversos segmentos da sociedade, propiciando uma convocação não só dos setores diretamente envolvidos com as

> políticas públicas, mas também de todos aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o vasto tema da saúde mental. Ela não pode, portanto, ser uma Parada apenas de profissionais, usuários de serviços e familiares, mas, através da intersetorialidade, deve avançar para a sociedade em geral. Apesar de intencionalmente ampla, é preciso, ao afirmar o direito de todos ao bem estar e à atenção integral, e o compromisso – do Estado e da sociedade – em propiciar condições para se atingir estes objetivos (ALEGRETE, 2011).
>
> O projeto justifica-se por sua convocatória aberta à apresentação de ações, de lutas e de debates sobre o processo de inclusão dos diferentes, entre eles, os portadores de sofrimento psíquico, de deficiência e Fórum Gaúcho de Saúde Mental/ Núcleo Alegrete todos aqueles que se destacam por sua capacidade de inovação, criatividade e se diferenciam no convívio comunitário (ALEGRETE, 2011).

No modo psicossocial de atenção, que se constitui como modelo de cuidado a partir do processo de reforma psiquiátrica no país, se enfatiza o objetivo de reinserção e inclusão social do individuo, entendendo que participar de forma cidadã, com direitos e deveres, contribui de forma significativa para seus processos de subjetivação e suas relações com o mundo. O conceito de inclusão e reinserção é caro ao processo de desinstitucionalização, não significa, entretanto, que sobre esse processo não se desenvolva um pensamento critico, de modo a entender e estar atento as prerrogativas de assujeitamento e controle, derivados destes movimentos próprios da vida contemporânea.

Na cidade de Trieste-Itália as questões relativas à inclusão social e reinserção em atividades comunitárias tais como postos de trabalho, ou outras atividades tais como de cultura, educação, esporte, lazer entre outras, fazem parte da agenda de trabalho do DSM - Departamento de Saúde Mental e para as quais é dedicado muito investimento.

A cidade construiu uma rede significativa de atenção psicossocial, que é referência no mundo, nesta área, ainda se observam ações programáticas para o trabalho de reinserção social e laborativo.

> O profissional X fala da necessidade de programar ações para reinserir socialmente, no mundo comunitário e principalmente de trabalho e cultural, as pessoas que estando em tratamento psíquico, se encontram a margem da vida social, com restrições de oportunidades. Este faz um retrospecto dos objetivos da reforma, que sempre se ateve a retomada de uma possibilidade concreta de vida para pessoas que sofrem de transtornos mentais, e que não basta propormos medicação e alivio do sofrimento se estas não puderem passar a ter uma vida digna e que se possam desenvolver sua cidadania. O profissional X enfatiza que este não é um tema ultrapassado, por que mesmo parecendo obvio, deixa-se no cotidiano de nossas práticas de dar a devida atenção a estas questões. Pensa que os

> acadêmicos que aportam a Trieste devem acrescentar a experiência de acompanhar estas atividades à sua formação, e possam também envolver-se com essa temática [DC Trieste-2014].

A compreensão da função social e da amplitude deste princípio de inclusão, com suas perspectivas de ética social, permitem olhar para os processos e práticas do binômio inclusão/exclusão, como partes de um movimento permanente, da vida individual em sua relação com a sociedade.

No campo da saúde mental, a presença deste movimento ganha aspectos de prioridade, considerando que a exclusão da loucura na modernidade, acarretou consequências direta aos sujeitos que estiveram a margem da sociedade; à ciência psiquiátrica que desenvolveu uma série de tecnologias para a manutenção de estruturas asilares sem efeitos terapêuticos; e ao conhecimento sobre o fenômeno da loucura, que esteve inibido, distorcido e negado durante séculos de práticas segregatórias.

Atualmente, a questão da inclusão/exclusão atinge a todos, de modo diverso, visto que assim como os sujeitos estão incluídos em determinadas situações, podem estar excluídos em outra. Sendo inerentes aos jogos de poder, que se estabelecem de modo constante, como parte das relações na sociedade no qual o enquadramento individual e coletivo, são fluídos e efêmeros.

Lunardi (2001, p.3) refere que estes processos de "inclusão/exclusão são faces da mesma moeda, ou seja, elas operam simultaneamente, não se resolvem dialeticamente, fazem parte de um mesmo sistema de representação, ou seja, fazem parte de uma mesma matriz de poder".

Deste modo, ao pensar estas posições de exclusão/inclusão na área de saúde mental, onde o pensamento inclusivo se faz marcante, não se pretende o alcance de um lugar fixo de pertencimento, mas sim a possibilidade de participação neste jogo, que movimenta a vida cotidiana. Cientes de que estamos emersos em uma poderosa engrenagem de controle social, onde os processos de subjetivação ocorrem no atravessamento de múltiplos vetores individuais, coletivos e institucionais, e que por estes, todos são afetados.

Pensar os aspectos da exclusão à que estiveram submetidos os loucos até recentemente, parece pertinente frente a perspectiva de movimento, visto que as relações sociais não são fixas. Ainda em relação à loucura, é uma realidade que coexiste com as premissas inclusivas propostas pelas atuais políticas públicas, e

sobre a qual o discurso desinstitucionalizante se posiciona e assume função de combate, no cenário da saúde mental. Assim, nos deteremos sobre o modo como o discurso de exclusão, se constituiu atrelada ao discurso da loucura e da desinstitucionalização.

A exclusão social coloca-se como uma temática recorrente nas pesquisas das ciências humanas e nas mais diversas análises de instituições, propostas de governos, organizações políticas, organizações não-governamentais, nas políticas públicas, entre outros. O termo conforme o contexto a que se relaciona, indica diferentes movimentos e acontecimentos; pode-se entendê-lo como a ruptura de laços sociais; como uma forma desvantajosa de inserção na sociedade capitalista, à impossibilidade de acesso a bens materiais e simbólicos, espaços ou grupos. Conforme o objeto a que se refere, a exclusão social, subjaz uma determinada maneira de entender a sociedade, e produz determinadas vias de encaminhamento ou mesmo enfrentamento (LEAL, 2004).

A emergência do tema: exclusão social, surge na França, na década de 60, sendo atribuído a René Lenoir, que diferentemente de usos anteriores desta expressão, utilizada em relação ao fenômeno social residual, o autor enfatiza de forma inovadora, a relação deste à inadaptação social, que atingia os doentes mentais, dependentes químicos e outros grupos vulneráveis (PAUGAM, 1996). No entanto, a partir da década de 70, com a crise do emprego nos países centrais, a questão da exclusão social ganha destaque e outras conotações, inclusive no Brasil. A partir destes períodos os estudos sobre o tema seguem duas vertentes para o entendimento da exclusão e estas compreendem a orientação culturalista: voltada para os traços psicossociais dos indivíduos; e a estruturalista: ligada às contradições do modo de produção capitalista (FASSIN, 1996).

Segundo Leal (2004) em um estudo sobre a exclusão social, os autores brasileiros Escorel (1999), Nascimento (1994a/1994b), Demo (1998), Buarque (1993) elaboraram o conceito dos fenômenos de exclusão social no Brasil,de modos distintos apontam o entendimento deste conceito a partir dos seguintes aspectos: como ruptura de laços sociais, associada ou não à negação de certas parcelas da população como semelhantes àquelas “incluídas”; inserção precária no mundo do trabalho e/ou do consumo; não realização da cidadania.

A concepção da exclusão a partir da ruptura de laços sociais é um processo que pressupõe movimento, por que envolve trajetórias continuas ao longo de um

eixo inserção/exclusão, sendo o resultado objetivo de um movimento, incluindo vetores de diversas vulnerabilidades (ESCOREL, 1999).

A exclusão como inserção precária: trata-se de entendê-la como sintoma ou elemento de crise decorrente do funcionamento da organização social. Como um processo complexo com dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas. Sendo um produto do funcionamento do sistema (SAWAIA, 2001).

A exclusão social como não-cidadania: do ponto de vista dos direitos, concepção que compreende a negação de direitos, sendo estes os que garantem um mínimo de participação na vida social e aos bens sociais. Isto inclui três elementos: civil, político e social (MARSHALL, 1967).

Considerando estes conceitos de exclusão, de forma muito breve, pela complexidade do tema, retorna-se a exclusão produzida pela psiquiatria, que penso poder relacionar a estas diferentes abordagens teóricas. A trajetória de exclusão social do louco no Brasil relaciona-se aos três modos identificados com este fenômeno, conforme é possível encontrar na literatura sobre a loucura e a psiquiatria, assim como nos excertos produzidos por este estudo.

> O (trabalho em SM) favorece, porque tem a ideia sempre de reinclusão não de exclusão, quer incluir a pessoa na família no trabalho, para que a pessoa recupere plenamente a sua cidadania [T 28-2014].
>
> Mas tem algumas coisas da humanização e que tem haver com o processo de exclusão que a gente viu que o hospital psiquiátrico fez, que nós não precisamos estar repetindo no hospital geral. Eu sou dos que acham que uma ala psiquiátrica é um problema invés de uma solução. Tem outros companheiros da reforma psiquiátrica que acham que a ala psiquiátrica é um caminho do meio. Eu acho que não dá [T 16- 2006].
>
> [...] o doente mental, ele socialmente não tem espaço na sociedade, na comunidade, em função do transtorno psíquico [T35-2006].

As instituições psiquiátricas tradicionais são espaços em que o sujeito encontra-se destituído de modo geral dos bens, de liberdades, de relações intersubjetivas e de direitos fundamentais, sendo orientado por relações tutelares.

Este dispositivo institucional dispõe sobre a vida do outro, produzindo a exclusão social, civil, política, de bens, de relações, subjetiva e se estrutura gerando extrema vulnerabilidade, corroborando o estado de exclusão, como associado inequivocamente ao paciente psiquiátrico, no modelo asilar de atenção. A questão da periculosidade, da alienação, da incapacidade são enunciações que atravessam

a perspectiva de exclusão social do louco, e que se constituíram alicerçados na concepção de anormalidade, doença, erro e desvio.

As conseqüências da internação psiquiátrica e da experiência da exclusão, para a sociabilidade e para a subjetividade do sujeito interno estão amplamente discutidas na literatura, sendo abordada por Goffman (1999) que refere o processo de exclusão, como parte do adoecimento, sendo a situação em que o paciente interno está submetido propriamente um aspecto de sofrimento e agravamento das diferentes transtornos mentais.

> [...] a loucura ou o "comportamento doentio" atribuídos ao doente mental são, em grande parte, resultantes da distância social entre quem atribui isso e a situação em que o paciente está colocado, e não são fundamentalmente, um produto da doença mental (GOFFMAN, 1999, p. 113).

Encontramos ainda outras afirmações acerca do papel do isolamento e da exclusão, para a institucionalização da loucura tal como em Basaglia (2014), que refere que o louco tem sua realidade constituídas de duas faces: a experiência psicopatológica e a condição de ser um excluído, um estigmatizado social. O autor aponta para a perspectiva dialética, e não ideológica dessa questão. Penso que nos convoca com esta afirmação a uma análise conceitual do objeto da psiquiatria e que a coloca em relação com a função social que assume, em seu conjunto teórico e prático.

A exclusão para Foucault (2010), trata-se de uma estratégia recorrente na sociedade e situa sua emergência no modelo instituído para o enfrentamento da lepra, uma prática de divisão, que separa um grupo de individuo de outros, promovendo uma perspectiva moral, jurídica e política dos excluídos, que perdiam os direitos inerentes aos demais indivíduos. Esta estratégia que ficou conhecida como o modelo da lepra foi substituída por outra estratégia, identificada como modelo de enfrentamento da peste. Esta última pressupôs uma análise da população afetada, medidas de controle e regulamentação e que diferentemente da estratégia anterior, se caracteriza pela inclusão do indivíduo vitimado pela doença, em ambientes restritos, sob o olhar do exame, do conhecimento e o controle de regulamentos.

Nesta perspectiva se inclui o sujeito para tê-lo sob controle. Paradoxalmente, a modalidade de exclusão a que foi submetido o louco, no grande internamento,

quando é apartado do restante da população asilada, e restrito no espaço manicomial sobre olhar vigilante e disciplinador da ciência, promoveu sua inclusão no campo da loucura.

Este processo institui tecnologias de poderes e saberes distintos, porém parte de formas de exercício de poder que a principio se coloca como negativo, excluindo, expulsando, e que posteriormente assume características positivas, sendo um poder que observa, produz conhecimento e que por fim, incluí em segmentos, instituições, diagnósticos, tornando-se assim, produtivo e positivo.

A proposição desinstitucionalizante coloca-se como um vetor de rompimento de situações excludentes, quando passa a dar visibilidade a estes acontecimentos. Desde a disposição arquitetônica dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, pensados em uma lógica de aproximação com a comunidade; a proposição de concepção da loucura, enquanto uma possibilidade da existência; as diferentes tecnologias de intervenção, que pressupõem a contratualidade e posicionamento do usuário em seu tratamento; e a ênfase dada aos processos de participação e decisão em aspectos individuais e coletivos; assim como a proposição de trabalhar para garantir benefícios, renda, moradia, trabalho e gerência da própria vida.

Esta perspectiva de ruptura com a exclusão produzida pela psiquiatria asilar, encontra-se nas falas dos trabalhadores, como um elemento mobilizador e de engajamento subjetivo com a proposta da desinstitucionalização visto haver a possibilidade de construção e criação de outro modo de relação com a loucura e de invenção de novos espaços. A enunciação “cuidar sim, excluir não”, que propõe a ruptura com o discurso da exclusão do louco, encontra-se para além das campanhas e dos documentos produzidos em conferências de saúde e outros, está presente na ideação dos trabalhadores, do que caracteriza esse outro modo de cuidar, na Atenção psicossocial.

> [...] É no sentido de quebrar mesmo, que a loucura está em todos os lugares e para pensar que nossos usuários podem conviver na comunidade e em sociedade [T 7-2014].
>
> Trabalhar com essa questão na sociedade. Melhora muito saber que sofrimento é normal [T 9-2014].
>
> É uma concepção: o que adoece é o isolamento, é a indiferença das pessoas, familiares, trabalho, quando vêem uma pessoa em surto, é a falta de cuidado, de preocupação [T 11-2014].

> A importância de estar inserido na sociedade, conviver diariamente, trabalhar normalmente, mesmo que tenha crises também, não precisa se isolar por isso. [...] Vejo diferença sim, acho importantíssimo esse espaço, para colocar isso a tona, por que o isolamento deixa-os na doença [T 4-2014].

> Foi um grande avanço, porque a gente excluía muito eles e com essas reformas, com essas políticas que hoje a saúde está implementando, eu acredito que foi um grande avanço para eles, porque se vê a diferença, vê que são pessoas que hoje podem serem ocupadas, de repente inseridas até no mercado de trabalho [T8-2014].

Entendo que o discurso da exclusão se encontra como uma continuidade no interior do discurso da loucura. Este se produz a partir do grande internamento e da concepção da loucura enquanto anormalidade e desvio de caráter, portando ainda a condição de periculosidade, aspectos que justificam o isolamento e a segregação.

Este está ancorado não apenas no campo de saber médico, mas está em coexistência com o discurso jurídico, que entende a loucura fora da zona de normalidade e, portanto, passível de enquadramento dentro do código jurídico, estas delimitações ainda podem ser analisadas a partir de outros discursos tais como: de ordem religiosa e literária. Este fator de continuidade e regularidade do discurso psiquiátrico de perspectiva excludente produziu teorizações e concepções presentes no campo de formação profissional da área da saúde.

As possibilidades de emergir outros discursos, que rompem com esta construção de verdade, exige uma mobilização do trabalhador e da sociedade, quando se propõe a atenção psicossocial, portando outras verdades e outras práticas neste campo discursivo.

Os trabalhadores do CAPS de Alegrete apontam os desafios destas mudanças, na instituição responsável pelo cuidado, desconstruindo assim o espaço de segregação, com aspectos de novidade, frente à recorrência do afastamento social, em relação ao fenômeno da loucura.

> A questão de vivenciar, essa outra realidade, esse outro universo, afeta todas as relações. [...] É essa questão que talvez seja imperceptível para as outras pessoas, trabalhar com materiais que foram descartados, então é um novo olhar para essas coisas [T4-2014].

Ainda que estes fragmentos do pensamento dos trabalhadores do CAPS estudado, estejam alinhados com a proposta de desinstitucionalização, ainda percebe-se entre estes mesmos trabalhadores, discursos de conservação e da

materialidade do discurso psiquiátrico tradicional, que exclui e afasta a loucura do convívio social. O momento da crise psíquica, onde a loucura se faz visível, as práticas de contenção deste fenômeno, se fazem presentes, com medidas de internação e portanto, afastamento do sujeito.

Estes aspectos que entendemos como modos de coexistência discursiva se encontram no cenário da atenção psicossocial. O que os trabalhadores entendem como processual e relacionados ao acúmulo que este conteúdo discursivo, a "exclusão do louco" operou, no campo de saber técnico e da sociedade em geral.

> O nosso fazer ainda é bem manicomial, porque a gente tem uma ligação muito forte com a doença mental, com o remédio, então a gente se perde bastante na rotina, por que a gente aprendeu assim na faculdade [T 11-2014].
>
> A crise psíquica segundo ela pode ser evitada desde que se cuide e se observe os sinais e principalmente, desde que o usuário use sua medicação de forma adequada.[...] acredita que em determinadas situações o melhor é a internação em hospital geral, onde a pessoa é cuidada tempo integral. Mas quando possível, [...] marcar o atendimento, acolher, tranqüilizar, trabalhar a situação que gera o sofrimento é o mais indicado [T29-2014].

No entanto, conforme discute Foucault (2012a) em *O poder psiquiátrico* devemos estar atentos a caracterização deste outro espaço institucional, que se constrói de modo a acolher indivíduos, que portam sua identificação com o objeto institucional. Então, o CAPS que mesmo pressupondo a clientela da atenção psicossocial como portadora de direitos, em processos de inclusão social e subjetivadas por experiências relacionais, pautadas por pressupostos éticos e ainda assim, objetiva e exerce uma função reguladora e normalizadora, através de outra estratégia biopolítica em curso, a da inclusão do louco, como um dos processos de governamento contemporâneos.

Compreender a materialidade do discurso de inclusão, no campo da saúde mental, de como estes se fazem significativos, nas práticas discursivas e não discursivas, coloca em tensão aquilo que é naturalizado como desejável. Perceber os aspectos de poder que estes assumem, quando se impõe estratégias de normalização para a promoção da inclusão, desde o interior do serviço e para além destes, problematiza a área das políticas de saúde e a função social que estas assumem.

Toda a ação desenvolvida nas áreas de políticas públicas assume um encargo, no sentido de uma função social. Mesmo aquelas que nos pareçam

voltadas para o sujeito e que produzem efeitos para a vida individual, como as ações de saúde, e no caso da saúde mental, promovendo transformações importantes, no sentido de promoção de liberdade, de dignidade e de independência, e que por isso se justificam, encerram armadilhas de assujeitamento. Esta perspectiva da ação em saúde é percebida pelos trabalhadores, que questionam seus limites e perigos.

> E a gente tem que se cuidar porque para daqui um pouco não estar fazendo algumas práticas manicomiais. Então de tempo em tempo tem que rever esses conceitos [T 07- 2014].
>
> (loucura) As pessoas podem entender como uma expressão de sofrimento, ou também como uma expressão de diferença porque tem pessoas que são diferentes, funcionam de um modo diferente e nem por isso estão sofrendo, então nem sempre a gente vai precisar, tipo cortar sua forma se ser, ou aplacar [T 07-2014].
>
> Tem que saber os limites, até os limites do sofrimento, o sofrimento também é subjetivo, a gente está subjetivando o sofrimento alheio [...] [T 09-2014].

O efeitos destes discursos veiculados na área da saúde mental, que tratam de modalidades de intervenção de caráter singular e individualizante, onde a autonomia do indivíduo passa a ser desejável, como uma finalidade a ser alcançada, produz uma determinada micropolítica de cuidado.

Os Centros de Atenção Psicossocial podem ser espaços de desenvolvimento de modos de subjetivação singulares, evitando a reprodução de condutas, movimentos e formas de agir e pensar, conforme a máquina capitalista de produção social de sujeitos serializados, procurando novas formas de experienciar sentimentos, sensações, modos de relacionar-se, de criar e de produzir singularidades (ARGILES, 2012).

Guattari e Rolnik (2011), colocam que o profissional de saúde trabalha para o funcionamento dos processos de subjetivação, na medida de suas possibilidades, da sua capacidade de se articular e dos agenciamentos que consigam pôr para funcionar, no plano micropolítico.

Trabalhar no sentido de garantir o papel social da cidadania, é também operar para incluir o sujeito em um corpo disciplinado, normalizado, regulado, e governável, exposto a saberes que atuarão sobre seus modos de ser e agir (COSTA, 2001).

A proposição de aceitação das diferenças entre os sujeitos e a luta para que estas sejam respeitadas pelo conjunto da sociedade, assumem sua ambigüidade, ao exigir que estes devam ocupar os mesmos espaços e realizar os mesmos papéis

sociais para garantir sua integração. Esta prerrogativa denuncia uma expectativa de adequação, ajuste e normalização. Foucault (2010) refere que na sociedade de normalização vamos encontrar tecnologias não de exclusão, mas de intervenção e de transformação, apresentando um papel positivo. Essas estratégias possibilitam a aceitação e adesão, e constrói saberes e práticas, em uma lógica em que predomina o pensamento hegemônico do ordenamento e normatização do Estado. A inclusão pode ser assim pensada como um dispositivo disciplinar, quando procura criar lugar para todos em suas especificidades.

Os trabalhadores de saúde desenvolvem uma função com consequências para o individual e para o coletivo, e em ambas se encontra a serviço do projeto de sociedade em que vive e suas prerrogativas, porém a possibilidade de produção subjetiva e de escape através da criação, da inovação e dos agenciamentos de ordem maquínica, que garantem transformações sociais, se colocam no percurso.

No aspecto macropolítico, trabalha-se por um ajuste social e institucional em que os serviços públicos e as instituições sociais, passam a construir maior permeabilidade para a inclusão de todos aqueles que apresentam qualquer diferença, seja esta vista como uma anormalidade ou como uma incapacidade. O potencial de inclusão na sociedade moderna trabalha por ampliação, dando espaço a todos de forma igualitária ou equânime.

O discurso desinstitucionalizante, opera não apenas no campo das políticas públicas, mas de acordo com a perspectiva que assume no Brasil, decorrente da inspiração italiana, constitui-se um discurso que pensa criticamente a loucura, a sociedade, o modelo econômico, a ciência médica e suas relações, e os modos de subjetivação dos sujeitos envolvidos.

A perspectiva de transformação na relação da sociedade com a loucura, na perspectiva da desinstitucionalização, assim como a negação do manicômio como espaço terapêutico, que desloca-se do sintoma e da doença, para o sujeito em sua experiência de sofrimento e vida, produzem pequenas revoluções. Estas impactam não apenas as pessoas em sofrimento, seus familiares e trabalhadores de saúde mental, mas o coletivo que se encontra com outros modos de vida.

Desta forma podemos associar este processo a um acontecimento discursivo, considerando seu potencial de inovação, ao criar novos saberes, novas práticas e estratégias. Amarante (1996, p. 105) assim define esse processo : “Nega e desconstrói – por um lado –, inventa e cria – por outro. O que se inventa e se cria

é o novo, é o ‘depois’[...], que não sabemos exatamente o que é, mas que está sendo construído”.

O discurso de desinstitucionalização psiquiátrica brasileira tem sua emergência, associada às concepções de igualdade, direitos humanos e inclusão social. Mantém com estes discursos clara coexistência, em sua função normalizadora, de adequação e regulação dos sujeitos, apóiam-se em um referencial neoliberal de sociedade e de relação entre os sujeitos no contexto social da modernidade, das concepções formuladas pelas ciências humanas e pelos ideais iluministas de mundo. Apresentam descontinuidades em sua recorrência, nas distintas áreas com proposições de ruptura com modos hegemônicos e históricos, tal como a concepção de loucura e os aparatos técnicos e científicos desenvolvidos pela ciência moderna sobre a loucura.

O movimento de reforma que irrompe em um questionamento arrasador e de negação destes saberes, desde seu objeto, às tecnologias de abordagem. No campo educacional, as transformações nas concepções e estruturas de ensino, são quebradas também pelo pensamento inclusivo, trazendo para a cena escolar, o dito anormal, deslocando os saberes pedagógicos e produzindo um movimento que questiona os saberes vigentes.

Os acontecimentos discursivos do princípio da igualdade entre os homens, dos direitos humanos e da inclusão, constituem uma série discursiva, que produzem as condições de possibilidades para a emergência do discurso da desinstitucionalização psiquiátrica. Estes delimitam entre si concepções éticas, condições históricas e emergência política e social. Cada *corpus* discursivo constitui sua materialidade especifica e emergem de forma singular em seus propósitos e pertinência, no entanto, se encontram em campos de coexistência, na regularidade e sucessão com que se articulam no campo social, e operam com as finalidades de um jogo biopolítico que permite que se desenrolem, coexistam e desempenhem um papel de ordem genealógica.

Quanto às relações genealógicas de articulação desta série discursiva, as reflexões desenvolvidas ao longo do texto, procuram apontar sua construção no aspecto ético, os efeitos de objetivação e subjetivação que produzem, e as tecnologias de dominação e sujeição que estes discursos põe a funcionar. Sendo importante destacar que estes obedecem às mesmas regras de formação e funcionamento.

No transcorrer desta análise se busca compreender o discurso da desinstitucionalização da loucura e os modos de subjetivação dos trabalhadores neste processo. Também buscamos apontar as linhas de fuga possíveis e o efeito de criação e produção estética, assim como o trabalho desenvolvido sobre si mesmo pelos sujeitos envolvidos, incluindo a sociedade de modo geral. Entender as condições de possibilidades da emergência deste discurso, de sua exterioridade e relações com outros, tais como os discursos da igualdade, dos direitos humanos e da inclusão social; de como estes afetam o mundo produtivo e do trabalho, e movimentam as relações de força nos contextos micropolíticos, produzindo modos de subjetivação no campo da saúde mental.

6 Desinstitucionalização da Loucura

“Aquilo que nasce como recusa de uma realidade dada,
deve encontrar na realidade, o sentido de seu continuo, renovar-se
para não se transformar em opressão de si”
(BASAGLIA, 2014a p.7).

A desinstitucionalização psiquiátrica trata-se de um acontecimento recente na história brasileira. Sua proposição coloca-se enquanto um projeto político para a sociedade do país, considerando sua complexidade e seus efeitos para a população e para o modo como esta se relaciona, não só com a loucura, mas com o outro, com o que difere de si e com aquilo que se entende como estranho, diverso e plural.

A proposição da desinstitucionalização psiquiátrica, surge no interior dos movimentos de reforma psiquiátrica, que de formas distintas e com características próprias ocorrem em diferentes países do mundo, no período pós-guerra. Estas trataram da reorientação, transformação e estruturação da assistência psiquiátrica no cenário internacional, tendo em comum a transformação do modelo de asilamento psiquiátrico.

Os processos de reforma se configuraram de modos singulares, considerando as diferentes realidades, e produziram saberes, tecnologias e práticas diversas, entretanto, compartilharam os mesmos objetivos de superação da lógica manicomial, e a garantia de luta por direitos humanos e civis com reinserção social, para pessoas com experiências de sofrimento mental. As experiências de reforma que alcançaram maiores repercussões foram a das comunidades terapêuticas Inglesas, as de psicoterapia institucional e psiquiatria de setor francesas, a preventiva comunitária americana e a psiquiatria democrática italiana.

Os modelos de reforma psiquiátrica originários das experiências européias e americanas, oferecem ao modelo brasileiro, distintas formas de encaminhar e

entender a desinstitucionalização psiquiátrica, de acordo com os objetivos propostos para cada local. Porém, o movimento de luta antimanicomial brasileiro propõe uma experiência singular, tendo como maior influência o modelo de reforma italiano, e do qual recebe maior suporte teórico.

Concordamos com Nicácio (2003), quando coloca que a reforma brasileira construiu duas vias para o entendimento da desinstitucionalização. Uma refere-se ao processo de ruptura com o discurso institucional da psiquiatria asilar e outra a abertura de um campo de possibilidades na criação de um marco conceitual, para o modo psicossocial, que pretende-se substitutivo ao modelo anterior.

Consideramos que a trajetória do processo no Brasil, se configura a partir das peculiaridades da realidade nacional, concordando com Foucault (1992a) quando afirma que as instituições nascem das necessidades sociais, sendo, portanto, com estas relacionadas. No mesmo sentido, Resende (2000) afirma que as instituições não podem ser concebidas fora do tecido social que as engendram, visto serem forjadas para determinadas funções.

A institucionalização surge assim em dado contexto histórico e cumprindo determinado papel social. O processo de desinstitucionalização nasce também contextualizado em um período histórico específico e demandam outros conhecimentos, procedimentos, relações e posicionamento subjetivo de seus atores para corresponder ao processo em curso, agora em espaços abertos, no cenário da sociedade.

O processo de institucionalização na realidade brasileira emerge em uma sociedade colonial e escravocrata, na qual as relações de classe determinavam fortemente o lugar social e o comportamento desviante encontrava pouca tolerância, gerando assim situações de internamento e segregação. O período de urbanização brasileira, durante o período colonial seguia os modelos europeus, onde já havia experiências de internação como forma de garantir a organização da cidade, e pressupostos de higiene e saúde pública.

Neste caso o Brasil importou a conduta de internamento, quando enfrentou ao fim da escravatura, situação de grande fragilidade social, onde os ex-escravos, deparam-se com o desemprego e ganham o espaço da cidade, aumentando assim a população já significativa de pessoas oriunda das zonas rurais, na mesma situação. Esta situação produzia caos e desordem no espaço urbano, segundo a perspectiva

da época, na qual o trabalho era garantia de ordem e a possibilidade de crescimento individual e coletivo.

Atitudes de controle sobre essa população criam formas de repressão, entre as quais o internamento, de pessoas que estando à margem da sociedade produtiva, foram considerados inadaptados, mendigos, marginais, e entre estes, aqueles percebidos como alienados e loucos, com base em pressupostos da medicina social. Esta área da medicina, estabelecia nos países europeus ações ditas de "tratamento" para a recuperação de pessoas com comportamento desviante, como forma de proteção da sociedade, visto o caráter de periculosidade que lhes era atribuído.

No Brasil a relação estabelecida com essa população não é diferente, e resulta na criação de um hospital especifico para o tratamento de alienados. O hospital D. Pedro II é inaugurado no Rio de Janeiro em 1841, sendo o primeiro hospital psiquiátrico no país. Assim, nasce a institucionalização da loucura no Brasil, sob os cuidados da especialidade de medicina legal, marcando a perspectiva de periculosidade da loucura, e estabelecendo com esta, relações de tutela. Em uma aliança com a justiça, deixa-se de criminalizar as condutas ditas anormais, quando a medicina, assim as classifica. O lema de *"aos loucos, o hospício"* criado pela Sociedade de medicina do Rio de Janeiro, reafirma a criação de uma instituição especifica para os indivíduos ditos loucos em território nacional (CARVALHO, 2001).

As condições sociais do país, o desenvolvimento da ciência médica, o desenvolvimento econômico, a consolidação da relação com a Europa e com seu modo de vida, e ainda, a urbanização, com políticas de organização do espaço público, o saneamento e as políticas que se dirigem ao ordenamento da população, são acontecimentos que propiciam a emergência da institucionalização psiquiátrica no Brasil.

No período de maior desenvolvimento econômico, ao final do século XIX, com o advento da industrialização, o crescimento populacional e a expansão das cidades, constitui um contexto em que a educação e a saúde pública, passam a ter maior destaque, e se configuram também como estratégias e modos de normatizar e disciplinar a vida. Estas áreas se desenvolvem, na perspectiva de modernização e participação do Brasil, entre os países mais industrializados e culturalmente desenvolvidos para o padrão da época.

Estas condições possibilitam e requerem que o país implante modos de pensar e agir, que nas sociedades desenvolvidas se estabelecem como padrões de conduta, a partir de normas e regulamentos, implicadas na determinação do normal e anormal. Neste período cresce a importância da psiquiatria, com a criação de outros hospitais psiquiátricos pelo país, que consolidam a rede asilar para o tratamento de alienados.

A psiquiatria se afirma no interior da área médica, com um poder normalizador, frente às novas perspectivas a cerca do corpo, para além de órgãos e funções biológicas, descobre-o com potencialidades para produzir comportamentos desejáveis. Esta área enfrentava dificuldades em ser reconhecida na ciência médica, visto seu objeto, o adoecimento mental, não ser explicado pelo conhecimento técnico, sob a luz da ciência positiva, não podendo ser localizado anatomicamente, e não apresentar solução para o problema, ou seja, a cura.

Assim, a psiquiatria se constitui a partir de um discurso de controle e poder sobre um aspecto da humanidade pouco conhecido, compreendido e tolerado, a loucura. A possibilidade de afastar o perigo deste fenômeno, para longe da sociedade, atribui um valor e um respeito, à psiquiatria. Os efeitos desta atividade perduram e se estendem quando autorizados pela ciência a conferir o status de normal e anormal e a manter sob sua tutela aqueles indivíduos considerados desviantes e inaptos para a vida em sociedade, constituindo o que Foucault nomeou: o poder psiquiátrico.

O poder psiquiátrico, segundo o pensamento foucaultiano pode se entender, analisando os modo como os discursos, a ciência, e os jogos de poder e verdade se articulam em determinados período da história humana e científica, constituindo o que hoje conhecemos como loucura ou transtorno psiquiátrico. Assim, o autor interroga o modo como o fenômeno da loucura, passa a ser designado enquanto adoecimento, desrazão, periculosidade e risco social. E afirma que este é construído a partir de diferentes fatores e situações, que emergiram com a sociedade moderna e com as ciências humanas. O efeito deste saber-poder constituído no interior da medicina, desta se afasta em diversos aspectos, encontra-se e associa-se a outras áreas como a justiça e as políticas públicas, consolidando uma ação biopolítica de eficiente controle social e governamento da população.

O discurso psiquiátrico, ganha legitimidade enquanto mantenedor da ordem e possibilita também para a medicina, a superação do discurso religioso, que

prevalecia nas Santas Casas, hospitais gerais responsáveis pelos internamentos no Brasil. Assim, com a criação do hospício, o discurso científico a cerca da loucura, se sobrepõe como dispositivo terapêutico. Na Europa, a experiência de Pinel apontava as bases do melhor tratamento para a loucura, tendo como princípio o isolamento, a organização do espaço terapêutico, a distribuição do tempo e a vigilância (FOUCAULT, 1999).

As regras do internamento, que a partir da metade do século XVII até o inicio do século XIX, atendiam ao controle de desvios de diversas natureza, relacionados à ociosidade e improdutividade, dirigia-se aos indivíduos à margem da sociedade do trabalho, fossem estes loucos ou desempregadas, mendigos e outros. Estas se alteram definitivamente com o poder médico nesta área, executando através do saber psiquiátrico, um controle social. As regras provenientes da norma estabelecida pelo saber médico, que surgem no século XIX são, portanto, de outra ordem. Estas surgem com Pinel, que libertando uma classe de indivíduos, impôs àqueles identificados como doentes mentais, a reclusão para fins do tratamento. A loucura, estando apartada dos sistemas de pertença social entra assim, na categoria de doença, sendo colocada sob a tutela médica e jurídica para ser corrigida e normalizada.

Os conhecimentos tecnicamente legitimados pela psiquiatria positiva, baseada em matrizes biológicas passam a difundir orientações e prescrições acerca da importância dos espaços, da organização destes para a manutenção da saúde e da ordem, assim como a oferta de um lugar, para aqueles que não se enquadram nesta dinâmica de saneamento urbano; são condições de possibilidade para a aproximação da psiquiatria e da saúde publica (RESENDE, 2000).

Neste contexto ocorre a expansão da psiquiatria, enquanto área de saúde pública, com uma rede específica de asilamento. No Brasil, a rede privada de saúde assume maior espaço, nesta especialidade. Esta se constitui com a construção de grandes hospitais psiquiátricos e se amplia na segunda metade do século XX. Se coloca, então, como uma das áreas médicas de maior viabilidade econômica, demandando poucos investimentos e recursos, pela pouca perspectiva de resolução que apresenta.

Frente a questão da loucura, não há expectativa de cura, as tecnologias terapêuticas restringem-se ao tratamento moral e disciplinar, com o uso progressivo de fármacos, após avanços importantes na área de psicofarmacologia. Em

contrapartida o serviço é bem remunerado pelos órgãos de saúde do Estado, visto os efeitos de controle e ajustamento, que efetivamente presta a comunidade, segregando a loucura, sob o manto dos cuidados médicos.

A manutenção destes espaços para abrigar o dito “resíduo humano”, discutido por Foucault (2000) em *Vigiar e Punir*, no qual através de estratégias terapêuticas de disciplinamento e tratamento moral é prometido a recuperação do individuo e a regeneração para a vida comunitária, se instituem enquanto serviços de saúde. Estas instituições asilares perduram confortavelmente até a década de 60 e 70 do século XX, sem grandes questionamentos a cerca de sua legitimidade.

Os acontecimentos econômicos, políticos, culturais e científicos que ocorrem no mundo ocidental no pós-guerra, produzem na Europa e nos Estados unidos, uma postura critica em relação as formas de aprisionamento do homem, de instituições fechadas como o manicômio e dos saberes que produzem uma limitação das possibilidades dos sujeitos, de transformar-se. O intenso desenvolvimento tecnológico, provoca o questionamento sobre a produção do conhecimento científico, sobre as verdades até então, indiscutíveis. Também, a área da ética e dos direitos do homem passa a ser pensada e ações afirmativas, são renovadas. As premissas da Revolução Francesa, esquecidas no período dos grandes conflitos mundiais, assumem novas perspectivas, em uma sociedade que se renova após o grande trauma humanitário. As experiências de reforma no cenário internacional emergem nesse contexto.

A reforma psiquiátrica brasileira não foi diferente. Ela constitui-se em um movimento que emerge no cenário da redemocratização política, que sucederam os vinte e um anos de ditadura no país. Período em que as questões relacionadas aos direitos políticos e a expressão de pensamento e de organização civil estiveram proibidos, coagidos e censurados. Tendo ainda, o sistema manicomial servido como espaço de aprisionamento de cidadãos, por situações de ordem política.

No transcorrer deste período, no final da década de 70, a estratégia política pressupõe o que ficou conhecido como “processo de abertura”, possibilitando maior participação popular e maior expressão acerca de insatisfações e de problemas que afligiam o plano coletivo, instauradas ao longo do período autoritário. Explodiram assim, movimentos de lutas por melhores condições de trabalho e direitos a serviços estruturais de assistência por parte dos sistema públicos de saúde, educação, habitação, entre outros.

Os movimentos civis, sindicatos e organizações políticas passam a dar visibilidade aos problemas políticos, econômicos e de condições de vida enfrentada pelo conjunto da população.

Neste contexto, nos anos finais da década de 70 no Brasil, o processo de reforma se organiza a partir de uma posição crítica em relação ao modelo instituído, questionando fortemente o paradigma psiquiátrico em suas bases, não apenas acerca das condições do asilamento e do espaço institucional, mas o objeto, as técnicas, os procedimentos, as relações que se estabelecem entre os sujeitos, por ocasião do tratamento.

O processo de luta pela reforma psiquiátrica no Brasil, trouxe em seu arcabouço teórico e prático, em função da conjuntura histórica, política, social e econômica, questões relacionadas diretamente aos direitos. Desde a concepção de direito individual inalienável às liberdades, que no caso do "louco" interno em instituição psiquiátrica se colocava limitado; assim como aqueles direitos ditos sociais que estão atrelados a concessão ou à garantia do Estado, relativos aos direitos civis e à garantia de bem-estar, que igualmente estavam suspenso, para o paciente asilado, visto á condição de "alienado" a que estava submetido quando interno em instituição psiquiátrica.

Este solo fértil de anseios por liberdades, direitos civis e sociais, direitos específicos e um Estado de bem-estar, colocam-se como um plano onde assenta e emerge, de forma pertinente a luta por uma sociedade sem manicômios e pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Tendo a questão dos direitos como lema e bandeira, durante os anos de luta e enfrentamento por uma legislação revolucionária para a área de atenção psiquiátrica. Digo, revolucionária considerando a amplitude das transformações que esta propõe, desde mudanças paradigmáticas para a compreensão do objeto em questão, que compreende as perspectiva da loucura como parte da subjetividade humana e coloca a doença mental entre parênteses, conforme propôs Basaglia (2014), admitindo-a como uma situação de saúde e não associada à identidade do sujeito; assim como novos instrumentos, meios de trabalho e mesmo outros espaços para a atenção psicossocial.

Considerando que a organização psiquiátrica clássica, manicômios e hospitais psiquiátricos, construiu ao longo de sua história, espaços que segundo Rotelli (2001, P.61), constituíram o "lugar de troca Zero", ou seja espaços de

negação de qualquer troca social. Onde não se produz a forma de relação social, que o autor entende como a mais arcaica, “a troca”, que no direito romano não estava disponível para o “servus”, considerando-o assim não um cidadão, mas um escravo. Esta também não está disponibilizada para o paciente psiquiátrico, considerando que este quando interno, está sob a tutela da instituição e dela depende para a satisfação de necessidades básicas e sem qualquer poder de contratualidade para execução de trocas mínimas.

Diante desta realidade encontrada nos hospitais psiquiátricos brasileiros, como em qualquer instituição psiquiátrica no mundo, a questão dos direitos é tomada em primeira mão e sob ela se desenrola o que podemos pensar se constituírem estratégias que possibilitam o discurso da desinstitucionalização, como um acontecimento. Estes se encontram nos movimentos da luta antimanicomial, tendo como disparador a situação de exclusão, em que a loucura se vê colocada e a proposição de princípios como: reabilitar, garantir direitos, desconstruir o estigma e incluir, que trabalham para a concretização da desinstitucionalização da loucura na sociedade brasileira e para a operacionalização da atenção psicossocial.

Amarante (1995) pontua este processo em três fases, sendo o período inicial a trajetória alternativa, a seguir a sanitarista e a desinstitucionalizante. A trajetória alternativa ocorre em paralelo ao processo de abertura política e de redemocratização. Ações desencadeadas pelos movimentos sociais e sindicais demandam melhorias nas condições gerais de vida e respeito as liberdades individuais e coletivas. Esta é uma fase de grande movimentação política e de consolidação de entidades da sociedade civil.

Nesta conjuntura, a realidade dos grandes manicômios brasileiros é visibilizada para o país, gerando indignação frente à violência destas instituições. Neste período, a reforma italiana se torna uma forte referência, sendo o movimento brasileiro fortalecido pela vinda ao país de Franco Basaglia, em uma série de conferências nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais.

Ao visitar as instituições psiquiátricas brasileiras Basaglia (1979), as compara aos campos de concentração nazistas, o que impacta os profissionais da área e a sociedade civil. O fortalecimento dos movimentos de trabalhadores promoveu congressos e conferências neste período, nos quais o processo de luta pela reforma se afirma e ganha repercussão pública. Tem inicio então, uma discussão teórica a

cerca de subsídios teóricos para as novas tecnologias de intervenções e práticas a serem desenvolvidas no território de vida das pessoas.

A trajetória sanitarista, com início dos anos 80 tem por característica a consolidação das lutas por reformas no setor de saúde de modo geral. Estes acontecimentos promovem um momento de menor crítica em relação aos discursos hegemônicos da ciência positiva, e dos marcos conceituais da medicina social. Assim, na 8ª conferência Nacional de Saúde, o movimento sanitário confunde-se com o Estado, quando o lema da reforma sanitária é defendida pelos diferentes segmentos da sociedade, inclusive pelas autoridades institucionais. Os atores que participaram ativamente dos movimentos da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica passam a chegar aos cargos de coordenação em diferentes níveis de gestão. Esse é um momento em que as proposições de reforma passam a tornar-se realidade e assim perdem potência enquanto movimento, visto a ocorrência de processos de institucionalização.

Nesta fase da trajetória da reforma psiquiátrica brasileira, Amarante (1995) nos alerta para a tática desenvolvida pelo Estado em relação a absorção das lideranças críticas dos movimentos sanitários e da reforma psiquiátrica, trabalhando assim, para a institucionalização destes projetos. A fase dita sanitarista, interrompe em parte o devir-revolucionário, que estes movimentos comportam.

A I conferência Nacional de Saúde mental ocorre em consequência das deliberações da 8ª conferência e onde os temas dos direitos humanos, cidadania, e qualidade de vida, encontram centralidade no ideário da reforma psiquiátrica, entendendo a saúde mental, como resultante das condições de vida digna, de justiça e da inclusão social.

Aqui é possível identificar a presença do discurso da igualdade, dos direitos e da inclusão nas bases do pensamento da desinstitucionalização psiquiátrica na realidade brasileira. Estes se encontram como temas centrais desde a primeira conferência nacional da área de saúde mental, assim como nos I e II Congressos de Trabalhadores de saúde mental, visto o pensamento em relação aos direitos humanos e de cidadania estarem nas bases das lutas dos movimentos sociais e nos embates pela consolidação das políticas sociais concretizadas nos serviços públicos.

A trajetória desinstitucionalizante, que passa a incorporar referenciais propositivos, em relação ao encaminhamento concreto da reforma, é a terceira fase

apontada por Amarante (1995), que inicia-se a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental e do conhecido Congresso de Bauru, II Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental em 1987.

Neste evento o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira, retoma uma trajetória própria, desvinculando-se do movimento sanitarista, e forja o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Este traduz fortemente a proposição de ruptura com o modelo asilar de tratamento psiquiátrico e propõe um novo modelo de atenção à saúde mental, que é apresentado no projeto de lei do deputado Paulo Delgado, conhecido como projeto de lei da reforma psiquiátrica.

O projeto de lei da reforma psiquiátrica tramitou durante doze anos no Congresso Nacional, sendo aprovado com alterações, porém com a garantia de mudança do modelo de atenção e do fim gradativo dos hospitais psiquiátricos no país, sendo proibida a abertura de novos leitos nestes hospitais e pressupondo o controle e a regulação das internações.

A lei 10.216/2001, que estabelece, então, a reforma psiquiátrica no Brasil, não contempla totalmente a expectativa traçada pelo movimento de reforma, visto não fazer uma ruptura imediata com as instituições manicomiais. Esta concretiza, entretanto, a reorientação do modelo de atenção, para o modo psicossocial e cria financiamento específico para a rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Esta rede passa a ser composta por serviços territorializados, e a ter seu funcionamento em outra lógica de cuidado, baseado nos pressupostas da desinstitucionalização psiquiátrica.

A lei da reforma psiquiátrica e os textos teóricos sobre a proposição da desinstitucionalização psiquiátrica apontam para uma nova discursividade, que produzem outras políticas para o campo da saúde mental, com uma série de novas enunciações, tal como: a clínica ampliada e centrada no sujeito, a reabilitação psicossocial, a gestão da medicação, o cuidado em liberdade, a possibilidade de produção de modos de existência que incluam o devir-louco, entre outros tantos conceitos.

As práticas de cuidado e organização de serviços, que incluem o usuário como protagonista e abrangem diferentes dimensões da vida, buscam afirmação no interior do saber psiquiátrico, produzindo deslocamentos significativo neste campo. Estes partem de concepções teóricas do objeto, das práticas e modos de fazer, de relacionar-se e da implicação ética do trabalhador com outra modalidade

de cuidado na área de saúde mental. Esta se propõe terapêutica, porém no limite de cuidar do outro e de si, evitando o direcionamento e a prescrição da vida, pressupondo outras políticas de subjetivação possíveis para os espaços de CAPS.

A desinstitucionalização é um processo com dimensões políticas, econômicos, sociais, científicos e culturais, que promove uma reformulação profunda, nos saberes, nas relações e nas instituições, onde a mudança paradigmática pressupõe uma ruptura com a psiquiatria manicomial. Esta deixa de ser questionada ou reformada, para ser negada enquanto espaço de cuidado e tratamento. Nesta perspectiva outros espaços precisam constituir-se neste lugar, com modalidades de cuidados para o sofrimento psíquico, com o comprometimento de seus trabalhadores e com a inclusão da loucura no cenário social.

A estratégia de desinstitucionalização é entendida como uma ruptura com o paradigma psiquiátrico clássico, propondo novas saberes e práticas com o modo psicossocial de atenção. Amplia as perspectivas de interlocução entre diversos saberes, torna-se plural, não sendo apenas de ordem psiquiátrica, é nomeada então, saúde mental. Foucault (2013, p. 213) trabalha o conceito de ruptura, na concepção arqueológica, como: “o nome dado as transformações que se referem ao regime geral de uma ou de várias formações discursivas.” E ainda:

> [...] ruptura não é uma espécie de grande deriva geral a que estariam submetidas todas as formações discursivas [...] é sempre entre positividades definidas, uma descontinuidade especificada por um certo número de transformações distintas.

Com está conceituação, o autor procura abordar a trajetória de um discurso como uma complexidade, que deixa intacta certos aspectos e positividades dos mesmos, desfazendo e fixando novas regras, em um processo de atualização e emergência em suas condições de produção. É possível pensar, a partir das afirmações do autor, que os processos se dão com faces de coexistência, se mobilizam com outras idéias e possibilidades, porém ainda impregnados ou atualizando aspectos dos discursos, que se pretendem superados.

A desinstitucionalização assim pode ser pensada com as premissas da análise do discurso de inspiração foucaultiana entendendo que esta aborda as regras de formação de um conjunto de enunciados que se articulam em uma cadeia de acontecimentos, práticas e ditos, para a constituição de um regime discursivo próprio: a desinstitucionalização psiquiátrica.

O pensamento de Foucault acerca da produção discursiva possibilita o questionamento sobre as relações de poder que se instituem no discurso psiquiátrico, e que naturalizam as relações produzidas no contexto das instituições que se ocupam da loucura. O autor entende que nos diferentes discursos se encontram as manifestações de poder que permeiam o campo, determinando os modos de fazer e entender os processos de vida e de trabalho, na área psiquiátrica. Batista (2013) entende que são discursos-práticas que se institucionalizam, formas de agir e pensar, que levam a emergir determinadas formas e objetos, a exemplo da loucura e todo o aparato do saber psiquiátrico.

A desinstitucionalização enquanto discurso, trabalha para o desmonte da lógica de funcionamento, que caracteriza a instituição psiquiátrica, entendendo que é no tensionamento que se operam outras relações com o objeto, no caso, a loucura e os processos de cuidado, na perspectiva de uma mudança nas relações de poder que se constituem nos novos espaços de atenção psicossocial.

O processo de desinstitucionalização da psiquiatria foi idealizado por Franco Basaglia, com a influência marcante do pensamento de Foucault e Goffman, na sua formação. Suas experiências como médico psiquiatra, em espaços manicomiais, provocaram em Basaglia, um processo de indignação e revolta com as condições impostas aos internos, nesses locais. A princípio propõe a transformação destas instituições e após algum tempo de experiência, ousa propor a desconstrução do paradigma psiquiátrico, partindo do fechamento das instituições de asilamento. A partir das formulações foucaultianas sobre o saber-poder, e dos estudos de Goffman sobre os manicômios, prisões e conventos, abordando a temática do controle e a segregação produzidos pelas práticas presentes nas instituições totais; Basaglia inicia uma fase de crítica institucional, ao saber psiquiátrico e seus dispositivos (AMARANTE, 1996).

Na primeira experiência de transformação efetiva, desenvolvida no hospital psiquiátrico da cidade de Gorizia - Itália, a equipe Basagliana define o caráter da instituição psiquiátrica, como um espaço de depósito dos problemas sociais, que se expressam na miséria e na singularidade humana. Assim, entende que as proposições de reforma devem partir do interior do manicômio, com a criação de possibilidades de transformação de saberes e práticas que constituem o discurso institucional, na contramão de outras experiências que pretenderam a modernização destas instituições.

A perspectiva italiana de reforma difere, portanto, de outros projetos de reforma europeus e americanos, quando estabelece a premissa de ruptura e desmonte da instituição psiquiátrica. Ao negar a instituição enquanto espaço de tratamento, formula um questionamento contundente acerca do saber cientifico, que se produzia sobre a loucura e as respostas institucionais, que o manicômio devolvia a sociedade.

As primeiras proposições de Basaglia partem do desmonte da relação problema-solução, que no caso do problema da loucura, teria a solução na racionalidade psiquiátrica, com a cura ou a normalidade. E para tal objetivo, o saber psiquiátrico tratava de localizar o agente causador do problema. Quando desloca o problema de sua possível etiologia, questiona o modo como a ciência e as estruturas institucionais produzem os saberes e as estratégias terapêuticas, atendendo assim, demandas técnicas e institucionais. Basaglia propõe a negação da incumbência delegada à psiquiatria, ou seja, a de anular e negar o sujeito, colocando-os a margem da normalidade social (ROTELLI et al, 2001).

A desinstitucionalização italiana desenvolve concepções teóricas próprias, onde propõe que a psiquiatria deve-se voltar para a "existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social", deslocando-se do objeto "doença", a psiquiatria deve recusar o seu mandato clínico, o paradigma psiquiátrico clássico, e o lugar institucional da loucura, centrado no manicômio e no tratamento moral (ROTELLI, 2001 p.90).

Quando a doença é colocada entre parentes, é possível deixar ver a existência-sofrimento do outro. A loucura sendo fruto de um "poder que a produz," espera uma contraposição, que se coloca também como, outro "poder que produz". Assim, Rotelli (2001) entende que a produção de vida e a reprodução social de outros territórios existenciais, devem ser o objetivo e a prática da instituição a ser inventada, evitando entretanto, a estreiteza do olhar clínico.

A clínica aqui entendida, como a prática que se constitui a partir do olhar e do saber médico, sobre o outro, objetivando-o. Assim, a questão da clínica na reforma italiana é pouco teorizada e trabalhada no sentido literal e conhecido na área médica. Esse aspecto difere da reforma proposta no Brasil, onde há forte investimento em outra forma de fazer a clínica, partindo de pressupostos plurais de cuidado com o outro. Assim, a reforma brasileira produz os conceitos de clínica ampliada, clínica do sujeito e clínica da psicose, que se diferenciam entre si, porém

tem em comum, o sujeito no centro do cuidado, em sua singularidade e vinculado ao seu território existencial (ANDRADE, 2012).

A clínica contemporânea na perspectiva trabalhada pela atenção psicossocial, é atravessada pela complexidade, no sentido proposto por Deleuze (1992) como desestabilização, como experiência de desvio, de caráter processual, sujeitos a crise e a desterritorializações.

O deslocamento da relação individual da doença e o sujeito, para a perspectiva de adoecimento estendida ao corpo social, pressupõem ações para além das instituições. Desta forma, o pensamento basagliano nos desafia a compreender as relações que se produzem na sociedade, nos diferentes âmbitos da vida, e o atravessamento desta por modos normativos de ser e viver, sujeitos a processos de subjetivação produzidos em instâncias individuais, coletivas e institucionais. Constitui-se assim a possibilidade de criação de espaços, tais como, os CAPS na realidade brasileira e os Centros de Saúde Mental italianos, que se propõe a acompanhar os sujeitos em sua trajetória de vida.

A racionalidade presente para a superação do manicômio, e a construção de outros espaços para o encontro com a loucura, é composta por uma diversidade de estratégias e iniciativas criativas, que se produzem não em um único lugar, mas que se dá na cultura, na sociabilidade, e nas transformações institucionais e cientificas (DE LEONARDIS et al, 2001).

A psiquiatria ao despojar-se do seu mandato terapêutico, de deter o saber sobre o outro; e de sair do seu lugar de conforto, o manicômio; necessita transformar as relações que estabelece com os sujeitos e com a própria instituição. Estas relações de saber-poder transcendem as individualidades de técnicos e pacientes, e estão presentes nas normativas institucionais e nas bases dos princípios jurídicos da tutela, afetando as condições para o exercício de direitos .

> A superação da relação de tutela institucional impõe reconhecer no doente, um sujeito portador de necessidades e de direitos que são o conteúdo material de sua reconquistada personalidade jurídica: dentro e além dela, é necessário restituir-lhe a vida. (DE LEONARDIS et al.,2001, p. 72).

As perspectivas de novas relações que se estabelecem a partir destas proposições caracteriza politicamente este processo, por que convoca a uma postura crítica das relações de poder, até então, naturalizadas em relação ao paciente psiquiátrico; assim como demanda outra organização social, produzindo

novas relações com a loucura, nos espaços da vida cotidiana, incluindo nesta a liberdade e a justiça.

A experiência italiana investe fortemente na construção de relações com a sociedade, e na transformação cultural que implica a convivência com a loucura. Os técnicos em saúde mental trabalham para ativar as redes sociais, afetivas, institucionais, enfim, para possibilitar que as pessoas com experiência da segregação e exclusão psiquiátrica possam reinventar-se enquanto sujeitos políticos e cidadãos, para além de uma postura adaptativa. Para tal, trabalham a própria sociedade, através de um movimento de troca direta com o processo, fazendo-o acontecer no cenário público.

Em meu período de estágio realizado na cidade de Trieste- Itália foi possível vivenciar esta aproximação, ou mesmo interferência no espaço da cidade. Acompanhando seminários de planejamento e avaliação do funcionamento e organização da rede, assim se coloca os objetivos do trabalho cotidiano para a equipe dos Centros de Saúde Mental e registrados em Diário de Campo do doutorado sanduíche:

> Pensar as atividades como uma máquina potente que se movimenta junto para a produção de recursos, para a qualificação da rede. Estes são projetos em colaboração com os operadores dos Centros de atenção, procurando desenvolver e transmitir competências diversas, de ordem relacional, de habilidades, mobilizando o território. Parte de uma sede, mas se espalha em rede pela cidade, uma rede cultural, de caráter propositivo, ativo de realização da própria experiência. Música, teatro, esporte, poesia, estudo de línguas, entre outras atividades que se construam coletivamente, estendendo-se para toda a cidade [DC – Trieste, 2015].

Retomamos aqui a questão dos discursos de inclusão em categorias de igualdade, liberdade e justiça, aspectos importantes no interior do discurso da desinstitucionalização e que portam consigo, entretanto, o mandato da sociedade moderna de um projeto de vida, com possibilidades iguais para todos os indivíduos que estejam na ordem da normalidade.

Foucault (2012) em *A ordem do discurso*, nos fala da partilha, enquanto um procedimento do discurso, através do qual os indivíduos são excluídos, ou seja, deixam de pertencer a este ou aquele sistema que a sociedade constrói, e aos quais os indivíduos podem ou não se incluir. As condições para a pertença são o reconhecimento das mesmas verdades, a aceitação de certas regras e o enquadramento em certas condutas, com base em discursos validados. Os

indivíduos ou discursos que não se colocam nestas regras, se colocam apartados dos diferentes sistemas presentes na discursividade social.

Quando associamos o discurso da desinstitucionalização aos princípios da sociedade moderna, com a proposição de garantir que estes se estendam aos ditos "loucos", em uma perspectiva de inclusão, pressupõe-se portanto, sua pertença a pelo menos um sistema de inclusão social, seja este, o sistema do trabalho, da família, do discurso verdadeiro ou do jogo social. Enfim, pode se dizer que o discurso da desinstitucionalização trabalha para que o louco, entre nos sistemas de pertencimento presentes no campo social, em pelo menos algum deles, e para isso, ainda se compromete com aspectos normalizantes.

A demanda normalizante se encontra presente nas diferentes experiências de reforma, ainda que teoricamente, não seja este o foco e o objetivo das ações. Também, nas concepções da atenção psicossocial brasileiras, encontramos a premissa de colocar o sujeito e seus processos subjetivos de vida e sofrimento no foco da atenção. Em ambas as proposições, entretanto, se colocam a perspectiva de possibilitar seu reingresso na vida cotidiana da sociedade em que vive, e para tal, este deverá estar apto, em termos de desejo de estar inserido, ser capaz de convivência, de fazer atividades, de relacionar-se, entre outras condições ditas "normais" da vida individual e coletiva.

O processo, no entanto, é sempre de homogeneização, ainda que com respeito às diferenças, funcionamos na ordem do que Foucault (2005) nomeia ser a sociedade de normalização, onde se produz um processo de regulação da vida dos indivíduos e das populações, a partir de diferentes mecanismos e estruturas institucionais de intervenção no corpo físico, subjetivo e social dos indivíduos e das populações.

> A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, segundo uma articulação ortogonal a norma da disciplina e a norma da regulação (idem, p.302).

Problematizar essa questão se impõe ao processo da desinstitucionalização. O quanto se busca normalizar? Qual o limite deste procedimento para que a desinstitucionalização não repita a violência institucional que o modo manicomial produziu?

Estes questionamentos estão no discurso dos trabalhadores, do CAPS de Alegrete - RS tais como nos seguintes fragmentos, nos quais referem à busca pela adoção de outras práticas e condutas, ainda que o cuidado esteja focado na medicação, na necessidade de adaptar, de esperar um comportamento adequado à convivência social.

Ainda que, proponha estes objetivos por meio da inserção em atividades cotidianas, com postura de negociação frente à crise, e a outras demandas do indivíduo e da comunidade, com relações pautadas pela ética, observa-se a presença marcante de uma expectativa normalizadora.

> Os usuários estavam manuseando tesouras e na hora pensei se eles poderiam. Daí a doutora disse: estamos acompanhando. Mas eu ficava meio sestrosa, tinha um certo receio. [...]Tomando as medicações controladas, então perfeitamente eles podem viver sim, conviver(desenvolvendo suas atividades) e eu acho que o pessoal tem que desmistificar isso mesmo [T08-2014].
>
> É o ideal, tanto para o paciente quanto para a equipe, que ele se torne funcional na comunidade [T09-2014].
>
> Quando vem o paciente para o atendimento médico, mesmo quando se fala que não é necessário, que precisava de um atendimento psicossocial, mas ainda falta forças da comunidade, ainda falta. [...] Até no próprio ambiente de trabalho, fala-se muito na questão médica, que os médicos tendem a usar mais as medicações. [...] Quando tem indicação acho que deve fazer, (medicação) e quando não tem eu não faço só porque o paciente está solicitando [T09-2014].
>
> (Parada do orgulho Louco) Esse ano tinha muita gente, muita gente mesmo. [...] É positivo, é muito bom . É muito divulgado, pode ser que comecem a se dar conta que não é assim [...] que podem conseguir conviver com as pessoas normais [T 18-2014].

O mandato normalizador atribuído ao CAPS relaciona-se de forma marcante na questão da medicalização. No modo de atenção psicossocial, a medicação é um dispositivo, que faz parte do projeto terapêutico, que é condição negociada, assim como as demais atividades. No entanto, Aranha (2003) nos lembra que o uso da medicação é um vinculo com a doença e a lembrança de que a liberdade é determinada por um compromisso de adesão e aceitação de atitudes prescritivas, tais como as relativas ao uso de fármacos.

O paradigma biomédico de assistência á saúde, tendo suas concepções embasadas no conhecimento biológico, de causalidade das doenças, coloca o sintoma como foco da atenção e a medicalização como seu principal instrumento de

intervenção. Nesta perspectiva o hospital se configura um lugar privilegiado para o cuidado (SARACENO, 1994).

O limiar em que estas concepções se fazem presentes, no contexto da desinstitucionalização, em perspectiva de coexistência, com as proposições de cuidados postos pela atenção psicossocial, torna-se problemático no cenário dos serviços. Assim o uso da medicação que pode ser uma ferramenta a mais para o cuidado, não se espera que assuma caráter central e prioritário, em detrimento de inúmeros outros recursos que a atenção psicossocial disponibiliza, para que o sofrimento seja enfrentado e superado, na medida em que se valoriza outros modos de vida, assim como os fatores subjetivos do processo de saúde e doença.

No modelo de atenção psicossocial, em operação no cotidiano dos serviços, existe, entretanto, ainda forte perspectiva medicalizante na base do projeto terapêutico, com ações centradas na doença e na terapêutica farmacológica, para a contenção e normalização dos comportamentos, conforme indicam pesquisas em serviços de saúde mental no âmbito do SUS (TESSER, 2012; KANTORSKI et al, 2013).

No CAPS de Alegrete os trabalhadores referem à problematização deste aspecto na sua prática cotidiana. Os dados de campo indicam o uso da medicação como uma condição para operacionalizar o cuidado. Pitta (2011) refere que o uso dos fármacos configura-se um dos recursos da clínica ampliada, que se estrutura como uma referência de intervenção, na atenção psicossocial, juntamente com uma multiplicidade de recursos, tais como: diversas modalidades técnicas de reabilitação, psicoterapia, acompanhamento terapêutico, inclusão em espaços de trabalho e cultura, entre outros. A equipe enuncia a presença do recurso farmacológico, como uma estratégia de intervenção para evitar situações de crise, porém questiona os seus limites e pressupõe a discussão dentro do plano terapêutico, como mais uma modalidade do cuidado.

> As demais abordagens, ajudam na crise, até ser medicada [T03 – 2014].
>
> Ainda se usa bastante medicação. Não tem como saber se usam a medicação em casa.Quando a família não vem buscar a medicação, já se sabe que não usam [T 05- 2014].
>
> A medicação acima de tudo, o tratamento acima de tudo, e não pode estar em falta, não pode faltar medicação para eles [T06 - 2014].

> Penso que a medicação é muito importante para que estas pessoas possam vir ao serviço, cuidarem-se e muitos conseguirem cuidar-se sozinhos. Penso que a medicação e a adesão é fundamental, para que eles possam se manter sem fazer crises [T29- 2014].
>
> É a medicalização não é a principal estratégia, mas em alguns casos é, em caso de surto, algumas coisas assim, em alguns momentos sim [T19- 2014].
>
> Não, existe essa vulnerabilidade [...]até porque assim eu tenho dificuldade de usar atitudes medicamentosas de maneira mais [...] sedativa, digamos assim [...]. Aceitam mais ou menos, né? Muitas vezes é uma atitude meio assim, [...]. Eles vem aqui e eu troco o remédio sem fala muito [...] [T28- 2006].
>
> Tem pacientes que se atrasa um dia de fazer a medicação, já começa a surtar, então até eu olho para planilha de medicação que tem que se feita no dia o nome dos usuários e avisam as colegas, hoje tem [...] que fazer as injeções, para evitar que entrem em surto, se entra em surto depois é muito mais difícil [T01- 2011].
>
> [...] comenta que gostaria de atuar desta forma, exercendo mais a função de cuidado, mas que se vê sobrecarregada com as demandas burocráticas ou centradas no controle da medicação [...]. Todo o controle das medicações injetáveis, as visitas para medicar, as visitas na unidade hospitalar, a busca do usuário no momento da alta é realizada pela equipe de enfermagem [DC 1 – 05-08-2011].

A medicalização no cenário do CAPS não ocorre de forma isolada, encontra-se vinculada a um projeto político e científico de construção do modo de vida moderno. Neste contexto, a negação do sofrimento humano, seja, pelo adoecimento, envelhecimento, perdas afetivas ou materiais; a utilização de fármacos como resolutivos à dor de qualquer natureza; e o acesso à um conjunto de saberes acerca dos processos vitais, de modo a controlar e minimizar os seus efeitos, estão incorporados ao modo de existência.

O saber científico dissemina a ideia de uma superioridade epistemológica total dos conhecimentos produzidos nas áreas da biociência e biomedicina, construindo assim uma idealização de resolução de todos os problemas do sofrimento e adoecimento humano, por atitudes e hábitos saudáveis, cuidados com o corpo e controle químico de possíveis alterações (TESSER, 2006).

Na atenção psicossocial, o processo de cuidado aborda de forma ampliada o sofrimento, suas determinações e consequências, porém, encontra-se ainda bastante associado ao uso das medicações para um controle dos sintomas e do sujeito. Tendo em vista que a vida contemporânea está medicalizada, e o saber biocientífico e de tecnologias na área estão socializados, também o sujeito em

sofrimento psíquico, é parte desta engrenagem política, cientifica e econômica, que impõe respostas rápidas ao adoecimento e ao sofrimento, utilizando para tal, um arsenal de fármacos para oferecer alivio e bem-estar.

Desde a década de 50, quando surgem os primeiros antipsicóticos, a utilização de psicofármacos se configuram como um regime de controle, a princípio da doença e dos sintomas, mas sobretudo caracteriza-se como um assujeitamento da pessoa que o utiliza e da própria sociedade, que faz deste um instrumento de poder para a regulação das condutas. Foucault (1992, 2000) argumenta que esta função de regulação, entretanto, apresenta um caráter positivo, no sentido da produção, seja de saberes, ou de possibilidades de um modo de vida, que com a medicalização do corpo, e a homogeneização do comportamento, garante a inclusão social das diferenças.

Tendo como perspectiva o foco no sujeito, em sua existência-sofrimento, como nos indica Rotelli (2001) e Amarante (2006), a medicalização na atenção psicossocial, é mais um meio de possibilitar ao próprio sujeito o enfrentamento de seus conflitos, sofrimentos e dificuldades.

Baroni et al (2010) refere que o que o sujeito, sintetiza em seu corpo, regulações advindas de saberes diversos que operam para increvê-los, para normaliza-los em uma estratégia de ordem biopolítica. Os diagnósticos são vivenciados e referidos pelos sujeitos, como uma verdade, que estes assumem como sua, dando um nome para o que sentem, passam a pertencer a um grupo, e a ser guiado e acompanhado pela ciência. No mesmo sentido Gonçalves (2013) nos fala de constituição de um território existencial, onde se encontra uma identidade com o diagnóstico e na adesão ao uso de medicação. O território existencial aqui, entendido como um espaço vivido ou quanto a um sistema percebido como um espaço de pertencimento, no qual um sujeito se sente “em casa” (GUATTARI; ROLNIK, 2011).

Assim, os sujeitos demandam aos serviços de saúde, a prescrição medicamentosa, e encontram nos espaços dos serviços de saúde comunitários um terreno de fornecimento e estímulo a manutenção deste uso. Estas condutas advêm e se reforçam por uma cultura medicalizante crescente na contemporaneidade, por dispomos de um saber clínico diversificado e uma ênfase no conhecimento biomédico. Soma-se ainda investimentos e crescimento da indústria de produção cientifica e tecnológica, que lança novos produtos e pública resultados de pesquisas

periodicamente, com a indicação de novos fármacos. Impõe-se assim, na modernidade uma política de governamento e gerenciamento da vida das populações, através de biopolíticas que se apóiam na ciências humanas e biológicas para o exercício de controle das sociedades.

Atualmente a política nacional de saúde mental propõe aos serviços de saúde mental uma prática de co-gestão no uso de medicação psiquiátrica no cotidiano, conhecida como GAM - Gestão Autônoma da Medicação. Esta estratégia foi formulada no Canadá e vem sendo estudada no Brasil, como uma forma de gerenciamento compartilhado do uso de psicofármacos envolvendo profissionais, usuários e outros colaboradores. Este projeto procura informar e subsidiar os sujeitos para o uso responsável da medicação, quando esta se faz necessária. Frente à questão do uso, impõe-se o questionamento de como, de que modo estes medicamentos vem sendo usados e qual o sentido e o espaço que estes ocupam na vida das pessoas, que até então não participam das decisões sobre o tratamento que recebem. A ideia da co-gestão, é de desenvolver atitudes de exercício de direitos e de melhor qualidade de vida (BRASIL, 2015).

A GAM coloca-se enquanto uma proposta que tem como princípio ético o apoio e a defesa de pessoas fragilizadas pelo sofrimento psíquico e pelo uso pesado e exacerbado de medicação praticada pelos serviços psiquiátricos. Esta pretende a consideração dos aspectos subjetivos e singulares da experiência do adoecer e usar psicofármacos, possibilitando que o sujeito se posicione perante essa atitude de medicar-se, assim como de assumir o protagonismo na sua vida cotidiana (GONÇALVES, 2013).

Refletindo aqui sobre o modo como a atenção psicossocial se coloca frente à questão da medicalização, as estratégias que vem construindo, tais como a GAM e outros métodos de trabalhar sobre a administração de fármacos no cenário dos CAPS, encontro em Foucault (2015) uma perspectiva de compreensão desta situação inquietante para os trabalhadores.

Estes se colocam em uma posição de ambivalência, quando se observam, usando a medicação como meio de tratar o sofrimento, no limite em que esta pode assumir ou mesmo permanecer na atenção psicossocial, sem repetir sua história na área psiquiátrica, onde se colocava de modo central, como principal instrumento de intervenção. Foucault nos fala da construção de verdades, e de como estas, se

fazem presentes nas bases das micro-relações de poder que atuam nas instituições e entre os sujeitos, na vida social.

A questão do uso do fármaco está no centro do saber psiquiátrico desde sua constituição, sendo uma verdade construída e que atua sobre os sujeitos trabalhadores e usuários do cuidado. Assim sendo, estes suscitam a possibilidade de resistência, ou seja, este poder medicalizante, está para ser pensado, minimizado, interrompido ou acessado.

Considerando que este movimento ocorre em um processo de luta, no qual Foucault (2015) reafirma ser possível enunciar outros procedimentos, ainda que estes se forjem em um contexto de regulação, como penso ser o caso da atenção psicossocial, e que se dê em um procedimento de continuidade, com práticas que se pretendam superadas. A ocorrência de resquício de verdades, que estão em transformação e alteração, se faz sentir, considerando que os processos de ruptura, não são totais e deixam seus rastros de continuidade.

A normalização é uma estratégia da arte de governar produzida na modernidade, que estende-se a todos os indivíduos. A arte de governar se constitui vinculada à descoberta de uma verdade e ao conhecimento objetivo, de uma verdade que implica no desenvolvimento de um saber e de uma especialidade.

As diferentes sociedades pressupõem procedimentos e meios para o exercício de um poder de controle sobre a vida individual e coletiva, de modo à garantia de ordem e segurança e estes se configuram a partir de saberes que não são de domínio público. Se todos soubessem todas as verdades construídas nas sociedades em que se inserem, o governo não conseguiria manter-se. O governo aqui entendido como: técnicas e procedimentos destinados a dirigir a conduta dos homens (FOUCAULT, 2014).

A estratégia da normalização é ancorada no campo discursivo das ciências humanas e desenvolve um saber clínico e um modelo médico, que se ocupa para além da doença e do doente. A intervenção desta estratégia se consolida nos aparelhos de medicalização coletiva que gerem as populações, através do controle da saúde, da cultura médica de cuidados com o corpo, com o ambiente, enfim com o modo de vida, que resultam assim, em um padrão de normalidade e anormalidade. Este sistema de normalização se coloca para a sociedade como regimes de verdade.

O regime de verdade, segundo Foucault (2014) se constitui a partir dos procedimentos, pelos quais, os sujeitos se ligam ou se articulam com uma manifestação de verdade. Em relação à loucura, constitui-se um regime de verdade, que institui a doença e as tecnologias de controle destas, apoiadas em dispositivos complexos tais como: saberes, instituições e sistemas de partilha, que resultam em exclusão social e inclusão em outro esquema de existência, ou seja, o da medicina psiquiátrica.

A normalização, enquanto estratégia atuante na sociedade contemporânea, entendida a partir da definição de Canguilhem (2006), é a expressão de uma racionalização, que é política, econômica, social, e advém de ordens diversas, para unificar e homogeneizar as disparidades presentes na exterioridade, na coletividade, mesmo quando individualizada, ela relaciona-se à movimentos de totalização. Esta perspectiva social da normalização, Canguilhem constrói, a partir de seu diálogo com Foucault, ampliando assim sua visão de normalidade, para além daquela relacionada aos processos vitais e decorrentes de perspectivas biológicas.

Foucault (2005a) amplia ainda a definição de Canguilhem (2006), acerca da normalização, acrescentando a esta, a historicidade, e as condições de possibilidades para que estes conceitos e parâmetros se produzam; as relações de poder, que permeiam o contexto onde a perspectiva do “normal” é forjado; e por fim a ética, que coloca o individuo nesta relação, como potencial de transformação, driblando ou não o assujeitamento a estas normativas prescritas.

A desinstitucionalização na perspectiva dos italianos Basaglia (2014, 2014a), Rotelli (2001), De Leonardis (2001), e ainda dos brasileiros Amarante (1995, 1996), Costa-Rosa (2006), Yasui (2006), entre outros, busca uma ruptura paradigmática com o regime de verdade, que sustenta o modo manicomial de atenção psiquiátrica e propõe um outro *corpus* discursivo, que é nomeado de atenção psicossocial para o cuidado em Saúde mental.

Este discurso emerge no contexto pós-moderno, neoliberal. E nesta tese trabalhamos com a perspectiva deste discurso ancorado no principio de igualdade, em coexistência com o discurso inclusivo e dos direitos humanos, com objetivos de produzir garantias de liberdades, e reinserção na sociedade de direitos. Assim, ao pressupor uma lógica de relação com o outro, consigo mesmo, com a sociedade e suas instituições, pautadas em princípios éticos, tem em seus operadores e

militantes um projeto de sociedade a ser defendido e construído, e que afeta os trabalhadores produzindo modos de subjetivação.

O desafio é sentido pelos trabalhadores de saúde mental e pelos sujeitos usuários dos serviços, que operam este discurso, que criam outras práticas e procedimentos, para afirmar outras verdades acerca das relações com a loucura, e que no entanto, estão inclusos nas mesmas práticas sociais e institucionais, e produzem também, efeitos de normalidade, entre outros. O desafio ainda assim, se mantém frente a perspectivas de que o discurso desinstitucionalizante, ao construir outros procedimentos, estratégias e tecnologias de relação e cuidado, torne-se potente enquanto discurso de resistência e de criação de outros modos de subjetivação.

Os processos criativos de luta e resistências, que derivam nas estratégias e práticas que transformam, inovam e produzem uma nova economia das relações de poder estão segundo Foucault (2015) relacionada às artimanhas da liberdade e da ética.

Deleuze e Guatarri produziram concepções dos processos de subjetivação com características de uma maquinaria, capaz de potência, resistência, singularização. Movimentos possíveis para que o sujeito e a sociedade engendrem relações da ordem da ética, estética em múltiplos processos que se configuram capazes de diferenciação frente aos poderes presentes na contemporaneidade.

Assim, os movimentos produzidos na sociedade, ainda que pequenos e minoritários, que configuram a proposição de novos discursos, tal como o da desinstitucionalização da loucura, quando trazem concepções de uma ética do sujeito, de liberdade e possíveis linhas de fuga, que Foucault, Deleuze e Guatarri, cada um a seu modo, nos deixam ver, podem ser potentes para produzir diferenças no modo de existir individual e coletivo.

As contribuições destes autores, no entanto são sempre pautadas por contrapontos, por alertas que não nos deixam ver um porto seguro. Então, aqui se torna claro, que um processo como a da desinstitucionalização, não é só isso ou aquilo; não é só uma ruptura, sendo também coexistência, continuidade e descontinuidade; não é só desterritorialização, sendo também, terra firme e platô; não é sempre linha de fuga, criação, resistência, sendo também materialidade, cristalização, saber, normalização, sujeição.

O discurso da desinstitucionalização psiquiátrica se coloca enquanto um modo de pensar e agir em saúde coletiva, tendo seu foco numa perspectiva ética, política e teórica das relações produzidas na sociedade a cerca da loucura e do que se compreende como saúde mental. Essa proposição possibilita um espaço de criação, quando se abre para o novo, para um lugar ainda não desenhado, não detalhado, na espera por teorização e mesmo por normatização.

Nesta perspectiva, Nicácio (2003) discute a singularidade do processo de desinstitucionalização, no qual o pensamento crítico da psiquiatria se vê conectado com a transformação da realidade e encontra-se em aberto para questionar-se sobre os saberes, as prática, os atores e as instituições, buscando compreender o que fazer, como fazer e para quê se faz.

Também a discussão de Remminger (2009, p. 95) sobre o campo da saúde mental, e o discurso desinstitucionalizante, aponta que estes produziram um espaço de trabalho em saúde, onde a ausência de protocolos se faz sentir. E esta ausência, possibilita criação e singularidade nas ações, usando de planos singulares e prescrições, sempre sendo ajustados às situações, em uma reinvenção, caso a caso, caracterizando um processo que acessa múltiplos recursos. Sendo que, ao mesmo tempo, nesse processo, o trabalhador se confronta com um "uso exacerbado de si" (destaque da autora), e que quando parte de suas próprias normas de vida e trabalho, em uma exigência de invenção, criação e proposição permanente, como se aponta na discussão acerca do processo de trabalho. Assim, além da função social da atividade o trabalhador se dispõe, se afeta, se desenvolve e se reinventa subjetivamente.

No presente estudo, em que procuramos compreender o modo como o discurso da desinstitucionalização opera e como os trabalhadores se subjetivam neste fazer, encontramos o CAPS de Alegrete, em face destas situações, de construção de um processo, operando na sua realidade, frente às demandas diárias de assumir responsabilidades e possibilitar que a sociedade e a loucura se encontrem, partindo para isso de uma série de estratégias.

A questão normativa que envolve ações de diversas ordens em nossa sociedade, e que segundo ressalta Remminger (2009) estão relativamente ausentes no processo de desinstitucionalização, visto a perspectiva de desconstrução de um paradigma, na expectativa de construção do novo. Esta situação se encontra enunciada pelos trabalhadores de Alegrete:

> Fatores que contribuem, [...]são as diversidades de atividades que se encontram nesse serviço, a gente procura estar sempre diversificando essas atividades, sempre criando uma atividade nova pra que o serviço não fique estagnado [T 07 - 2011].
>
> [...] a gente trabalha muito com alternativas que não necessariamente, são instituídas, elas são instituídas para aquele caso e isso é muito complexo, muito complexo porque tu vai ter um monte de proposta terapêutica e cada uma diferente da outra, isso o CAPS de Alegrete [...]faz muito bem feito[...]. Isso dá um trabalho do cão, é como se a gente tivesse trabalhando artesanalmente terapeuticamente [...]acho que isso é uma das coisas assim que as vezes, as equipes se cansam, porque é algo que exige muito, por isso a importância da gente investir nos momentos para equipe, nos momentos de empoderamento, integração, porque este vai ser o cotidiano do nosso trabalho, então não adianta se queixar [T16-2011].
>
> É o projeto terapêutico, individualizado para cada pessoa. Cada pessoa tem uma demanda. [...]os que exigem um projeto terapêutico muito mais complexo, que envolve não só o atendimento da equipe como profissional, o médico, psicólogo, enfermagem, oficina... mais intervenção, [...]. Tem questões básicas que são necessidades imediatas, então a gente tem que se envolver mais. Se envolve como equipe muitas vezes, mas o projeto a gente costuma fazer de acordo com a necessidade da pessoa, centrado na pessoa [T35- 2006].

A plasticidade que teoricamente se encontra no campo da saúde mental, produz a exigência de redefinição dos papéis profissionais, com a figura da equipe interdisciplinar, onde há uma diluição dos saberes e atribuições, nos quais as ações não estão padronizadas. São propostos apenas, os princípios da política nacional de desinstitucionalização e linhas gerais de constituição de equipe, organização da rede e financiamento, deixando assim, para cada serviço, a criação de seu processo de trabalho. Os trabalhadores de Alegrete enunciam estes movimentos de busca por manutenção de alguns nortes, para dar consistência, as práticas da atenção psicossocial.

> As vezes quando a gente acha que está tudo pronto a gente deixa de pensar, para de pensar. A gente não pode parar. Não pode achar que está tudo bem ou que está tudo pronto. O tempo todo a gente tem que estar reavaliando o trabalho. E tendo a consciência que sempre dá para melhorar. Se não as situações difíceis a gente acaba desistindo ou passando para os outros. Eu acho que se a gente pode resolver, tem que procurar resolver, se não a gente pede ajuda [T35- 2006].
>
> Em relação à instituição, a organização, ainda falta, é muito precário ainda, na maioria dessas instituições, falta melhor organização da parte tanto dos profissionais, como estrutural mesmo [T04-2014].
>
> [...] ainda tem principalmente os novos, os novos que entram e se não tiver uma formação, uma conversa com eles, eles não conseguem compreender, eles acham que é uma bagunça a nossa organização, é caótica favorecendo a singularidade [...] aquilo que é potencial [T16-2011].

> Isso aqui é uma fábrica não é uma produção, é terapêutico. Que a gente tem que considerar da oficina aquele que entra e não faz nada, ele entrou ele circulou, ele deu uma olhada, ele participou de alguma maneira olhando, ouvindo, visualizando [T27-2014].

> Temos as dificuldades do dia-a-dia, a questão do próprio manicômio que está sempre na cabeça de muita gente, mas a gente tem tido essa tranqüilidade de poder avaliar a nossa trajetória, e eu acho que é o que tem nos dado alguns nortes [T35- 2006].

Ainda pensando as perspectiva de construção de uma política desinstitucionalizante, no sentido que a reforma psiquiátrica propõe, ou seja, de desconstrução não só do modelo de assistência, mas da cultura manicomial, com implicação nos pressupostos que configuram a compreensão da loucura na sociedade ocidental; ao ultrapassar a fase de resistências para a implantação do novo modelo, concordamos com Bezerra (2007) quando aponta um momento de encruzilhada, em que é preciso afirmar o horizonte ético e o projeto de transformação social e subjetiva, que implica a atenção psicossocial, evitando o risco de retomada de uma posição burocrática e conservadora no campo da saúde mental.

Retomo também a discussão de Pitta (2011) sobre o momento atual do processo de desinstitucionalização, questionando o porquê de não alcançarmos um consenso em termos das ações, se já se atingiu uma unanimidade discursiva, acerca do cuidado em liberdade e da ruptura com a instituição manicomial.

Penso que o questionamento maior que se impõe as equipes hoje, é sobre como agir no cotidiano da atenção, frente a questões como a crise, ao uso responsável e limitado das medicações, as relações com gestões burocráticas que dificultam as iniciativas criativas, de relevante potência para o processo.

Ainda mais expressiva, penso ser a dependência que os CAPS têm de seus profissionais, de como estes tomam para si a responsabilidade de cuidar, operando o discurso desinstitucionalizante. Assim, a implicação destes profissionais concretamente produz a transformação da atenção, a partir de um processo de subjetivação com a prática psicossocial.

No decorrer desta tese, temos trabalhado com o pressuposto de que o modo como os trabalhadores se subjetivam com o discurso desisntitucionalizante, vivendo as transformações em que estas implicam, operando com todo seu *corpus*

conceitual e suas práticas, produzem diferenças no cotidiano da atenção, no sentido de criação e potencialização de processos singulares.

Após a realização do estudo, é possível pensar acerca do decréscimo de militantes da reforma psiquiátrica no cenário dos CAPS. Há uma associação deste modo de vivência da desinstitucionalização com um modo de viver o trabalho em saúde mental, que é referido por aqueles trabalhadores que compartilham do processo de luta antimanicomial. A formação de novas lideranças, é relacionado nesta perspectiva a ocorrência de um movimento político, onde o pessoal vive uma implicação de ordem política, para encaminhar e manter o processo de afirmação do modelo de atenção psicossocial e as premissas da desinstitucionalização. Muitas lideranças se encontram distanciados por circunstâncias diversas da condução do processo, o que gera uma dissipação das orientações, ou mesmo das premissas mais caras ao processo no cotidiano da atenção.

Em um período de estágio na cidade de Trieste – Itália e em visita a cidade de Gorizia no mesmo país, berço da psiquiatria democrática italiana, em encontros com trabalhadores dos Centros de Saúde Mental, registrados em Diário de Campo, me foi informado acerca de efeitos desta situação, de afastamento de muitos trabalhadores dos princípios elementares da reforma, tal como que vem sendo vivenciado no Brasil. Também, na Itália os novos trabalhadores, não tendo experienciado o modo manicomial de atenção psiquiátrica, e não tendo participado do processo de luta pela reforma psiquiátrica, tendem a retornar no cotidiano da atenção, alguns aspectos já superados tais como: maior uso de medicações, maior atenção a doença do que à pessoa e dificuldades para a concretização de redes que produzam maior inserimento social. Aqui entendo novamente uma questão de ordem da política, mais do que relativo à experiência. Não havendo a inquietude de conviver com o modelo manicomial, os novos trabalhadores, se mobilizam diferentemente com as premissas do modelo de atenção psicossocial. Um dos trabalhadores assim expressa sua percepção acerca do momento em Trieste.

> (trabalhador) refere que os profissionais jovens, que não passaram por toda a história do fechamento do manicômio, é percebido um nível de comprometimento diferente do que dos profissionais que estão há mais tempo trabalhando na área e que já vivenciaram outros momentos da história de Trieste. Ele diz que escuta dos profissionais mais antigos que esta é uma preocupação recorrente. Eles sentem que estão passando por um período difícil em relação a compreensão e a adesão com uma disponibilidade maior por muitos dos novos profissionais. Discute-se ainda que muitos não conhecem o pensamento basagliano, como se pensa ou

> como poderiam. Ele entende que estes temas deveriam ser trabalhados com todos, retomando a história ou discutindo mais frequentemente a temática.

Ao tratar destas questões, não pretendo atribuir culpa ou responsabilidade ao trabalhador por possíveis entraves ou avanços no movimento de desinstitucionalização. Digo movimento por que penso que este se dá mais em movimento do que em consolidação, mesmo que se tenha necessidade de consistência. Enfim, o trabalhador trata de dar visibilidade a característica deste processo, que é acontecimento, ou seja se dá na singularidade e na diferenciação.

Deste modo ao enunciar a perspectiva desinstitucionalizante, o trabalhador se coloca nas microrelações, nos movimentos micropolíticos, no tempo histórico e determinado do acontecer, no modo de experienciar e atuar de seus protagonistas. O trabalhadores assim, entram em foco quando pensamos a desinstitucionalização enquanto um regime discursivo que se coloca em agenciamento para operar na atenção psicossocial.

As questões que os trabalhadores de Alegrete e de Trieste enunciam acerca do atual momento da desinstitucionalização da loucura, no espaço micropolítico dos Centros de Atenção Psicossocial, é de trabalhar com a potência, com o desejo de formação, mobilização, teorização, supervisão, reavaliação e experimentação de modos de fazer e interagir com os usuários da atenção psicossocial e com a cidade, produzindo assim outros movimentos e ações. Através destas, o trabalhador se agencia para movimentar o pensamento e afetar-se com o processo.

O trabalhador de Trieste enuncia:

> [...] não se trata só de formação, e sim de maior interesse por parte destes trabalhadores, de maior comprometimento mesmo e de que estes tenham convicção a respeito do que fazem e do modelo que operacionalizam.[...] dizem que isso acontece por que quem não conheceu o manicômio não tem noção do que ele é, e portanto, por vezes pensam que não poderia ser tão inadequado, ou que poderia ter algo de bom.

Os trabalhadores do CAPS de Alegrete, no entanto apontam que estes movimentos se agenciam e se interrompem, por múltiplos fatores e acontecimentos de ordens diversas, tais como micro e macropolíticas, entre outras.

> Eu acho que tem mudado também o pensamento sobre a loucura, no entanto acho que ainda tem bastante dificuldade é essa dificuldade de entender a loucura como normal, como parte da existência [...]. A principal dificuldade é essa de não ver o paciente, vamos dizer a loucura, para mim, a loucura é uma das características que todos nós estamos sujeitos. Aqui

> muitos não sabem lidar, com o processo novo, o pessoal está aceitando mais os pacientes agora, e muitos não sabem lidar e pedem medicação, aumenta a medicação [T 09- 2014].
>
> O nosso fazer ainda é bem manicomial, porque a gente tem uma ligação muito forte com a doença mental, com o remédio, então a gente se perde bastante na rotina por que a gente aprendeu assim na faculdade[...] Acho que é um trabalho, que todo mundo tem, é um trabalho bem de subjetividade, eu acho que as equipes que passaram elas deixaram um caminho de coisas muito bonitas, de mudar a vida das pessoas de uma forma positiva [T11-2014].
>
> Acho que ele está em constante processo, mas não está ainda não. Acho que ainda tem muito o que fazer, muito o que fazer com os portadores de sofrimento psíquico e com os profissionais, os trabalhadores porque sempre está entrando gente nova [...]. Mas não adianta [...] só dizer que vão terminar com o hospício, um modelo substitutivo se está na cabeça das pessoas.[...]Vejo que chega gente nova que não como eu, mas na mesma linha, que tem divergências enquanto gente que está aqui participou de capacitação que acaba que não desenvolve, infelizmente [T 27- 2014].
>
> (trabalhar com a loucura) é mais difícil, é mais complexo, então é mais difícil, tem que trabalhar em equipe multidisciplinar, interdisciplinar e coisas desse tipo, é um jeito diferente, não é aquela coisa centrada no médico, dando remédio então é uma coisa que vai compondo com todos. [...]Tem que levar em consideração no adoecimento, de pensar em todos os aspectos então é mais complexo. Há respeito à sua diversidade entendemos que até no modelo mais tradicional as pessoas tinham que ser de um jeito, um jeito tradicional, se não fosse daquele jeito não tava legal, agora pensamos que podemos ser diferentes, dá no mesmo [T 28- 2014].
>
> Este é um processo muito a longo prazo a desinstitucionalização, por que a gente tem um processo quem faz formação, quem está na universidade trabalhando, pesquisa, formação de pessoas, pós-graduação, mestrado, doutorado, tem um tipo de visão da desinstitucionalização. O profissional que entra na rede cru, vamos dizer assim, sem nenhuma formação a não ser a formação universitária, hoje ele carrega muita coisa do hospital psiquiátrico na cabeça ainda, os conceitos ainda são assim, mesmo que a psicologia, a enfermagem, a fisioterapia, estejam em algumas universidade colocando cadeira de saúde mental coletiva, ou de saúde mental, mas é muito pouco ainda, então nos temos vários processos.[...] Então na minha opinião o processo de desinstitucionalização nos precisamos fazer uma formação muito a longo prazo, avaliar o que que a gente consegue entre o meio acadêmico, o que esta travando a reforma no meio acadêmico, no meio da sociedade cívil, quem são os nossos parceiros e nos ajudam de primeira mão, assim, e na política eu vejo que foi onde a gente mais avançou, pelo menos aqui em Alegrete, mais avançou assim, a gente tem um conjunto de parlamentares, de gestores envolvidos.[...] A gente aqui de Alegrete teve o movimento social, para garantir uma reforma que tivesse o conceito da desinstitucionalização, mobilizou a sociedade, por que a gente não tinha um grupo de profissionais da área. Aqui não tem curso de psicologia, não tem curso de psiquiatria, não tem curso de enfermagem [...]. Com quem nos fizemos a reforma? Com profissionais da área de educação [T16-2014].

Concordo com Lobosque (2007) de que o movimento de reforma psiquiátrica nunca foi consensual, nem unânime em suas posições, sempre protagonizou polêmicas, entre radicalizações, negociações e mobilizações, mesmo entre seus

pares. Assim, este se configurou enquanto um processo flexível e de articulação política, com os setores da saúde e com a sociedade, no entanto minimizou o investimento nas relações com a academia, com o setor de formação profissional, por entender que:

> [...] aquilo que se fazia nos serviços substitutivos era algo que a universidade não poderia ensinar, por não saber do que se tratava: esta clínica só se deixava apreender no ato mesmo pelo qual cotidianamente se inventava (idem p. 39).

Assim o discurso da desinstitucionalização, transita com menor intensidade no cenário acadêmico. O efeito deste distanciamento e da pouca articulação para a revisão dos currículos, das profissões do campo psicossocial, é a formação nos modelos tradicionais, com manutenção das perspectivas teóricas e práticas fragmentadas e com centralidade na doença. Estas posturas produzem um tensionamento nos serviços, visto a hegemonia do modelo médico-centrado no âmbito da saúde e a resistência dos profissionais da área em trabalhar na academia, os pressupostos da desinstitucionalização.

No espaço acadêmico o discurso da reforma psiquiátrica ainda encontra significativos entraves para a sua veiculação, de modo geral no Brasil, com algumas exceções. A ruptura necessária com o modelo biomédico, com visão individualizada e uma perspectiva a-historica, atinge não só a formação médica, mas também as profissões da área da saúde, que compartilham da mesma lógica. Assim, Yasui e Costa-Rosa (2008 p.29) colocam que as estratégias de consolidação do modelo de atenção psicossocial, necessariamente passam pela formação profissional.

> Os desafios se tornam ainda maiores, considerando que essa mudança de paradigma ainda não está presente na formação básica dos profissionais de Saúde. Essa formação continua sendo organizada em disciplinas e especialidades, com pouca ou nenhuma integração, levando os profissionais em formação a um olhar fragmentado da realidade [...]. Formados e formatados no modelo médico-centrado hegemônico e em práticas disciplinares, os profissionais se vêem diante da responsabilidade de implantar uma proposta de mudança de modelo assistencial que requer uma ruptura radical da maioria dos conceitos estudados ao longo dos anos de formação, além de necessitarem rever radicalmente concepções ideológicas e éticas. Tal situação assume, por vezes, características de um impasse.

A academia tradicionalmente é colocada como lugar de ensino, e o serviço como lugar de práticas, porém na perspectiva da atenção psicossocial estes

espaços se integram fazendo estes movimentos, como trocas permanentes, a produção de saberes ocorre a partir da realidade e dos acontecimentos. Assim refere Foucault em *Arqueologia do saber*, a cerca da formação de outras práticas discursivas, em um contexto dado:

> [...] as mudanças na ordem do discurso, não supõe "idéias novas", um pouco de invenção e de criatividade, uma mentalidade diferente, mas transformações e uma prática, eventualmente nas que lhe são próximas e em sua articulação comum (FOUCAULT, 2013 p.234).

Esta perspectiva de proposição e formulação de outros discursos para a questão da loucura, agora inserida e pensada no contexto da sociedade, implica na formação de novos enunciados, que não partem só dos textos científicos, ou das instituições de saber, mas das relações políticas, das articulações culturais, dos movimentos de pequenas proporções que ocorrem no cotidiano da vida, assim como, se tornam possíveis no contexto da atenção psicossocial.

Deste modo, tanto a academia, como os trabalhadores e a sociedade de forma geral, a partir do advento da reforma psiquiátrica, se colocam frente a possibilidades de produzir, criar, se contrapor ao instituído, em relação a loucura, assim como entende Foucault (2013, p.172), quanto as rupturas ou continuidades à que se submetem as formações discursivas em face de transformações, desconstruções ou elaboração.

> Fazendo assim com que a contradição entre duas teses derive de um certo domínio de objetos, de suas delimitações e de seu esquadrinhamento, não a resolvemos; não descobrimos o ponto de conciliação. Mas não a transferimos tampouco a um nível mais fundamental; definimos o lugar em que se dá; fazemos aparecer a ramificação da alternativa; localizamos a divergência e o lugar em que os dois discursos se justapõem.

Nesta perspectiva autores como Amarante (1999), Yasui (2006) e Costa-Rosa (2006) trabalham com a ideia da formulação de um novo paradigma, no campo psiquiátrico. O questionamento referido nesta tese, acerca das premissas da desinstitucionalização da loucura e do modo de atenção psicossocial se caracterizarem enquanto um novo paradigma na área psiquiátrica, ainda se coloca como tema de inquietude e reflexão. Não pretendo aqui trazer afirmações ou definições, com determinações e verdades que encerrem o processo de desinstitucionalização e o modo de atenção psicossocial em qualquer categoria

analítica, acadêmica ou epistemológica. Porém, conforme visto no decorrer deste estudo, este se apresenta enquanto uma formação discursiva, no campo psiquiátrico ou se preferirmos agregar maior amplitude ao escopo este discurso, diríamos no campo da saúde mental, sendo pertinente relacioná-lo ao pensamento epistemológico emergente na pós-modernidade.

Para tal, abordo-o sob a perspectiva do pensamento de Santos (1998) e suas concepções de formação da emergência de um novo paradigma, considerando para isso, a tese de superação do paradigma dominante, no modo de ver e fazer ciência. O autor afirma que este se coloca então, a partir das seguintes premissas: todo o conhecimento científico-natural é científico-social, fundamenta assim a superação das dicotomias e das dualidades do pensamento, que produziram noções como: razão/desrazão, saúde/doença; todo o conhecimento é local e total, visa o conhecimento interdisciplinar, que contemple a totalidade dos conhecimentos específicos em sua complexidade; todo o conhecimento é autoconhecimento, refere-se a integralidade e intencionalidade entre os sujeitos e não entre sujeito e objetos, que não separe quem estuda do seu objeto; todo o conhecimento científico visa constituir-se em senso comum, enquanto possibilidade de ampliação do fenômeno observado, em detrimento do conhecimento que gera dominação de um sobre o outro.

Assim, relacionando as teses formuladas por Santos (1998) acerca do paradigma emergente e a proposição do paradigma da desinstitucionalização e da atenção psicossocial Guimarães et al (2001, p.10-11) refere que:

> Todo o conhecimento científico transmitido nos órgãos formadores, reproduzido e (re)criado nas instituições e entidades que atuam com o processo saúde/ doença mental, é essencialmente um conhecimento científico-social e como tal, não é neutro, resulta de escolhas cotidianas e prática política; sendo o conhecimento local e total, quando apreendemos e socializamos através das experiências e vivências de trabalhos em saúde mental, estamos (re)criando esse conhecimento, e contribuindo para a mudança ou a reprodução do "discurso competente" sobre a saúde, a doença e o doente mental; que todo o conhecimento técnico- científico e ético-político sobre saúde mental, com o qual atuamos, na cotidianidade de nossa prática no âmbito das instituições de ensino, nos serviços de saúde e movimentos sociais, constituem-se como parte do autoconhecimento de nossas subjetividades e das respectivas interlocuções entre sociedade e indivíduo; entre a vida no âmbito público e no privado; entre os sujeitos sociais e estruturas de micro e macro poder político. Dessa forma, podemos intervir nesse processo, na perspectiva de melhorá-lo, a partir de nossas contribuições cotidianas individuais e coletivas; considerando que todo o conhecimento científico visa constituir- se em senso comum, a perspectiva de mudança do paradigma emergente na saúde mental, caminha no sentido

> da proposta de uma visão do ser doente mental como sujeito, como um ser perigoso, anormal, excluído.

O paradigma emergente, descrito por Santos (1998), ainda pontua aspectos de outro modo de conhecer e relacionar-se com as verdades hegemônicas, tais como a postura de negação da neutralidade da ciência, e no âmbito social e político o surgimento de Novos Movimentos Sociais (NMS), que se constituíram em diferentes países do mundo, como uma crítica da regulação social capitalista e da emancipação social socialista. E a constituição de novos movimentos que emergem da necessidade e de condições de resposta de um momento histórico, tal como o movimento da reforma psiquiátrica.

Nesta perspectiva Amarante (1999) entende a reforma psiquiátrica como um discurso que quebra com as premissas da ciência tradicional, quando pressupõe romper com a objetivação da loucura, no estabelecimento de relações, e não através de mera observação; com a neutralidade e coisificação, assim como com os princípios ontológicos e teleológico da normalidade, quando coloca a doença entre parênteses e coloca seu foco no sujeito; na produção assim de um deslocamento de objeto na ciência psiquiátrica, que implicitamente demonstra que o fenômeno, não existe em si, sendo construído pela ciência ou pelo pesquisador.

Partindo destas considerações para propor a desinstitucionalização, como outro paradigma para o campo psiquiátrico Amarante (1999), apresenta quatro eixos em que se colocam transformações conceituais e de procedimentos, são estes: o teórico-conceitual, onde as produções teóricas procuram definir um novo objeto de conhecimento; o técnico-assistencial, em que se propõe novos espaços de sociabilidade, trocas e produção de subjetividades; o jurídico-político, com a proposição de revisão de legislações a cerca da doença mental e instaurar novas formas de inserção social; e o sócio-cultural, no qual propõe transformar o imaginário social acerca da loucura, na busca de práticas sociais de solidariedade e inclusão dos diferentes.

A reforma psiquiátrica de acordo com Yasui (2006) é complexa e diversa o bastante para ultrapassar a mera restruturação das instituições psiquiátricas, sendo ampla por natureza, produz rupturas com os modelos hegemônicos, inventando, criando, novos dispositivos de cuidado e diversificando ações, tecendo rede com o território de vida das pessoas, investindo em formas de sociabilidade e de ética, não

só para a área de atenção psiquiátrica, mas para a constituição de outras relações na sociedade de modo geral.

Estas transformações abrangem assim, a construção de conceitos, a proposição de relações plurais e singulares entre os sujeitos, em espaços substitutivos ao ambiente asilar, a inclusão social, e condutas pautadas pela ética e pela justiça para os sujeitos em vulnerabilidade e desvantagem social (GUIMARÃES et al, 2001).

Assim, penso em concordância com Alvarenga (2004, p. 140) de que "a reforma psiquiátrica está para além da psiquiatria", e que os fatores para a operacionalização da desinstitucionalização, são complexos e múltiplos, incluíndo aspectos administrativos, organizacionais, técnicos, afetivos e subjetivos, que configuram em suas transformações a produção de outros modos de subjetivação e de vida em sociedade.

Nestas colocações acerca do discurso da desinstitucionalização, penso estar explícito, a inclusão deste movimento nas macropolíticas em curso na sociedade. Não estando, portanto, isenta a política desinstitucionalizante das amarras e ritmos da atualidade, do modelo neoliberal e suas tramas políticas, econômicas e sociais; e das relações presentes na micropolítica, dos serviços de CAPS, sendo estas de reprodução e manutenção ou de rupturas e inovação dos modos de agir e pensar a loucura e suas demandas.

Este estudo, se propôs a problematizar o quanto a desinstitucionalização e o modo psicossocial se configuram como uma nova formação discursiva para o campo da saúde mental. Produzindo através da criação de práticas e relações micropolíticas, alterações no modo de pensar e agir nos CAPS, na rede de saúde e na sociedade de modo geral referente ao fenômeno da loucura e do sofrimento psíquico. Operando assim para a produção de agenciamentos e processos de subjetivação, nos sujeitos envolvidos nesta área.

A experiência desenvolvida no CAPS de Alegrete, aqui nos permitiu, a aproximação com uma realidade, em que se operam alterações no modo de operar a atenção, movidas pelo discurso da desintitucionalização. Concordando com Delgado (1997, p. 42) ao afirmar: "o território não é o bairro e o domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo".

Deste modo, os acontecimentos encontrados que caracterizam os discursos da reforma psiquiátrica, e do modo psicossocial enunciam a possibilidade destes eventos ampliarem-se, afirmando assim uma intervenção e uma inversão da lógica psiquiátrica, efetivamente nas relações com a loucura que ali se produzem.

A valorização do município enquanto cenário onde as mudanças discursivas em campos diversos podem acontecer, é enfatizada por Fagundes (2001) que refere o local, o cotidiano, os atores e cenário fortalecidos na conjuntura das políticas públicas e das instituições, pela plasticidade de práticas que se tornam possível, frente a condutas até então normatizadas de forma inequívoca, sem questionamento, de caráter burocrático e estereotipado.

Pensar essa conjuntura a partir do pensamento de Foucault (2013), nos revela a complexidade de fazer falar os enunciados, que este implica em condições e regras, entre as quais fazer aparecer as contradições, os procedimentos, as relações e articulações, todo um conjunto que caracteriza uma formação discursiva, expressa e presente em instâncias diversas, tais como: literárias, políticas, cotidianas, em opiniões e modo de vida.

Penso que a atenção psicossocial, é composta por múltiplos enunciados, que dão a ver o modo como opera, suas contradições, suas coexistências com o modelo anterior, e suas inovações no modo de fazer o cuidado em saúde mental. Estes se encontram no cenário de estudo e sua visibilização ocorre no transcorrer do estudo.

Os dispositivos criados na rede de saúde e na cidade de modo geral para problematizar a presença da loucura, na cidade de Alegrete, são práticas discursivas relevantes para a transformação das relações com o sofrimento e com as diferenças.

A configuração do processo de trabalho e das relações micropolíticas encontradas, afirmam modos diversos de pensar o cuidado em saúde mental e de questionar os saberes e poderes nesta área. No entanto, entendo que a desinstitucionalização, que neste contexto refere-se ao desmonte e negação do modo institucional da psiquiatria asilar e suas concepções; compreende sim, outra formação discursiva. Esta é distinta em seus conceitos e práticas, porém mantêm aspectos de coexistência em termos de determinados procedimento e meios, tais como: a medicalização, o viés adaptativo e normalizador, saberes hegemônicos oriundos da área biomédica, e de relações de poder-saber entre os componentes da equipe interdisciplinar.

Na perspectiva de afirmação de um novo regime discursivo no modo de atender na área de saúde mental, o modo de atenção psicossocial caminha para outra institucionalização, e deste modo, enfrenta o desafio de que esta possa comportar outros modos, meios, conceitos e objetivos. Porém inegavelmente, trata-se de um dispositivo de cuidado em saúde, e com isso assume um tanto de padronização, regramento, normatização e procedimentos pré-planejados, porém trabalha para ser de outro giro, de outro movimento.

Deste modo, em Deleuze e Guattari (1996), encontramos o apoio teórico para a compreensão deste movimento, que envolve desterritorializar, quebrar paradigmas, deslocar-se em fluxos de agenciamentos possíveis, porém sem esquecer que sendo este um movimento, fará em dado momento, uma nova territorialização, garantindo assim que não percamos o solo. Faz-se então novos platôs, novos planos de consistência, de onde se produzirão novos agenciamentos, e fluxos de inovação, de criação de existência que possibilitem a loucura como parte da subjetividade, e que se possa assim, construir relações de convivência, cuidado e ética na sociedade para esta experiência do humano.

Sabe-se da função do trabalhador, enquanto um protagonista do movimento de reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização, assumindo o lugar de um dos sujeitos que constrói este discurso, encontra-se no foco das políticas, como centro de investimento, em relação a formações, capacitações, culpabilizações e expectativas.

A questão aqui discutida, no entanto, pretende entender os modos como o trabalhador se subjetiva com esse processo, e que aspectos do discurso desinstitucionalizante, encontram relevância para que o trabalhador se afete e produza diferenças na micropolítica do trabalho, dando materialidade ao modo de atenção psicossocial.

6.1 A reabilitação Psicossocial: uma estratégia do modelo de atenção

Entendemos a desinstitucionalização psiquiátrica e o modo de atenção psicossocial, como um discurso no campo da saúde mental, a partir do que refere Foucault (2013), compreendendo em seu conjunto enunciativo, ditos e não ditos, que põem em funcionamento tecnologias e estratégias para estabelecer um outro lugar para a loucura. Este discurso na realidade brasileira é operacionalizado pela

proposição da Atenção Psicossocial como um discurso de transformação do modelo assistencial e a Reabilitação Psicossocial torna-se uma estratégia de transformação das práticas técnico- assistenciais.

A Reabilitação Psicossocial por sua amplitude de proposições e múltiplas possibilidades de criar relações, atividades, experiências e outras perspectivas para o cuidado de si e dos outros, assume na atenção psicossocial um caráter central e pode ser pensada enquanto uma estratégia para o cuidado, neste contexto.

As estratégias na perspectiva foucaultiana tratam-se de um conjunto de meios empregados para obter um objetivo, ou modos de pensar e constituir ideias, racionalidades para alcançar uma finalidade; e ainda como um modo de agir e constituir um dispositivo de poder, sendo assim um modo de ação sobre ações possíveis ou supostas dos outros (CASTRO, 2009). Aqui também é importante dizer que estas produzem relações de poder e relações de enfrentamento sendo constituídas entre outras possibilidades, por disposições, manobras, táticas e funcionamento para vencer as lutas em pauta.

Em sua primeira definição de estratégia Foucault (2009 p. 247) nos diz: “designar a escolha dos meios empregados para se chegar a um fim; trata-se da racionalidade empregada para atingirmos um objetivo.” Nesta perspectiva é que proponho o entendimento da reabilitação psicossocial enquanto uma estratégia central no Modo de Atenção Psicossocial, com uma série de tecnologias e meios para a produção de cuidado implementado nos CAPS, que busca tornar possível o cuidado em liberdade, com recursos múltiplos para superar e romper com práticas tais como: da medicalização excessiva, da internação psiquiátrica, da contenção da crise através do isolamento e segregação do sofrimento.

A reabilitação Psicossocial segundo Saraceno (2001a), é entendida como um conjunto de estratégias, com fins de aumentar as possibilidades de trocas de recursos e afetos, sendo que no interior desta dinâmica se cria um efeito habilitador. Pode-se ainda dizer, que esta compreende um espaço de negociação contínua, estabelecendo uma função relacional .

Assim, a reabilitação é um processo de reconstrução e de contratualidade nos diferentes cenários da vida, no habitat, na rede social e no trabalho. Sendo, entretanto uma técnica que não se pode aplicar independente de um marco conceitual, estrutural e político, com variáveis de nível macro e micro conforme os aspectos da vida a que se relacionam (SARACENO, 2001b).

O processo de reabilitação visa facilitar ao individuo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia no exercício de suas funções na comunidade, enfatizando aspectos sadios e a totalidade de potenciais do individuo, mediante abordagens compreensivas, residenciais, sociais, educacionais, de lazer, entre outras, ajustadas as demandas singulares de cada situação. Seria assim, o conjunto de atividades capazes de maximizar a oportunidade de recuperação dos indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através de insumos individuais, familiares e comunitários (PITTA, 2001).

No contexto da Atenção psicossocial, as técnicas de reabilitação estão direcionadas para pessoas egressas de instituições psiquiátricas e/ou portadores de transtornos mentais severos e persistente, que requerem cuidados específicos. Entretanto, segundo Pitta (2001) não se trata de uma técnica específica para uma população específica, trata-se de uma estratégia, uma vontade política, de grande complexidade, com foco nas vulnerabilidades desta clientela.

Questionando o conceito de Reabilitação Psicossocial, encontramos a função de recuperação, retomada de algo considerado perdido e que se considera socialmente desejável, ou seja, procura-se recuperar, para recolocar em seu devido estado, frente a uma demanda esperada. Enfim, pode-se pensar no aspecto adaptativo, ortopédico e normalizantes das proposições reabilitantes.

Na área de atenção psiquiátrica, a perspectiva reabilitante, surge no interior das diferentes proposições de enfrentamento ao paradigma psiquiátrico clássico, em diferentes países, no período do pós-guerra. Estes movimentos de reforma emergem pelas questões de direitos humanos, aos quais as instituições totais, como os manicômios afrontavam definitivamente, com suas práticas de reclusão, interdição e segregação; assim como pelo fracasso destas instituições no que se refere aos propósitos de cura e de retorno de seus pacientes à sociedade e ao mundo produtivo, econômico e social.

As propostas de reforma através das Comunidades Terapêuticas, da Psicoterapia Institucional e da Psicoterapia de setor questionaram as estruturas asilares e propuseram modificações em sua dinâmica de trabalho, abordando fortemente as questões de reabilitação dos internos.

As comunidades Terapêuticas surgem na Inglaterra e tem Maxwell Jones seu principal representante, inspirados pelas experiências de terapia ocupacional desenvolvida por Hermann Simon na década de 1920, que entendia necessário e

fundamental incluirmos o trabalho como método de tratamento para pessoas internas em instituições psiquiátricas, com o foco em sua socialização e preenchimento do tempo ocioso. A praxiterapia, proposta por Simon reforça a idéia de que o trabalho é uma forma de transformação dos doentes mentais. Jones trabalhou ainda com pressupostos de liberdade e de relações democráticas, rompendo com o abismo hierárquico constituído entre profissionais e pacientes das instituições (AMARANTE, 2003).

Para Birman (1992) as experiências de comunidade terapêutica trazem o traço marcante de promoção da humanização nas instituições, e da instauração de uma microsociedade, organizada através do trabalho coletivo, trazendo assim, o sujeito para o espaço da razão e da verdade, visto que a loucura permanece ainda entendida como, *a ausência de obra.*

O movimento de reforma conhecido como a Psicoterapia Institucional, que ocorre na França, assim como as Comunidades Terapêuticas, apresentava a implementação de mudanças na estrutura dos hospitais psiquiátricos, como possibilidade de superação do fracasso e das críticas que se produzem em relação à psiquiatria. Este movimento surge durante a segunda guerra, e tem Tosquelles como seu principal representante, que propôs mudanças no funcionamento do Hospital Psiquiátrico Saint-Alban. Este surge como estratégia para resistir à violência nazista, projeto em que se envolveram e trabalharam juntos profissionais e internos. Sendo estas atividades entendidas como de reabilitação pelo trabalho. Tosquelles incluiu a psicanálise no projeto terapêutico da instituição, procurando abordar as questões de relações institucionais, entendendo que a doença está também na instituição, porém não realiza uma crítica a função da psiquiatria. (AMARANTE, 1995).

A psiquiatria de setor, outra iniciativa da psiquiatria Francesas para enfrentar a ineficiência e os altos custos das instituições asilares, surge em 1945, também no cenário do pós-guerra, no qual multiplicavam-se as demandas por cuidados psiquiátricos, considerando o sofrimento vivenciado por ocasião do conflito mundial. Os manicômios foram considerados incapazes para atender a essas necessidades, porém este movimento de mudança na atenção psiquiátrica, não prescindia da manutenção do hospital psiquiátrico, apenas propunha uma extensão para a comunidade destes serviços. A proposição de setorizar a cidade e desenvolver ações de atenção psiquiátrica na comunidade mantêm, entretanto uma referência e

uma dependência dos grandes hospitais, também setorizados internamente, de forma a responder por as distintas áreas populacionais. Esta propõe o fim do isolamento, a circulação do louco pelo espaço público, e articulações deste no meio social, laboral e cultural como atividades reabilitantes para sua inclusão social (AMARANTE, 1995).

A Psiquiatria comunitária ou preventivista de Gerald Caplan, nos Estados Unidos, surge nos anos sessenta, período da guerra do Vietnã, em que situações traumáticas e de sofrimento psíquico afligiam a população. Esta apresenta uma perspectiva de mudanças no objeto da psiquiatria, entendendo o adoecimento em relação às questões determinadas pelas experiências de vida e passíveis assim, de prevenção. Não há, entretanto a proposição de ruptura com a instituição manicomial para a atenção psiquiátrica, coexistindo com esta, e desenvolvendo-se em espaços comunitários, porém tendo estes hospitais como retaguarda. Encontra-se nesta abordagem uma perspectiva eugenista, quando busca apontar grupos vulneráveis, para aos quais, desenvolver campanhas e propõe ações de caráter adaptativos e normalizadores, para segmentos distintos da população, de regras incluídos entre os mais pobres e de minorias étnicas. Castel (1978) denomina *aggionamento*, a passagem de ações profiláticas, oriundas do modelo asilar e as normas e princípios do preventivismo, o que pode-se entender como uma atualização do processo de controle e disciplinamento social, que estão contidas nas novas modalidades de intervenção, entre as quais a reabilitação se faz presente de diferentes modos.

A antipsiquiatria, movimento que surge na Inglaterra na década de sessenta, em um contexto de revolução cultural, torna-se a primeira experiência de questionamento do saber e das práticas psiquiátricas. Teve como principais representantes Ronald Laing e David Cooper e tem como referências teóricas diversas vertentes do pensamento entre as quais: a psicanálise, o marxismo, a fenomenologia, o existencialismo, e a obra de Michel Foucault. Entendem a loucura como um fato social, político e de libertação das estruturas ideológicas e institucionais, e por isso passível de se estabelecer um diálogo entre a razão e a loucura, sem inclusão de medicalização no projeto terapêutico, que se centra na psicoterapia grupal, e nas diferentes possibilidades de reabilitação, entre as quais tem destaque, a produção artística.

A psiquiatria democrática Italiana, proposta de reforma implementada na Itália por Franco Basaglia, nos anos sessenta, foi a que maior influência teve para a

experiência de reforma psiquiátrica brasileira e que elaborou diretrizes de ruptura com a instituição manicomial.

A diferença deste projeto em relação aos anteriores encontra-se na mudança no objeto em foco, em que se coloca o sujeito no centro da atenção e não a patologia que o acomete. Na negação do espaço hospitalar como terapêutico, na identificação da instituição asilar como produtora de adoecimento; assim como na relação médico/paciente, que pela sua característica de objetivação do paciente, se alicerça em relações de saber/poder.

A proposição desinstitucionalizante da Psiquiatria democrática italiana, segundo Amarante (1995) opera uma ruptura com a psiquiatria tradicional e seu dispositivo de alienação, representado pelo asilo, quanto com a nova psiquiatria, em seus dispositivos de saúde mental. Em relação a esta ultima, questionam as funções técnicas, os saberes produzidos neste âmbito, que consolidam relações de poder sobre o outro, mantendo a objetivação da loucura e sua redução à doença.

A Psiquiatria democrática em relação à reabilitação, elabora constructos teóricos de relevância crítica em relação às experiências de oficinas e trabalhos dirigidos por técnicos, mesmo que em espaços abertos e comunitário, refletindo sobre seus objetivos de inclusão social e de proposições de atividades alienantes e desvalorizadas, em uma clara referência adaptativa e normalizadora. A proposição de atividades relacionadas ao trabalho toma corpo na reforma italiana, na modalidade de cooperativas e colocam-se como possibilidades concretas de inserção no mundo relacional e produtivo, descaracterizando estes espaços como diferenciados e de ocupação do tempo, através de atividades remuneradas e valorizadas socialmente, estabelecendo assim uma mudança cultural, quanto à inclusão do louco na sociedade.

Na cidade de Triste, por ocasião do estágio de doutorado, assim me foi descrito essa perspectiva da reabilitação italiana, registrado em diário de campo:

> Reabilitação, desenvolvimento humano, oportunidade de inclusão, participação independente de desabilidade. Esse departamento trabalha com questões que não estão entre as prioridades nas agendas mundiais. A proposição de engajamento em trabalho produtivo, é proposto a partir de suas habilidades. A CBR – Reabilitação Baseada na Comunidade, em suas atividades de saúde mental tem como objetivo, propor a inclusão e participação em atividades comunitárias [DC – Trieste, 2014].
>
> Os usuários também são responsáveis pela sua saúde e sua vida. Construir o percurso de uma pessoa, parte da própria pessoa, esta pode ajudar os

> operadores a pensar sua trajetória de saúde e de trabalho [DC – Trieste, 2014].
>
> Ele (trabalhador) refere no entanto, que o trabalho nos centros não deve estar voltado para a ocupação do tempo. Que este aspecto da reabilitação, não é de desenvolvimento da pessoa envolvida e sim, uma ocupação da vida da pessoa, do seu tempo. Entende também que as atividades que buscam apenas desenvolver uma habilidade e que não fazem sentido para a vida de cada um, não só, são inúteis como por vezes prejudiciais à auto-estima, assim como pretendem apenas adaptar o sujeito, à um requisito da sociedade para sua inclusão [DC – Trieste, 2014].

O movimento da Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana se diferenciam das demais propostas reformistas, por colocarem o saber psiquiátrico em questionamento, entendendo a loucura como um fenômeno humano, de ampla complexidade, afastando o reducionismo da perspectiva biológica, que define as doenças mentais, com características alienantes, cronificantes e de periculosidade para inclusão no campo social. Também em relação aos pressupostos da reabilitação, estes movimentos trazem um diferencial em seus objetivos e modos de proposição, questionando a função destes para os sujeitos, através da arte, da diversidade de proposições e da liberdade na adesão aos mesmos.

As técnicas desenvolvidas no campo da psiquiatria ao longo de sua existência, foram fundadas teoricamente no aspecto de readaptar, normalizar e recuperar o sujeito “doente” para devolvê-lo à sociedade de modo a comportar-se dentro das normas. A mesma questão encontra-se, entretando, presente na proposta desinstitucionalizante, como uma estratégia para o seu funcionamento.

Esta perspectiva de intervenção está fortemente embasada no processo de reforma brasileiro, e na vida diária dos CAPS, enquanto estratégia que possibilita a inclusão, a partir do trabalho e da inserção na vida familiar . No cenário do CAPS de Alegrete, este discurso de readaptação se faz presente, na concepção de reabilitação que seus profissionais desenvolvem, tais como é possível expressam nos excertos a seguir:

> Hoje tem a reabilitação, tem pessoas que conseguem. Pessoas que hoje estão trabalhando normal de novo, fizeram tratamento e estão bem de novo [T 18-2014].
>
> Sabendo lidar com as limitações, sabendo chegar até eles com jeito, consegue ensinar. Eles comem direitinho, eles pegam a faca, os guardanapos, comem salada, que eles não gostavam, agora todos comem, a gente conversa muito aqui, que é saudável comer salada, que é bom, a gente conversa de tudo aqui, [...] [T 20-2014].

> Em casa e a família vai notar que eles estão fazendo diferente, ensinado para a família, coisas que eles aprenderam aqui, por que eles têm totalmente a capacidade de aprender [T20-2014].
>
> As atividades de higiene do ambiente, não são obrigatórias, mas ensinam para a vida em casa [T 3-2014].
>
> Tem um projeto, eles participam da escola eles vão pra escola isso já é fora dentro e fora do serviço, da associação [T 26-2011].
>
> Então acho que a gente tem que se ocupar mais com a questão da emancipação para o lado social de inclusão social, [...] fazer um pagamento diferenciado para CAPS que tenham investimentos em geração de renda [...] porque daí tu vai estar estimulando as equipes a construírem um projeto, projetos terapêuticos [...]que incluam o trabalho, a autonomia [T16-2011].

A problematização desta questão, nos traz ao encontro dos possíveis aspectos do governamento presente nas diferentes ações de políticas públicas, que se constroem na busca da equidade de condições na vida social moderna e que serve-se na contramão de seu objetivo explicito, para um controle biopolítico e para a gestão de riscos sociais, segundo nos alerta Foucault (1992).

O aspecto psicossocial que compõe o conceito discutido, remete entretanto, a uma compreensão ética-estética-política do cenário estudado incluindo seus trabalhadores, no qual encontra-se presentes uma perspectiva de resposta, a partir de recursos que Guattari (1992) relacionou como de vetores de existencialização. Esta refere-se a utilização do trabalho e da arte para alcançar uma possível expansão da vida, estabelecendo outras conexões que as habitualmente existentes, entre produção desejante e produção de vida material, através da ação criadora, da luta social e da reinvenção do cotidiano (RAUTER, 2006). Ainda nesta perspectiva, é possível conferir um aspecto político, quando se abrem espaços para a construção de outros mundos, onde o desejo de criação seja catalizador para a produção de territórios existenciais, que escapem no âmbito individual e coletivo à políticas de controle e padronização.

Assim, o CAPS de Alegrete pressupõe a criação de espaços ditos reabilitantes, que permitam a expansão de recursos de arte, criatividade, expressividade, descoberta de habilidades e interesses da pessoa em acompanhamento nos serviços de saúde mental. Manifesta-se aqui o entendimento desta estratégia de intervenção, que é a reabilitação, a partir de uma perspectiva de produção de modos de viver e expressar-se, e assim, trabalhar para a ampliação do potencial de saúde.

> No momento da arte terapia especificamente, é um momento sim da loucura, vir a tona.[...] Eu vejo a loucura também, principalmente na arte, como um modo de poder ver esse potencial deles. [...] Ver o lado bom da loucura, eu vejo de uma outra forma, mais ligada a expressão.[...] Ali em grupo no CAPS é o espaço pra loucura vir à tona [T 04- 2014].
>
> Então a arte, é a cura mais rápida da doença, da loucura, mesmo que não se possa dizer, cura.[...] Na arte tudo pode, não tem errado na poesia, na pintura, no canto [T11-2014].
>
> Hoje tem a reabilitação, tem pessoas que conseguem. Pessoas que hoje estão trabalhando normal de novo, fizeram tratamento e estão bem de novo. [...]Trabalhar e não internar, para qualquer pessoa que procure o atendimento, que faz o que gosta, temos um usuário que adora cantar, tocar violão, faz o que gosta, vende seu CD, trabalhar ajudou muito [T18-2014].

A problematização desta estratégia, no entanto, se faz considerando as diferentes e possíveis utilização destes recursos, e apontando entre eles, ações com caráter claramente disciplinar e de controle, de aspectos higienistas e de coerção e subjugação do usuário, às práticas institucionais; e ainda ações que se identificam com a criação, descoberta, arte, que possibilitam produção de subjetividade maquínica e territórios existenciais, sendo assim espaços potentes para uma vida com pressupostos éticos e estéticos.

No CAPS de Alegrete, experiências de reabilitação, se colocam em ambas as perspectivas referidas anteriormente, onde se encontra resquício de um entendimento desta estratégia com foco normalizador, como um instrumento de readaptação do usuário do serviço em atividades que o capacitem para a vida familiar e comunitária; e que de outra forma se encontra também no espaço de reabilitação, a possibilidade para o usuário construir sua trajetória e desenvolver atividades de seu interesse e que proporcionam prazer e crescimento pessoal. Certamente esta estratégia cumpre seu papel de controle e gerenciamento da vida, ainda que se encontre espaços de escape, de resistência na não aceitação por parte do usuário de atividades de reabilitação em seu plano terapêutico. A negação por parte do usuário na participação em atividades de reabilitação, e a perspectiva da ociosidade ou do tempo livre é relevante na proposta de trabalho, e mobiliza o trabalhador do CAPS de Alegrete que pressupõe nestas ações, possíveis benefícios. Encontramos neste aspecto uma postura de escuta do usuário quanto aos seu desejos, interesses e a possibilidade de recusa ao enquadre no plano terapêutico,

porém o trabalhador também está imerso nesta política, e enfrenta-se assim com a problematização da perspectiva inclusiva da proposta desisntitucionalizante.

Penso a reabilitação psicossocial, enquanto uma estratégia inclusiva e da ordem das possibilidades para que se traga o louco para o espaço da sociedade. Se impõe a este a adaptação, o enquadre nas atividades sociais, entre outras: o trabalho, o preenchimento do tempo, a não ociosidade. No entanto, penso que a arte e a criação, se colocam como um modo de resistência, em espaços destinados ao controle, pode haver a fuga, o escape e o inusitado. O CAPS pode se constituir em espaços de rachadura nas lógicas adaptativas, e normalizadoras dos sujeitos em sofrimento psíquico. Pequenos movimentos, moleculares como nos ensinam Deleuze e Guattari (2004).

> O serviço tem várias oficinas, e acho que com essas oficinas tipo de canto, dança, capoeira, acho que isso, está fazendo com que eles aprendam a conviver mais com o pessoal e isso, tem melhorado, [...] [T05-2011].

> O setor da enfermagem, a terapeuta ocupacional, a coordenadora das oficinas eu participo normalmente também, as psicólogas, a gente procura trabalha, com a equipe mesmo, o acompanhante terapêutico, [...] a gente procura busca várias informações para que ele consiga se adaptar da melhor forma possível na atividade que agente propor pra ele, e se ele vai aceitar ou não essa atividade, mas normalmente várias pessoas da equipe participam. A revisão normalmente, é feita depois, pelas pessoas de referência. [...]que atividade esse usuário pode fazer e após isso a gente procura reunir com esse usuário, conversar com ele e também ver que atividade ele gostaria de fazer. [...] Um plano terapêutico para o usuário se não comunica com ele, de repente ele vai chegar lá na oficina e ele não vai gostar daquelas atividades, que tu planejou no projeto terapêutico dele, então a gente procura conversar com o usuário também, para ver se ele vai se adaptar, se ele gosta dessas atividades, senão não adianta querer empurra goela a baixo [T07-2011].

A psiquiatria democrática italiana utiliza-se em seu processo de superação da instituição asilar de slogans, tais como: *Reabilitar-se* ou *Reabilitar a cidade,* porém estas proposições referem-se às práticas psiquiátricas desenvolvidas e a própria instituição, e não ao próprio sujeito do cuidado. Entendendo nesta perspectiva, que a subjetividade do outro, não está disponível ao profissional de saúde e que apenas o próprio sujeito pode habilitar a si mesmo, sendo assim, sempre o protagonista de qualquer processo de aquisição de novas habilidades ou de desenvolvimento daquelas interrompidas por adoecimento, ou sofrimento entre outras situações de afastamento de atividades produtivas ou criativas (VENTURINI et aL, 2003).

O objetivo da abordagem dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica que se produziram, em diferentes países da Europa e da América no decorrer do século XX, se coloca aqui, para refletirmos o quanto a perspectiva reabilitante esteve presentes em todas as iniciativas de contestação ao modelo asilar clássico da psiquiatria. Estas proposições de reabilitação se produziram de diversos modos, porém com forte presença da ideia do trabalho como meio para o alcance da saúde, da prevenção e, principalmente para a inclusão do louco na sociedade e no campo dos direitos.

Relacionando o pensamento foucaultiano a estes acontecimentos entendemos que o louco, portando a marca da doença mental, passa a fazer parte dos jogos de verdade, quando pode se reconhecer como sujeito de direitos, que busca a inclusão e participação nas instituições sociais, assujeitando-se as demandas de projetos terapêuticos, que se desenham a partir de uma biopolitica de disciplinamento, adaptação, e inclusão da população.

Está colocada para a realidade brasileira, as concepções de promoção de condições habilitantes, que faz um alerta para a colocação do prefixo *re* que se coloca na palavra *re-abilitar*, como um aspecto de retorno a uma situação, ou a uma possibilidade anterior, ausente ou perdida, e nem sempre desejável ou possível. Venturini et al (2003) propõe discutir a correção deste conceito "re-abilitar" em "habilitar", identificando em qualquer destas proposições a questão pedagógica e prescritiva, que a acompanham, impondo ao outro uma experiência, prevista e elaborada pelo técnico de saúde mental e que raras vezes, tem como protagonista o sujeito a que se destina.

A experiência brasileira utiliza o termo reabilitação psicossocial, considerando, no entanto as questões levantadas pelo pensamento italiano, e discutindo o modo como se produzem concretamente estas ações em seus serviços de atenção psicossocial.

A questão, na qual ocorrem estas atividades, estão relacionados a sua concepção e sua finalidade. Dito isso, retornamos a uma observação da realidade construída em Trieste- Itália, que foi possível realizar durante o período de estágio desenvolvido neste local. Onde um trabalhador da rede triestina refere:

> [...] não poderia ter outra lógica, visto que o objetivo destas atividades de reabilitação, é produzir recursos para a vida, deve estar, portanto no espaço de vida como um todo e não só no espaço do tratamento. [...] acho que as

> atividades internas, produzem um vinculo com o adoecimento, que deixam a pessoa dependente do serviço e mantêm a institucionalização.[...] também o estigma se mantêm nesta situação, por que a pessoa faz tudo dentro do Centro de saúde mental. É uma redução da vida, como acontecia no hospital [DC- Trieste 06-12-2014].

As diferenças culturais, econômicas e sociais demarcam diferentes caminhos para os processos de reforma italianos e brasileiros, sendo no aspecto de suas proposições de habilitação ou de reabilitação, claramente visibilizadas. A questão de vulnerabilidade social identificada pela equipe de trabalho de Alegrete, que vivem grande parte dos usuários do CAPS, com acesso limitado a muitos espaços culturais, esportivos, de trabalho entre outros, impõe ao serviço de saúde mental, uma agenda de atividades centrado ao próprio serviço de saúde, no qual muitas atividades de reabilitação, são ofertadas. Assim como, observa-se que o processo de reforma brasileiro, constrói um processo de trabalho, ainda bastante restrito ao interior dos serviços de saúde mental comunitários, entendendo-os como centralizador das experiências de tratamento e reabilitação. Assim, ocorre em Alegrete um foco de centralização das atividades no interior do CAPS, conforme nos indica o trabalhador:

> Sem precisar de muito remédio, mas acho que esse trabalho que o CAPS faz com eles ajuda muito, a gente vê eles falarem muito bem disso e é uma coisa que estimula eles a se cuidarem e ter um objetivo. [...] o nosso trabalho aqui das oficinas, da educação física, ajudam muito porque eles tem uma empolgação com essas atividades, que o CAPS proporciona para eles, que eu acho que isso ai faz com que eles consigam viver melhor sem estar entrando muito em crise. [...] Eles adoram isso aqui, tudo que eles aprendem, tudo que é coisa nova que eles conseguem ver aqui e aprender [T20-2014].

Ainda que exista atualmente, uma busca por articulação com outros setores da sociedade, este é considerado um caminho difícil e que precisa ser trabalhado intensamente. Inicialmente havia o preconceito da sociedade em relação à presença do louco em ambientes da coletividade, porém o CAPS de Alegrete vem construindo um diálogo forte com a comunidade para o favorecimento da reinserção, trabalhando a relação desta com o estigma que cerca a percepção da loucura. A parada do orgulho louco, evento realizado anualmente nas ruas da cidade, é um momento desta proposição. Assim o trabalhador identifica esse momento: *"*Na parada do orgulho louco, querem mostrar o potencial deles, mas não querem ter olhar de discriminação" [T04-2014].

Na realidade italiana as experiências de cooperativismo, possibilitam o acesso a postos de trabalho em diferentes setores da economia e a inclusão de pessoas conforme suas habilitações e potencialidades, assim como pelo desenvolvimento cultural e econômico realizam-se projetos diversos no campo das artes, da literatura e outros para além dos muros das instituições de cuidados à saúde. Segundo um trabalhador responsável pela inclusão de pessoas em cooperativas diferenciadas em Trieste, assim as refere: *"*As empresas em forma de cooperativa, valorizam as capacidades das pessoas, que sabem fazer algo, que possam fazê-lo recebendo algo. Basaglia dizia que o trabalho feito, deve sempre importar em ganho para a pessoa" [DC-Trieste 2014].

Na realidade brasileira os projetos de reabilitação psicossocial estão muito vinculados ao próprio serviço de saúde mental e bastante condicionados a projetos inclusivos em postos de trabalho, direcionados para a população com direitos e necessidades especiais. Estas iniciativas de inclusão de populações específicas, ao campo do trabalho, nascem para responder a um conjunto de direitos, elencados na constituição de 1988 e já discutido anteriormente, neste estudo. O foco na perspectiva de reabilitar para a inclusão no mundo produtivo, é uma característica bastante presente na experiência brasileira, que busca responder a demanda por maior acesso aos recursos financeiros, considerando as necessidades de grande parte da população, da situação de vulnerabilidade em que vivem. Há ainda uma lógica de inclusão no mercado de trabalho, como fator de pertencimento social, no contexto neoliberal contemporâneo. Assim, o trabalhador do CAPS de Alegrete, refere seu compromisso de trabalhar com oficinas, que trabalhem para a inclusão no mercado formal, ou que possibilite a geração de renda, como um fator de inclusão para as pessoas em sofrimento psíquico:

> Então eu acho que qualificaria mais realmente se tivesse as oficinas de geração de renda, bem organizadas, assim, dessa maneira, que eles fossem ali e dali tivessem um trabalho, uma renda. Não só o benefício que muitos recebem, mas uma renda, parte do trabalho deles. Eu acho que isso ia significar muito na vida deles, muito mesmo [...]. É eu penso numa oficina de geração de renda, que não fique só no projeto, que ela realmente exista, mas não uma oficina assim como economia popular. Algo maior. Que se possa produzir, que se possa dar trabalho para as pessoas que estão aqui. Não uma cooperativa, mas um oficina, que eles tenham ali, aprendam e ao mesmo tempo se possa comercializar que se formem duas etapas essa oficina. Que tenha a etapa de produção, e a etapa de comercialização, ou dois departamentos que é melhor [...]. [...]A oficina pedagógica é uma oficina terapêutica, ali não é uma oficina de rendas porque eu não concentro na renda, eu concentro na terapia. Então o que que eles vão fazer? Eles

> vão aprender, “estou pronto, posso ir para uma oficina de geração de rendas”, e essa oficina de geração de renda, eu aprendo realmente a vida, o trabalho. Fica dentro do trabalho. Que isso aí que precisa só que a sociedade ela é preconceituosa, e existe o preconceito [T48-2006].

A reabilitação psicossocial no Brasil desenvolve atividades voltadas para a participação do sujeito, nas diferentes espaços da vida individual e coletiva, produzindo assim trabalhos direcionados a habilidades de vida diária e cuidados pessoais, assim como para alcançar postos de trabalho, com caráter de produtividade e remuneração. Outra vertente das iniciativas reabilitantes, pressupõe o desenvolvimento de habilidades expressivas, comunicativas, socializantes, artísticas, educativas entre outras, que se colocam potentes para o empoderamento do sujeito, frente ao mundo relacional e social. Tendo como finalidade a reinserção social, torna-se esta modalidade de intervenção potente produtora de inclusão do sujeito nas instituições e na sociedade.

Neste aspecto, a reabilitação se coloca como possibilidade de trabalhar com a multiplicidade de interesse dos sujeitos envolvidos, que também se encontra presente no serviço de CAPS estudado, de forma a potencializar os desejos, as escolhas, as descobertas e assim favorecer o desenvolvimento da vinculação deste sujeito com seu mundo individual e coletivo. O trabalhador coloca sua visão da potência deste espaço:

> Ali têm várias pessoas, heterogêneas, todos têm um ideal. Todos têm as suas vidas [...] têm sonhos, e eu trabalho muito com isso aí, com sonhos, com aquilo que a gente quer, têm que ter objetivos que nós podemos fazer aquilo que queremos. [...] É... eles se, eles se sentem bem assim, eles querem fazer aquilo, eles vão de livre, né, eles chegam no horário, eles querem ficar e querem participar [...]e tem total liberdade de escolher a oficina que quer ficar e tempo que quer ficar naquele e muda pra outra.[...] Então eles sabem que eles podem produzir alguma coisa. Que eles não estão aqui, que nós não estamos aqui em vão.[...], nós estamos aprendendo todos juntos é e...[...] trabalhamos com aquele potencial que todos nós temos, que todos eles têm, e que todos nós somos capazes [T48-2006].

A problematização desta tecnologia coloca-se importante por quando oferece novas possibilidades de viver a vida, para pessoas que se encontraram destituídas de condições de mínimas, como autonomia, liberdade e controle sobre a própria vida. E, no entanto, coloca ainda uma perspectiva, de tutela, da parte dos serviços de saúde mental e que se configura como uma estratégia de controle sobre o indivíduo.

Conforme Deleuze (1992), no texto *Sociedade de Controle,* o autor descreve a trama de poderes que se estende a toda a sociedade, partindo do corpo individual ao corpo social. De acordo com o pensamento deleuziano, o louco escapa aqui das estruturas do poder psiquiátrico para ingressar em novas formas de controle.

Foucault (2008), refere que as estratégias ditas de governamentalidade liberais, que incluem os poderes econômicos e institucionais, operados pelo próprio sujeito, sobre si, se disseminam pelo tecido social e estabelecem poderes também através das políticas de saúde, educação e reinserção social.

A reabilitação psicossocial neste cenário da reforma psiquiátrica brasileira se constitui um forte pressuposto prático a direcionar as ações nos serviços de CAPS, sendo estruturante no projeto terapêutico singular, que se produz para promover o cuidado singularizado de cada pessoa, que se encontra envolvida nas ações de atenção psicossocial.

O projeto terapêutico singular trata-se de uma tecnologia disponível no modo de atenção psicossocial para a organização do cuidado, construído para um sujeito individual ou coletivo, de modo singular. É um conjunto de propostas elencadas pela equipe interdisciplinar, para o cuidado nos serviços de saúde, estas compreendem o entendimento da situação, ou o diagnóstico, as condutas indicadas para a intervenção, e a reavaliação sistemática do andamento da atenção ofertada.

A reabilitação psicossocial faz parte deste projeto, estando nele contida, enquanto atividades que portam uma concepção própria, de meios e fins em relação a atenção psicossocial, por compreender o sujeito, enquanto o foco do cuidado em sua complexidade, e não apenas como um diagnóstico. Assim, se pressupõe um processo de atenção igualmente complexo, múltiplo e que aborde aspectos da existência, para além das prescrições biomédicas.

Abordando a reabilitação psicossocial, de forma crítica e com as ferramentas teóricas do referencial foucaultiano, encontra-se relações desta com o que se entende por estratégia biopolítica, com fins de governamentalidade, visto haver uma ação para a condução da conduta do outro, para responder a critérios da ordem social, e para a produção de sujeitos conforme a expectativa de inclusão na sociedade, utilizando-se de ações de governamento de si e dos outros. Essa ação de governamento de si está presente nas ações reabilitadoras, quando o sujeito faz um exercício sobre si mesmo, para apreender, aderir a atividades, e integrar-se as

oficinas propostas, produz assim uma transformação de si. Também as oficinas de expressão, podem ser pensadas como um exercício sobre si, quando expõem ao outro, seu modo de pensar, sentir e ser, podemos relacioná-las as técnicas de confissão, descritas por Foucault (2011), onde o sujeito é levado por diferentes saberes das ciências humanas e sociais, a se expor subjetivamente, para ingressar assim no campo do conhecimento, da normalidade e por fim, da pertença na sociedade.

A busca pela normalização, pela transformação de si e dos outros ainda presente, em estratégias da atenção psicossocial, entende-se como um modo de garantia da seguridade social e como mecanismo de fortalecer e possibilitar a Inclusão.

A reabilitação psicossocial é uma estratégia que demonstra, pelo modo como é concebida e nomeada pelos trabalhadores, com clara finalidade de produzir condições de inclusão, estando para tal, trabalhando o sujeito para normalizar-se e disciplinar-se. E esta estratégia que trouxe para a atenção psicossocial um diferencial de multiplicidade, pelas diversidades de recursos técnicos e estéticos que podem produzir no campo da atenção psicossocial, pode trabalhar também para o governamento e para a regulação dos riscos sociais.

Esta problematização sendo posta, dá a ver a perspectiva de que estamos todos inclusos em uma racionalidade política neoliberal e não pretende desconsiderar o minimizar o papel desta estratégia no discurso da atenção psicossocial, e sim desnaturalizar o modo como construímos verdades e modos de andar na vida, enquanto modelos e assim assumimos cada vez mais o papel prescritivo e regulador, em nosso fazer.

Assim, proponho que possamos olhar de forma crítica para as estratégias construídas no processo de desinstitucionalização para que estas não se tornem, novas regras e encerrem os processos que podem se produzir no fazer cotidiano, da vida individual e coletiva, ainda que no interior de uma instituição de cuidado, como os CAPS.

A possibilidade, de deslocar e mobilizar conhecimentos, nas propostas de atenção ao outro no âmbito da atenção psicossocial não estão interditas, colocam-se possíveis a partir de uma postura de suspeitar e questionar, de processos estabelecidos, instituídos e determinados como verdadeiros, que encerram à perspectiva de mudança e criação.

Penso em deixar aqui, uma recomendação de Deleuze (1998) para que potencializemos, acontecimentos, mesmo que pequenos, mas que sejam potentes para produzir deslocamentos e atualizações nas instituição, e presentes no cotidiano, escapando em alguma medida, ao controle ou tecendo outras relações na existência individual e coletiva.

7 O trabalho e modos de subjetivação

"Cada operador pode funcionar como um cadeado, como uma camisa-de-força, como um poderoso psicofármaco. Somente explodindo o manicômio introjetado, a demanda internalizada da solução manicomial, poder-se-á chegar a um trabalho efetivo de transformação da abordagem cotidiana do sofrimento psíquico" (DELGADO,1991 p.17).

Quando se propõe a transformação do modelo de atenção na área psiquiátrica, a derrubada dos "muros" do manicômio, e a construção de outras formas de conceber o fenômeno da loucura e de se colocar frente a ela, cria-se um conjunto de conceitos, técnicas, dispositivos, enfim, um campo de saber que chamamos "modo psicossocial", construído no fazer cotidiano nos serviços de Atenção Psicossocial.

Dell'Acqua e Mezzina, (1991) referem que a reorganização do trabalho, para o processo de desinstitucionalização, não é um dado, mas uma condição de possibilidade, sendo este um produto histórico deste modo de operar a atenção psiquiátrica. Para os autores a produtividade de um sistema de trabalho em saúde, envolve produção, subjetivação e reprodução social, demandando investimentos constantes em recursos diversos, incluindo o trabalhador, para evitar a reprodução e o risco da sua própria institucionalização.

Pensar os modos de subjetivação deste novo trabalhador, que se implica no fazer da atenção psicossocial, constituindo-se como sujeito que se transforma nesta atividade, revendo suas concepções, técnicas, práticas e seu modo de relacionar-se com o outro, pressupõe-se conhecer o pensamento construído acerca do trabalho humano, e deste em sua especificidade, no campo da saúde mental. Problematizando neste estudo, a concepção de trabalho e de trabalhador que se constituiu no cenário da atenção psicossocial, para dar condições à perspectiva de desinstitucionalização.

O trabalho e as relações do homem, com as atividades produtivas, se apresentam de maneiras distintas, conforme o contexto histórico, político, social e econômico, assim como produzem diferentes processos de subjetivação a partir de suas práticas profissionais.

O trabalho é tão antigo quanto o próprio homem, mas a atual situação no mundo contemporâneo exige que se entenda como o homem assume e se desenvolve na sociedade frente às novas perspectivas, transformando e sendo transformado pelas ações em seu campo profissional.

O trabalho entendido como discurso produzido e datado historicamente, ganha o status de uma condição da vida humana em sociedade, sendo parte dos *corpus* discursivo de diferentes áreas das ciências humanas, tal como a economia, a política, a saúde, a educação, enfim, de todos os campos de pensamento que tem como foco o homem.

O modo como o trabalho passa a assumir centralidade na existência dos homens, com impacto e influência sobre seu modo de ser e de subjetivar-se, no mundo contemporâneo, deve-se a materialidade significante e abrangente do discurso do trabalho na construção da vida individual e coletiva. Assim, como pelo caráter de verdade que este discurso alcança e pelas funções simbólicas, produtiva e disciplinar que desempenha na vida moderna.

O termo trabalho deriva da expressão Romana *tripalium* que remete á idéia de castigo, condenação, a uma obrigação. Associado a este, surge o conceito de *laboren* do Latim, que traz a ideia de cultivo, crescimento, transformação. Segundo SILVA et al (2014) o trabalho é a condição necessária ao desenvolvimento humano, sendo um elemento integrador da sociedade, que permite a esta, engendrar ou reforçar seus laços sociais. O novo paradigma tecnológico, à flexibilidade dos processos, as inovações na área da informação, as mudanças na estrutura das relações de trabalho, a exigências por competências e capacitação profissional, trazem para o cenário do trabalho discursos sobre subjetividade e subjetivação, para a compreensão e o gerenciamento das novas relações de trabalho que emergem no contexto contemporâneo.

O trabalho para Arendt (2007) não está contido no ciclo vital do homem, sendo inscrito em uma esfera artificial da vida e não uma contingência natural da existência humana. O labor, entendido como a atividade humana, sim é um processo da vida, uma condição humana. O labor assegura a sobrevivência e a vida

da espécie. O trabalho e seu produto trazem a permanência e durabilidade à vida em relação a sua temporalidade, criando as condições materiais para a existência. O trabalho acrescenta novos objetos ao artifício humano, o labor opera para a produção de processos vitais, reproduzindo assim a própria vida. A distinção entre labor e trabalho desaparece na sociedade, uma vez que todas as coisas seriam concebidas não em sua qualidade objetiva, mas como resultado da força do labor, ou processo vital.

Nas sociedades antigas, o trabalho não se encontrava entre as atividades valorizadas e reconhecidas como enobrecedoras do homem. Na Grécia antiga as funções políticas associavam-se ao cidadão livre, o trabalho era atribuído ao escravo e ao operário, em uma escala hierárquica, que associava o trabalho aos níveis mais inferiores da escala social. O trabalho que se relacionava à satisfação de necessidades básicas era considerado indigno, aquele que se relacionava à independência e liberdade, e que trazia sentido a vida, era valorizado. Na mitologia, a referência ao trabalho, está presente nos Doze trabalhos de Hércules, onde se relacionam ao castigo, mas também a força, coragem, bravura, e inteligência (TITTONI, 1994).

A sociedade feudal desenvolveu uma relação de trabalho marcada pela hierarquização dos segmentos da população. No topo da escala social encontrava-se a igreja e seus membros, a seguir, o senhor feudal, que detinha o poder sobre a terra, e guerreava para manter a propriedade e por ultimo os servos e trabalhadores. Ainda não havia a valorização do trabalho, e a percepção deste como dignificante e edificador do homem. O trabalho ainda era entendido como castigo, ideia reforçada pela religião cristã, cuja descrição bíblica aponta o trabalho como penalidade e sofrimento.

O feudalismo perdurou em muitos países da Europa até o início do século XIX. Porém, ainda na Idade Média, surgia na Europa, uma busca pelo lucro e a acumulação de capital através de atividades comerciais e o trabalho se encontra neste período, como modo de sobrevivência e aquisição de bens materiais, sendo assim uma necessidade.

A reforma protestante atribuiu valor positivo ao trabalho e ao lucro, consolidando este como uma atividade associada à criação de riquezas, a palavra inglesa “work”, que significa “fazer”, remete a ação e criação, uma ruptura com o

sentido negativo do trabalho e propõe um suporte moral para o sentido que o trabalho passará a ter no capitalismo (NARDI, 2002).

O pensamento de Hegel sobre o trabalho, refletindo sobre as perspectivas que a Revolução Francesa e também sobre a revolução industrial que transcorria na Inglaterra, era de que o trabalho impulsiona o homem à criação, e a enfrentar as resistência do objeto do trabalho, descobrindo assim o próprio poder para a superação destas resistências. Marx concordava com a concepção hegeliana, porém entendeu que este desenvolveu uma concepção abstrata do trabalho, focando apenas a criatividade e o aspecto intelectual, não abordando o aspecto material do trabalho e a alienação produzida em uma sociedade dividida em classes (KONDER, 1982).

Segundo Marx (1996), uma das diferenças no processo do trabalho humano da atividade animal de transformação da natureza é que o homem pensa antes de transformá-la em uma realidade. Assim, que este pensar encontra-se relacionado, intrinsecamente, a uma realidade espacial e temporal. Com este princípio, o autor afirma de que é por meio do trabalho que o homem torna-se um ser social, ocupando assim um caráter central na vida humana.

> O trabalho é antes de tudo uma ação que se passa entre o homem e a natureza. Ao mesmo tempo em que age por esse movimento, pela natureza exterior e a modifica, modifica sua própria natureza, e desenvolve faculdades que nela dormitavam (MARX, 1996, p.286).

Entendendo o trabalho como fator de humanização e de socialização, Marx afirma que no contexto do capitalismo, o mesmo transforma-se em degradação, alienação e produz o estranhamento do homem, quando passa a atender as demandas da produção e da geração de riqueza, perde assim, sua dimensão de produção de bens úteis a humanidade.

> Com a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens. O trabalho não produz só mercadorias; produz a si mesmo e ao trabalhador como uma mercadoria, e isto na proporção em que produz mercadorias em geral (MARX,1989, p. 148).

No século XVIII o trabalho passa a ser compreendido como gerador de riquezas, porém ainda relacionado ao esforço individual para sobreviver, não sendo associado ainda ao valor moral, que passa a assumir mais tarde. Era um modo de

relacionar-se com a sociedade e prover a subsistência. A revolução industrial no século XIX é o momento histórico em que o trabalho adquire um valor moral, sendo esta sociedade fundada pelo trabalho e pela geração e acumulação de riqueza (NARDI, 2002).

O trabalho no século XIX, com o advento da industrialização e da mecanização, altera as condições de trabalho, sendo associado à humanização e a realização de aptidões e potencialidades do trabalhador, afirmando-se como fator de emancipação.

Adam Smith e Saint-Simon, pensadores de tradição iluminista, afirmavam que com o fim das classes feudais, o capitalismo seria benevolente para a sociedade, e regulado pela mão invisível do mercado, estenderia a todos os trabalhadores os benefícios da modernidade capitalista (HARVEY, 2012).

O projeto da modernidade iniciado no século XVIII compreende um esforço intelectual dos pensadores iluministas, para desenvolver a ciência, a moralidade, a arte e suas leis internas. No qual o conhecimento produzido por uma parcela de indivíduos na busca da emancipação humana e o enriquecimento da vida, justificava a promessa de afastar a escassez, a libertação dos mitos e superstições, do uso arbitrário do poder, da irracionalidade, enfim, prometia o progresso, a igualdade, a liberdade e a fraternidade, e o trabalho é engrandecido e disseminado como um valor individual de ascensão social para a população de modo geral (HARVEY, 2012).

O trabalho passa a ser apontado como uma categoria central na vida das pessoas nas sociedades capitalistas e industrializadas e, ainda, como atividade que faz emergir sentidos, subjetividades e identidades; sendo relacionada ainda ao prazer e ao sofrimento (HARVEY, 2012; ANTUNES, 2003; DEJOURS et al 2011).

A centralidade da categoria trabalho, esteve configurada até a metade do século XX pela economia política clássica; a ética protestante do trabalho; as doutrinas patronais; a perspectiva Marxista e a teoria de Émile Durkheim sobre o valor moral da divisão do trabalho social. A corrente da economia política clássica, fundada por Adam Smith, refere que o trabalho é fonte de riqueza, sua divisão acrescenta potencia à sua produção; e em sua concepção antropológica, refere o homem, como um ser movido por interesses econômicos, que a subjetividade se produz na relação não intencional entre capital e trabalho. A ética protestante, no pensamento de Weber aborda a relação entre a moral e trabalho, no contexto do

capitalismo, e entende que o ascetismo moldou a conduta do homem moderno. As doutrinas patronais do século XIX construíram uma ideologia do trabalho, redefinindo o conteúdo moral do trabalho e substituindo a religiosidade, pela motivação natural do homem em sua capacidade de produção. O marxismo surgiu no século XIX traduzindo as transformações nos modos de trabalhar de sua época e sua teoria é a principal referência produzida no pensamento moderno a respeito do trabalho. Do ponto de vista subjetivo o trabalho era uma condição de acesso à essência humana, sendo através dele que o homem se exterioriza e concretiza seus interesses e vontades. O sociólogo Émile Durkheim aponta o trabalho como a categoria central da solidariedade orgânica que caracteriza as sociedades modernas. Constrói uma relação entre o *homo economicus*, a indústria, a moral e os impactos das mudanças econômicas e da industrialização, na organização social (BENDASSOLLI, 2007).

O trabalho, o modo de organização deste pelo patronato e pelos sindicatos de trabalhadores, a teoria marxista, assim como outros fatores políticos e econômicos, divide o mundo no século XX em países capitalistas e socialistas. A relação do Estado, com a implantação de políticas de emprego e garantia de direitos associado a estes, o capital e o trabalho, produz o que se entende por Estado de Bem-estar Social (Welfare State), em países industrializados, e com desenvolvimento avançado, possibilitando relações de contrato social e estabelecendo o conceito de coesão social à categoria do trabalho.

A organização do trabalho, no século XX é caracterizado pelos processos de produção conhecidos como fordismo e taylorismo, que predominaram no período da industrialização capitalista. Taylor propõe uma separação entre a elaboração e planejamento (trabalho intelectual), e a execução do trabalho, princípios da teoria, nomeada como administração cientifica. O fordismo implanta no processo industrial a perspectiva da produção serial do trabalho, no qual através da linha de montagem, se alcança a produção em massa, com o trabalho parcelar e fragmentado. O trabalhador deste modelo se coloca como produtor e consumidor (ANTUNES, 2010).

Na década de 70 do século XX observa-se o surgimento de uma nova organização do trabalho como resposta à recessão e a crise do capital, com a proposição do modelo japonês conhecido como toyotismo. Este se contrapõe ao fordismo, com proposição de trabalho em equipe, no qual o desempenho de um trabalhador, afeta o resultado de todo o grupo, responsabiliza o trabalhador pela

criatividade, inovação e trabalha com os conceitos de satisfação e qualidade no processo de produção (ANTUNES, 2010).

Nardi (2002) refere que uma nova ruptura histórica emerge nos últimos trinta anos, no que se refere ao papel que o trabalho assume de integração e coesão social, pelas transformações que se operam com a acumulação flexível no capitalismo globalizado. Sendo o trabalho uma categoria construída, obedece a uma rede intrincada de dispositivo que se agenciam na estrutura e na dinâmica social. Alguns autores questionam a centralidade da categoria do trabalho na sociedade contemporânea, no contexto do capitalismo avançado, porém Antunes (2010) aponta particularidades e singularidades nos processos de globalização do trabalho, sem caracterizar, no entanto, o fim da luta entre as classes, a venda da força de trabalho, ou a perda do sentido e do significado do fenômeno social trabalho, na vida subjetiva do individuo e da coletividade.

O trabalho no contexto do capitalismo contemporâneo, enfrenta um paradoxo, quando busca e forma um trabalhador competente, inovador, crítico, questionador, inteligente, e esta demanda, traz em si, a possibilidade de questionamento e reinvenção do próprio sistema, pela reinvenção que o trabalhador precisa forjar em si próprio para corresponder aos processos de trabalho em crescente transformação e flexibilização (RAMMINGER, 2009).

Os processos de restruturação produtiva, que se configuram no período pós-fordista, pressupõem o que se nomeia trabalho imaterial, que requisita o conjunto de habilidades, aptidões físicas, psíquicas e a máxima potencialidade do trabalhador, prometendo a perspectiva de ampliação de direitos e liberdade, com menor alienação do trabalho. Lazzarato e Negri (2001) afirmam que o trabalho imaterial é um elemento constitutivo da nova ordem capitalista mundial. Porém, o modelo encontra-se tangenciado pela incorporação de modos sutis de controle, que com o uso da tecnologia e da informação, intensificam e moldam a subjetividade do trabalhador, se configurando em formas de poder. A sociedade de controle, através de redes flexíveis e invisíveis, dilui as relações de poder, pressupõe aos sujeitos maior sensação de liberdade e autonomia, na vida individual, coletiva e no mundo do trabalho.

Deleuze (1992) entende o trabalho na sociedade de controle, como um projeto que não está alicerçado na produção em si, mas sim em um programa de marketing, isso é na ideia do produto, nas decisões e nas ações que deste provêm.

O investimento realizado no corpo do trabalhador, no sistema disciplinar, que produziu o trabalho na fábrica, desloca-se para o sistema de controle no modelo da empresa, que utiliza um regime disperso de dominação.

Nesta lógica o trabalhador é afastado do produto de seu trabalho, em um movimento de fragmentação e alienação. Quanto maior esta separação, os agentes do trabalho perdem o controle sobre seu objeto, tornando-se alienado do processo de produção global. Os constructos teóricos produzidos por Marx, sobre o trabalho no capitalismo, oferecem uma reflexão importante sobre o trabalho humano, abordando as relações de produção, colocando-o enquanto condição para a humanização do indivíduo, tornando-se paradoxalmente um instrumento de degradação e subjugação, pelas relações que se estabelecem, no mesmo processo, perspectiva ainda atual no capitalismo flexível.

A sociedade capitalista produz uma dimensão de estranhamento em relação ao trabalho, e esta se refere a sua dimensão abstrata, ou seja, quando o homem trabalha para prover apenas sua subsistência e, não para o desenvolvimento de habilidades e potencialidades próprias, transformando assim, sua natureza humana. O estranhamento ocorre quando afastado das condições criativas e produtivas do trabalho, encontra-se imerso em uma relação de reificação, que o coloca também como um produto, uma mercadoria, um objeto do capital. Ranieri (2001, p. 62) sobre esse aspecto explica que “na medida em que o trabalho estranhado rebaixa a atividade humana a mero *meio* de, a própria vida humana transforma-se num *meio* [itálicos do autor] de efetivação da atividade estranhada”.

Essa relação, com o trabalho e com outras estruturas ideológicas, sociais e institucionais, que se constitui na sociedade capitalista produz uma subjetividade que Guattari e Rolnik (2011, p. 35), nomeiam como capitalística. “Trata-se de sistemas de conexão com as grandes máquinas produtivas, as grandes máquinas de controle social e as instancias psíquicas, que definem a maneira de perceber o mundo.” O trabalhador neste contexto passa a se pensar como responsável pelo próprio trabalho, sendo um empreendedor de si mesmo, porém com necessidades de conexão, visto o trabalho se produzir em uma dinâmica de redes. Neste movimento Deleuze (1992) identifica a formação de um novo processo de subjetivação, que produz um sujeito assujeitado por dispositivos sutis e eficazes.

A transição do modelo disciplinar, que permeou as relações nos processos de trabalho taylorista e fordista, para o modelo produtivo de trabalho flexível, da

sociedade de controle, promovem a passagem de um modo panóptico para o estilo sinóptico, no qual as pressões e os gerenciamentos deixam de ser verticais para tornarem-se horizontais. Nesta perspectiva é possível compreender os movimentos de construção de identidades sociais e de subjetivação, que se visualiza no trabalhador contemporâneo, onde esta organização reticular produz um engajamento pela via da submissão, identificada erroneamente como adesão (BARBOSA; JUNIOR, 2012).

Deleuze (1992) no texto Sociedade de Controle entende que nesta configuração de controle contínuo, o espírito de empresa abrange todas as formações sociais e as máquinas que lhe correspondem já não são as energéticas da sociedade disciplinar e industrial, e sim as cibernéticas do universo empresarial, forjando concepções como a do “trabalhador empreendedor”, que mobiliza a motivação e a adaptação ao sistema.

Os conceitos de rizoma e devir no pensamento de Deleuze e Guatarri (1995; 1997), se colocam de modo potente para pensar estes processos de controle virtual do trabalho, da política econômica e dos modos de produção de subjetivação no campo do trabalho na contemporaneidade e na racionalidade neoliberal.

Foucault (2009) associa as tecnologias de asssujeitamento como mecanismos que prendem o homem a identidades rígidas, aprisionam e condicionam as subjetividades, e se desenvolvem pelos dispositivos de controle e a produção de saberes sobre o sujeito. Estas se produzem e se reproduzem no universo do trabalho.

Danner (2011) discutindo o pensamento foucaultiano em relação à biopolitica e liberalismo, refere que o indivíduo, passa a ser compreendido como *homo oeconomicus*, com a afirmação do neoliberalismo alemão ou chamado ordoliberalismo, e como *capital humano* na perspectiva do neoliberalismo norte-americano. Estas concepções se colocam a partir do período do pós-guerra, quando a racionalidade política assume um sentido economicista com foco na função produtiva, atendendo as demandas do mercado capitalista, onde a lógica de governo passa a ser de governar menos, com eficiência máxima. O princípio de racionalização de governamentalidade, com uma função de autolimitação à questão da verdade, é específica do liberalismo e extrapola o âmbito econômico para a formação da própria sociedade moderna, e das relações de poder-verdade, tendo o mercado como o lugar privilegiado de formação de verdades. Essa racionalidade

liberal opera nos modos de subjetivação do homem moderno, em âmbitos diversos, incluindo o trabalho em sua produção.

Na perspectiva da racionalidade ordoliberal, o *homo oeconomicus* é o homem da empresa, sendo o próprio trabalhador detentor de seu capital produtivo, sendo agente de suas ações e não apenas força de trabalho, como entendido por Marx, na análise das relações econômicas no capitalismo.

Para os neoliberais americanos, sendo o trabalho o resultado do emprego de uma atividade, é o resultado do investimento de um determinado capital, que representa a soma dos aspectos físicos e psíquicos que o indivíduo investe para a produção, investindo, portanto, todo um capital humano. O modo de análise desta dinâmica entende que o trabalhador não se dissocia do seu capital, e, portanto, não sofre a alienação, visto que mesmo sendo este, uma parte da máquina produtiva, o trabalhador se produz em fluxo, através de sua atividade.

Os processos de produção de subjetividade, na sociedade neoliberal, se colocam afetadas pelas formas de organização dos processos econômicos e políticos que com crescente intensidade, estendem-se a vida individual e coletiva das populações. Partindo das concepções foucaultianas de resistência que se processam nas relações de poder, de formas múltiplas, plurais, mesmo que no âmbito micropolítico da vida, ocorrem desenvolvimento de novas formas de subjetivação contra a massificação no aspecto cultural e os processos normalizadores das instituições e da racionalidade política e econômica.

Nos anos 80, após Foucault dedicar-se a questão da governamentalidade neoliberal e seus princípios de individuação e totalização, de subjetivação e socialização, relacionadas à racionalidade econômica, passa a abordar e pensar o processo de subjetivação, não com foco em sua articulação com o problema do poder, mas com a centralidade na relação consigo mesmo e na busca, de uma estética da existência (DANNER, 2011).

Considerando o pensamento de Foucault, que entende a vida em todos os seus âmbitos, atravessada e regida por uma racionalidade, identificada no contemporâneo, como de ordem econômica, incluindo o universo de produção do trabalho e de produção de subjetivação, propomos uma discussão acerca dos modos de subjetivação dos trabalhadores em saúde mental, na perspectiva do processo de desinstitucionalização. Estaremos trabalhando com os conceitos de governamentalidade e biopolitica, enquanto forças que afetam e configuram as

relações micropolíticas do espaço de produção de saúde e os modos de subjetivação dos trabalhadores nesta área.

7.1 O trabalho na área da Saúde

O trabalho em saúde, não está deslocado dos processos de produção, da economia e da política, que atravessam o mundo do trabalho, reproduzindo características destes, porém com suas particularidades, entre as quais, terem como o objeto o homem e constituir-se no campo do trabalho imaterial e com características relacionais.

O trabalho em saúde na idade média era desenvolvido por diversas profissões, em atividades especificas. O modo de trabalho se identificava como do tipo artesanal, por que cada qual detinha o controle do conhecimento, do processo, e dos instrumentos de seu fazer. Esta é a matriz do dito trabalho profissional, que ainda hoje as profissões da saúde requerem como características de suas especialidades. Porém as características do trabalho em saúde sofreram alterações significativas com o desenvolvimento da industrialização e do liberalismo (PIRES, 2000b).

Com o processo de industrialização, o setor saúde, passa a ser compreendido como do setor de serviços, compartilhando assim, da dinâmica econômica e política, com seu funcionamento principal, associado à institucionalização privada ou pública. O trabalho pode ser realizado de forma autônoma, na relação com o usuário do serviço de saúde, e coletiva quando o profissional está em relação com seus pares, na instituição e na comunidade. Nesta configuração o trabalho é compartimentalizado e com divisão parcelar, com características ainda de trabalho profissional do tipo artesanal.

O processo de reestruturação produtiva no setor saúde deriva das exigências do capitalismo sobre o mercado de trabalho, e incluem o uso de tecnologias, a incorporação de outros instrumentos, a verticalização nas relações organizacionais e uma estrutura semelhante à dos setores de produção material, como a rede de serviços e a lógica taylorista de gestão (PIRES, 2000b).

A organização do processo de trabalho em saúde assume bases cada vez mais tecnológicas na atualidade, produzindo maior divisão social e alienação, e

revelam características de trabalho morto e trabalho vivo no núcleo de produção do cuidado.

Para Merhy (1998) o trabalho em saúde é um processo relacional, em que se estabelece uma relação de demanda e expectativa produzindo espaços de vínculo, empatias, entendimento e proposições a serem seguidas pelos personagens envolvidos. O cuidado ocorre através do trabalho vivo em ato, ou seja, sua produção e consumo se realizam no exato momento da sua produção e o seu produto resulta da própria realização da atividade. Neste espaço relacional, que o autor denomina intercessor, o cuidado decorre da relação que se estabelece entre os atores. Faz parte, entretanto, do processo de trabalho, também o trabalho morto, sendo este os produtos e meios, recursos e técnicas estruturadas, as quais estão inseridas no ato do trabalho como ferramentas, matéria-prima e elementos resultantes do trabalho humano anterior e já consolidado, incluindo o conhecimento.

Na perspectiva do trabalho imaterial, como conceituam Lazzarato e Negri (2001), a alma do trabalhador passa a ser requisitada, demandando que este seja cada vez mais sujeito do seu trabalho. O trabalho imaterial é entendido por estes autores, como constitutivo do novo capitalismo mundial. Este inclui o trabalho material e refere-se às relações que se estabelecem entre capital e trabalho, tendo como principal instrumento a inteligência e as capacidades de mobilização subjetiva dos trabalhadores, de criação, inovação e onde também se encontram espaços para as políticas de resistência, de libertação e de autonomia.

O processo de trabalho, na perspectiva do materialismo histórico, desenvolvido por Marx (1996), entende como trabalho, todo o processo de transformação de um objeto, realizado através da atividade humana, utilizando-se de instrumentos de trabalho. Os elementos do processo de trabalho são definidos tais como: o objeto sobre o qual se trabalha, os meios com os quais se trabalha e a atividade humana utilizada no processo. Os meios de trabalho no sentido estrito compreendem os instrumentos, as coisas utilizadas pelo trabalhador, para efetivar sua ação (matéria-prima). Os meios de trabalho, no sentido amplo, referem-se às condições materiais, as quais não participam diretamente da ação do trabalho, mas sem as quais não seriam possíveis os meios de produção. A atividade humana compreende a força de trabalho e a energia humana empregada. Já, o produto é o resultado do processo de trabalho (HARNECKER, 1971).

Segundo Marx (1996) o meio de trabalho é tudo aquilo que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho, o qual lhe serve como condutor de sua atividade sobre esse objeto. Os meios de trabalho não são só medidores do grau de desenvolvimento da força de trabalho humano, mas, também, indicadores das condições sociais nas quais se trabalha.

As relações de produção, através das quais o processo de trabalho ocorre, são denominadas processo de produção. Marx afirma que a produção é sempre determinada historicamente. Em toda a produção social está presente a divisão do trabalho. A divisão técnica do trabalho é a que acontece dentro de um mesmo processo de produção. Esta é especialmente, desenvolvida na sociedade e na indústria moderna. A divisão social do trabalho é a estratificação de tarefas, que se organizam na sociedade de acordo com a estrutura social, econômicas, ideológicas e políticas (HARNECKER, 1971).

A divisão do trabalho pode ocorrer a partir de critérios como: trabalho manual e intelectual, ou ainda pelas atribuições das diferentes profissões, com características de responsabilidade técnica ou não na elaboração de determinado produto ou função. Na área especifica da saúde, a divisão técnica se faz presente de forma marcante, e se justifica a partir de critérios do trabalho intelectual, em relação à intervenção em procedimentos, e ainda entre profissões, às quais são conferidas maior responsabilidade técnica ou maior valoração acerca de seu saber. Esta relação de domínio estende-se ao usuário do serviço de saúde, que deve seguir prescrições, sem participar como protagonista dos cuidados à sua saúde, estando à margem de seu projeto terapêutico, nos tratamentos tradicionais de saúde.

Na área da saúde está divisão se demarca entre a medicina e as demais profissões da saúde, pela organização social da medicina, que detém o controle, o monopólio, o saber e o poder profissional, hierarquizando as funções, inclusive entre seus pares, no exercício das especialidades no cotidiano dos serviços de saúde (FREIDSON, 1998).

As relações que se estabelecem, entre os homens no processo de trabalho, não são apenas subjetivas, se objetivam em relações com os objetos e os instrumentos de trabalho e, quando o processo é concluído, o resultado deve incluir: o produto, reprodução das forças naturais, reprodução das relações sociais referidas aos objetos e aos instrumentos, e a reprodução dos próprios indivíduos

trabalhadores (GONÇALVES, 1992). “Produtos são, por isso, não só resultados, mas ao mesmo tempo condições do processo de trabalho” (MARX, 1996, p. 300).

O trabalho em saúde, segundo Pires (2000a) é entendido como de ordem não material, o qual se completa no ato de sua realização. Não resulta em um produto material. O produto quando indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade. E nesse sentido, entendendo a saúde como um trabalho de ordem imaterial, o trabalhador e o consumidor se transformam, quanto ao seu modo de pensar, e de conduzir seu estilo de vida, a partir da realização do processo de trabalho.

O trabalho imaterial, ao qual podemos associar o trabalho em saúde, aponta o ganho de liberdades ampliadas, o domínio do processo de trabalho, possível envolvimento afetivo com seu fazer, mobiliza assim aspectos subjetivos do trabalhador e o implica de forma intensa com sua realização. Porém esse comprometimento pode gerar formas de sujeição do trabalhador de modo mais sutis (GRISCI, 2008).

Gonçalves (1992) refere que no capitalismo a produção de mercadorias é meio para a produção de mais-valia e acumulação de capital, já na atenção à saúde, Nunes (1989) aponta que o cuidado não é um produto separável do seu agente, ou como uma mercadoria possível de circular como um autêntico valor-de-troca. O produto do trabalho em saúde, não desaparece ao ser consumido. Estas especificidades, dos processos de trabalho em saúde e educação se encontram em áreas, nas quais o objeto do processo de trabalho é o homem. E para que este seja apreendido em sua objetividade, inclui-se, necessariamente à subjetividade, processo em permanente constituição.

Os trabalhadores em saúde, os modos de apropriação do trabalho e de organização dos processos de trabalho e produção do cuidado são, histórica e socialmente produzidos. Os sujeitos, em seus processos de trabalho, produzem o mundo no qual estão inseridos e a si mesmos, em processos de subjetivação que os afetam, tornando-os, também, resultados destas vivências, somados às experiências de seu microcosmo de trabalho. Os profissionais da saúde o fazem, a partir de uma intervenção que tem por base registros da sua singularidade, seu modo próprio de estar no mundo, que os movimentam para produzir o cuidado de certa forma e não de outra (MERHY; FRANCO, 2007).

Subjetividade e trabalho se colocam hoje como campos de conhecimentos que pensam o sujeito trabalhador, a partir das vivências e experiências, que se desenvolvem nas novas relações de trabalho, entendendo a subjetividade como estilos de vida ou modos de existência ou de subjetivação que se geram no espaço do trabalho contemporâneo (NARDI et al., 1997).

Foucault (1992) entende a subjetividade constituída a partir de discursos, das relações de poder-saber, que se estabelecem de forma complexa na estrutura organizacional e social, em que os indivíduos se inserem como trabalhadores. A subjetividade é um processo que não se limita a interioridade, mas a um conjunto de forças dinâmicas, mobilizada pelas experiências de vida e os sentidos atribuídos pelos sujeitos em cada momento de sua história.

As relações de trabalho na era pós-moderna – nas quais as novas formas de produção estão colocadas e embasadas no domínio do processo de produção do conhecimento – a questão do saber permeia os modos de subjetivação, trazendo para a equipe de saúde o desafio da permanente busca por conhecimento e atualização dos saberes. A forma como a questão do reconhecimento dos saberes transita no interior dos serviços de saúde, implica em diferentes poderes no coletivo, visto o poder associado ao conhecimento na conjuntura atual. Quem detém o conhecimento adquire maior empoderamento e estas posturas, interferem nas relações e na organização do processo de trabalho em saúde (ARGILES, 2012).

Batista e Guimarães (2009) referem que Foucault em sua produção teórica, trabalha a articulação entre os discursos acerca do trabalho, entendendo este, constituído por relações de saber-poder. Aponta que os procedimentos de poder se aplicam de diversos modos, aos comportamentos, as relações sociais, e ao próprio corpo dos sujeitos, para além da economia, da produção e do Estado. O trabalho atua na subjetivação do sujeito, no decorrer de sua produção. Desta forma, o pensamento de Foucault possibilita a problematização em relação aos processos que envolvem o campo do trabalho, na análise de como o poder, o saber e os processos de subjetivação, produzem modos de criação, conhecimentos, tecnologias, saberes e sujeitos no espaço profissional.

O desenvolvimento das forças produtivas e as relações que se constituem, de forma a atender as necessidades humanas na contemporaneidade, forjaram um conjunto de técnicas para que o homem através do trabalho e a partir de sua relação com este universo se aprimorasse no que se refere a sua sociabilidade e

capacidade relacional. Sendo estas condições para que o indivíduo possa inserir-se em um contexto de disputa, que suscita organização, controle e adesão do trabalhador. Na proposição da produção, ocorre a captura do indivíduo de forma integral, incluindo seu corpo e sua subjetividade. Determinados aparelhos que compõe as tecnologias políticas, trabalham para a regulação, normatização, construção de discursividades acerca do trabalho, e produzem uma gestão da população.

Os processos de dominação, segundo Foucault (2005) não se estendem de forma global ou de modo uniforme; e sim se estabelecem nos espaços localizados das instituições, respondendo a demandas específicas de cada campo de produção, conhecimento, e outros, em uma economia de poder que atravessa o corpo social, a partir das micropolíticas que se constituem localmente. No caso específico, do campo da saúde, todo um conjunto de discursos, de saberes, modos de agir, e de ser profissional de saúde, são exercidas sobre o trabalhador, de forma a produzir padrões de competência, satisfação e identidades a serem alcançadas, e sofrimento quando não se concretizam, sejam estas metas individuais, coletivas ou institucionais.

Tendo o trabalho adquirido um status que confere dignidade e poder, para além de uma atividade que promove a subsistência, ganha uma importância como fonte de identificação e como forma de existência, no mundo moderno, tornando-se um espaço prioritário para o exercício do controle das tecnologias de poder, considerando o modo como este perpassa a vida individual e coletiva.

O trabalho em saúde, assim como em outras áreas, está sujeito aos mecanismos de poderes presentes na sociedade, de forma geral e as instituições se colocam como equipamentos ou estruturas de articulação e exercício destes, para o funcionamento das tecnologias políticas e econômicas. Os poderes disciplinares, trabalham sobre o indivíduo, de forma a adaptar, preparar física e intelectualmente, para assujeitá-lo às exigências profissionais, como um corpo-máquina, assim como os mecanismos biopolíticos que se estendem ao conjunto da população, e que segundo Foucault (2005), atuam para a produção de discursos que incidem diretamente nos modos de subjetivação e na composição de um modo de ser profissional de uma área específica, tal como a saúde.

> [...] em qualquer sociedade – múltiplas relações de poder perpassam, caracterizam, constituem o corpo social; elas não podem dissociar-se, nem estabelecerem-se, nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação, um funcionamento do discurso verdadeiro. Não há exercício do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcionam nesse poder, a partir e através dele (FOUCAULT, 2005, p. 28).

Após a revolução industrial, quando a gestão do trabalho tornou-se uma das formas de agenciamento da vida individual e da população, este pode assim como a sexualidade, ser entendido como um discurso e uma experiência, através do qual o poder pode se exercer sobre o indivíduo e sobre a população, intervindo, portanto no desenvolvimento do homem e da espécie. Esta regulação executada no sistema liberal, que aciona discursos enunciados por diferentes autores, sejam estes representantes do saber clínico, religioso, científico, jurídico, que relaciona o trabalho à moral, à dignidade humana; e o ócio e a improdutividade à sua degradação, se afirmam em aparelhos diversos para além do Estado, estando presente nas diferentes instituições do processo produtivo, cultural e social e assim, articulam capitalismo, trabalho e assujeitamento, produzindo modos de subjetivação no sujeito moderno (FOUCAULT, 2005).

Em seu texto *Sociedade de Controle*, Deleuze (1992) analisa a passagem das tecnologias disciplinares e seus dispositivos institucionais, para a instalação de relações de forças que se colocam, através de máquinas de informações, de controle a distância, de modulações flexíveis, de cifras, senhas e códigos que atingem a todas as esferas da vida, e desenvolvem sobre a sociedade um controle de maior alcance. Este movimento de substituição da sociedade disciplinar para a sociedade de controle implica em uma mutação do capitalismo, que não mais tem seu foco na produção, mas na sobre-produção, nos serviços, nas ações e no mercado.

Neste contexto, no regime do hospital, em referência à saúde, a medicina não está voltada para o indivíduo doente, mas para a possibilidade de adoecimento, os riscos potenciais e índices de epidemias e agravos às populações. O trabalhador de saúde, assim como o de outras áreas profissionais, é um empreendedor, que espera ser motivado pelas demandas do serviço, ser modulado por programas de formação permanente, e produz vínculos flexíveis com os clientes, e com os serviços de saúde.

Deleuze (1992), no entanto, nos possibilita pensar o trabalho na saúde, assim como em outras áreas, pela ótica da resistência e de processos de subjetivação, que se engendram a partir dos acontecimentos singulares, na micropolítica das relações que povoam estes espaços de atenção à saúde, privilegiados por ocasionarem encontros e potentes para produzirem novas configurações relacionais.

Segundo Hardt e Negri (2005 p. 311) a sociedade de controle mundial está alicerçada em formas de regulação econômica, política e social, que se desterritorializam e reterritorializam permanentemente, nas quais o trabalhador passa a ser exigido, também por sua possibilidade de controle de si. É o discurso que enfatiza as habilidades pessoais, capacidades relacionais e afetivas do profissional, enfim aspectos relacionados ao trabalho imaterial, que exige os recursos humanos do trabalhador para a sua efetivação. Sendo este o "trabalho que produz um bem imaterial, como serviço, produto cultural, conhecimentos ou comunicação."

A sociedade contemporânea mantém tecnologias disciplinares de poder, que atuam na constituição do sujeito trabalhador, assim como as tecnologias de controle, próprias da atualidade, visto que estas funcionam em coexistência, e sobreposição. Os modos de subjetivação neste contexto incluem o que Guattari e Rolnik (2011) nomeiam como subjetividade capitalística, que se produz pelos discursos, pela linguagem e pelos modelos identitários, que trabalham para homogeneizar, adaptar e institucionalizar, estando em conexão com as máquinas produtivas, máquinas de controle social e instâncias psíquicas, que definem o modo de ver o mundo, de modular suas concepções de trabalho e de subjetivação frente ao seu fazer profissional.

O trabalhador de saúde mental está imerso nos processos históricos que consolidam o mundo do trabalho, através das modalidades e estratégias de seu tempo, do espaço geográfico em que se situa, das racionalidades econômicas, políticas e sociais à que se relaciona. Constroem nesta caminhada, direções singulares e próprias, passando pela problematização de seu saber profissional, como modo de romper com procedimentos estereotipados, de base institucional e organizados conforme os funcionamentos que assumem os discursos no campo científico.

O desafio do discurso da desinstitucionalização psiquiátrica para os trabalhadores trata-se do quanto é possível desterritorializar-se, na concepção

deleuziana do termo, das amarras da formação, das máquinas institucionais, do saber-poder profissional, das demandas por fazer funcionar as normas biopolíticas e ainda produzir-se subjetivamente. Assim, a seguir nos aproximaremos deste trabalhador no cenário da reforma psiquiátrica.

7.2 O trabalho na saúde mental

No que se refere ao trabalhador na área da saúde, em especial na saúde mental e seu processo de transição paradigmática, do modo asilar para o modo psicossocial de atenção psiquiátrica, Costa-Rosa (2006) coloca que a implicação subjetiva dos profissionais que operam este modo de atenção, é um dos quatro pressupostos básicos, para a efetivação de mudanças e afirmação do novo paradigma entre estes: a análise de seu objeto e dos meios teórico-práticos de intervenção; nas formas de organização dos dispositivos institucionais; nas modalidades do relacionamento com os usuários e a população; nas implicações éticas e dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos. O autor considera que sendo este um trabalho de ordem imaterial, de caráter relacional, estrutura e ética singulares, envolvem o trabalhador em espaços de interlocução que trazem para a cena subjetividade e práticas de intersubjetividade horizontal, sendo estas metas não restritas a relação com a clientela, mas entre os profissionais, instituições de saúde e outras, e com a sociedade de modo geral.

Discutindo as condições para o processo de desinstitucionalização psiquiátrica, Basaglia (1985) pressupõe em primeira ordem, subverter as relações de poder, que se colocam na raiz da instituição e do saber psiquiátrico. O autor aponta que as relações de violência e exclusão presentes na sociedade, estão implícitas na função dos profissionais desta área, enquanto administradores destas relações, que objetivam o sujeito do cuidado e na qual o próprio trabalhador também se objetiva, quando se vê em processo de reificação de seu fazer, em processos de fixidez, automatismo, passividade. Basaglia propunha agir no interior das instituições psiquiátricas, que define como instituições de violência, com o trabalhador recusando o mandato social destas, em um processo dialético de revisão dos saberes e práticas, que constituem o paradigma clássico da psiquiatria.

Nesta perspectiva, o trabalhador de saúde mental, enfrenta um processo de transformação radical em seu objeto de trabalho, nas concepções que o definem, assim como nas práticas produzidas. Para pensar estes processos encontra-se em Deleuze (1992), referências acerca da potência dos processos de subjetivação, que se produzem a partir de novos tipos de acontecimentos que não têm em si explicações pelo estado de coisa que representam, mas aos quais não se pode deixar passar, por que estes suscitam acontecimentos mesmo que pequenos, nos quais é possível encontrar resistência ou submissão ao controle.

A desinstitucionalização coloca-se como um acontecimento, a que os trabalhadores passam a responder e a forma como isso ocorre, mobiliza-os de forma a operar com seus princípios, ou a romper com a proposta em curso, produzindo ainda distanciamento e alienação.

A constituição da subjetividade para Foucault (2011) se dá através de processos múltiplos, de objetivação e subjetivação, a partir dos quais se relacionam sujeitos e jogos de verdade. As verdades construídas no universo do trabalho, e seus campos específicos, entre outros, a saúde mental, engendram relações de forças, que se encontra em disputa, para a construção de outras verdades, ou ainda para problematizar os regimes de verdade, que cercam a concepção de loucura e os dispositivos institucionais que se produziram em torno desta. O autor pensando sobre os processos de subjetivação afirma:

> Trata-se de encontrar a si mesmo em um movimento cujo momento essencial não é a objetivação de si em um discurso verdadeiro, mas a subjetivação de um discurso verdadeiro em uma prática e em um exercício de si sobre si (FOUCAULT, 2011 p. 296).

O trabalhador de saúde mental, que opera o processo de desinstitucionalização, encontra-se neste espaço de construção e afirmação de outras verdades em relação a loucura, ao sujeito em sofrimento e as práticas que compõem a nova instituição de cuidado.

Nesta conjuntura de criação, de outros modos de produção da atenção psicossocial, o trabalhador é afetado, produzindo modos de subjetivação, que neste exercício, potencializam o próprio sujeito trabalhador e o produto do seu trabalho. Nesta perspectiva os processos de subjetivação dos profissionais em saúde mental

implicam no modo como a desinstitucionalização, se processa na concretude dos Centros de Atenção Psicossocial.

Os trabalhadores do CAPS de Alegrete, com os quais discutimos sobre o processo de desinstitucionalização em curso, naquele município, enunciam:

> Com certeza, é um lugar que protege, que acolhe, mas que também facilita esses processos que são importantes, como vivenciar também a sua loucura, em alguns momentos.[...]Aqui é visto o sujeito para depois a doença, eles são envolvidos em grupos, eles participam de uma forma ativa, eles ajudam no funcionamento do trabalho, então assim, eu acho, pode ser que a passos lentos, mas isso já está acontecendo, sim.[...] A importância de estar, inserida na sociedade, conviver diariamente, trabalhar normalmente, mesmo que tenha crises também, e que não precisa se isolar por isso [...]. Vejo trabalhar a loucura como também fazer parte dela, poder parar, ouvir, às vezes entrar na história deles, porque dessa forma, a gente consegue maiores respostas [...]. O que é ser essa loucura, o que é ser saudável, que limite é esse? [T04-2014].

O fazer do trabalhador de saúde mental, na perspectiva do discurso desinstitucionalizante, é de um encontro com a loucura, ou com a experiência da diferença, escapando na medida do possível, dos pressupostos normalizantes, ao encargo do saber psiquiátrico. Exige conexões para além do conhecimento clínico das patologias psíquicas, dos recursos medicalizantes, apreendendo as situações de existência do outro de forma plural, considerando inclusive afetações e efeitos que compõem a paisagem única da cena do trabalho, em que se fazem presentes sujeitos usuários dos serviços de saúde mental e trabalhadores. Isso implica a todos, usuários e trabalhadores uma disponibilidade à problematização, um exercício de pensamento e de posicionamento frente a cada situação, escapando aos modos operacionais construídos e determinados pelos campos de saberes instituídos na área de saúde.

Concordamos com Foucault (2004) quanto a potência da problematização para desnaturalizarmos o que nos parece natural e verdadeiro, compreendendo os jogos que determinam a cada época, o que pode ser dito, visto ou ainda invisibilizado. E esta é parte do trabalho de cada profissional de saúde mental, em relação ao discurso hegemônico acerca da loucura e dos modos de cuidar na área psiquiátrica. Percebemos que frente à lógica manicomial, que se estrutura com o poder psiquiátrico, a complexidade do trabalho no campo psicossocial cresce, quando se propõe a desconstrução deste discurso. Novos conceitos, estratégias, modos de relações e espaços, são produzidos. Outras verdades que falam de

cuidados, de não excluir e segregar, de direitos e de reabilitação psicossocial, cria tecnologias para olhar o sujeito da atenção psicossocial, como um todo, com uma vida para além da doença, do sofrimento ou da loucura.

O conceito de problematização é apresentado por Foucault não como uma categoria de análise, mas como uma atitude frente ao objeto que nos inquieta o pensamento, questionando-o *porquê* e *como* os acontecimentos, práticas e saberes se estabelecem em dado momento histórico e que relação que se colocam entre seus domínios.

> Problematização não quer dizer representação de um objeto preexistente, nem tampouco a criação pelo discurso de um objeto que não existe. É o conjunto das práticas discursivas ou não discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e o constitui como objeto para o pensamento (seja sob a forma da reflexão moral, do conhecimento científico, da análise política etc.) (FOUCAULT, 2004, p.242).

O processo de problematização é uma posição que segundo o autor, não se coloca com um pedido de solução ou resposta, mas que propõe o deslocamento de uma verdade, ou de um modo de ser e fazer, uma ruptura no pensamento, que abra possibilidades de uma experimentação singular, produzindo outras posições frente a vida e as concepções que nos movimentam, enquanto verdades.

Problematizando o conceito de humanização, o encontramos na racionalidade cartesiana, pensa o homem através do atributo da razão e encontra-se no centro do pensamento cientifico, em um exercício de conhecimento de si, para tornar-se sujeito de seu mundo. Com a modernidade e o desenvolvimento das ciências e das tecnologias, o homem passa a ser objeto de controle em relação ao acesso à verdade. A humanização, assim, é um conceito que se forja para o controle das populações e se impõe nas políticas públicas como parte de estratégias biopolíticas.

Assim, o discurso da saúde mental, ao enunciar a humanização e os direitos inclusivos, fabrica um modo de trabalhar, pelo qual o trabalhador vai se subjetivar e que conforme discutimos anteriormente, nesta tese, circulam na sociedade moderna de forma intensa, e que, no entanto, esteve distanciado da área psiquiátrica, no modo manicomial de atenção. Considerando um avanço para o processo de saúde, a perspectiva da humanização nas relações, torna-se um discurso vigente na sociedade, o trabalhador enuncia:

> Todo o processo que busca a humanização é importante para a saúde mental [T 04-2014].
>
> [...] a maioria dos profissionais aqui dentro tem tentado dar o máximo de humanização no nosso atendimento [T44-2006].

No contexto da desinstitucionalização o trabalhador, passa a desenvolver uma operação sobre si próprio, com problematizações acerca de suas concepções sobre o objeto de trabalho, sobre as estratégias de intervenção, e sobre a relação com outros setores da sociedade.

A humanização no âmbito do SUS é entendida como um conceito que pressupõe certas formas de vida e de experiências que se alicerçam em códigos, normatizações e regras. Na perspectiva foucaultiana podemos situá-la como uma biopolítica que se volta para formas específicas de vida e que marcam um modo de articulação no tecido social, entre objetos, sujeitos e conceitos. A Humanização configura-se uma estratégia de controle dos sistemas de saúde, dos modos de funcionamento e de relacionamento entre os atores do sistema. A humanização sendo parte do discurso do SUS enquanto uma política pública que trabalha na produção de modos de vida e de subjetividades, engendra formas de ser usuário, trabalhador ou gestor neste sistema (BERNARDES; GUARESCHI, 2007).

A discussão dos aspectos biopolíticos implícito nos discurso de humanização e inclusão, assim como no próprio *corpus* discursivo que a atenção psicossocial propõe, está colocada pelos trabalhadores. Porém percebe-se que estes, enquanto sujeitos, incluso neste campo, subjetivado pelas práticas e ideias que operam, encontram-se como parte de seus próprios questionamentos. Trabalhando com o conceito foucaultiano de problematização, entendemos de que este não está a serviço de respostas e soluções e sim de pôr o pensamento a produzir, para bifurcar no sentido de colocar este trabalhador frente a uma multiplicidade de acontecimentos, a que responderá a partir de seu próprio processo de implicação.

Os trabalhadores em Alegrete, compreendem e abordam situações de ordem biopolítica, em sua reflexão sobre os acontecimentos e as relações que se constituem nas áreas das políticas públicas, de forma a estabelecer um controle e um direcionamento da vida, ainda que, a partir de serviços necessários aos indivíduos e a coletividade. Enunciam as práticas da atenção psicossocial que desempenham estas funções, como estas podem encerrar posturas de dominação em relação ao outro, seja este a pessoa que está sendo atendida no serviço, como o

próprio trabalhador, que se percebe envolvido na mesma malha de relações de saber-poder.

> Então assim, essa conversa também com os outros trabalhadores das outras política públicas, ela é fundamental. Porque a atenção não é só da saúde. Ela é uma política que se mescla com as outras. Então a assistência, a educação, a cultura, a gente trabalha muito forte [...] [T 16-2006].
>
> A enfermagem assim vai na casa leva a medicação, ai ela vê como é que está, mas tem um limite às vezes. Tu não vai entrar na casa de uma pessoa para fazer consulta sempre tem aquele limite ali. [...] tu tem um limite pra ir se não tu está invadindo as pessoas [T 46-2006].
>
> A gente tem que trabalhar de acordo com as necessidades das pessoas, não querer enquadrar as pessoas no que nós fazemos e podemos fazer, mas tem sido muito assim [...] [T35-2011].
>
> Com o judiciário antes se fazia reunião uma vez do mês,[...] participei de algumas, mas o judiciário sempre que nos manda [...] chega ter um dia só para responder as questões encaminhadas pelo judiciário, pela promotoria [...] a gente vê que muita situações em relação ao médico, a avaliação psicológica, a assistente social, eles utilizam a rede pública e que dão prazo, gente ainda está aceitando isso, a gente tinha que questiona, eu acho que o judiciário, embora pense que seja, não são Deus [...]e não furar a fila como eles furam, e colocando a gente com a obrigação de ter que responder porque se não a gente vai ser penalizado por isso, uma relação muito ruim, acho que é uma relação perversa e desrespeitosa, a partir que o juiz diz: determino tantos dias para fazer tal coisa, a gente se vê obrigado a fazer, e aí se a administração do município concorda com isso, não questiona, a gente é obrigado a fazer porque a gente está prestando um serviço então, mais é uma das coisas que eu acho que teria que avançar [T35-2011].

As atividades relacionadas ao controle e ao poder, identificadas pelos trabalhadores, que assumem uma postura crítica frente às mesmas, estão construídas através das práticas sociais legitimadas historicamente, que constituem o modo como a sociedade se reproduz e se organiza. O poder presente nestas relações é descrito por Foucault (2000) também como uma prática que funciona nas relações que estabelecemos, não sendo uma coisa que alguém possui e sim uma força que todos os sujeitos exercem de modo, e em níveis diversos. O poder é uma estratégia, uma manobra, uma tática que se encontra nas relações individuais, coletivas, institucionais e do Estado, assim sendo, deve ser entendida em sua complexa forma de atuar, assim descreve Foucault em *Vigiar e Punir:*

> É preciso parar de sempre descrever os efeitos do poder em termos negativos: 'ele exclui', ele 'reprime' ele 'recalca', ele 'censura', ele 'abstrai', ele 'mascara', ele 'esconde'. De fato, o poder produz; ele produz real;

> produz domínios de objetos e rituais de verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter se originam nessa produção (2000, p. 161) [grifos do autor].

As políticas públicas de saúde, entre outras, a política de saúde mental, são a materialidade de um discurso de governamento da população, com características de um serviço de utilidade e de bem estar, sendo um direito da população e um dever do Estado. Estas exercem enquanto função, um efeito de normalização e governamentalidade da sociedade, com ações individualizantes e totalizantes. As observações dos trabalhadores enunciam o modo como estas se constituem de modo diverso, no modo de atenção Psicossocial, do que no modelo asilar, com sua extensão agora na vida do sujeito, para além da instituição.

> A gente ajuda a administrar, [...] assim, porque se tu dá o dinheiro todo para eles, eles gastam, não tem noção. Então a gente vai no mercado, compra aquilo que eles precisam. [...] entregava tudo quando eles recebiam eles se viravam sozinhos. Só que aí eles começaram a fazer dívidas, aí depois as pessoas vinham aqui cobrar, [...] agora a gente faz assim, recebe, divide o dinheiro assim para água, para luz, para o gás, nós vamos deixar separado [...]. É legal por que senão eles nunca vão ter nada, né? Sempre gastam [T50-2006].

> [...] Na maioria das vezes. Faz uma visita domiciliar, vê como é que é a casa, como é que é a família, como é que é o ambiente. Traz a família pro serviço também. Faz a família se comprometer também, Com o tratamento dessa pessoa.[...] são pessoas que a gente precisa ter um controle maior assim, que tem que vir toda semana, que a gente tem que ver se está tomando a medicação direitinho, não é? Essas pessoas a gente coloca no grupo também, dos intensivos [T53- 2006].

O trabalho em saúde pensa o cuidado do outro e se dá em relação, porém não deixa de incluir-se das características gerais das instituições que são geridas de forma normativa. A criação de novas normas, próprias a cada atividade, conduzem ao alcance dos objetivos do trabalho. Na área de saúde mental, segundo Remminger (2009 p. 95) sofre-se uma ausência de atualização das normas, isto é, cabe ao trabalhador no fazer cotidiano da atenção psicossocial, construir outras normativas, diversas do modelo da psiquiatria clássica, o que exige deste um "exacerbado uso de si".

A reforma psiquiátrica construiu normas gerais em relação à concepção do objeto, tecnologias de intervenção, mudanças no ambiente do cuidado, entre outras, porém coloca a clínica em reconstrução e pressupõe o trabalho interdisciplinar, que se organiza na experiência de cada serviço. Em Alegrete, estas dificuldades em

relação às normativas são colocadas em discussões em reuniões de equipe, e o trabalhador sente-se afetado pela ausência destas e por estar alienados de sua produção, quando se constroem sem sua participação.

> Hoje se tem um sistema que coordena, tem uma coordenação de sistema [...] e muitas decisões, hoje são muito mais decisões de gabinete do que decisões de coletivo. [...] Noto que isso é uma coisa que eu acho que se centralizou talvez nessa administração se tenha centralizado mais, as decisões é em relação a parte administrativa [T35-2011].
>
> Dificultam o funcionamento do serviço é as vezes uns dizem uma coisa , e vem um funcionário e diz uma coisa , lá vem outro e diz outra [...] outro vem e diz tem que respeitar as regras, e aí cria aquela coisa, que a gente fica sem saber o que fazer, querendo fazer o que o coração manda, mas muitas vezes não é assim, que a gente também tem regras com eles [T32-2011].
>
> O próprio projeto terapêutico, e as vezes dá correria, a gente não consegue normatizar [T35-2011].
>
> Tentar todos os dias não se institucionalizar, não se encapsular. [...] É uma luta diária. Pode-se estar o tempo inteiro reproduzindo um modelo assistencial, um modelo médico ou pode-se estar sugerindo autonomia, sugerindo liberdade, sugerindo trabalho, renda [T11-2014].

.

A questão normativa no campo da reforma, tem se colocado como uma temática contraditória para os profissionais, que construíram um movimento de contraposição à um modelo já instituído e que se destaca pelo excesso de normatização, a partir do conjunto de normas daquela instituição (manicomial) que efetivamente consolidou uma política de normalização da conduta do outro.

O discurso antimanicomial trabalhou arduamente para o desmonte destas normas de rigidez, autoritarismo e controle sobre a vida do paciente internado nos grandes hospitais e do poder médico em relação ao louco e aos outros profissionais do campo. Então se coloca novamente a necessidade de construção de regras e normas para a organização dos espaços de cuidado, de forma interdisciplinar na atenção psicossocial.

No entanto devemos lembrar um dos aspectos da normatização trabalhada por Canguilhem, que é destacado por Foucault (2010 p. 62) em *Os anormais* “A norma não tem por função excluir, rejeitar. Ao contrário, ela está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo”. Assim, a normatização assume o caráter da ação para a qual é colocada a funcionar, produzindo-se inclusive descontinuidades e ruptura nos processos a que se refere, tal como, no campo psiquiátrico, em que a ruptura com a

normatização manicomial se faz necessária para emergir o discurso desinstitucionalizante.

> Amplia o conceito de normalidade, de normatividade se bem que o conceito psicopatológico é uma coisa muito cultural, depende do intersubjetivo, que vai dizer o que é certo e o que é errado, então a sociedade está se desprendendo um pouco mais, coisa que até antigamente se pensava da maneira com muita, acho até que foi intensa a situação [T28-2014].
>
> O paciente já vem aqui querendo medicação. E isso aí coíbe um sofrimento que é normal e se fala que não deve, argumenta, às vezes o paciente aceita, mas outras vezes ele não aceita, ele vai procurar um outro profissional para medicá-lo, ele quer impedir aquilo ali.[...]Trabalhar com essa questão na sociedade, melhora muito saber que sofrimento é normal [09-2014].
>
> Antes se ouvia falar e se sabia que o lugar do louco era no hospício e no manicômio, quando comecei a trabalhar aqui, comecei a conhecer e acho que hoje eles convivem plenamente, são pessoas normais, com algumas limitações [T20-2014].

Trabalhando com os conceitos de Foucault (1992) em relação à normatização e aos processos de normalização que ocorrem nas relações na sociedade contemporânea, o autor nos aponta o nascimento da noção de norma, no interior da sociedade disciplinar, do biopoder com o nascimento da medicina social. Esta emerge como um discurso de padronização dos comportamentos e da existência, distinguindo o normal e o patológico. Neste processo, a fixação da norma cria parâmetros para se estabelecer a normalidade, sobre a qual são produzidas tecnologias para o controle e a regulação da população, entre as quais, estratégias da área da saúde, como os manicômios, que atenderam a proposição de correção dos desvios e a transformação do indivíduo considerado anormal.

A perspectiva da normalização no interior da atenção psicossocial é problematizada, considerando que esta opera através dos saberes construídos no campo *psi e* da área médica*,* que se propõem a regulação da conduta pela ação dos especialistas, deslocando esta tecnologia de regulação, do papel do estado. Assim, a governamentalidade atua através destas relações de cuidado do outro, nas quais se fazem presentes as técnicas de normalização, e as técnicas de si. O discurso da atenção psicossocial encontra-se com essa estratégia no seu fazer, e como modo de resistência, acredita na problematização e nas ações que possibilitam a tomada de decisão no plano individual e coletivo, sabendo dos

processos de captura, presentes na sociedade, também em relação aos processos de subjetivação e as práticas de liberdade.

O conceito de biopoder em Foucault (2008) refere-se as políticas de poder que incidem sobre a vida dos indivíduos e das populações, e a biopolítica que além da gestão da população, estabelece um controle das estratégias que os indivíduos em liberdade desenvolvem em relação a si e aos outros. A partir da combinação de tecnologias de governo, tal como as de ordem biopolítica, e as técnicas de si, através das quais o indivíduo desenvolve técnicas de governamento em relação a si mesmo, o autor apresenta o conceito de governamentalidade.

Os processos de governamentalidade estão presentes intensamente nas relações da sociedade neoliberal, e portanto, permeiam o universo do trabalho na saúde, e no campo da atenção psicossocial. Estas se estendem às formas de gestão do outro, a partir do desenvolvimento de um compromisso consigo mesmo, isto é uma auto-regulação, através de instituições e tecnologias de serviços.

Na área de saúde mental o trabalhador coloca a disposição da atividade que desenvolve, aspectos da própria subjetividade. Segundo Rose (2001), a subjetividade do trabalhador é convocada como parte de uma maquinaria em movimento, para a regulação das condutas através de ação sobre as mesmas. Através de tecnologias de governamentalidade, os poderes públicos traçam suas estratégias com a ação dos trabalhadores sociais, entre os quais, os profissionais de saúde mental, que desenvolvem ações com efeitos de administração e orientação do eu na contemporaneidade.

> Nós também somos cuidadores, nós também as vezes, não estamos bem, vira uma roda viva assim.Tu tem que fazer... aí o que que a gente faz. A gente vai e faz terapia, a gente faz supervisão. Porque é uma coisa assim que faz parte da nossa profissão, do nosso desenvolvimento, da manutenção. [...] Então a gente tem uma válvula de escape. Eles não. [...] Ter consciência de que esta fazendo todo o possível. Acho que é isso assim, de reconhecer, eu acho que não está bom ainda. Eu acho que nunca vai estar bom o suficiente. Vai ter que, estar melhorando, vai ter que estar mudando alguma coisa. Acho que isso aí, eu acho que isso é uma coisa é... inerente ao nosso trabalho, ... se a gente não quiser encarcerar é assim [T45-2006].

Nosso propósito neste estudo foi entender como a desinstitucionalização enquanto um discurso, relativo a uma política que se dá sobre a vida, constitui o trabalhador que a opera, afetando-o também, em seus processos de subjetivação.

Possibilitar visibilidade às enunciações dos trabalhadores de saúde mental, que se encontram em meio a ações e saberes, que funcionam como uma estratégia de controle sobre o outro e sobre si próprio, constitui-se uma forma de desnaturalizar estes dispositivos. Não para que se esgotem, considerando sua extensão e complexidade na sociedade, mas para que encontrem resistência e potencializem a criação de outras relações.

A vida segundo Foucault (2007a) insiste em escapar e investir. A própria política de saúde mental emerge como uma criação em um campo, em que a resistência se fazia pouco possível, visto as relações de violência que caracterizam o modo manicomial, em suas práticas de isolamento, segregação e destituição de direitos.

As relações de saber-poder que se constituem no discurso psicossocial, enquanto práticas de cuidado parecem cumprir um papel, considerando a vulnerabilidade da clientela e as necessidades de medidas de proteção, porém o limite invasivo das mesmas se coloca para os profissionais, como objeto de debate e como aspecto a ser problematizado.

> [...]quando a gente vai visitar, a gente tem que ter muito cuidado, porque alguns se sentem invadidos. Tem outros que adoram a visita da gente e tal, mas tem uns que se sentem invadidos, e a gente corre riscos [T14-2006].
>
> [...] e como as vezes tu conseguir um emprego novamente é muito difícil, é melhor eu prolongar meu beneficio e ficar dependendo do sistema. [...] tu tenta conseguir beneficio para aquela pessoas que precisa, para ter um melhor cuidado, tem seus direitos, mas tu não consegue porque os outros já recebem [T25-2014].
>
> Que muitas vezes me falta esse tempo de poder sair, para ir atrás. Para ver como é que está, porque que ele não veio, o que que aconteceu, porque só de ele falar não adianta. Tem que chegar lá na casa ver o que está acontecendo, visualizar a coisa, enxergar como é realmente.[...]E é ai que eles vêm aqui pedindo como se a gente fosse solucionar a vida deles, e na realidade não vamos solucionar a vida de ninguém, estamos aqui, a gente pode até tentar, conversar. Mostrar o que é a dependência, como é que faz, o que é que tem que fazer, no que ele podem ajudar, a construir uma coisa junto [T55-2006].
>
> A gente produz muita loucura, a gente rotula a pessoa, como incapaz de trabalhar, a gente dá um laudo dizendo que ela é incapaz.[...]É a dificuldade de ser neutro, dificuldade de resposta objetivas nos laudos [T11-2014].

Neste processo, problematizar torna-se um modo de trabalhar os conflitos, dissidências e resistências, de ordens individuais e coletivas, que se produzem também em relação ao discurso manicomial e com os saberes constituídos na área,

a partir da desinstitucionalização psiquiátrica. Na fase de construção e da execução das primeiras experiências, da reforma psiquiátrica, cria-se um tensionamento entre os dois modelos, que coexistem no sistema de saúde, o modo manicomial e o modo psicossocial. Esta coexistência deve-se a que os processos não são estanques e as transformações se dão com continuidades.

A concomitância de práticas, associadas aos dois modelos desencadeiam processos de deslocamento do trabalhador, com questionamentos em relação à sua prática profissional, seu papel profissional, seus desafios e limites; ou ainda a persistência na manutenção dos saber e práticas conservadoras. Esta realidade é possível observar nas colocações dos trabalhadores, e as dificuldades que produzem no avanço da política.

> Há profissionais que trabalham na perspectiva da saúde mental e outros distanciam-se da proposta, no fazer cotidiano [T01-2014].
>
> É um processo muito grande de transformar, é uma coisa cultural que vai transformando a cultura das pessoas, mas a maioria da comunidade, vê com bons olhos a saúde mental [T07-2014].
>
> Precisa ser mais trabalhado (a desinstitucionalização) para entender os objetivos tanto dos trabalhadores quanto da comunidade mesmo [T09-2014).
>
> Propor para família e para comunidade outras formas de tratamento que não só essas, que a gente conhece tradicionalmente, os colegas estão mais implicados com isso [T 07-2014].
>
> Tenho algumas divergências bem difíceis [...], mais eu não me incomodo mais com isso, já teve uma fase que eu me incomodei mais, hoje eu não me importo tanto, eu penso que a gente tem que agir de forma ética, correta, defendo a reforma psiquiátrica, defendo tudo o que possa vim qualificar a atenção no município, e acho que a gente pode fazer e o que a gente acha bom [...] [T 35-2011].

Entre o conjunto dos trabalhadores da área psiquiátrica, ocorrem diferentes posicionamentos, de adesão ou rejeição das propostas inclusas no projeto de transformação do modelo manicomial, denominado processo de desinstitucionalização psiquiátrica. Assim, este discurso não detém hegemonia no campo da saúde, e encontra-se em fase de afirmação frente à sociedade.

Sendo a Reforma Psiquiátrica um movimento que propõe transformações para além da área da saúde, seus protagonistas foram inicialmente identificados como “militantes”, e também pelo modo como promoveram a defesa do tema, pelas estratégias de radicalização de alguns princípios da luta e pelas articulações

políticas que trouxeram capacidade de alcançar visibilidade na sociedade como um todo. Os trabalhadores de saúde mental, que trabalham de modo técnico e político pela efetivação do modo de atenção psicossocial, são reconhecidos desta forma, e problematizam a questão.

> Vejo que o que contribui também é que tem uma militância muito grande na equipe, é uma equipe que começou com a reforma, defendendo um projeto que era contra hegemônico,[...] então hoje se a gente tem estruturas boas é porque a gente conquistou elas e tem uma tendência a querer se acomodar na questão, se não tem dinheiro não vamos fazer, se não tem carro não vamos visitar e a gente as vezes dá uma sacudida, poxa nós não começamos assim [...] [T 16-2011].
>
> A gente tem o espaço da rádio, tem uma colega que tem uma militância, em falar sobre a saúde mental na rádio, a gente participa [...] dos conselhos. [...] Não fui na rádio gostaria de ter ido [...] talvez a gente entre no programa para fazer essa manifestação, mas aí fora do meu horário de trabalho, como militante [T35-2011].
>
> A gente discutia muito mais essas questões que hoje a equipe não se envolve em questões políticas, não se vê assim ninguém interessado em fazer, o que a gente faz, tem várias pessoas, colegas que a gente convidou pra fazer parte da associação de usuário e familiares e militantes, as pessoas não se interessam, não tem interesse, não sei se pra não criar animosidade com o as outras pessoas que não pensam como nós. Mas enfim a gente sustenta o movimento com o grupo que tem esse pensamento autônomo, que a gente procura estimular e que a gente percebe que na equipe mesmo não tem ninguém que se interessou em fazer parte de uma atuação política, mais intensa, o pessoal vem faz sua parte como técnico vai pra casa, isso eu sinto falta [T35-2011].

Entendendo o conceito de militância em seu significado literal, este se refere a ser membro ativo de uma causa; exercer ativamente uma profissão. Prática da pessoa que defende uma causa, de quem busca a transformação da sociedade através da ação: militância política, social, estudantil (DICIO, 2016).

Considerando este conceito, a aplicação dele aos atores da reforma parece procedente, porém cabe questionar, a perspectiva do termo em relação ao caráter de conservadorismo e radicalização, que cerca essa denominação, e que pode ou não estar presente, no caso da militância da Luta Antimanicomial.

O trabalhador dedica-se no contexto da reforma à construção de uma visão política de saúde, que passa pela produção de conhecimentos, tecnologias de cuidado, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde, com foco nos processos de cuidado ampliado sobre a vida, que comportam o exercício dos direitos e condições dignas de existência.

No período inicial deste processo, como modo de afirmação de outras verdades, frente àquelas construídas pela psiquiatria clássica e o modo manicomial de tratar a loucura, consolida-se uma perspectiva militante, de enfrentamento e desmonte deste referencial.

A militância da luta antimanicomial, traz consigo, de forma intensa, a percepção de que o trabalhador enquanto sujeito, torna-se também um produtor das verdades, que no seu campo de ação, põe a circular, e o faz vivenciando intensamente com outras posturas em relação ao seu fazer.

> Hoje nós não temos plantão no fim de semana, não fizemos mais a questão de urgência porque nunca foi normatizado isso. Todo mundo fazia como militante. Só que chega um ponto, que não tem quem mantenha e é difícil tu fazer assim, tu conseguir ter o entendimento que tem que fazer.[...] Então como tu normatiza isso para que seja a estrutura do serviço e não militância. [...] Então acho que isso também tem um pouco de como a gente organiza.[...] Mas a história dessa comunidade e o perfil que, com que esse serviço nasceu, era para além de CAPS. Então a gente até brincava, dizendo assim: cuidado para gente não se encapsula. Porque de vez em quando a gente se da conta, toda a região encapsulada, e aí fechada dentro do próprio CAPS. E é uma das coisas que a gente sempre tem que estar fazendo esse movimento porque a equipe vai mudando [T41-2006].

A fase de construção e da execução das primeiras experiências do modo psicossocial teve como princípios o cuidado em liberdade, o sujeito em sofrimento psíquico, como objeto e foco do cuidado, e a perspectiva de uma clínica ampliada na estratégia de intervenção.

A perspectiva do novo, da mudança, da construção de modos de relação com o outro, pautadas no respeito às liberdades e aos direitos, produz no próprio trabalhador um processo de identificação, de inclusão e pertencimento. A perspectiva de outra institucionalização, após a legitimação do processo, a partir da aprovação da lei de reforma psiquiátrica, ronda o cenário dos CAPS e de seus trabalhadores, em uma clara estabilização conservadora, que demanda questionar, como propõe Foucault (1996 p.199):

> como fazer para não vir a ser fascista mesmo quando (sobretudo quando) se crê ser um militante revolucionário? Como liberar nossos discursos e nossos atos, nossos corações e nossos prazeres do fascismo? Como expulsar o fascismo que está incrustado em nosso comportamento?

A atenção psicossocial passa a ser um processo instituído, após a reforma e seus trabalhadores militantes ou não, se encontram com a concretude do discurso,

com a prática a ser construída no fazer diário, com o desafio de não cristalizar o pensamento e não radicalizar outras verdades deixando interromper o fluxo das transformações.

A perspectiva de construir espaços e relações que potencializem a produção de devires, assim como outros modos de subjetivação, se coloca para trabalhador e usuários dos serviços de saúde mental.

Mesmo os trabalhadores que construíram o movimento pela desinstitucionalização, enfrentam o desafio da desconstrução no modo de fazer e pensar a atenção psicossocial. Os trabalhadores de saúde mental também precisam desmontar os próprios "manicômios mentais", a rigidez, o determinismo, as verdades e certezas que atravessam a formação técnica, conforme nos alerta Pelbart (1993), na construção de uma clínica ampliada e mobilizada pela multiplicidade de recursos da atenção psicossocial. Sobretudo pela implicação dos trabalhadores na proposta de desinstitucionalização.

Nosso pensamento é forçado a ocupar-se com essa questão frente à provocação de Foucault (1996), considerando a tendência de indivíduos e instituições à conservar, a preservar e se estabilizar nos saberes e ações, que produzem em seu trabalho. Quando trabalhamos para que o discursos desinstitucionalizante entrem no regime de verdade de nosso tempo, trabalhamos para instituir, para acomodar. Os trabalhadores do CAPS de Alegrete apontam estes movimentos e a vigília que exercem nesta direção, para que o processo não se paralise.

> Estamos muito centrados no sofrimento individual sem pensar na pessoa coletivamente, daí com a reforma, com as mudanças do atendimento da atenção em saúde é um fazer diário, o desconstruir esse paciente adoecido e construir ele como cidadão [T 11- 2014].
>
> É bem mais, assumo isso, bem mais como uma acomodação, um papel, um status, que o psicólogo tem, que é o status médico, que ele quer manter aquele status ali, ' eu sou doutora' eu quero atender meus pacientes, eu não quero ficar saindo fazendo coisas na comunidade. É uma coisa mais elitizada, mais confortável para trabalhar [T 11- 2014].
>
> Colegas, não na área da psiquiatria, mas em outras áreas que vê o paciente que tem um problema com saúde mental e prefere dar a medicação do que ouvir [T10-2014].
>
> Qualquer profissional pode oferecer escuta e ajudar o usuário, quando este necessita [...] Qualquer profissional experiente em Saúde Mental pode fazer um acolhimento [T01 – 2014].

> Quando tem um outro profissional envolvido, que não seja só da área médica, ou biomédica, esse olhar é diferenciado, porque querendo ou não é um olhar diferente, um olhar estrangeiro, a gente vem apreendendo na prática, é preciso ter. [...]Trabalha o menos possível a doença e sim o cidadão [T04-2014].

> O manicômio está invisível, se derruba os prédios, as paredes, mas continua na cabeça [T 07-2014].

O trabalho em saúde mental tem sua formação ancorada no discurso produzido pela psiquiatria, pelo saber clínico que produziu “verdades”, sobre a loucura, incluindo-a no campo da doença, e assim desenvolveu modos de intervenção e terapêuticas que compõe o saber dos profissionais da área, e que constituem a sua especialidade.

A perspectiva do trabalho no modelo de atenção psicossocial vai exigir uma ruptura, com essas convicções e com essas verdades, que são sentidas por parte dos trabalhadores como uma perda, que passa pela diluição de seu saber profissional em uma categoria dita interdisciplinar.

O trabalhador da saúde mental se encontra com outros saberes, despir-se das condutas individuais, das hierarquias profissionais e principalmente assumir uma postura política e relacional, com o novo sujeito do cuidado, que deixa de ser paciente para colocar-se enquanto pessoa.

O trabalhador experimenta em si próprio o processo de desinstitucionalizar-se, quando precisa vivenciar transformações desde seu próprio corpo, em uma dimensão subjetiva, relacional, ética e profissional. Esta mobilidade exigida dos trabalhadores de saúde mental, não se produz de forma homogênea, visto a complexidade implicada no processo.

Constituíu-se no interior do movimento de reforma psiquiátrica uma militância, com engajamento e uma idealização da proposta psicossocial, que se coloca na disputa para afirmar a desinsitucionalização enquanto um discurso verdadeiro, na área da saúde e na sociedade de modo geral.

> [...] era um movimento de militância. Militância de uma outra forma de cuidar. E eu tenho a convicção de que o progresso que a gente teve aqui em Alegrete se deve a essa ação. Não era só os técnicos dentro do serviço querendo fazer diferente. Tinha que ter o povo que entendesse porque que era feito diferente e como, construído por eles, como é que tinha que ser feito [T16-2006].

Na contramão destas posturas, encontra-se o trabalhador com uma perspectiva mais conservadora, que não se coloca de modo atuante no movimento e mantém o modo de trabalho e as concepções tradicionais com foco na doença e na remissão sintomatológica. Estes trabalhadores promovem resistência ao processo de forma sutil, mas com efeitos suficientes no processo de modo geral.

Os questionamentos sobre o modelo, sua efetividade e resolutividade, estão presentes no interior das equipes e na formação dos profissionais. Assim o trabalhador em Alegrete, entende que a formação e o despertar da aproximação subjetiva do trabalhador com o processo da desinstitucionalização é um modo de ampliar a adesão dos trabalhadores para a atenção psicossocial.

> A medicação é indispensável [T01-2014].
>
> (negociação na crise) Sim, tem. Mas o favorito é tomar um remédio, sem remédio não funciona nada, porque não entra na pessoa entende?! Porque não adianta, a pessoa esta variando, esta sem uma medicação para ...[T21-2014].
>
> [...] a questão da formação, aqui em Alegrete a gente trabalha com um profissional que não teve uma formação para reforma psiquiátrica, o profissional que a gente pega para rede é um profissional que a gente tem que conquistar ele, para reforma [...] Então praticamente o debate nas reuniões de equipe, a gente tem que estar operando um sistema de cuidado, de inovação e com isso construindo a técnica e a discussão a respeito do caso que vê consistência nesse sistema de cuidado, então também exige muito da gente, mas assim conforme as pessoas vão vendo isso elas vão se apropriando e aí a gente vai ganhando pontos, assim é um trabalho que diariamente tu está sendo formado, formação permanente no teu dia a dia, no teu cotidiano que se diz, isso é muito legal [T16-2011].

Retomando o questionamento que nos faz Foucault, os trabalhadores de saúde mental de Alegrete, militantes ou não, inegavelmente geram uma trajetória revolucionária no movimento de reforma, produzindo deslocamento das verdades produzidas pela psiquiatria sobre a loucura, ruptura com práticas de violação de direitos, isolamento, tratamento moral, e estabelecem relações pautadas na ética.

No entanto, quando em confronto com as normatizações e burocracias inerentes aos processos de trabalho na contemporaneidade, o trabalhador se percebe produzindo novos “instituídos”. Estes estão nas práticas e ditos, afetando os modos como este se subjetiva, através de práticas que desenvolve sobre si mesmo, para ocupar-se do cuidado do outro.

O trabalhador de saúde mental, está incluso nos processos de trabalhos da ordem moderna, e nas políticas de governamento, enquanto sujeito e produtor das

mesmas. Como nos alerta Foucault (2005) as formas regulamentadas, nas diferentes instâncias da vida, são efeitos de um conjunto de mecanismos de poder, que não estão localizadas em indivíduos ou Estado, e sim diluídas nas relações que se constroem entre estes, nas diferentes estratégias de organização da vida, que também produzimos no âmbito do trabalho e da vida individual, que podemos reforçar, interromper ou incrementar.

Assim, o trabalhador de saúde mental se encontra frente ao impasse de perceber-se imerso na rede de poder que se estende e constituí a vida na modernidade. E esta imersão decorre de mecanismos, tais como o que Zarifian (2002) denominou engajamento subjetivo, que está presente nos estudos acerca dos modos de trabalho no neoliberalismo, onde o trabalhador torna-se um empreendedor de si.

Este conceito segundo o Zarifan (2002 p.30) é forjado a partir do pensamento de Deleuze e Foucault sobre as estratégias de poder na sociedade de controle. Este se refere a "captação da atividade subjetiva do trabalhador, sob uma forma renovada de relação de dominação e a do sentido pessoal e coletivo dado à ação social, sob uma forma renovada de relação de emancipação".

Nesta perspectiva o trabalhador encontra-se envolvido, deve estar apto a tomada de decisões e estas segundo Silva (2004) não se limitam as questões técnicas, quando trabalham os rumos e objetivos da atividade, incluem as decisões de ordem política.

O conceito de engajamento subjetivo encontra-se melhor situado, no campo empresarial de produção, onde o trabalhador "empreendedor de si" passa a ganhar destaque na sociedade neoliberal, com o perfil de pleno desempenho, que oferece a empresa além do exigido, e que se percebe mais como um colaborador do que um empregado.

Ainda assim, encontramos aproximação deste conceito com o processo de envolvimento que ocorre com o trabalhador de saúde mental de Alegrete, considerando que este igualmente, desenvolve o comprometimento com o processo de trabalho, de forma intensa, utilizando para o desenvolvimento da atividade, o seu potencial pessoal, afetivo, relacional e intelectual. Este trabalhador percebe-se ainda construtor do processo, com produção intelectual e participação nos rumos políticos e acadêmicos do modelo de atenção psicossocial.

> Estamos conseguindo muita coisa, as pessoas estão desmistificando a idéia da loucura. (implicação) Eu acho que grande parte sim e eu acho que os outros estão sendo contaminados aos poucos, eu acho que vai muito da experiência de cada um, até da formação [T 13-2014].
>
> Eu acho que tem tudo a ver, o perfil, o ser de cada um, entendeu. Não trabalha com saúde mental apenas quem fez um curso de saúde mental e nem quem se capacitou, se tu não envolver muito mais não dá [...] [T14-2014].
>
> Existem as interrupções, os obstáculos no caminho, às vezes um certo retrocesso, ou a sensação de retrocesso, mas na verdade a gente não desanima. Então essa energia, essa força, a gente busca junto na nossa própria equipe, com o próprio usuário, as pessoas que vêm aqui, que confiam no nosso trabalho. Então eu acho que são, principalmente as pessoas que nós nos espelhamos muito para continuar lutando [T35-2006].

O conceito de implicação subjetiva também utilizado neste estudo, advém do entendimento de Coimbra e Nascimento (2012), que referem estarmos sempre implicado, quer se queira ou não, naquilo que fazemos, entendendo que esta não é uma decisão pessoal, uma questão de vontade. Se dá através das relações que estabelecemos com as diferentes instituições que nos constituem e nos atravessam. Os discursos produzidos pelo profissional da saúde mental, se relacionam às concepções acerca de seu objeto de trabalho, das relações de saber-poder que estabelece e que fabricam verdades e efeitos nas práticas cotidiana, e estas ações são parte da maquinaria da produção de si, do outro e do mundo.

A atenção psicossocial, tal como proposta por Costa-Rosa (2006) refere na perspectiva da ética, um reposicionamento subjetivo, do trabalhador de saúde mental em suas relações com o outro, que se abra para a singularização, ainda que estejam ambos, trabalhadores e pessoas em sofrimento psíquico, inclusos nos processos individualizantes da sociedade neoliberal. Os obstáculos impostos na concretude da atenção psicossocial, demanda para o trabalhador implicação subjetiva, para o trabalho comprometido com propósitos do discurso da desinstitucionalização.

Assim, o trabalhador de saúde mental coloca-se no campo do discurso da desinstitucionalização, objetiva e subjetivamente, quando produz, opera e é produzido por este discurso, assim como anuncia Deleuze (1992). O autor coloca que para cada tipo de sociedade, pode-se fazer corresponder um tipo de máquina que move a sociedade, assim como para a sociedade de soberania, estas eram simples e dinâmicas, para a sociedade disciplinar se fizeram energéticas, para a

sociedade de controle, na contemporaneidade as máquinas são cibernéticas e computadorizadas. Os agenciamentos coletivos, dos quais as máquinas são partes, trabalham na produção de subjetividade.

Os trabalhadores afetados por estes agenciamentos, em um mundo que se apresenta em constante mutação, respondem a estes com processos de subjetivação, deixando-se atravessar e compor pelos acontecimentos de seu tempo e produzindo linhas de fuga e resistências, de intensidades e modos diversos.

No decorrer deste estudo, nos aproximamos do trabalhador que se encontra imerso no processo de transformações do campo psiquiátrico, e na produção do discurso desinstitucionalizante. Buscamos mapear os modos como este profissional se afeta e se subjetiva com essas proposições, e os efeitos destes processos para a vida individual, coletiva e para a afirmação da desinstitucionalização da loucura na sociedade.

É possível afirmar a partir dos dados encontrados na pesquisa em Alegrete, que hoje os preceitos da desinstitucionalização estão presentes no Centro de Atenção Psicossocial, como princípios norteadores do trabalho desenvolvido. Pelas características da micropolítica do serviço, na qual há uma convivência e uma aproximação com as pessoas em sofrimento psíquico, com suas vidas cotidianas, com seu território, acompanhando os movimentos realizados para enfrentar as dificuldades, os preconceitos, enfim a vida com suas diferenças. Se produz assim, um processo de implicação, de vivências que mobilizam e afetam muitos trabalhadores de modo a que este pense suas ações, de forma comprometida e com um modo de comprometimento diferenciado, visto não estar centrado em um diagnóstico, com um prontuário na sua frente, e sim deparar-se com uma pessoa, na complexidade de sua vida, incluindo a loucura, sendo esta a sua condição de existência.

8 Modos de subjetivação dos trabalhadores e o discurso da desinstitucionalização da loucura

“Talvez, o objetivo hoje em dia não seja descobrir o que somos mas recusar o que somos”
(FOUCAULT, 2009, p. 283).

A temática da subjetividade passa a ser problematizada nas décadas finais do século XX por diferentes autores pós-modernos das ciências humanas e sociais, entre os quais encontramos Foucault, Deleuze, Guattari.

O termo “subjetividade” tem sua origem no desenvolvimento da consciência individual, designando a essência do sujeito, ou ainda os aspectos fundamentais que caracterizam os indivíduos e assim os diferencia. Esta perspectiva de subjetividade, entendida enquanto interioridade, individualidade, ou identidade única e diferenciada, relaciona-se aos fundamentos derivados do pensamento freudiano e de correntes do pensamento filosófico moderno, vigorando nas áreas das ciências da saúde e ciências humanas, fundamentando concepções de sujeito.

A modernidade ocidental produziu verdades consideradas universais, tal como a perspectiva do homem, enquanto centro e fundamento do mundo. Com uma expectativa de respeito à interioridade, instituiu-se uma nítida separação entre as esferas públicas e privadas da vida. No entanto, esse processo de constituição da subjetividade moderna que foi longo, continua sofrendo modificações intensas até a atualidade (MANCEBO, 2002).

A partir do pensamento pós-moderno e contemporâneo de Deleuze, Guattari e Foucault, a subjetividade passa a ser compreendida enquanto uma categoria processual, em um plano de produção e mobilizada por agenciamentos, de instâncias individuais de subjetivação e inscrita no registro do social.

A subjetividade é entendida a partir das proposições de Guattari (1992) como um processo de produção que envolve componentes heterogêneos e múltiplos,

estes derivam de como o sujeito percebe e apreende os elementos provenientes do contexto social, mas sempre a partir de registros singulares, onde tornam-se matéria prima deste, os afetos, ideias, valores, sentidos, vivências. Assim, o sujeito é um efeito provisório destas, e se subjetiva quando acolhe componentes de subjetivação em circulação, e emite outros, constituindo-se nas trocas em uma construção que incluí, inscrições do coletivo. A difusão desses componentes ocorre a partir de uma série de instituições, práticas e procedimentos vigentes em cada tempo histórico (MANSANO, 2009).

Guattari propõe então como definição para a subjetividade:

> [...] o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial autorreferencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva (GUATTARI, 1992, p. 19).

Deste modo, entendemos que a questão da produção de subjetividade passa pela concepção da criação, de modelização e de fabricação, estando em processo de transformação, a partir de interações de naturezas diversas, com as máquinas sociais. Os dispositivos de produção de subjetividade podem ser de escala coletiva, social ou de escala molecular e microfísica no sentido descrito por Foucault (1992) com ações sobre a vida cotidiana.

O mundo do trabalho, constituiu-se durante a modernidade, como um aspecto da essência do homem, em que este se caracteriza, se inventa e se organiza interna e externamente pelas funções que desempenha, garantindo também sua coesão social e desenvolvendo uma cultura do trabalho. O trabalho então, se configura como um espaço onde a partir das práticas, das modalidades de relação e das finalidades a que se objetiva, o homem assume uma identidade. Tanto que Marx refere que o trabalho é a mais humana das atividades humanas (ARENDT, 2007).

A subjetividade para Nardi (2002) é um conceito estratégico, por que possibilita pensar no interior e exterior, dentro e fora, individual e coletivo, indivíduo e sociedade, e sobretudo, por que remete ao sujeito.

Para Deleuze, o sujeito não é dado, não é uma unidade, que está atribuída previamente e a qual apresenta características de permanência. Para o autor este se constituí nos acontecimentos, nos encontros e através destas experiências se diferencia. Assim, Deleuze (2001 p. 94) pensa o sujeito:

> O sujeito se define por e como um movimento, movimento de desenvolver-se a si mesmo. O que se desenvolve é sujeito. Aí está o único conteúdo que se pode dar à idéia de subjetividade: a mediação, a transcendência. Porém, cabe observar que é duplo o movimento de desenvolver-se a si mesmo ou de devir outro: o sujeito se ultrapassa, o sujeito se reflete.

Assim, Deleuze (2001) realiza considerações acerca da subjetividade e o empirismo, e nos afirma que o sujeito reflete e se reflete, naquilo com o que se afeta; o sujeito inventa e ele é artificioso, esta capacidade de criar e inventar é potência da subjetividade; o sujeito é normativo, ele cria normas ou regras gerais, assim cria o território em que vive, inventando-o e se reinventando de forma sempre parcial e transitória.

Deste modo, Deleuze entende que a vida se coloca como um campo de complexidade, onde se exercem e produzem forças, e estas afetam e implicam em diferentes formas de organização do sujeito, estando em relação de luta e enfrentamento com o que está fora.

> O lado de fora diz respeito à força: se a força está sempre em relação com outras forças, as forças remetem necessariamente a um lado de fora irredutível, que não tem mais sequer forma, feito de distâncias indecomponíveis através das quais uma força age sobre a outra ou recebe a ação da outra (DELEUZE, 2005, p. 93).

O sujeito se constitui no estado de processualidade, sendo construído pelas experiências que faz, das forças que circulam no fora, e pelo modo como estas o afetam, circulando também no lado de dentro, no corpo. O sujeito então pode ser pensado, como uma existência singular, por construir territórios subjetivos, sendo que estes são sempre composições de forças provisórias, que se produzem a partir dos acontecimentos (MANSANO, 2009).

A reprodução e repetição formulam aquilo que é para o sujeito um conjunto de referências e que, no entanto, por suas características de fixação, impedem e interrompem os fluxos de forças, impedindo os movimentos e os acontecimentos. Trava-se entre o dentro e o fora, entre um mundo determinado e referencial, e um mundo de criação e acontecimento, um campo de luta. A potencialidade de escapar e desviar, das forças de determinação e dominação do mundo capitalístico é o que Guattari entende por processos de singularização.

Os processos de singularização ocorrem, quando se associam, aglomeram, emprestam dimensões de diversas espécies, não estando, necessariamente, relacionadas a processos de individuação ou uma identidade individual. O que vai caracterizar um processo de singularização é que ele seja automodelador, que ao entrar em contato com as diferentes situações, possa construir seus próprios referenciais, seja este teórico ou prático, mas que não permaneça na dependência em relação aos poderes dos mais diversos níveis, como econômicos, técnicos, de campos de saberes ou outros. É o que pode produzir registros particulares e diferenciados, rompendo com os mecanismos de interiorização das forças capitalísticas (GUATTARI; ROLNIK, 2011).

Assim, a constituição dos processos de subjetivação ocorre em um estado de luta, entre forças e matérias-primas que são de ordens múltiplas e localizadas social e historicamente, advindo assim uma dimensão política desta relação.

De modo a pensar a subjetivação em seus processos de constituição, através de como os sujeitos produzem seus modos de subjetivação, dentre essa relação que é processual, singularizada e política, Foucault retoma a história grega-romana antiga, e aos estudos sobre o estoicismo. Nestas análises o autor encontra formas de vida e procedimentos adotados para a construção da vida individual e pública, que implica em um conjunto de regras facultativas a serem seguidas para a produção do “cuidado de si”. Estes procedimentos visavam uma dimensão ética, política e estética. Assim, o sujeito assume uma conduta ética consigo, aprimorando-se para uma ação política, em relação a sua própria existência e de cuidado do outro, na busca de uma vida bela, para si e para os outros, na construção de uma estética de existir. Apenas os cidadãos capazes de cuidar de si, poderiam cuidar dos outros, e exercerem assim, funções de governo. O cuidado de si, na Antiguidade, envolvia uma série de condutas, regimento de uma vida ascética, controle e economia dos prazeres, exercícios de domínio e assujeitamento de si, configurando um direcionamento da própria conduta, desenvolvendo uma ética de existência (FOUCAULT, 2007b).

O cuidado de si, é entendido por Foucault como um redirecionamento da conduta por parte do indivíduo. Assim, segundo Vivar y Soler (2008), é proposto também um redirecionamento da tradição filosófica que produziu o conhece-te a ti mesmo, na Modernidade, visto que na perspectiva em que este se coloca no pensamento cartesiano, não refere-se a um modelo ideal de vida, e sim traz consigo,

uma idéia de vigilância e controle. Na tradição grega este mesmo procedimento refere-se ao conhecimento de si, como uma recomendação dos deuses, para que o sujeito busque saber de si antes de questionar os deuses ou prometer o que não é possível cumprir.

O movimento filosófico cartesiano utilizou-se desta premissa para fundamentar o sujeito no âmbito da racionalidade, onde o campo do conhecimento, torna-se uma prioridade individual e de poder para o ingresso na sociedade do saber. Assim, este exercício de conhecer, funda-se nesta perspectiva uma concepção de interioridade, a partir do processo de olhar a si mesmo. Foucault vai problematizar esse modo de pensar, do qual deriva posturas de assujeitamento de si por práticas de confissão, de punição e regulamento nas relações de poder disciplinares e biopolíticos, questionando este movimento, entre os gregos, enquanto possibilidade de construção de uma ética. Para tal, Foucault analisa o modo como no estoicismo, o preceito do cuidado de si torna-se uma obrigação, rompendo com as regras facultativas, em uma perspectiva de fortalecimento do sujeito, obriga-se aos procedimentos prescritos, para se tornar um ser humano forte. Neste movimento o estoicismo torna-se base para o ascetismo cristão e suas tecnologias de purificação, penitência e modos de subjetivação capturados por uma única lógica de existência, dentro dos preceitos reconhecidos enquanto verdadeiros.

Os estudos de Foucault a cerca da subjetividade se colocam em uma análise do presente e da potência de transformação do sujeito em sua relação com seu mundo. O regate da dimensão histórica, objetiva através de experiências passadas, problematizar o presente, sem com isso pretender um movimento de universalidade ou repetição de verdades produzidas em outras épocas e realidades, visto o autor entender a subjetividade de modo processual e permanentemente atualizada.

Foucault trabalha no curso *Subjetividade e verdade* acerca da história política da subjetividade, em relação com a trajetória ética do cuidado de si. O autor refere que se trata de romper a perspectiva de busca por uma matriz identitária e pensar em termos das relações políticas pelas quais se produzem dispositivos, agenciamentos e modos de subjetivação. Deste modo, refere Foucault (2014, p. 350-351):

> A história do cuidado e das técnicas de si seria, portanto, uma maneira de fazer a história da subjetividade; porém, não mais através da separação entre loucos e não loucos, doentes e não doentes, delinqüentes e não

> delinqüentes, não mais através da constituição de objetividade científica, dando lugar ao sujeito que vive, que fala e que trabalha. Mas através do empreendimento e das transformações, na nossa cultura, das “relações consigo mesmo”, com seu arcabouço técnico e seus efeitos de saber.

O pensamento de Foucault neste aspecto, consiste em problematizar o movimento de objetivação no qual os indivíduos são necessariamente submetidos, para serem reconhecidos como sujeitos; e os processos de subjetivação que permitindo a estes mesmos sujeitos de se tornarem atores de sua própria invenção, produzirá resistência por meio de uma subjetivação à sujeição suportada da objetivação, sendo este processo percebido como ruptura desta objetivação, em um contexto de relações de forças (REVEL, 2005).

Nas ciências humanas, segundo Foucault, encontramos os modo como a objetivação do sujeito se produz no discurso científico. Através das diferentes áreas, estes discursos determinam como o sujeito vive, se comunica, se relaciona, trabalha, entre outros aspectos. O autor nos fala também, desta objetivação do sujeito nas práticas divisórias, quando o sujeito é pensado como algo que está de um e de outro lado em uma divisão normativa, isto é, apresenta-se como normal ou como louco, sadio ou doente (FOUCAULT, 2009).

E então, o autor se volta para o estudo de como o sujeito se torna objeto de si próprio, quando este passa a se observar, se analisar e se entender como um campo de saber, em suas diferentes possibilidades, de ocupação das diferentes posições nas relações de poder, e enfim, de como nos tornamos sujeitos morais, através das práticas de si (FOUCAULT, 2009).

Os regimes discursivos presentes em cada tempo histórico, se colocam em relação com os modos de subjetivação, pela produção de jogos de verdade, e ocupação de posições possíveis enquanto sujeito do enunciado, que implicam em posições de objetivação e de assujeitamento ao discurso. O discurso assim, é uma atividade de ordem política, que produz e questiona o sujeito a cerca de como este lhe atribui significados, em uma relação de disputa em que se fazem presentes possibilidades distintas, tais como: autonomia e assujeitamento.

Assim, procuro aproximar as questões referentes à constituição de um discurso no campo da saúde mental, qual seja, o discurso da desinstitucionalização da loucura. Este se encontra implicado em um jogo de verdade, na luta para se

afirmar enquanto uma política de verdade, conforme a configuração de forças que se produzem.

A verdade para Foucault é deste mundo, e se produz a partir de múltiplas condições, e possui efeitos de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua política de verdade, os discursos que aceita e faz funcionar, enquanto verdadeiros, segundo procedimentos próprios que distinguem os verdadeiros e os falsos, segundo o estatuto daqueles que tem por função dizer o que funciona como verdade (CASTRO, 2009).

A emergência deste discurso na atualidade, já discutido neste estudo, em capítulos anteriores, é forjado a partir de múltiplas condições de possibilidades, que se articula em âmbitos diversos, no contexto contemporâneo. A discussão de como se produz o discurso da loucura, em sua especificidade e de como emerge recentemente a desinstitucionalização, no campo psiquiátrico, se coloca para pensarmos acerca de que modo estes discursos se encontram, cada qual a partir de suas verdades, trabalhando para agenciar modos de ser trabalhador de saúde mental, na atual conjuntura política, administrativa, técnica e relacional, criada pela legislação brasileira, a partir da Reforma Psiquiátrica.

O trabalhador da saúde mental, no contexto das políticas de desinstitucionalização está muitas vezes atravessado por saberes do modo manicomial, oriundos de sua formação e vivências recentes e movimenta-se de forma a construir outros saberes referentes às concepções de loucura, de alteridade, de modos de existência e de subjetivação que permitam as diferenças e a criação de outros modos de vida na contemporaneidade. Neste sentido os trabalhadores do CAPS de Alegrete, campo deste estudo, enunciam: "O manicômio está na mente das pessoas, não só a instituição, muitas pessoas ainda tem a loucura, o manicômio dentro de suas cabeças" [T07-2014].

O trabalhador traz com clareza a questão do instituído acerca da loucura, que não está presente apenas nos trabalhadores, mas que permeiam a perspectiva da sociedade. Trazem deste modo, e deixam ver que a produção de outros discursos acerca da loucura, passa por um processo. Assim, afirma em relação a questão: "Desinstitucionalização, toda a população se engajou, com esse modo de atender em psiquiatria. [...] Aprende-se muito no dia-a-dia do trabalho em Saúde mental. [...] não é capacitação que faz a diferença, tem que gostar" [T01-2014].

E ainda, é dito pelo trabalhador sobre o processo que se desencadeia, a partir da reforma psiquiátrica, que este entende também como extrapolando os limites do serviço, pressupondo uma mudança na sociedade, em relação a loucura: “O trabalho em Saúde Mental mudou muito, mudou bastante. O Trabalho é tranquilo. [...] A responsabilidade do cuidado é de todos. [...] Trabalhar na saúde mental? com a loucura? A loucura está em todo o lugar” [T03- 2014].

A perspectiva desinstitucionalizante é abordada pelos trabalhadores, para além do cuidado dispensado ao sintoma ou a crise, sendo enfatizado aspectos que permeiam as relações em sua complexidade e o impacto destas na saúde e na vida, dos trabalhadores e dos usuários que mobilizam estes processos.

> [...]ser atendido no CAPS é muito diferente do que em uma emergência, porque as pessoas ali tem vínculo, afeto e tratam de forma muito afetiva e com respeito aos usuário e isso faz a diferença e tranquiliza tanto ao usuário como a a sua família, que vão retornar ao serviço e passar a ter confiança na equipe [T 29-2014].
>
> Recebi a oportunidade de trabalhar aqui na saúde mental e optei por esse serviço por gostar muito de trabalhar com saúde mental [...] mas optei por aceitar esse desafio, [...] tentar fazer um jeito novo de trabalhar com saúde mental e eu acho que a gente vem conseguindo isso,[...] [T07-2011].
>
> Acho justo essa mudança arquitetônica, teve mudanças de atitudes, as mudanças atitudinal que a gente chama, porque... eu me lembro que quando eu entrei, tinha uma equipe já bem formada, mas, de um tempo para cá, melhorou muito, [...]em relação aos atendimentos, até em relação a equipe, em relação as pessoa que trabalham aqui. Então a hoje, nós temos uma equipe grande. Eu considero uma equipe boa até [...] [T14-2006].

Foucault (2010), afirma que só pode haver determinados tipos de sujeito de conhecimento, de ordens de verdade, e domínios de saber, conforme condições políticas específicas, sendo estas o solo em que se forma o sujeito, os domínios de saber e as relações com a verdade. Estas condições políticas estão em todas as situações nas quais o sujeito se encontra, incluindo os processos de trabalho. Pensar em sujeito implica em entender todas as configurações de forças, que o compõe, enquanto indivíduo, célula, classe, população, grupo. Sendo que ninguém se torna o que é fora de uma implicação de procedimentos, que faz circular o poder político desde o corpo, num modo específico de sujeição. A fundamentação do ser sujeito, neste contexto, é estar na ordem da política, sendo produzido a partir de formas de constrição que dependem dos jogos de verdade estabelecidos na produção de enunciados, práticas, instituições, que se impõe consolidando certos

regimes de verdade com força para se impor a outras, na divisão do verdadeiro e falso (CARVALHO, 2007).

A ruptura com o modelo epistêmico da psiquiatria, que afirma os conceitos de doença mental, periculosidade e alienação, com a prescrição de práticas como o isolamento, o tratamento de ordem moral e o asilamento, enfim, com o caráter técnico-assistencial que caracteriza o saber psiquiátrico, não abrange toda a complexidade de um processo que transborda o campo da saúde e reflete outras posturas da sociedade em relação às diferenças inerentes ao sujeito humano e das perspectivas de produção de subjetividades e implicações políticas destes movimentos (AMARANTE, 2011). Como afirma o trabalhador nesta direção:

> É um serviço árduo, mas é um serviço que apesar de ser árduo é um serviço bem compensador. [...] Não precisa fazer como antigamente, tipo o conter, o amarrar não há mais necessidade, mas tem que ter um modo, uma maneira para chegar [T06-2014].

> Se vê a cada dia as habilidades que eles mostram, pela forma como eles interagem na sociedade. [...] Acredito muito no diálogo, em técnicas alternativas que não sejam somente a medicação, prova são as oficinas que melhorou a qualidade de vida, o bem estar, eles gostam [T08-2014].

A questão de como o trabalhador se coloca frente ao cuidado do outro, com os referenciais acima propostos, que implicam em possibilitar os processos singulares e de criação de modos de vida, espaços com condições de possibilitarem experiências em liberdade, para pessoas, que até então, estiveram segregadas, é desafiador. Deste modo, pressupõe-se modos de subjetivação dos trabalhadores e cuidado consigo mesmo, realizando para tal, algumas operações sobre si, como condição para o cuidado do outro. O trabalhador pensa a si mesmo e as transformações em seu modo de trabalhar, em uma mesma perspectiva, e assim referem estes movimentos:

> Minha vida, eu acredito que mudou da água para o vinho, pelo simples fato de trabalhar com vários profissionais de áreas diferentes, cada profissional tem a sua formação, tem seu pensamento, expõe seus pensamentos, seus projetos e eu procuro escutar muito. E procuro o que eu acho que é bom para mim eu vou pegando, vou absorvendo, e muitas coisas eu apliquei no meus projetos de vida, na minha vida em comunidade, na minha vida pessoal, familiar eu acho que me ajudou muito [T07-2014].

> Tornou-se bastante importante a reforma como forma de integrar o paciente da saúde mental na sociedade.[...]Tem se consolidado, mas precisa ainda muito mais por conta da falta de preparo da comunidade, não só dos

> trabalhadores mas da comunidade, a comunidade precisa estar mais receptiva para que o paciente da saúde mental se integre [T09-2014].
>
> E esse serviço vem se qualificando, a gente está sempre buscando o melhor, a gente nunca está contente com que a gente vem fazendo, vem sempre buscando uma coisa diferente, eu acho que é isso que nos dá um gás para sempre tentar qualificar cada vez mais o serviço. Porque se no momento que se a gente acha que está pronto ai está o nosso, a gente acaba ficando estagnado e não desenvolve nada melhor para o nosso usuário, e a nossa idéia é buscar cada vez mais a qualidade de vida pra eles [...] [T 07-2011].

Ao problematizar o modo como se produz a racionalidade científica, no mundo ocidental, Foucault trabalha com o deslocamento das concepções de de sujeito, subjetividade e da estética de existência, na contemporaneidade. Esta perspectiva possibilita efeitos transformadores, relacionados ao conceito de loucura, ao poder exercido pelo discurso psiquiátrico e as políticas de saúde na área de saúde mental. Este corpo conceitual torna-se significativo para o movimento de reforma na atenção psiquiátrica (TORRE; AMARANTE, 2012).

O trabalhador de saúde mental passa desta forma pelo questionamento de suas experiências neste contexto, no qual se rompe conceitos essenciais à suas profissões, tais como a concepção de uma ética, que preconizava o afastamento do sujeito (paciente) em uma condição de objetivação, comum aos profissionais da saúde, que no contexto da desinstitucionalização são radicalmente transformados por outras verdades produzidas sobre si e sobre o outro, e por outra ética de compromisso com a vida, para além dos aspectos relacionados à doença. Estas envolvem uma postura política em relação ao seu fazer profissional, pressupondo uma ampliação da proposta com implicações coletivas e institucionais. “A loucura é fundamental, acho que não deve se impedir esse modo [...] o espaço da loucura.[...] Já conter não é o ideal” [T09-2014].

O trabalhador anuncia a possibilidade de uma ação política, a partir do modo como encaminha as questões de ordem técnica. Pela ação de acolhimento e aproximação com a loucura, permite à sociedade questionar o discurso da desinstitucionalização e as possíveis singularidades que este comporta, como modo de existência e de relação com a diferença.

> Aqui tem uma história tão longa, a sociedade ela vai começando as mudanças, então é um tempo um processo, isso, tudo é sempre um tempo muito longo. [...] A reforma psiquiátrica veio no momento muito adequado, mas a rede ainda é frágil pra acolher todas as demandas dos pacientes

> psiquiátricos e acho que a sociedade também não foi trabalhada o suficiente para também acolher os pacientes [T10-2014].
>
> No decorrer do tempo, não conceituar, não focar na doença, tratar todas as características positivas da personalidade, aquilo que a pessoa gosta [...].Vejo que o cuidado e o cuidar das pessoas faz bem, no momento que eu me preocupo com o outro, é um caminho de vida, é uma vida, então é saudável o fazer que dá um retorno de ver a pessoa recuperada inserida numa atividade social, então assim eu sou muito mais feliz na saúde mental[...] [T11-2014].
>
> Ainda tem preconceito, os usuários dizem para nós toda a semana, eu quando digo que vim do CAPS as pessoas dizem: lá vai para os loucos, então esse sistema que nós criamos ainda está impregnado de uma visão conservadora, manicomial só que o que não é manicômio e a gente, qual é o manicômio que ainda eles querem por lá é o mental, quer dizer os dos meus valores, da minha ética enclausurante [...] [T16-2011].

A produção do discurso sobre a loucura, abordadas neste estudo, passa na atualidade por revisões quanto ao seu objeto, seus procedimentos, suas estratégias e implicações, através da proposição do discurso da desinstitucionalização. Este se configura, enquanto um discurso moderno, quando se interroga acerca da interioridade discursiva e de sua exterioridade, visto sua associação com modos de pensamento positivo, linear, na construção de verdades universais, e das regularidades que apresenta com outros discursos de seu tempo. Deste modo, encontra-se fortemente presente a vinculação destes com conceitos de sujeito, enquanto autor e objeto do discurso, imerso em relações de objetivação. Quando abordamos o sujeito e a instituição psiquiátrica neste cenário, encontramos um regime discursivo de produção de verdades, apoiado em saberes advindos do campo científico da medicina. Sendo ainda, este o campo hegemônico de conhecimento autorizado a falar acerca da loucura.

Sabemos que a loucura, enquanto objeto de uma prática social, se constituí discursivamente e assim é enunciada na época moderna como um modo de existência, que não se inclui na lógica da razão. Deste modo, orienta sua inserção no mundo, quando não corresponde ao modo de ser sujeito na sociedade ocidental.

Na esteira do modo de ser de um sujeito louco, que não responde as demandas do enunciado de normalidade moderna, constituí-se também um modo de ser do trabalhador da área psiquiátrica, sujeito este que produz, opera e é produzido pelas enunciações do discurso psiquiátrico. Em Alegrete, os Trabalhadores do CAPS elaboram um modo de encontro com o sujeito através do seu trabalho, com o olhar para o outro, repensam suas práticas.

> [...] já ouvi comentários, ah! nós já fomos lá no dr. Y achando que ele ia dar remédio, mas não ele conversou, ele teve aquele olhar de acolhimento, conversou, explicou.[...] o foco, é essas pessoas que mais precisam do nosso trabalho do trabalho da equipe, da sensibilização com o portador de sofrimento psíquico. [...] tem condições de render mais [...] se implicar mais com o processo [T27-2014].

> Tem que levar em consideração no adoecimento, de pensar em todos os aspectos então é mais complexo. [...] A medicina, a psiquiatria tem umas ilhas de tradição, que seguem o mais antigo. [...]Acho que participamos de maneira intensa, inclusive nos últimos anos com a passeata do Orgulho Louco, então está dando um outro olhar para pessoas com a sua diversidade, quer dizer que, eu tenho um jeito de ser [T28-2014].

Quando o discurso psiquiátrico é questionado em suas premissas, seus enunciados, sua materialidade, seus referentes e sujeitos de enunciação, passam a entrar em jogos de relação de verdadeiro e falso; polemizando e problematizando as verdades neste campo discursivo, procura-se entender como se dá a dispersão, em relação ao acúmulo dos conhecimentos nesta área, e como se mantêm a regularidade destes enunciados, na sua relação com a prática social a que se relacionam no modo psiquiátrico tradicional de tratamento, assentado na instituição manicomial. Como referem alguns trabalhadores no CAPS de Alegrete, estes discursos encontram-se em movimentos, estão problematizados e deslocam mesmo que com algumas restrições o modo como se constituíam as relações e práticas no cenário da atenção psiquiátrica. A questão do uso da medicação, é ainda um dos aspectos que se encontra dificuldades, porém entendemos ocorrerem avanços em relação a sua problematização. Esta atitude por parte dos trabalhadores em Alegrete, tem possibilitado a mediação de sua utilização e de outros recursos terapêuticos.

> É bem interessante, que a diferença de umas décadas para cá é bem grande.[...] As pessoas eram excluídas, muitas vezes tratadas como loucas mesmo, não poderiam se misturar. Elas representavam risco para a sociedade antigamente. [...] Agora as pessoas têm que se adequar, porque a maioria das vezes é só conversar, é só dar atenção. Ás vezes quando está no surto, tudo bem, se entra com a medicação. [...] É incluir as pessoas. As psicólogas, as oficineiras, todo mundo tem a sua participação [T19-2014].

> [...] pensa que cuidar de pessoas em sofrimento mental, que antes eram internadas e afastadas de sua vida cotidiana hoje podem ser cuidadas e principalmente respeitadas em seus desejos e necessidades.[...] prioriza a medicação em situações de crise. [...] penso que a medicação é muito importante para que estas pessoas possam vir ao serviço, cuidarem-se e muitos conseguirem cuidar-se sozinhos. Penso que a medicação e a adesão é fundamental, para que eles possam se manter sem fazer crises [T29-2014].

A emergência de outras configurações discursivas, no campo da loucura, na qual situamos a desinstitucionalização, trata-se de enunciados que não se apóiam exclusivamente na mesma formação discursiva que o discurso manicomial, no caso a medicina e a psiquiatria. Estes enunciados relacionados à desinstitucionalização, partem de outros referentes, por que ampliam sua área de pensamento sobre o fenômeno da loucura e não a limitam a uma formação discursiva do campo médico, admitindo a loucura enquanto inerente à subjetividade humana. Assim, outros enunciados, proveniente das artes, da literatura, da antropologia, da sociologia, enfim do campo das ciências humanas, entre outras áreas, e estão acessadas para compor uma outra formação discursiva, com outros modos de pensar e intervir, na prática social de atenção à saúde mental.

A partir do pensamento foucaultiano, acerca da análise dos discursos, o sujeito é entendido, não só enquanto autor, aquele que professa uma verdade ou lei, e sim como um efeito dos discurso. Nesta perspectiva, observa-se a posição que o sujeito ocupa quando enuncia determinado discurso.

Na perspectiva do discurso desinstitucionalizante os sujeitos envolvidos no processo, trabalhadores, usuários e sociedade em geral, ocupam de modos diversos o lugar de sujeito nas práticas de cuidado em saúde, materializadas nos serviços de saúde mental. Penso que as possibilidades de atribuição da função sujeito, é um aspecto relevante neste conjunto de enunciados que estamos nomeando discurso da desinstitucionalização. Os autores, os sujeitos do enunciado e aqueles que temporariamente ocupam a posição de objeto do discurso, se encontram em espaços de relação, que por vezes é de assujeitamento a saberes do campo da ciência, ou à poderes institucionais, à hierarquias do campo do trabalho e do sistema de saúde, entre outras das inúmeras posições de sujeito, possíveis nesta área.

Os trabalhadores refletem sobre as posições ocupadas nas relações que se produzem na instituição CAPS e da natureza destas, enquanto posturas de conservação ou manutenção de relações de poder-saber, enrijecidas no campo psiquiátrico e que podem estar presentes, nas configurações que assumem estas relações, em uma instituição que pretende produzir outras lógicas de cuidado e de convivência ética e cidadã, entre profissionais e usuários dos serviços de saúde mental. “[...] a gente saí de dentro do consultório da gente tem que ser em qualquer

lugar que a gente vai escutar alguém, não interessa se é na rua, se é na casa da pessoa o lugar que tiver que fazer intervenção [...]" [T3-2011].

Neste mesmo sentido questiona o quanto este profissional faz transformações em seu modo de ser e se encontrar com as demandas desta ações, que mesmo relativas ao trabalho, implicam em posições outras, com a perspectiva de uma prática política:

> O profissional se acomoda nessa escuta clínica. Então qual é a diferença de um psicólogo que seria mais da reforma? [...] ele faz mais ações, ele faz rede, ele articula, ele é mais livre e ele não é tão clinico [T11-2014].

As questões que envolvem as relações de hierarquia e poder derivadas dos campos de saberes ou de cargos e funções na organização do sistema de trabalho, passam a desencadear mobilizações, deslocamentos e outras configurações no plano individual e coletivo.

> [...] como é que eu vou te explicar, uns dizem uma coisa, às vezes vem um funcionário e diz uma coisa, lá vem outro e diz outra, [...] outro vem e diz tem que respeitar as regras, e aí cria aquela coisa assim sabe, que a gente fica sem saber o quê fazer, ao mesmo tempo querendo fazer o que o coração manda, mas muitas vezes não é assim, que a gente também tem regras com eles assim [T15 -2011].
>
> [...] é tu trabalhar no improviso, tu chegar aqui, às vezes tu vem preparada para uma coisa, mas surgem dois ou três com problemas, e tu tem que ouvir, tu tem que ajudar [...][T20-2011].
>
> Eu fico muito satisfeito de trabalhar assim, nessa área com eles.[...] A gente apreende porque, a gente senta eles conversam, então a gente vai escutando, tem muitas coisa assim que eu não sabia, eu apreendi com eles.[...] Receio de trabalhar com a loucura, de primeiro até existia, porque agora não, agora não tem mais [T12-2014].

Os fragmentos acima referidos, tratam de modos de subjetivação dos sujeitos no processo de desinstitucionalização, enunciam modos de entender e posicionar-se frente a sua prática neste processo. Deste modo, enunciam posições diversas de um trabalhador que se propõe a operar relações de trabalho interdisciplinar.

O contexto de produção de cuidado, parte das necessidades das pessoas envolvidas, com flexibilização nos dispositivos institucionais e com múltiplos recursos de intervenção, entendendo o sofrimento, para além da perspectiva do adoecimento ou da anormalidade. Dá a ver nestes excertos o caráter processual, de construção

de uma prática que se faz em relação e da presença de um sujeito que se constitui na possibilidade de criação, invenção e de outros modos de existir neste contexto.

O conceito de subjetividade construído no pensamento pós- estruturalista, se opõe a noção de características fixas e pré-determinadas. Segundo Veiga-Neto (2003), a noção do repúdio foucaultiano em relação ao sujeito, amplamente discutida, refere-se a concepção de sujeito que remete a uma identidade já dada, essencial, que mesmo tendo a prerrogativa de modificar-se, possuí um estrato de permanência. Foucault trabalha buscando os modos pelo quais o indivíduo se subjetiva.

O sujeito é entendido como produzido pelas práticas sociais, econômicas, políticas e culturais, sendo produto da história. Estes conceitos relativos ao sujeito no pensamento de Foucault se orientam na direção de um sujeito assujeitado pelo controle e pela dependência, e preso a si mesmo pelo conhecimento (BERNARDES; HOENISCHI, 2003). Trabalhando nesta direção, Foucault enfatiza as relações de saber-poder, que perpassam todos os espaços da vida, incidindo sobre os modos de subjetivação, formas pelas quais o indivíduo se subjetiva.

A heterogeneidade discursiva está relacionada à sua dispersão, visto que no discurso, sempre se fala de algum lugar, o qual não permanece o mesmo, assim como o individuo que fala, não é um só, visto estar composto por outros, na trama do social, em cada fala, há um posicionamento, uma luta, um modo de existir, dentro das quais o sujeito se situa, afirmando de alguma forma sua integridade, para assim, não se perder na desordem ou na ausência de contingente. Assim, para Foucault, responder a quem fala, os desdobramentos são inúmeros. Implicam em saber o status do enunciador, em que campo de saber se insere, qual a sua competência, seu lugar institucional, suas hierarquias em relação a outros sujeitos, e assim entre outras questões possíveis, responder que posição de sujeito ocupa ao emitir uma enunciação (FISCHER, 2012).

Deste modo diversas posições e formas de subjetividades podem se configurar como efeitos de um campo enunciativo, desde que descrevam as regularidades, as freqüências, a distribuição dos elementos em torno da questão do sujeito do enunciado, em relação aos discursos presentes nos diferentes campos.

> O discurso, assim concebido, não é a manifestação, majestosamente desenvolvida, de um sujeito que pensa, que conhece, e que o diz: é, ao contrário, um conjunto em que podem ser determinadas a dispersão do

> sujeito e sua descontinuidade em relação a si mesmo. É um espaço de exterioridade em que se desenvolve uma rede de lugares distintos. (FOUCAULT, 2013 p. 66).

Quando propomos pensar os modos de subjetivação do trabalhador de saúde mental, pensamos em como estes discursos o afetam e produzem efeitos nos modos de existência, e do quanto estes efeitos se refletem em novas enunciações para o campo em questão. Os regimes discursivos acerca da loucura, sejam de institucionalização ou desinstitucionalização estão imersos em um solo moderno e capitalista de vida, em que se diferenciam e se dispersam de forma delimitada, em coexistência e associação, e produzem rupturas, deslocamentos e descontinuidades em diferentes níveis da formação discursiva, alterando nestes movimentos os sujeitos, que enunciam e são efeitos destas enunciações.

Assim os trabalhadores em Alegrete, entendem que este modo de cuidar na atenção psicossocial, sendo inserido no solo moderno e na sociedade capitalista, pressupõe que se façam possíveis rupturas com o modo de ser profissional de saúde, ou de ser usuários de um serviço de saúde, e estes enunciam estas possibilidades, criadas pela proposição do modo de atenção psicossocial, que implica em outra ética de cuidado, onde a relação é com o sujeito e não com a doença.

> Observa que as pessoas tem muitos problemas e que as vezes estes se tornam maior do que a possibilidade que elas tem de enfrentar e resolver [...] na maioria das vezes pensa ser possível negociar, acalmar e melhorar a situação do usuário com acolhimento, atenção e contenção afetiva feita por um profissional que tem vínculo com o mesmo.[...] Acha que já está mais comprometida com as propostas da desinstitucionalização e entende mais a cada dia deste movimento de reforma psiquiátrica. [...]Sente-se também mais tolerante para escutar e menos exigente consigo mesmo quando percebe que tem coisas mais importantes e graves a serem pensadas e feitas [T29-2014].

> [...] está a seis meses no CAPS, antes trabalhava no pronto socorro e tinha uma idéia muito diferente do trabalho com os usuários da saúde mental. Antes pensava que estas pessoas não tinham condições de melhora, que se tratavam de situações com pouca possibilidade de resolução. Atualmente pensa muito diferente, aprendeu a conhecê-los, a entendê-los e a ver que eles tem muitas possibilidades para se recuperarem e retomar sua vida. [...] que os usuários são muito sensíveis, pessoas especiais, e que podem retomar a vida produtiva e suas vidas familiares, porém não refletia sobre isso, agora sim tem a dimensão de que estes podem ter uma vida normal e que este não é um conceito com o qual ele trabalhe. Ele acha que ninguém é normal, cada pessoa tem suas particularidades e suas diferenças, por que todos podem sofrer e vir a não suportar determinadas situações mesmo sendo uma pessoa normal [DC 01- 19-08-2014].

> [...] Aqui dentro não tenho medo de ninguém assim ó, não tenho preconceito sou respeitada [...]nem tanto os pacientes que é delicado, cada um deles tem um estilo, não digo bem estilo, é um modo de ser, delicado cada um cada um tem sua maneira de tratar, uns que tu pode falar mais alto outros que tem que ser bem baixinho,[...] é a maneira de eu dizer pra ele que isso não é um manicômio.[...]aqui é CAPS e o perigo está lá fora (risos).[...] [T26-2014].
>
> De perto ninguém é normal, como dizem aqui. [...] É que são poucos anos, bastante tempo para gente que está aqui [...] É pouco tempo [T27-2014].

A produção de subjetividade, sendo produto das redes da história; não pode ser vista de forma individual, sendo sempre coletiva, sendo produzida, não no interior do indivíduo, mas pelos vetores mais diversos presentes na coletividade (TORRE; AMARANTE, 2001). A subjetividade é entendida a partir de suas características individuais enquanto vivida e assumida por indivíduos em suas existências particulares, sendo produzida socialmente no entrecruzamento de instâncias técnicas, institucionais e sociais. Sendo que, também, esta subjetividade individual é resultante de determinações coletivas de origens diversas, entre outras, econômicas, midiáticas, tecnológicas (GUATTARI; ROLNIK 2011).

O conceito de indivíduo surge em diferentes momentos na história. Fundado pelo cartesianismo, pelo liberalismo, pela Revolução Francesa, pelo iluminismo, pelas ciências humanas, trazendo uma noção de sujeito ligado à interioridade, ao individualismo e, principalmente, à norma. Esta perspectiva de sujeito corresponde às premissas do sistema capitalista, que precisa de indivíduos para funcionar ou de um modo-indivíduo de ser, desde o século XVIII. Deste modo, o modo-indivíduo, passa a ser reconhecido, desde então, como expressão da subjetividade.

Com o modo-indivíduo, uma forma de exercício de poder, passa a funcionar, articulado a saberes e instituições, tendo sido denominada por Foucault (2000) poder disciplinar, o qual exerce um controle contínuo sobre os indivíduos, desde seus corpos, através da imposição da norma e modelando-os para a produtividade.

O indivíduo se coloca assim, no foco de um esquadrinhamento histórico, a partir das práticas sociais e políticas em que se implica, e que instauram as disciplinas, os exames e as vigilâncias, em uma estratégia sutil de poder (VIVAR Y SOLER, 2008).

A questão do poder em Foucault constitui um modo de compreender as relações pelas quais os sujeitos se subjetivam. Estas se relacionam a um feixe de forças, flutuantes e pontuais que associados às relações de saber, constituído pela

forma dada aos conteúdos, modos de ser e de agir se estabelecem e se sustentam nos discursos formulados, que funcionam de forma a produzir o sujeito e a subjetividade (HENNIGEN; GUARESCHI, 2006).

Ainda sobre a questão da subjetividade e da história para Foucault, ele refere que esta ultima "nos cerca e nos delimita, mas não diz o que somos; mas aquilo que estamos em via de diferir, não estabelece nossa identidade, mas a dissipa em proveito do outro que somos" (DELEUZE, 1998 p.119). Os processos de subjetivação são inteiramente variáveis, conforme as épocas e segundo regras diversas. O poder não para de recuperá-los e de submetê-los a relações de forças, e renascem inventando outros modos indefinidamente, sendo uma produção de modos de existência, não podem ser confundidos com um sujeito. A subjetivação é uma individuação que pode ser particular ou coletiva, que caracteriza um acontecimento, um modo intensivo, sem a qual não se poderia ultrapassar o saber nem resistir ao poder (DELEUZE, 1998).

O poder na concepção foucaultiana, entretanto, não pretende construir uma história de modos de dominação, e sim as formas de produção de corpos úteis e adequados ao modo capitalista de sociedade. Assim, Foucault trabalha com a problematização da subjetividade, em uma estratégia de desenvolvimento de poderes biopolíticos, através das disciplinas que tem como foco o corpo e as práticas de regulação da população.

Em seu trabalho *O sujeito e o poder*, Foucault (2009) afirma que o sujeito encontra-se em um processo de luta por liberar-se tanto das instituições do estado quanto da individualização que a ele se liga. Procura novas formas de subjetividade, através da recusa da individualidade que nos foi imposta há vários séculos. O que implica na compreensão de um sujeito atravessado ou constituído por relações de poder, de saberes e da história de seu tempo. Compreende o indivíduo em posição de sujeição às conseqüências de processos econômicos e sociais; forças de produção, luta de classes e estruturas ideológicas que determinam formas de subjetividade. E ainda pelas relações complexas e circulares com outras formas de poder, tais como discrimina o autor, o poder do Estado, que exerce sobre o individuo um movimento de individualização e totalização simultaneamente, produzindo um assujeitamento deste às tecnologias de subjetivações próprias das estruturas do poder moderno.

A produção de subjetividades decorre de um conjunto de dispositivos, de códigos, de sentidos, mas também de práticas, de exercícios cotidianos que modificam os modos de existência de sujeitos, de forma a que estes possam se reconhecer enquanto tal, trabalhadores, seres políticos, em uma sociedade onde permeiam as relações de saber e poder, mas também estão presentes possibilidades de resistência e criação permanentes, no sentido de potencializar os modos de subjetivações.

Compreendendo as considerações a cerca da genealogia, em que Foucault trabalha as relações de poder presentes em todas as relações humanas, penso que este aspecto no campo da atenção psicossocial, é onde se produz maior inquietação por parte do trabalhador.

As questões que envolvem o discurso desinstitucionalizante, têm grande foco na mudança das relações de objetivação do sujeito e das relações de poder-saber que a prática psiquiátrica produz e reproduz em seu campo de ação. É este um terreno instável, dentro dos serviços de CAPS, onde a micropolítica da atenção deixa ver pontos de instabilidade, considerando que as tecnologias e meios de intervenção disponíveis se repetem em relação ao modo manicomial. Podemos elencar como exemplo a questão da medicalização, em que o modo como se faz o uso deste recurso, deriva efeitos distintos.

No modo manicomial, este recurso especificamente é utilizado como meio de relação com o paciente e a forma de prescrição, com caráter de uso obrigatório produz uma limitação no sujeito, em sua capacidade decisória, em relação à própria vida. No modo de atenção psicossocial, este mesmo recurso é utilizado de forma distinta, dando margem para que o usuário em tratamento faça a adesão ao uso e responsabilize-se por este, admitindo inclusive a negação do mesmo. Este e outros modos de encaminhamentos de práticas discursivas produzem conflitos. Digo práticas discursivas por que estas atitudes práticas portam em si um discurso, um modo de fazer e pensar. O conflito é aqui entendido como produtivo, quando mobiliza o pensamento e as relações, sejam estas de saber-poder ou outras. Estas relações de ordem micropolítica produzem ainda efeitos de subjetivação entre os protagonistas do processo, trabalhadores e usuários.

> O usuário chega aqui para uma primeira acolhida o que eu sempre digo é- Olha o que eu quero te proporcionar é algo diferente, eu não quero te drogar, te dar medicação de inicio já - que geralmente é o que acontece

> então eu estou aqui, estou conversando contigo, vou dialogar contigo e vou ver o que tu está passando [...] então o meu ponto de vista é medicação é em ultimo caso. [...] a maioria adere, como a gente faz a acolhida às vezes deles, eles vem e conversam e contam suas dificuldades e isso motiva a gente.[...] só que as vezes o sistema disponibiliza tudo e às vezes o usuário é que não quer, então tem tudo isso [T 25-2014].
>
> Quanto ao trabalho com a loucura, ela refere que não vê pessoas com tanta diferença, que apenas vê as pessoas e não sua doença. Pensa que são pessoas que estão passando por dificuldades as mais diversas e que são pessoas que já tem também uma doença, ou situações que geram fragilidades como vulnerabilidade social. Porém ela pensa que a medicação é muito importante para que estas pessoas possam vir ao serviço, cuidarem-se e muitos conseguirem cuidar-se sozinhos. Pensa que a medicação e a adesão é fundamental, para que eles possam se manter sem fazer crises [DC 01- 18-08-2014].

Quando o trabalhador aponta a responsabilização, do sujeito em tratamento, com a questão do uso da medicação e a possibilidade de negociação acerca desta, no modo de Atenção psicossocial, encontra-se presente ainda a relação de poder, permeado por um saber clínico. A relação que se estabelece deixa margem para posicionamentos, porém estes estão sob um certo nível de controle. As negociações oportunizadas neste campo, partem de condicionamentos já regulados, entre os quais, os projetos terapêuticos, a adesão ao serviço de saúde, a própria subjetivação do sujeito considerado louco, em incluir-se em um espaço de controle social. Assim, os trabalhadores problematizam, esse espaço e estes mecanismos de poder implícito nas relações que se estabelecem, se instituem.

> Também é lembrado que os usuários por não saberem ler e escrever em muitos casos, usam a medicação de forma errada, comprometendo o tratamento e que muitas vezes é necessário trazer o usuário para o cuidado diário, com o objetivo de medicar no CAPS. Referem que por mais que sejam orientados, é difícil a assimilação. Foi colocado que os usuários não sabem o que usam e para que o fazem.[...] A equipe coloca que a interrupção do tratamento não chega a ser um problema.[...] alerta que o mau uso da medicação pela família que fornece mais quantidade do que o prescrito, para o controle dos usuários, é um dos motivos das reclamações de falta de remédio [DC 01- 04-11-2011].
>
> [...] enfocam a burocratização do serviço, como um problema, assim como a hierarquia que hoje existe em relação a algumas áreas. [...] As questões de hierarquia transparecem na postura de alguns profissionais, no que refere-se a questão do cargo e da função. [...] Não comentam sobre as questões referentes à hierarquia, evitam o tema [DC 01- 04-11-2011].

Entendo que os projetos políticos, se atualizam e concretizam no plano micropolítico, que é onde ocorrem as formas de vida das pessoas, onde se produzem suas expectativas, seus valores, processos que refletem escolhas,

desejos e modos de andar na vida. O projeto da desinstitucionalização psiquiátrica é um projeto de cunho político, que aciona uma postura cognitiva, ética e subjetiva. Estas não se referem a uma posição pessoal do trabalhador, mas uma postura coletiva, quando o trabalhador dispõe de si, mas traz para a relação que estabelece no cotidiano, o conjunto de saberes e concepções acerca do outro, enquanto sujeito, cidadão, e percebe-o em seus aspectos emocional, afetivo, e relacional, para além de um corpo doente. Assim aponta o trabalhador:

> [...] estou mais comprometida com as propostas da desinstitucionalização e entende mais a cada dia deste movimento de reforma psiquiátrica.[...] me sinto também mais tolerante para escutar e menos exigente consigo mesmo quando percebe que tem coisas mais importantes e graves a serem pensadas e feitas. [...] encontro na atividade profissional novos desafios e possibilidades de aprendizagem e até em voltar a estudar. [...],me sinto uma pessoa mais feliz desde que iniciou este trabalho, estou muito envolvida com estas atividades, e com as pessoas a quem atendo [T29-2014].

O trabalhador mostra nesta relação, seu papel enquanto operador de uma política pública de saúde, que tem como instrumentos, a capacidade vincular, relacional, afetiva e ética, em conjunto com os saberes técnicos de suas áreas profissionais. Essa disponibilidade, que atravessa o corpo do trabalhador para a execução da complexidade da atenção psicossocial, é um aspecto de discussão no campo da atenção psicossocial.

Assim, os trabalhadores observam que a implicação ética, possibilita ações no modo psicossocial, enquanto modos de cuidado e construção de relações, que perpassam o âmbito individual, refletindo-se no coletivo. As ações realizadas em equipe, e que incluem o usuário, como protagonista e não como alvo, constituindo modos de relação com as dificuldades, conflitos, sofrimentos e diferenças, para além de um plano terapêutico, para um modo de vida em sociedade, que aciona potências individuais e coletivas, dos trabalhadores e usuários.

> As capacitações também são referidas como fundamentais, para a preparação destes profissionais que chegam ao serviço sem formação especifica em saúde mental. É colocado também que muitos profissionais não têm característica de militância, não tem paixão pelo movimento de reforma psiquiátrica. Muitos profissionais não querem se envolver com o usuário, e ocorre até de se esconderem dos usuários, nas salas.[...]Este item mobiliza muito a equipe, que passa a falar entre si, dizendo que não entendem como as características militante podem ser medidas ou exigidas.[...] Ela coloca também que o cuidado no cotidiano é realizado. [DC 01- 05-08-2011].

> Então acho que o modo que a gente recebe, conta muito porque se sentem acolhidos. Quando sentem que estão entrando em surto, vem aqui e aqui vão estar os profissionais que vão escutar, que vão acolher, isso faz muita diferença na cabeça deles, não vir obrigados e sim espontaneamente, sentem vontade de vir e vem, as portas aqui estão sempre abertas, eles chegam e sabem que a enfermagem, a recepção, aqui na cozinha, alguém vai escutar [T20- 2014].

> Nós teríamos que ter um horariozinho para a gente. Porque o serviço ele é bem tumultuado. Eu até posso dizer assim que às vezes não é tanto com os nossos usuários daqui e sim com o público de fora [...]quando a gente vê que uma não está muito bem, está meio pra baixo, a gente vai para ali, sempre tem um apoio, sabe? Sempre se conversa entre si. Porque eu acho muito importante isso [...] [T11-2006].

> Acho que a nossa equipe é muito unida. Eu acho que todo mundo, ninguém tem assim, aí, o meu trabalho aqui dentro da minha sala e coisa e tal e lá fora que esteja acontecendo, não é comigo... não, todo mundo se envolve, todo mundo. Então eu acho que isso está tranquilo.[...] Então, é aquela coisa, quando há mudança sempre desacomoda assim, sempre incomoda.[...] Então a gente tem um momento no mês que a gente trabalha relaxamento. Que a gente faz dinâmicas, interpessoal, do pessoal pode se abrir, falar. Não chega ser uma terapia de grupo, assim entre eles, mas é mais ou menos isso que a gente, deseja fazer. Porque [...]passam toda a manhã ali, com pressão. [...] Então por isso a gente está sempre cuidando da saúde mental, da nossa saúde mental também.[...] Então assim, todo mundo tem esse comprometimento.. [...] Mas eles exigem uma atenção, bem intensa assim, além daqui, tem toda a estrutura de vida deles, então eu acho que, a minha parte eu procuro fazer o que eu posso aqui, mas a demanda ainda é muito grande. [...] Acho até que precisa [...] fazer esse atendimento mais amplo, na verdade dar essa assistência, maior [T14-2006].

A subjetividade assume formas que são permanentemente desfeitas e refeitas por processos de subjetivação. Enquanto a forma-sujeito é captada pelos saberes e poderes, a subjetividade mantém uma reserva de resistência ou fuga à captação de suas formas. Foucault trata de forma pragmática o tema da subjetividade, como um modo de vida, que envolve uma mudança de nossa relação com o tempo, com o mundo e com as coisas. A subjetividade é um processo ou prática de subjetivação e por isso rejeita-se a idéia de uma subjetividade imóvel, um mecanismo fixo como o ego cartesiano ou de uma subjetividade vinculada ao inconsciente. A subjetividade é diferenciação e não identidade (CARDOSO JR, 2005).

Os trabalhadores de saúde mental se encontram com os desafios de cuidar do outro, na cotidianidade e nos movimentos produzidos pelos discursos que veiculam, de forma dita e não dita, que se visibilizam no tempo de convivência, de elaboração teórica, nas ações técnicas e políticas, principalmente nas relações construídas no coletivo, e na própria instituição a qual dão vida, juntamente com a sociedade em que se insere e que dela dispõem.

A atenção psicossocial é um campo de atenção a saúde e como tal, insere-se em relações macro e micropolíticas, onde as dinâmicas burocráticas e instituídas se consolidam em regulamentos, protocolos, tecnologias de intervenção e condução das situações, instrumentos e meios para o cuidado, oriundo do campo das ciências biomédicas de forma geral. No entanto, a atenção psicossocial apresenta particularidades em sua concepção, que desencadeiam movimentos e acontecimentos próprios, tais como, tomamos por exemplo: o acolhimento. Este se configura como um modo de receber o outro, ou de fazer contato, ou de criar um espaço intercessor, relacional de encontro entre o profissional de saúde e a pessoa que busca apoio para o enfrentamento de seu sofrimento.

Na perspectiva da atenção psicossocial, este encontro deve ser de potência de relação, onde o estabelecimento de um contrato pode preservar o vínculo produzido, dos efeitos possíveis de assimetria, na qual um "sabe" do outro. O trabalho que porta uma perspectiva ética e política de relação, coloca-se aberto para potencializar no outro, através do espaço que se cria, o encontro de soluções conjuntas, criativas e principalmente coletivas, que possibilitam menor dependência entre os sujeitos e maior potencialidade afetiva e relacional.

Esta construção de redes que podemos chamar afetivas, encontram-se vivas no espaço do trabalho no CAPS de Alegrete, correspondendo assim, a um dos eixos do processo de desinstitucionalização, que relaciona-se a construção de relações éticas, a partir de outros modos de cuidar e interagir, na atenção psicossocial, e que produz modos de subjetivação, como efeitos destas ações.

> A gente faz aqui porque a gente acredita neles, acredita que eles possam conseguir se virar, que eles tenham uma convivência [...]. A gente faz porque é nosso serviço, a gente faz porque acredita na capacidade deles [...] criam um vinculo bom sabe?![T20-2014].

> Me sinto parte desse processo de cuidado, porque o que não quero é ver as pessoas sofrendo, chegarem aí e procurarem um acolhimento e não terem esse acolhimento, então procuro ajudar e acolher aquela pessoa até chamar um outro profissional para acolher aquela pessoa. [...] A gente oferece um chá, uma água, um doce, procuramos tirar essas pessoa do ambiente, levamos lá para baixo das arvores, porque as arvores são uma coisa muito boa, aconchegante, senta ali que tem um banco e segue conversando, quando vê aquela pessoa, já esta bem tranquila, já não esta mais chorando, já esta conversando e rindo junto com a gente. [...] Comecei a lidar com eles, a conversar e hoje me sinto uma pessoa capacitada para estar junto com eles, para dar o apoio que eles precisam e eles me querem bem sabe, correm atrás de mim, quando eu não venho ao trabalho, eles andam perguntando e me ligam para ver se estou doente [T 22-2014].

> Desinstitucionalização: contribui para a melhoria da saúde das pessoas, com certeza. [...] É eles interagem e socializam, eu não sei exatamente como explicar, mas para eles com certeza é bem melhor. [...] A maioria dos profissionais de empenham em cuidar do usuário para além da doença [T24- 2014].

> Faz uma diferença ser tratado nesse modelo do que ser tratado, por exemplo, só quando faz a crise tu atende[...] faz diferença. [...] o usuário te vê como um amigo, uma pessoa [...] [T26-2014].

O discurso desinstitucionalizante, se forja com a proposição de construção de espaços de atenção, cuidado e convívio, que rompam com relações de poderes enrijecidas, de contenção presentes no âmbito da atenção psiquiátrica no modelo manicomial; sabe-se, entretanto que este também comportam relações de poder, sendo parte de uma sociedade, em que o poder permeia todas as relações.

No entanto, partindo do referencial foucaultiano, buscamos compreender a positividade presente nas relações de poder, sabendo-se que o poder não se caracteriza pela negatividade necessariamente, como é corrente pensar, sendo este também, produtivo. No âmbito da atenção psicossocial e no interior do discurso desinstitucionalizante, as relações de poder se fazem presente de ambas as formas; com efeitos ainda repressivos e da ordem do controle e também produtivos, da ordem da criação de outras possibilidades de convivência e ainda a desconstrução de meios e técnicas de contenção e limitação da expressão do outro, da loucura e da diferença.

Emergem no espaço das relações de cuidado, relações vinculares, de compromisso com o outro em suas diferenças, com modos de vida singulares, se potencializa na sociedade o encontro com outros modos de existência, possibilitando a redução do preconceito e revisão de concepções acerca da loucura, enquanto desvio, periculosidade e anormalidade.

O rompimento com a realidade asilar, que se entende articulada à construção da loucura, enquanto doença mental, onde o principal meio de intervenção se constitui na privação da liberdade e dos direitos civis, e na construção de um ideário de periculosidade em torno da temática da loucura; exige ao processo de desinstitucionalização a construção de outro espaço de intervenção terapêutica, que possibilite a remontagem de um percurso terapêutico, para dar norte aos sujeitos envolvidos nos processos de cuidado em saúde mental, usuários e trabalhadores. Estes espaços, não mais se ocupam de buscar a cura, mas se

ocupam de possibilitar a expressão da existência-sofrimento, que demanda a reconstrução da complexidade do objeto, e dos recursos para a abordagem deste.

O modo de subjetividades que se produz a partir de relações de domínio e controle do outro, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, e de oprimir, se nomeia subjetividade manicomial, fazendo referência a um dos locais onde esta se produz: os manicômios. O campo da atenção psicossocial, se inquieta em se associar a possibilidades de produzir, modos de subjetivação manicomiais. Trabalha, portanto para com bases em outras condições de convivência, de relação e de atenção, possibilitar a produção de outros modos de subjetivação, ainda que as formas manicomiais de subjetividade estejam presentes na sociedade e associadas a muitas ações das práticas de saúde, mesmo no exterior dos asilos manicomiais.

O modo de subjetivação que partem de formas de relações singularizadas, construídas a partir de movimentos moleculares, onde se produz diferenças, criações, a partir dos acontecimentos, evitando-se a homogeneização, a padronização e a rigidez nas ações, se dizem modos de subjetivação maquínicas, segundo Guattari:

> A subjetividade é produzida por agenciamentos de enunciação. Os processos de subjetivação, de semiotização - ou seja, toda a produção de sentido, de eficiência semiótica - não são centrados em agentes individuais (no funcionamento de instâncias intrapsíquicas, egóicas, microssociais), nem em agentes grupais. Esses processos são duplamente descentrados. Implicam o funcionamento de máquinas de expressão que podem ser tanto de natureza extra-pessoal, extra-individual (sistemas maquínicos, econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, ecológicos, etológicosde mídia, enfim sistemas que não são mais imediatamente antropológicos), quanto de natureza infra-humana, infrapsíquica, infrapessoal (sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de representação, de imagens, de valor, modos de memorização e produção de idéia, sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos, etc.) (GUATTARI E ROLNIK, 1999. p.31).

Assim o autor utiliza-se da analogia da máquina para entendermos os processos subjetivos, visto serem estes também da lógica da produção, conectada com as demais máquinas de instâncias diversas da vida, no contexto contemporâneo. O autor percebe a subjetivação totalmente articulada e nos aponta seu caráter múltiplo, coletivo, parte dos sistemas sociais, políticos, tecnológicos, econômicos entre outros, que compõe o modo de vida moderno, no qual o indivíduo é parte, porém assujeitado e composto por todas as instâncias macro e micropolíticas, do universo em que se insere.

Os modos de subjetivação segundo Deleuze e Guattari, se produzem em movimentos rizomáticos, isto é, em um eixo conectivo, com ramificações múltiplas, respondem a agenciamentos inusitados e fragmentários, descontínuos e acidentais. Este conceito de rizoma, é emprestado da botânica e refere-se a ramificações que diferem da raiz, e se produzem em hastes, que formam redes, sem um eixo único ou principal (DELEUZE; GUATTARI, 1995). Este conceito se coloca para o enfrentamento de uma visão de mundo universalista e dicotômico. Esta noção é importante no pensamento criativo e de movimento dos autores, que produzem uma crítica ao pensamento dogmático, hierarquizado e estruturado de forma estável, típico da modernidade (SOARES; MIRANDA, 2009).

No estudo da subjetividade, estes conceitos contribuem para pensarmos o seu caráter de movimento e de fluidez, da multiplicidade de modos de produção, expressão e conexão possíveis, deste modo a perspectiva de contenção, limitação e regulação subjetiva resultam certamente em adoecimento e loucura, no sentido do sofrimento. Assim como coloca o trabalhador do CAPS de Alegrete:

> No período crítico ele sempre pode ser uma oportunidade ou transformar-se numa doença crônica. Eu sempre digo isso. Quando a gente consegue fazer uma rede de cuidado, onde todos aprendem com aquilo ali, eu tenho absoluta certeza que a crise é um momento pedagógico assim, a pessoa se sente muito bem quando sai dela. Agora quando tu quer aplacar o sofrimento para que ele não apareça por que eu quero dizer que mesmo aquele que cuidam, mesmo os que se formaram e que tem a convicção dos princípios da reforma, quando tu tem uma crise na tua frente, a primeira coisa que tu sente. Te incomoda, aquilo mexe contigo, como se a pessoa não tivesse o direito de ter uma crise, por que foi isso que a ditadura e o nosso autoritarismo construiu muito tempo, dominar o diferente, capturar o diferente, capturar aquilo que é singular, e a gente vive isso na crise T16-2014].

O trabalhador enuncia o processo de irrupção do devir-louco como um aspecto de mobilização subjetiva e a criação de um espaço singular nas relações, onde o instituído se impõe para capturar os modo de subjetivação que portam a loucura, o instável, as forças que desterritorializam o trabalhador da reforma, frente as demandas institucionais de contenção e controle.

Tendo em vista este entendimento, acerca da produção dos modos de subjetivação, é possível focar a questão do movimento, da fluidez, da velocidade, das conexões, enfim dos processos, em que estes ocorrem. Esta perspectiva dá a ver a importância de construção de conceitos na área da saúde mental que

comportem as transformações, os agenciamentos e os vetores de devir a que estamos todos implicados, enquanto sujeitos individuais e coletivos.

Estas concepções vêm mobilizando e desterritorializando os trabalhadores, que partiam de teorizações de um sujeito estruturado, com expectativas de um desenvolvimento padronizado em fases, e de parâmetros de normalidade previstos para os aspectos cognitivos, emocionais, motores, enfim, para a vida. Deste modo, as modalidades de acompanhamento destes sujeitos em seu processo de vida e sofrimento exigem tecnologias de ordem relacional, vincular e de articulações com outras redes que não apenas as de saúde, visto o enfoque da atenção, incluir o modo como este sujeito vive, habita, desloca-se, capacita-se, trabalha, entre outras atividades de vida cotidiana.

Assim, o acompanhamento destas trajetórias pelos profissionais rompe com as práticas tradicionais dos serviços de saúde, extrapolam os limites físicos dos serviços e constituem um exercício de possibilitar que os sujeitos exercitem o cuidado de si, a partir de relações de cuidado pautadas pela ética e pela contratualização, alterando relações de ordem prescritiva e diretiva que a área da saúde estabelece com os sujeitos e suas vidas.

No entanto estes são movimentos que agenciam modos de produção de subjetividade no trabalhador. Este transforma a si próprio no transcorrer do processo, desde suas concepções teóricas e técnicas, posturas profissionais, relações que produz com o outro, com as instituições, e com a sociedade e suas demandas. Estes movimentos individuais e coletivos, são percebidos e enunciados pelos trabalhadores no CAPS de Alegrete, que identificam processos de ordem subjetivas, a partir de sua implicação no processo de desinstitucionalização e do engajamento na luta pela Reforma Psiquiátrica, possibilitando assim brechas e processos em *autopoiesis* (termo grego - *poiesis*: ação de criar, fazer algo), individuais, coletivas, institucionais.

> Quando iniciou o trabalho em saúde mental sentia receio[...]. Agora sinto prazer no trabalho em saúde mental, não troco por outro [...]. É gratificante, vale a pena, trabalhar em saúde mental.[...] O trabalho produz momentos de emoção.[...] O trabalho em saúde mental traz aprendizagens, mais paciência, mais tolerância [T02-2014].

> Aprendo diariamente [...]. A rotina é surpreendida por expressões de afeto [T02-2014].

> A gente já sabe o que tem que fazer, sabe trabalhando tem que conhecer, tu já sabe o que tem para fazer, tem que ajudar, tu ajuda, livremente tu vai ajudar. [...]Eles contam com a gente, isso é importante. Fica valorizado o trabalho da gente, dão muita atenção também para gente. [...]Dá mais vontade de fazer tudo que tem que fazer [T03-2014].

Deste modo, entendendo o conhecimento, o fazer técnico, como uma forma de implicação e de interferência que se dá sobre o seu objeto, tanto quanto sobre o sujeito do saber, se produz uma clínica que segundo Passos e Barros (2000), busca a experimentação, se ocupa de mecanismos que insistem em produzir outros modos de existência, esquecendo das histórias e encontrando-se na criação.

> O que nos interessa são modos de subjetivação e, neste sentido, importa-nos poder traçar as circunstâncias em que eles se compuseram, que forças se atravessam e que efeitos estão se dando. No lugar do indivíduo, individuações. No lugar do sujeito,subjetivação. Como nos conceitos, não se trata de modo algum de reunir, unificar, mas de construir redes por ressonâncias, deixar nascer mil caminhos que nos levariam a muitos lugares (PASSOS; BARROS, 2000 p. 78).

Nesta perspectiva de sujeito em produção, como efeito de práticas e de interações, as formas de encontro com o outro se alteram. A objetivação não abarca todas as multiplicidades de linhas, fluxos e demarcações de território existenciais produzidos por trabalhadores e usuários em relação. Estes movimentos estão apontados pelos trabalhadores do CAPS, que indicam a produção de singularização e subjetivação.

> As histórias de vida e o sofrimento do outro, te transforma enquanto pessoa todo o tempo, principalmente em relação à sensibilidade, não tem como ficar inatingível. [...] A questão de vivenciar, essa outra realidade, esse outro universo, afeta todas as relações [T04-2014].

> A pessoa que trabalha em saúde mental, tem que ter a característica de ser mais tolerante, porque senão vai passar só estressado. [...] Com certeza, tem gente não consegue fazer essa mudança, mas a gente tem que aprender [...] [T05-2014].

Foucault problematiza as formas de subjetivação, e o cuidado de si, após os estudos sobre as relações de poder-saber, como outro aspecto de seu questionamento sobre: como nos tornamos o que somos. Não como uma temática deslocada ou exterior a estas relações de saber-poder, mas como uma relação de força do sujeito consigo mesmo, na constituição de um si. As formas como se estabelecem estas relações, se referem aos modos de vida e existência. Esses

modos são formas de subjetivação. Para a produção destes, se colocam forças que afetam a si mesmo, através de procedimentos, exercícios e tecnologias que se processam no cotidiano da existência e transformam as possibilidades de vida (BERNARDES; GUARESCHI, 2004).

Deleuze (1998) refere que os *modos de existência*, chamados por Foucault *estilos de vida*[12], apontam uma concepção estética da vida, onde esta é entendida como uma obra de arte e aponta para outro aspecto da mesma, referente a concepção ética, por oposição a moral, trabalhada por Foucault em *A história da sexualidade II*. Nesta obra o autor discute a concepção de moral, como um conjunto de regras coercitivas, no sentido do certo e errado e de expressão de julgamento. A ética, no entanto é entendida como um conjunto de regras facultativas, que avaliam as ações e os ditos, relacionados ao modo de existência. Essa concepção, portanto pressupõe estilos de vida ou modo de existência que nos coloca implicados de um jeito ou outro, na constituição de nosso modo de ser e existir.

A partir destas relações Foucault (2007a, p. 30) entende que para constituir-se como um sujeito ético a ênfase deve ser dada as "formas de relações consigo, aos procedimentos e as técnicas pelos quais são elaborados exercícios, pelos quais o próprio sujeito se dá como objeto a conhecer, e as práticas que permitam transformar seu próprio modo de ser".

A relação entre verdade, subjetividades e relações de poder, deve ser analisada segundo Foucault (2004), a partir da história das práticas de si, do cuidado de si e do cuidado dos outros. O autor indica que estas práticas de si, tiveram maior relevância nas civilizações greco-romanas, do que na sociedade cristã e no pensamento ocidental, e nas suas instituições religiosas, pedagógicas ou do tipo médico-psiquiátrico. Tendo em vista que nas primeiras, o objetivo destas era o próprio desenvolvimento, para tornar-se um sujeito ético, a partir do conhecimento de si, nos aspectos de possibilidades e limitações; enquanto que no cristianismo e

[12] Os estilos de vida, modos de existência foram denominados por Foucault (2004 p. 198-199) como: As artes da existência devem ser entendidas como as práticas racionais e voluntarias pelas quais os homens não apenas determinam para si mesmo regras de conduta, como também buscam transformar-se e modificar o seu ser singular e fazer de sua vida uma obra, que seja portadora de certos valores estéticos e que corresponda a certos critérios de estilo.

as instituições modernas, o objetivo a ser alcançado é a disciplina, o controle de si para responder as demandas religiosas ou de seu grupo social.

Foucault define as práticas de si como os esquemas que o indivíduo encontra na sua cultura, na sua sociedade e no seu grupo social, como sugestões, proposições e imposições, para que estabeleçam, formas de relação consigo. As tecnologias do eu e do governo de si, buscam a transformação destas relações consigo, através de operações sobre seu corpo e sua alma (ORTEGA, 2002).

O termo grego *epimeleia heautou,* que se refere ao cuidado de si, no sentido de ocupar-se consigo mesmo e, constituía-se na sociedade grega, em um conjunto de ocupações na relação do individuo consigo mesmo. Segundo Foucault (2007c) estas ocupações incluíam exercícios físicos, tarefas práticas, atividades diversas, como cuidados com o corpo, regimes de saúde, meditações, e conversas com um confidente, guia ou preceptor de alma, entre outros que se constituam benéficos para a sua relação consigo e com os outros. Sendo está uma prática considerada verdadeiramente social, ainda que consagrada ao indivíduo em particular, comportava uma possibilidade de trocas com o outro em um sistema de obrigações recíprocas e um trabalho de escrita, reflexão e comunicação com os outros. Os cuidados de si agregam os diferentes modos de se cuidar e, as diferentes práticas de si, atividades do indivíduo sobre si mesmo.

Após percorrer o pensamento dos filósofos da antiguidade, Foucault (2011) refere que o conhecimento de si, que marcou a concepção de sujeito na história do pensamento ocidental, através da máxima “conheça-te a ti mesmo”, surge por meio de um jogo de práticas que pressupõe o cuidado de si, e a possibilidade ou não de aplicar estes preceitos sobre si mesmo, tendo como objetivo o governo de si, ou a condução de si mesmo. Este preceito foi reinscrito no pensamento ocidental, com o foco em uma posição racional do conhecimento, como uma atitude de reflexibilidade para o eu do sujeito, com perspectiva individual e como modo de exercer e aperfeiçoar o pensamento, e a razão. Assim este conceito distancia-se daquele pressuposto no pensamento antigo, onde seria uma das técnicas de cuidado de si, como forma de ocupar-se de si e desta forma lembrar aos outros, o que os Deuses esperavam deles, ou seja, uma movimentação e inquietude, que Sócrates comparava a um agulhão que é cravado na existência dos homens, para despertá-los.

A alteração deste preceito no período da modernidade, quando a verdade passa a residir apenas no conhecimento e que Foucault (2011) refere como “momento cartesiano”. Não relacionando esta denominação diretamente a uma operação do pensamento de Descartes, mas ao momento histórico em que a verdade produzida no pensamento positivista e científico, passa a ser predominante, produzindo no sujeito a concepção de que a verdade passa a ser definida no interior do conhecimento e não mais vai relacionar-se a possíveis operações a partir de seu ser, limitando seu acesso à verdade. Este momento da história apaga relativamente o preceito do ocupa-te contigo mesmo, que possibilitava ao homem, posteriormente, poder desempenhar a tarefa política de ocupar-se do outro.

Foucault (2011) entende que estes procedimentos transformaram, na modernidade, as formas de acesso a verdade, estabelecendo com o *conheça- te a ti mesmo* uma relação intrínseca da espiritualidade, associada com o racionalismo, para que só assim, através da constrição ou da razão, o sujeito adquira a condição de conhecer. Através destas práticas de assujeitamento, o homem entende que a verdade está fora de si mesmo e que ele terá que desenvolver condições para o seu acesso. O pensamento na Antiguidade relacionava o acesso à verdade ao cuidado de si, visto à concepção de que a verdade está no homem, o qual deverá cuidar-se, através das práticas de si, para ter acesso a estas, em um movimento de transformação, para só assim cuidar dos outros.

O desenvolvimento do cristianismo, o cuidado de si e dos outros, está a serviço de um poder pastoral, relacionado a noções de salvação da alma e de renuncia a si mesmo, tornando-se assim uma obrigação e retirando a autonomia do indivíduo neste processo consigo mesmo, desenvolvendo uma ética relativa ao transcendente. Foucault ao demarcar estas relações, problematiza a ética como uma questão imanente, que está colocada na possibilidade do individuo inventar a si mesmo, em o que o autor desenvolve como uma ética da existência. Voltado para o pensamento da ética, o autor passa a discutir as relações relacionadas à verdade e ao discurso verdadeiro, como um problema da ordem da política, que pressupõe relações entre o governo de si e o governo dos outros, entendendo este como uma das formas do cuidado de si (GRABOIS, 2011).

Segundo Foucault (1984, p. 28) a subjetividade e o sujeito se constituem a partir dos processos de subjetivação, nos quais a experiência que concretiza uma subjetividade envolve modos históricos de fazer a experiência de si. Estas se

constituem na relação que os sujeitos estabelecem, de forma ativa, pelas práticas de si, com os elementos da cultura, saberes e práticas da sociedade em que vive.

As estratégias próprias da contemporaneidade, entre outras as do mundo profissional, buscam conduzir ou produzir sujeitos trabalhadores, que respondam as demandas de campos específicos de atuação, que na perspectiva foucaultiana, trabalham para moldar e produzir, o que o autor nomeou de tecnologias do eu, que através de técnicas de relação consigo mesmo, desenvolvem modos de cuidar-se, conhecer-se, controlar-se, a partir de referenciais de verdade estabelecidos na sociedade (ROSE, 2001).

No entanto, Foucault (2009) ao trabalhar a questão do sujeito e dos modos de subjetivação, a partir das relações de poder, inscreve-o sobre um campo de possibilidades, em que se coloca o comportamento de sujeitos ativos. Onde é possível produzir resistências e processos singulares frente às relações de poder. Deste modo, quando o autor refere a subjetividade a partir dos modos pelo qual o sujeito faz a experiência de si mesmo num jogo de verdade, em que ele se relaciona consigo mesmo, em um processo de subjetivação que está sendo permanentemente constituído, onde também se constroem espaços para a singularidade, a resistência e modos de existência.

A subjetividade para Nietzsche (1991) está em um processo de permutas com o universo, a experimentar-se dentro de outros seres, a colocar-se em outras frequências de existência provando de novos modos de sentir, olhar, entender e dar sentido a vida, através dos poros da pele que delimitam a subjetividade, experimentar tantas e diversas formas de ser homem.

A subjetividade pode ser compreendida como fabricada, produzida, moldada, modulada, mas o sujeito não ocupa uma posição passiva, onde absorve de forma estática, a subjetividade produzida nos espaços de trabalho. Esse é um processo dinâmico, de transformação e mutação, no qual o sujeito é afetado, a partir das dobras do fora, mas que também dobra o fora, afetando-o (DELEUZE, 2005).

A definição de subjetividade em Foucault sendo constituída a partir das praticas de si, coloca-se de forma reflexiva, em movimento de constituição, como uma dobra sobre si, em um trabalho sem finalização, fugindo de aspectos de fixação, unidade e identidade, característicos na noção de sujeito (ORTEGA, 1999).

Não existe então, sujeito fixo para Foucault, o sujeito deve ser compreendido como um processo, em exercício como efeito das relações de poder. A subjetividade

relaciona-se aos modos pelos quais o sujeito faz a experiência de si mesmo num jogo de verdade, permeada pelas condições de possibilidades das práticas que agem nas ordens discursivas, no qual se relaciona consigo mesmo, em movimentos de desprendimentos, deslocando-se continuamente, sendo produto de determinações históricas e do trabalho sobre si (REVEL, 2005).

A construção da subjetividade, segundo Guattari (1992) se entende na perspectiva de um sujeito historicamente constituído por meio de suas relações sociais. Sua construção está vinculada aos contextos sociais, culturais, econômicos e políticos em que se insere, não sendo esta de caráter universal, atemporal ou natural, mas uma dimensão cognitiva do indivíduo, atrelada às dimensões afetivas, perceptivas e intra-subjetivas. Nesta lógica o indivíduo quando se constrói por meio das interações sociais, incluí-se àquelas derivadas e associadas ao mundo do trabalho, onde os indivíduos são afetados por um mundo que se apresenta em constante mutação. Foucault (1979) defende que as subjetividades são construídas pelas relações de poder, presentes no âmbito organizacional e institucional.

O sujeito, segundo afirma Foucault, se define de maneira ativa, pelas práticas de si, as quais não são inventadas por ele mesmo; mas que estão nos esquemas que o sujeito encontra na sociedade, no grupo social e que se entendem também presentes nos espaços coletivos e institucionais, incluindo o mundo do trabalho. O autor entende que o sujeito faz a experiência de si, através de certo número de operações em seu corpo, sua alma, suas condutas e pensamentos, de forma a produzir transformações (FOUCAULT, 2004).

A subjetividade na perspectiva do pensamento foucaultiano se constitui nas relações que o sujeito constitui consigo mesmo, imerso nas relações de poderes e saberes que vigoram no seu tempo. Para Foucault toda a subjetividade é uma forma, permanentemente desfeita pelos processos de subjetivação, enquanto a forma-sujeito é captada pelos saberes-poderes, a subjetividade mantém uma reserva de resistência em deixar-se captar. É um conceito pragmático, que inclui uma postura frente aos modos de vida presentes na contemporaneidade (CARDOSO Jr, 2005). Esta é uma concepção de subjetividade que se produz nas relações do individuo com o outro, com o mundo e com a história de seu tempo, forjando o que o autor descreve como uma estética da existência. O sujeito em suas relações no mundo do trabalho constrói-se e transforma-se, considerando que as

práticas e concepções que subsidiam suas ações, também o constituem enquanto sujeito.

A compreensão dos conceitos que Guattari (1993) nos apresenta entre os quais, as políticas e processos de subjetivação, nesta mesma linha de pensamento, podem nos oferecer sustentação teórica para entender e trabalhar os processos encontrados nas relações de equipe e usuários dos serviços de saúde mental, onde a implicação subjetiva coloca-se a serviço de agenciamento de processos concretos, subjetivos e singulares.

Quando os trabalhadores do CAPS de Alegrete entendem o compromisso com aspectos do discurso desisntitucionalizante, enquanto um exercício de cuidado do outro, a partir de transformações no seu modo de pensar, sentir e viver, enquanto sujeito individual e coletivo, implicando em alterações no seu modo de vida e da sociedade de modo geral, estão produzindo outros modos de existir, a partir de pequenos acontecimentos que ocorrem a princípio no âmbito do trabalho e que se estendem para outros contextos da vida.

> É compensador como ser humano, porque também é terapêutico para os funcionários trabalhar com eles, é bem terapêutico.[...] Tenho a tranquilidade de trabalhar com eles[...] é uma terapia, [...] porque eu venho trabalhar, eu venho fazer os esportes com eles, o que eu gosto de fazer, o que às vezes eu não tenho tempo de fazer lá no meu lazer, então é compensador, é muito compensador [T06-2014].

> Passei a me expressar e comunicar muito mais e melhor com as pessoas, escrever e desenvolver projetos, consegui aplicar muitos projeto na saúde mental, assim vejo que o meu crescimento foi gigantesco, até porque a minha formação na faculdade praticamente foi toda dentro da saúde mental, dentro de minha formação acadêmica eu já tinha um olhar psicossocial. [...] Tive muita ajuda, escutava muitos os profissionais e isso serviu muito para minha formação, tanto profissional, acadêmica, quanto pessoal, eu levo para o meu dia a dia todo [T07-2014].

Entendo que ações tais como a realização da Parada do Orgulho Louco, objetivam produzir na sociedade de Alegrete, uma relação de afetação com a loucura, que é levada a desfilar nas praças e ruas, possibilitando assim, movimentos moleculares. Destes, derivam forças distintas de aproximação, encontros, sentimentos e emoções múltiplas, nos protagonistas das ações e na coletividade; articulam assim, elementos, forças, devir para criar outras relações, que não o estigma, o medo e o desconhecimento comuns em relação à loucura. Estes movimentos produzem modos de subjetivação individuais e coletivos.

Na micropolítica deste trabalho, práticas e relações dão a ver, a presença de discursos de humanização, inclusão e reinserção social, direitos humanos e de cidadania, como objetivo, meta, modo de relacionar-se e dinâmica de ação nas práticas cotidianas. Estes são discursos que entendemos exteriores ao discurso da desinstitucionalização da loucura, visto estarem fortemente ativos na sociedade ocidental, a partir da segunda metade do século XX. Entendo que estes discursos, estão em processo nos modos de subjetivação dos trabalhadores, quando mobilizam nosso modo de existir na sociedade contemporânea. Trabalhamos assim inadvertidamente, para sua extensão e permanência, para alcançar funções de conservação e manutenção. O trabalhador entende a questão dos direitos dos usuários como a possibilidade de resgate, de situações de privação que se produziu no modo manicomial de atenção e assim refere:

> O usuário por sua vez no processo de desinstitucionalização sente na carne a questão dos direitos e ele é quem mais chama a atenção para essa peculiaridade ou para esse princípio, ou para essa estratégia nossa da reforma psiquiátrica, por que ele diz o seguinte: está bem, tem uma comoção social que diz que afirma que os loucos, eles não são incapazes e perigosos em sua grande maioria, tudo bem, mas ainda tem muito preconceito e isso tem a ver com o que? com disputa de classe muitas vezes [...] [T16-2014].

Na atenção psicossocial, entendo a partir do referencial aqui discutido, terem estes discursos inclusivos, de igualdade de direitos e cidadania, fortemente a marca da normalização. Trabalham efetivamente para garantir que todos entrem na perspectiva da norma vigente, e para essa possibilidade, criam-se estratégias de convivência e de aceitação das diferenças, para tornar possível a governamentalidade e responder a demanda da sociedade de direitos, pós-moderna, flexível, aberta e com espaço para tudo e todos, exercendo, entretanto funções de regulação e controle, para a homogeneidade do sistema.

> Achar um mercado de trabalho, é a chance, só que quem dá oportunidade normalmente é a sociedade, enquanto não se trabalhar com ela, as chances elas são muito restrita. [...] Há dificuldades também de alguns pacientes terem um local [...] a maioria consegue se manter bem e tem alguns que a gente não acha um local para incluir [T10-2014].

> O importante é o profissional ter esperança no outro, acreditar que o outro pode ser aquela pessoa que ele deseja que seja. Então assim qual é o sonho do usuário? O sonho dele é ter uma casa, mas eu como profissional tenho que acreditar que ele tem condições de ter aquele sonho, de construir aquele sonho. [...] O sonho do usuário é ter uma casa, como profissional tenho que acreditar que ele tem condições de ter aquele sonho, de construir

> aquele sonho.[...] Então na verdade que a gente pode ser uma lâmpada ou a gente pode ser uma escuridão nessa busca da cidadania, desses sonhos [T11-2014].

A subjetividade contemporânea produz a busca de uma homogeneização e esta age em qualquer coletividade, que comporta uma estrutura que busca um equilíbrio, uma estabilidade. Assim, a questão dos direitos e de uma relação humanizada no plano social, está inclusa na subjetivação dos trabalhadores, como uma positividade a ser alcançada. Ainda que o trabalhador se constitua em um campo dinâmico de forças, que produza brechas e rompam com o modo cristalizado de pensar a vida, este responde as demandas instituídas, produzindo modos de subjetivação que respondem a estas premissas de vida em sociedade.

> Ainda tem uma resistência, mesmo que bem menor, as pessoas já estão se humanizando e tentando, até porque a política está evoluindo para isso [T13-2014].
>
> [...] então eu sinto que essa reinserção falta muito ainda, mas ela esta indo bem eu não vejo que a gente possa estar regredindo eu vejo que a gente vem numa evolução boa a gente esta cada vez mais dando autonomia para eles [...] Aqui eu trabalho, aqui eu me envolvo, eu até sofro [...] mas eu vejo que muda muito a maneira da gente trabalhar com o outro, a família, marido, filho, grupo, a percepção do outro muda muito, trabalhar em saúde mental. Ah! com certeza, até porque assim essa questão eu vejo que só quem trabalha com saúde mental, quem permanece, é quem realmente se identifica e quem realmente tem isso como um principio, seus valores [T14-2014].
>
> O povo tem mais espaços para se incluir [T16-2014].
>
> Hoje o correto é isso, cuidar sem trancar, não como antigamente. Tem que atender as pessoas em liberdade [T18-2014].

Estes movimentos em que estamos todos implicados, deixam brechas, entretanto, para irromper processos singulares, que escapem e que produzam diferença com a criação de territórios existenciais e modos de existências diversos, múltiplos e complexos.

O mesmo referencial teórico que produz o pensamento crítico em relação às relações políticas que produzimos com as práticas nas áreas de políticas públicas, tal como a Atenção psicossocial na saúde, evidencia as muitas possibilidades de romper com as estratégias implícitas nas relações de saber-poder que acionamos com nosso trabalho. Assim, como estes movimentos de rupturas, ainda que de pequenas proporções, como nos dizem Deleuze e Guattari (1995) podem fazer grandes furos na homogeneidade do sistema em que estamos inseridos.

. Na perspectiva da experiência moderna de subjetividade, que segundo Ortega (1999) é vivida, virada para si, para a primeira pessoa e deste modo influencia a relação com o trabalho na contemporaneidade, entendemos os ditos dos trabalhadores, que enunciam mobilização com os aspectos de garantia de direitos, de inclusão social, de reabilitação e normalização, se fazem também no sentido de produção de vida, na produção de sentido e de efeitos éticos e modos singulares de existir, como processos de subjetivação em relação ao trabalho na saúde mental.

Em relação ao trabalho, e ao modo como o trabalhador produz modos de subjetivação pelo exercício profissional, segundo Remminger (2005) deve-se analisar as técnicas de produção (transformação, manipulação e produção), de sistemas de signos (significação e comunicação), e de dominação (que determinam as condutas dos indivíduos), considerando a maneira como os sujeitos vivem e dão sentidos as suas experiências no âmbito profissional. Mas, sobretudo deve-se considerar a maneira como os sujeitos vivenciam e dão sentido às suas experiências de trabalho. E como estas são afetadas pelo contexto social, histórico e econômico, produzindo assim diferentes modos de subjetividade e sujeitos trabalhadores. Assim, os trabalhadores do CAPS de Alegrete referem sua experiência com o trabalho em saúde mental:

> O trabalho produz mudanças no trabalhador o tempo todo. Com certeza, é um lugar que protege, que acolhe, mas que também facilita esses processos que são importantes, como vivenciar também a sua loucura, em alguns momentos [T04-2014].
>
> Eu não estava muito acostumado com o sofrer, hoje não, acho que sofrer é necessário, dependendo da situação, então eu acho que apesar de pouco tempo, tem muito mudado o meu ponto de vista. [...] Isso tem mudado não aceitávamos o sofrimento de forma alguma, mas hoje vejo que é necessário passar por isso, igual quando se está num período de felicidade, nunca vai ser eterno, aquele sofrimento também não é eterno. [...] As vezes tem um paciente que está sofrendo, mas tem um motivo plausível para esse sofrimento. Só que aí às vezes o paciente não consegue entender, e que a sociedade às vezes não ajuda porque hoje a medicação é que vai ajudar [T09-2014].
>
> Bha! sempre foi um desafio de estudar, de buscar novas coisas, mas assim pessoalmente me ajudou muito a me afirmar como sujeito. Da saúde mental eu fui para o movimento de mulheres, da saúde mental eu fui para esse espaço do legislativo, defender uma universidade para vir para cá, defender as políticas públicas para Alegrete [...]. Mobiliza, agora a gente trabalha tanto com a subjetividade, e as vezes fazer esse outro trabalho, artesanal, pensando, esse trabalho de base para o cuidado em liberdade, uma vida autônoma, isso todo mundo gosta. Quando faz: ah, como foi bom, por que resiste tanto de fazer isso como prática, sempre, sistemática? [T16-2014].

É possível apontar, a partir das falas dos trabalhadores que os processos de subjetivação em sua constituição incluindo aspectos *do dentro* e *aspectos do fora em* relação as formas como o trabalhador reflete a si e a sua prática a partir do que nos aponta Foucault. Para tal, aciona saberes já instituídos e consolidados e as perspectivas de elaboração de um novo conjunto de saberes em produção, na experiência vivida na estratégias de desinstitucionalização. O modo como se processam os encontros, as estratégias de cuidado, e se coloca a operar uma rede de dispositivos para que o sujeito da atenção psicossocial possa fazer seu próprio percurso, possibilita aos trabalhadores e usuários o comprometimento com o projeto terapêutico compartilhado. Desenvolvem assim posturas éticas, produzindo uma reflexão sobre si, seus modos de sentir, pensar e colocar-se no mundo em relação ao outro, através de saberes que então, se colocam em relação. Deste modo, trabalhador entende as implicações e processos constituídos a partir de sua experiência com a perspectiva da desinstitucionalização:

> Quando vim para a saúde mental, [...] diziam - não vai, a gente arruma outra coisa para ti- falei : não, vou porque fujo da minha zona de conforto, aí parece que estouraram a bolha e eu achei tudo maravilhosa, cada dia aqui dentro a gente evolui pessoalmente, espiritualmente, tudo assim sabe. Eu adquiri mais paciência, vejo as pessoas de outra forma, conheci outra realidade, é maravilhoso trabalhar aqui [T23-2014].

Assim considerando todas as exigências que se colocam ao trabalhador da reforma psiquiátrica, quanto à forma como concebem a loucura, suas tecnologias e meios de intervenção no problema, encontra-se a questão da invenção, do quanto à criação do próprio trabalho, escapa a toda a construção do modo de tratar o sujeito louco, que hegemonicamente atravessa a formação do trabalhador. Quando este se propõe a singularizar a atenção e prescindir do poder sobre esta prática de cuidado, compartilhando-a com o próprio sujeito motivo e foco da atenção e com a equipe de trabalho interdisciplinar, as relações de saber-poder transformam-se, certamente não deixam de existir, mas configuram-se de modo diferente, produzindo resistência ao modelo hegemônico na área psiquiátrica.

Tal como Foucault, entende possível nos processos de construção de outros modos de existência, que os trabalhadores no campo de saúde mental se empenham em inventar. E assim reflete o trabalhador do CAPS de Alegrete*:* "[...] é instituído mas de outra forma né?! Não é uma forma que seja como antes, que eram

os manicômios mesmo, não é considerado um manicômio, é considerado a casa dele ” [T17-2014].

O pensamento de Guattari e Deleuze nos trazem essa perspectiva da subjetivação, enquanto um processo de criação, de troca e invenção, do universo individual, com os diversos dispositivos coletivos e institucionais que compõe os modos de subjetivação. O trabalhador entende este movimento, como parte de uma nova ética neste campo.

> É, nós tínhamos um modelo praticamente tradicional, mas nós já tinhamos nossa leitura, na época nosso movimento, da esquerda assim era muito intenso. [...] A gente já lia os que começaram, essa ideia de modificar então já começamos a olhar diferente. [...] É, um outro olhar de mundo, as valorizações do ser e ter, a gente pensa mais no ser talvez, não tanto no ter. Então a gente fica um pouco mais mobilizado mais sensível com o social, mais critico do capitalismo, também da sociedade do hiperconsumo e coisas assim. [...] Exatamente, tem um jeito diferente de olhar o mundo de viver o mundo, então certamente na nossa ética, de mundo há uma modificação [T27-2014].

Retomando por fim aquilo que Deleuze(1992) e Guattari(1992) nos alertam quanto aos modos de subjetivação contemporâneos, em sua perspectiva conexionista, dos movimentos articulados em uma rede que extrapolam o sujeito, enquanto individuo e da mesma forma invadem este sujeito, com conteúdos advindos do exterior, das máquinas de produção de sentido e das máquinas de controle institucionais e outras. Estas se fazem ativas na atualidade incluindo o universo do trabalho.

Encontramos estes aspectos fortemente presentes no processo de desinstitucionalização, no qual a perspectiva de trabalho em rede é uma tecnologia de intervenção, que enriquece o trabalho em saúde mental, quando o colocamos em relação com o espaço fechado como era a instituição manicomial. Assim, nos fala o trabalhador, sobre o aspecto de acessar o que se faz necessário para o projeto em curso:

> Tem que estar muito afirmado nisso, Bom, te assusta, mexe contigo mas vai atrás de outros, vai buscando outras pessoas para te ajudar a criar. E aí os melhores cuidados são aqueles artesanais, que são específicos para aquele sujeito. Essa coisa institucionalizada, ela não ajuda, na minha opinião, as vezes não é o CAPS que ajuda, estou sendo bem sincera, pensa que ajuda [...] [T16-2014].

Entretanto, as redes como propriamente nos alertam os autores, trazem em si a possibilidade de devir, de espraiar, de traçar sempre novos caminhos, porém encerram também, a possibilidade de aprisionamento, conforme a característica da teia que se tece. São processos, portanto, que se mostram potentes para que o trabalhador, não se deixe aprisionar, e de modo contrário seja um terreno de acontecimentos, aberto a multiplicidades de devires que habitam o trabalhador e o usuário, visto nesta perspectiva se produzir uma articulação deste encontro, que afeta os modos de subjetivação de quem se implica no processo.

Assim, penso que esta colaboração de um trabalhador do CAPS de Alegrete aponta a perspectiva de um processo de cuidado que está em construção, que pressupõe uma transformação dos modos de viver a questão da loucura, não entre os muros do CAPS mas dividindo com a comunidade essa possibilidade, e assim, produzindo modos de subjetivação outros, com o modo louco de viver, na sociedade:

> A comunidade passou a conhecer mais o que a saúde mental desenvolve, quem são nossos usuários, quando tem atividades nos postos de saúde se procura envolver aqueles usuários que moram naquele território, assim aquela comunidade está vendo a saúde mental com bons olhos, nossos usuários com bons olhos, lógico que existe alguns preconceitos ainda. [...] O processo da parada gaúcha do orgulho louco, quando a gente lançou esse nome orgulho louco, houve resistências: Quem é que tem orgulho de ser louco? Até por parte da equipe, aquela resistência, mas como é que é isso, como é que a gente vai exaltar esse negócio da loucura [...]. Porque ser diferente é o X da questão, melhor coisa que tem é a diferença, não ser todo mundo igualzinho, então a gente vem mostrar isso. [...]Vem crescendo esse movimento, outras cidades estão querendo fazer esse mesmo movimento, e se mobilizam e fazem camisetas e vem com os ônibus lotados para cá para participar desse momento [T07-2014].

O trabalho na desinstitucionalização remete a constituição de um processo ético, que se produz pelo modo como somos afetados pelos acontecimento, mais do que pelo saber e pela formação técnica. A desinstitucionalização é um processo que se dá na invenção cotidiana e que não tem uma meta, que sendo alcançada encerra o movimento, trata-se de uma construção que se desenvolve juntamente e a partir das posições de seus protagonistas e do quanto estes, questionam a vida e suas potencialidades, subjetivando-se com as descobertas e mobilizando a criação de outros modos de existência, em um processo incessante.

> [...] a gente trabalha muito com uma palavra que a gente usou muito na saúde mental que é a história da bricolagem, a saúde mental os programas terapêuticos, como eles vem da necessidade do usuário, com uma certa oferta, organizada da equipe, e nesse encontro é que brota o projeto terapêutico [...] às vezes, as equipes cansam porque é algo que exige muito, por isso a importância da gente investir nos momentos para a equipe, nos momentos de empoderamento, integração porque este vai ser o cotidiano do nosso trabalho [...]. [T16-2011].

Penso ser importante retomar aqui, uma das premissas básicas apontadas pela desinstitucionalização italiana, que se coloca na perspectiva em que estamos argumentando. Esta se refere a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos, nelas implicados, desde o usuário do serviço, quanto de seus trabalhadores. E estas mudanças estão presentes na micropolítica que se produz nos gestos mais elementares, nos acontecimentos diários que afetam os sujeitos pela força produzida nos encontros, que portam em si uma potência relacional suficiente para alterar de modos simples a vida de cada um. Assim na cidade de Trieste-Itália, o trabalhador informa, conforme o fragmento a seguir:

> Como gerir a crise? Com uma perspectiva holística, ecológica e legal. Isso é indivíduo em seu contexto, pessoas em todas as suas relações, processos personalizados, princípios de cidadania, acesso e inclusão. Liberdade como princípio. As práticas profissionais devem ser diversas, com processos contínuos de reflexão sobre estas, todo o dia compartilhando os acontecimentos, entendendo de que modo é melhor a abordagem das situações, ações criativas, visitas domiciliares, criação de um microsistema, com reciprocidade criativa.Trabalhar aspectos de cidadania, individualmente, com rede de trabalho social. Evitando o isolamento, numa perspectiva ecológica, rede social, trabalho e relações sociais [Trieste-12-01-2014].

Trazer a experiência vivida em Trieste durante este período de estágio parece-me pertinente neste ponto desta análise, acerca de como se subjetivam enquanto trabalhadores de saúde mental com o discurso da desinstitucionalização. Primeiramente, por que é a experiência deste lugar uma inspiração para os trabalhadores, visto o impacto produzido pelos fechamentos dos manicômios e a construção de um modo de cuidar da loucura, nos espaços de vida em sociedade. Em segundo, os motivos destas colocações dizem respeito, ao que trago em registros de diário de campo relativos ao tema aqui trabalhado, serem aspectos potentes para mover nosso pensamento.

Então, em um seminário em que Pepe Dell'Aqua, personagem relevante da Reforma Psiquiátrica italiana, discute o processo de desinstitucionalização e os

acontecimentos que dele decorrem para a atenção psicossocial, que se constrói cotidianamente, refere acerca dos processos de subjetivação:

> Falando acerca da escuta ofertada na atenção, refere que a qualidade desta compreende uma não paternalização do outro, que seria uma forma de infantilização e de desrespeito pelo outro. E sim, em uma escuta em que se coloque o eu como sujeito, com minha subjetividade em relação, passo a entendê-lo enquanto o outro que ele é. Quando me coloco, apenas enquanto um operador, ele passa a colocar-se como um paciente. Esse é um serviço humano, que se distingue dos demais. A subjetividade se coloca e se implica, no modo diverso de ver o outro. Quando o operador trata de salvaguardar a sua subjetividade, algo o reporta a sua especificidade, de sua própria subjetividade. Pode então colocar a doença entre parênteses e pensar: o que faço, aqui com essa pessoa e sua situação de viver? Não existe mais ninguém neste momento, apenas essa relação que se estabelece. Salvaguardar o extremo da subjetividade, guardar o extremo de toda a situação, incluindo sua objetividade, que incluí o sintoma, o sofrimento, e o que é possível fazer. Pode acontecer o sofrimento para o operador, que se coloca a disposição para acolher o sofrimento do outro. O operador que se abre para sofrer a dor do seu paciente, coloca-se no extremo de sua própria subjetividade. A perda do contato subjetivo está muito próxima da medicina. A objetividade faz parte da construção cientifica, mesmo da construção humanística. [...] coloca-se quando não é possível estar ali para sofrer mais ou menos, há sempre a tensão, é a necessidade de estar ali, presente.[...] Dall'Acqua refere que antes não havia o entendimento do que está implicado nesta contradição, o pensamento científico relacionado ao controle social [DC- Trieste-28-11-2014].

> A patologia psiquiátrica, não te possibilita uma linha reta, como outras patologias, que te dá protocolos. Não há uma linha reta, mas entretanto não pode-se andar de forma confusa. A psiquiatria é como um homem que não tem olhos para ver e nem orelhas para escutar. A psiquiatria deve escutar o silêncio [DC- Trieste- 28-11-2014].

Posso entender através destas colocações, o quanto é presente a perspectiva do trabalho no modo de atenção psicossocial, envolver a subjetividade do trabalhador, que dá vida, juntamente com o usuário, às relações de uma outra micropolítica, que se produz na atenção psicossocial.

Certamente estamos falando de profundas mudanças em relação ao modelo tradicional de cuidado, e estas penso estarem expostas nas colocações de trabalhadores do CAPS de Alegrete e dos trabalhadores de Trieste, em uma mesma direção, que entende as transformações propostas como outro modo de andar na vida, não só para o usuário, mas também para o trabalhador, quando usa de si, de sua subjetividade, que também está ativa para se constituir no processo. Assim nos diz o trabalhador de Alegrete:

> [...] É uma característica do trabalhador de saúde mental, acho que é uma característica acreditar que a pessoa pode na verdade ser autônoma, ter

> liberdade, ela mesma se cuidar, ela tomar a medicação dela, ela trabalhar, ela se cuidar. [...] Acho que tem que ter essa utopia, toda uma crença no modelo, que este possa ser o melhor modelo, mas antes disso uma crença no sujeito [T11-2014].

Este é um tema complexo, a questão dos trabalhadores e sua afinidade com a proposta antimanicomial, que ultrapassam o conhecimento, e mobilizam aspectos éticos de relação com a vida, no âmbito do coletivo. Em modos de existências, que comportam essas prerrogativas.Também os trabalhadores de Trieste se colocam, neste sentido.

> Penso que esta motivação tem relação com a saúde e o bem estar do trabalhador, penso que muitos trabalhadores não encontram essa condição que considera básica para um compromisso com o trabalho e a qualidade deste [DC- Trieste- 03-02-2015].
>
> Acredito que todos pensam ser este o melhor modo de cuidar, porém nem todos entendem a complexidade desta opção, e do que implica em sua própria vida [10-02-2015].

Na tentativa de encerrar esta discussão, que pela sua complexidade teria ainda muito a ser considerado em ambas as experiências de desinstitucionalização, das quais estive mais próxima, através deste estudo, penso ser importante pensá-las como um acontecimento, no sentido colocado por Deleuze (1992), que acredita que é nos pequenos espaços, nos pequenos acontecimentos do cotidiano, que engendramos novos espaços-tempos, de volumes reduzidos, mas que escapam aos controles das máquinas instituídas. E conforme coloca o trabalhador da rede de saúde mental de Trieste: “são atividades belas e úteis para a sociedade. O que se faz deve ser útil e belo, por que são características que produzem saúde [...]. Um ajuda o outro a desenvolver-se” [DC-Trieste 20-11-2014].

Assim, se colocam as possibilidades de ruptura com as verdades produzidas e instituídas acerca da loucura, e a produção de relações na micropolítica de atenção, potentes para resistir, às relações de dominação que se instauram de forma difusas nas diferentes relações que constituímos. Assim, como nos aponta Foucault (2009) é possível pensar, que frente às políticas que incidem sobre a vida e a subjetividade, se encontram sempre dispositivos de resistências. A produção de outra ordem discursiva acerca da loucura, encontra-se com os modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental, em produção no contemporâneo.

9 Considerações finais

É chegado o tempo de interrupção do processo. E neste momento penso que se trata certamente de uma interrupção, visto que a atitude de estar a espreita, como nos diz Deleuze, é um modo de vida, uma atitude de quem olha o mundo com inquietação e se dispõe a problematizá-lo. Deste modo não se encerra, no mínimo se passa a olhar para outras coisas.

Enfim, o propósito desta etapa é apontar algumas considerações acerca do que estive problematizando ao longo desta tese. Penso que, o modo como o fiz até então, e os autores com quem dialoguei, não esperam respostas, conclusões, fechamento, e sim o avanço nos questionamentos produzidos.

A atitude de problematizar é para Foucault o modo como olhamos para os objetos, e os desnaturalizamos, colocando-os assim no jogo do verdadeiro ou falso, isto é, rechaçamos as concepções já construídas em torno destes. Desta forma, questionamos a desinstitucionalização da loucura, as relações micropolíticas que advém deste processo e os modos como os trabalhadores de saúde mental se subjetivam na experiência de produção de outras concepções e espaços para a loucura.

Para tal análise, tomamos a problematização da constituição da desinstitucionalização, como uma formação discursiva produzida no campo da saúde mental, após a implantação da reforma psiquiátrica no Brasil.

A desinstitucionalização, nasce de uma desconstrução, isto é das contradições do discurso da psiquiatria, tais como: a negação da loucura, e a sua construção enquanto doença mental, desvio de comportamento, periculosidade, entre outras premissas de negação do sujeito, em sua experiência de vida e/ou sofrimento.

A desinstitucionalização deste modo é um processo complexo, que coloca em evidência a formação discursiva hegemônica sobre a loucura, construída com

sólidas bases no pensamento moderno. Bases estas que regem nossa sociedade no contemporâneo e que, portanto, se colocam em questionamento, quando se olha o discurso da loucura, em sua especificidade.

A produção de uma nova discursividade sobre a loucura, emergente no discurso da desinstitucionalização, surge no contexto contemporâneo a partir de uma série de acontecimentos que deram condições de possibilidade para essa produção.

Neste estudo proponho uma série que entendo, portar elementos que favoreceram e possibilitaram o pensamento desinstitucionalizante, determinado momento e não em outro. Esta série constitui-se a partir dos dados produzidos por este estudo, visto a recorrência nas enunciações dos trabalhadores do CAPS de Alegrete, nos ditos e escritos, em documentos, legislações, concepções teóricas entre outros elementos discursivos do campo da atenção psicossocial, acerca de premissas de igualdade, direitos humanos e inclusão social, como princípio e/ou finalidade das ações de desinstitucionalização.

Foucault entende por série de acontecimentos discursivos, aquelas formações discursivas que se articulam não como uma unidade, mas como um campo de relações, em que estes se encontram em sua regularidade e sua dispersão. Os trabalhadores do CAPS de Alegrete, em sua produção micropolítica, enunciam a perspectiva desinstitucionalizante, em identificação com princípios de uma sociedade que garante direitos, baseado no conceito de igualdade entre os sujeitos e idealizam como finalidade do trabalho na atenção psicossocial, um regime de inclusão social para todos.

Deste modo, ao encontrarmos estas premissas veiculadas pelos trabalhadores, tal como já discutidas ao longo deste estudo, entendemos que estes princípios estão presentes na sociedade, de forma exterior ao discurso de desinstitucionalização da loucura. São discursos que se encontram dispersos, e que compõe associações e apresentam certas regularidades, com outros discursos de campos diversos, entre os quais o discurso desinstitucionalizante.

Como trabalhado ao longo desta tese, os discurso de igualdade, direitos humanos e inclusão social, estão presentes de forma consistente na trama discursiva da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização, o que penso ser um aspecto significativo que se inscreve nos modos de subjetivação dos trabalhadores do campo da atenção psicossocial.

O trabalhador da atenção psicossocial enuncia em seus ditos e escritos, a luta por uma sociedade de caráter igualitário e se mobiliza, na luta por este modo de funcionamento social. A perspectiva do exercício de direitos que esteve comprometida para pessoas que viveram a experiência da segregação psiquiátrica é um dos objetivos da estratégia de atenção psicossocial, e a inclusão social compartilha deste mesmo lugar no discurso desinstitucionalizante, sendo uma finalidade da atenção, a promoção de formas diversas de inclusão na sociedade, no mundo do trabalho e na vida familiar.

Entendo que a perspectiva desinstitucionalizante emerge neste momento histórico da modernidade, em que as condições políticas, econômicas, sociais e científicas não só possibilitam, mas dependem dos efeitos produzidos por discursos como este, para o equilíbrio e ordenação biopolítica, e para o exercício da governamentalidade da população.

A construção de outros discursos, que emergem no capitalismo avançado, tais como: o individualismo, o coorporativismo, o empreendedorismo, que marcam o discurso do trabalho; a valorização dos saberes, a hierarquização, a luta por hegemonia, a corrida tecnológica, se colocam no campo da ciência; enfim discursos próprios da sociedade neoliberal, endurecem as relações e as formas de regulação do homem objetiva e subjetivamente, o que produz o surgimento de discursos ditos de segurança, ou de gestão de riscos.

Um dos principais mecanismos para a regulação biopolítica da população, parte da estratégia de normalização. A qual, pensamos estar presente na perspectiva dos discursos dos direitos humanos, da igualdade, da inclusão e da desinstitucionalização. Estes se apóiam na possibilidade de normalização e enquadramento de todos, diminuindo deste modo, as tensões no sistema em sua totalidade.

Quanto à questão ética, esta encontra também um deslocamento, na modernidade tardia ou contemporânea, segundo Spink (2001) deixando de ser prescritiva, para ser dialógica, e assim repercute na sociedade, dando espaço a políticas de cunho social e de ordem inclusiva e participativa, afetando os modos de subjetivação.

O discurso da desintitucionalização em processo de constituição se enfrenta com valores estabelecidos e cristalizados, construídos a partir da racionalidade dicotômica em relação à vida. Esta racionalidade é própria do pensamento científico

moderno e parte constituinte do modo de ser dos profissionais da área de saúde, pela via da formação. Assim, entendemos estar fortemente presente nas muitas enunciações que circulam acerca da loucura e do sujeito louco, assim como, da ciência psiquiátrica que o toma enquanto objeto.

A particularidade desta formação discursiva se encontra na complexidade, que esta enuncia, quando propõe questionar os conceitos produzidos pela ciência hegemônica, e traz para a cena de problematização o sujeito, e não mais um conjunto de sinais e sintomas. Assim como problematiza outros aspectos referentes aos poderes que transitam no espaço da atenção psicossocial, por vezes em processo de reprodução dos lugares ocupados historicamente no dispositivo psiquiátrico. Entre outros aspectos, a relação de maior proximidade com o seu objeto, no caso o homem, rompendo com um pressuposto primordial da ciência, que diz respeito à neutralidade e distanciamento.

Conforme nos alerta Amarante (2009), a questão da complexidade, refere-se a desnaturalização dos objetos, ou seja, para trabalhar com o conceito de doença, este deixa de ser um objeto naturalizado, reduzido a uma alteração biológica ou de outra ordem simples, para tornar-se um processo saúde/enfermidade. O autor ainda aponta que este se trata de uma atitude de encontro, entre as ciências naturais e humanas, para a superação do paradigma clássico da dualidade cartesiana da causa-efeito, do conhecer o objeto em sua verdade, de formulações definitivas, visto que o próprio problema é construído a partir das soluções, ou de criação de outras problematizações.

As proposições desinstitucionalizantes, apontam um conjunto de tecnologias e saberes provenientes de diferentes áreas como já referido anteriormente, para a materialização da atenção psicossocial. Estas se apóiam em conhecimentos do campo das ciências humanas e sociais, e produz o conceito de existência-sofrimento, onde não há a negação da loucura, enquanto possibilidade subjetiva. Para intervir neste novo objeto, constituí-se a tecnologia da clínica ampliada e estratégias múltiplas de reabilitação, incluindo nesta a aproximação da loucura com a sociedade.

Há um deslocamento, no sentido de uma desterritorialização da clínica clássica, onde o profissional, detentor de um saber sobre o outro, diagnosticava e prescrevia solitariamente a terapêutica. Esta clínica baseada em uma concepção de relação médico-paciente está no interior do discurso desinstitucionalizante

problematizada e alterada pela proposição de relações vinculares de outra ordem. Na formação discursiva da desinstitucionalização, se produz uma ruptura com a posição prescritiva e de construção de diagnósticos que encerram o sujeito em rótulos. A proposição de uma clínica ampliada tem em sua principal concepção relações de troca e negociação entre o profissional e o sujeito em sofrimento, na construção de seu projeto de cuidado. O autor no projeto terapêutico deixa de ser uma prerrogativa do técnico.

Estes pressupostos do discurso desinstitucionalizantes, que trazem uma ruptura com o discurso psiquiátrico, estão ditos e escritos nas concepções teóricas, nos documentos, legislações vigentes no campo da saúde mental, após a reforma psiquiátrica. Alguns autores da atualidade defendem assim uma transição paradigmática em curso. Não sendo esta discussão, objetivo nesta tese, me restrinjo em anunciar esse movimento, sem problematizá-lo em profundidade. Atrevo-me, entretanto, a dizer que entendo haver rupturas significativas entre as formações discursivas em análise, acerca da loucura. E penso estar apontando-as no transcorrer deste texto.

Nas enunciações, fica visibilizado nas práticas cotidianas e nos posicionamentos dos trabalhadores, este deslocamento em produção. O CAPS de Alegrete materializa a relação entre os sujeitos trabalhadores e pessoas em sofrimento, permeada por relações vinculares de negociações e contratualizações. Não se pretende ingenuamente entender que não existam relações assimétricas de poder ou de assujeitamento presentes nas ações de diagnóstico, prescrições ou projetos terapêuticos traçados para o cuidado.

Estas se enunciam ao longo deste estudo e estão problematizadas. Deste modo, encontramos entre os trabalhadores, um reconhecimento desta perspectiva desinstitucionalizante, como mote de sua prática e de sua relação com seu objeto de trabalho. Entretanto, a presença de enunciações decorrentes das práticas tradicionais de cuidado, nos faz pensar no que Foucault aponta como aspectos de coexistência de um discurso com outros em construção. Tendo em vista, como nos coloca o autor de que as transformações e reformas não se dão por grandes rupturas no plano discursivo, mas sim por efeitos de processos que ocorrem em pontos diversos de uma conjuntura, isto é por acontecimentos de pequenas proporções.

Entendo que o discurso da desinstitucionalização, quando propõe outro objeto para a atenção psicossocial, ou seja o homem na complexidade de sua existência, constitui uma materialidade discursiva, que se produz através de procedimentos, regras e outras relações com o seu espaço e tempo de emergência. Esta enunciação está colocada pelos trabalhadores em seus ditos, sejam estes pelas práticas, documentos, legislações, e micropolítica cotidiana no Centro de Atenção Psicossocial.

A materialidade deste discurso, penso estar visibilizado na atenção psicossocial e em suas estratégias, tais como, a reabilitação psicossocial e em outras dinâmicas e técnicas de aproximação com os sujeitos e seu sofrimento, que se desenvolvem no contexto da desinstitucionalização, sendo estas muito próprias, criativas e inovadoras, como a clínica ampliada, o acompanhamento terapêutico, as experiências de serviços residenciais, entre outras.

Os aspectos de distribuições e controle dos discursos emergentes se encontram em contingência na sociedade, pelos saberes hegemônicos, que são colocados em questionamento. Portanto, o estabelecimento de outros discursos, com caráter substitutivo, sofrem regulações e interdições quando propõem transformações de ordens extensas.

Apesar de encontrarmos aparentemente um solo fértil para transformações e mudanças, o conjunto de enunciações que constituem o discurso em análise, caracterizam-se pela transitoriedade, pela fluidez e fuga das determinações, sendo de modalidade rizomática. Ao propor uma perspectiva de multiplicidade para saberes e recursos, rompem com a perspectiva de constituir verdades únicas e determinantes, que mantenham regras e procedimentos rígidos, estanques e fechados.

Procedimentos que regulam a extensão e a profundidade das formações discursivas, se visibilizam nas enunciações relativas a aspectos como a presença forte da medicalização e certa priorização nas ações biomédicas. A produção desinstitucionalizante, coloca-se como uma relação de força, no campo da saúde mental, para afirmação de outro modo de pensar, cuidar e estar com a loucura na sociedade.

A luta que os trabalhadores enunciam, discutidas ao longo do estudo, apontam para a perspectiva de instituição do discurso da desinstitucionalização, que inclui outros referenciais, outros objetivos e tecnologias, ainda que neste processo

se possa comprometer a potência do acontecimento, com o processo de instituir-se novamente.

Na experiência italiana de desinstitucionalização observa-se a postura vigilante de seus trabalhadores em relação à novas processos institucionalizantes na micropolítica do processo de trabalho. A rede de saúde mental de Trieste propõe um movimento contínuo de suas equipes, na troca de postos, de funções, reunindo e discutindo os processos. Assim, desloca os sujeitos trabalhadores e possibilita experimentações, inquietações e aprendizagens. O modo como Trieste abre as portas de seus serviços, para profissionais de diversos lugares do mundo acompanharem suas ações, discutirem suas concepções de loucura e modos de atenção, os mantém em processo de constituição e de mobilização, em relação às perspectivas da institucionalização dos processos na atenção psicossocial. No entanto, aspectos relativos a normalização do sujeitos e a inserção destes nos espaços sociais, encontra-se presente como uma finalidade do trabalho, respondendo assim, à demanda da sociedade em relação à instituição de saúde mental, ou seja, o controle da loucura e sua inclusão no tecido social.

A instituição segundo Santos et al (2011, p. 4) trata-se da " a qual faz, cria, molda, forma e é o grupo", sendo o espaço na qual os processo ocorrem e são entendidos como instituintes, e onde o instituído, aparece como resultado. Estas premissas acerca da instituição, encontram-se no referencial da análise institucional, na qual se propõe um processo de desnaturalização constante das instituições, entendendo que o homem encontra-se imersos nestas ao longo da vida, no aspecto coletivo. Guattari (1992) nos fala das instituições como máquinas sociais (escola, fábrica, hospitais), que interagem com máquinas técnicas (computadores, tecnologia, redes, ferramentas outras), e abstratas (língua, arte, desenho). Guattari (1992) refere que as máquinas sociais, entre as quais as instituições de saúde, são as mais difíceis de serem transformadas, mas que mesmos estas, se encontram sempre em evolução.

Assim, neste referencial a institucionalização, que se pretende desconstruir trata-se daquelas que totalizam o sujeito, limitam sua potência de vida, e o aprisionam e mortificam, tal como, os manicômios.

As instituições segundo Foucault, nasce das necessidades sociais e o autor as entende como parte de um dispositivo, que articulam discursos, enunciados científicos, saberes, disposições arquitetônicas, enfim não se trata de um espaço, ou

um lugar específico, são agenciamentos que se dispõe para a produção de verdades, modos de operar, funcionamentos e efeitos para a produção de um modo de vida.

A institucionalização está problematizada neste momento do estudo, visto sua condição, enquanto algo que se pretende superar, e no entanto, paradoxalmente, se coloca em nova formação na atenção psicossocial. Penso, que esteja evidenciado no transcorrer da tese, que as instituições estão presentes na vida e constituem os sujeitos e seus modos de subjetivação. Sendo assim, questionamos os modos como estas instituições se configuram e a potência para possibilitar agenciamentos e devires, no contexto da saúde mental. E deste modo, entendemos que a desinstitucionalização pressupõe a ruptura com a institucionalização da loucura, dos espaços manicomiais e trabalha com a criação de outros espaços, para o cuidado e atenção ao sofrimento, na perspectiva de que estes não sejam limitadores da circulação da loucura, visto ser esta, parte da vida em sociedade.

O saber psiquiátrico não se restringiu aos conceitos teóricos e técnicos sobre a loucura, este se fez visível nas práticas de relacionar-se com o outro e no modo como se vive a vida, apartando de si, a diferença, o desconhecido, na segregação da loucura. A atitude de segregação que excluiu o louco do cenário social, também produziu esta condição para o trabalhador, que desempenhava suas funções em um dispositivo institucional, com particularidades e ritmo de vida em um espaço com regras e procedimentos próprios, que produziram modos específicos de subjetivação neste trabalhador.

Do mesmo modo, o discurso na perspectiva da desinstitucionalização, também transcende o campo científico, teórico e técnico e envolve os sujeitos para além de sua cognição, trabalho ou racionalidade; implica uma postura de flexibilização das verdades estabelecidas, uma percepção ampliada da existência, e espaços de singularização e multiplicidades, a serem possibilitados para si e em relação ao outro, e ao mundo.

Nesta direção, se encontra a questão do modo como o trabalhador de saúde mental engendrado pela política de desinstitucionalização no campo da saúde mental, transforma suas práticas e seu modo de ser sujeito trabalhador a partir dos contexto, que se produzem no campo do trabalho.

A discussão produzida nesta tese sobre o trabalho deixa a ver a sua importância e destaque nos modos de produção dos sujeitos e da vida

contemporânea. O campo do trabalho é produtor de modos de ser, de reconhecer-se em sua singularidade, e ainda de relacionar-se consigo, com os outros e com a sociedade. Sabe-se que estes são processos provisórios, visto as condições de produção do trabalho e suas maquinarias organizacionais, econômicas, políticas, relacionais.

A questão do trabalho assume um caráter central no processo desinstitucionalizante, considerando que as transformações propostas, incluem o modo de prestar um serviço à população. Este sendo um serviço de saúde, implica em questões objetivas e subjetivas, que coloca em relações sujeitos e seus modo de existência.

Entendo como Machado e Lavrador (2010) que as políticas do campo social, se encontram entrelaçadas aos modos de subjetivação. Entendendo a política enquanto o campo, onde a vida se dá. Deste modo, olhando o campo da saúde mental, e a micropolítica do trabalho que se produz na atenção psicossocial, encontramos um terreno de disputa, enquanto relações de forças para a constituição de outros modos de pensar e fazer o cuidado e o acompanhamento do outro.

A perspectiva assumida pelo processo de desinstitucionalização em sua materialidade, evidenciadas nas práticas cotidianas e nas relações em que se implicam trabalhadores e pessoas que se encontram no processo de cuidado, é de que este seja compartilhado, se dê nas relações interpessoais e tecnologias e estratégias de intervenções inventadas para mediar a relação terapêutica, tais como as que compõe a reabilitação psicossocial. No entanto, este configura-se um campo de relação, onde um está a pensar o outro. Isto é, encontramos aqui uma relação que envolve um saber e um poder. A desinstitucionalização, não rompe com essa perspectiva relacional, que pode ser entendida pelo cuidado e que implica em um sujeito pensar o outro.

Encontramos estes enunciados no transcorrer da pesquisa, quando o trabalhador se coloca na posição do sujeito falante, ou através do projeto terapêutico, que o papel profissional da saúde mental, não nega a loucura enquanto condição subjetiva e se coloca à disposição para acompanhar as implicações de sofrimento que esta condição produz.

As relações de forças presentes no campo psiquiátrico e questionadas duramente pelo processo de desinstitucionalização enfocam os modos como o poder psiquiátrico cerceou e limitou o devir-louco a partir de práticas e dispositivos

arquitetônicos, conceituais, relacionais, objetivantes do sujeito, entre outros, e que retornam no campo da saúde mental, para serem problematizadas. Está visibilizado nas enunciações dos trabalhadores, a perspectiva de diferenciação destas práticas e das relações de poder que se produzem no interior da atenção psicossocial e do discurso desinstitucionalizante.

Foucault (1992) nos diz que todas as relações humanas estão intermediadas por relações de poder, e que estas, no entanto, só se fazem possíveis quando há possibilidades de resistência, isto é, quando estas pressuponham espaços de luta e enfrentamento. O poder se coloca aqui, não para pensarmos sobre quem exerce ou sobre quem se exerce, está para pensarmos como se exerce, qual sua função, neste momento e lugar, no campo da saúde mental.

A problematização acerca das relações de poder e de saber na micropolítica que se forjam nos CAPS tendo em conta, os pressupostos desinstitucionalizantes, que pretendem desenvolver processos flexíveis e de maior mobilidade, no sentido de comportar o inusitado, a criação, os movimentos nas tecnologias que se utilizam na atenção psicossocial; coloca-se como uma discussão importante, visto que de todo o modo se constroem mecanismos de reprodução e de limitação para os processos em curso.

As enunciações identificadas no decorrer do estudo, relacionam modos e práticas que nas suas diversas formas reproduzem as relações sociais, institucionais e relacionais do modo manicomial de atenção, no funcionamento dos espaços de atenção à saúde. Questões de ordem biopolítica, que derivam da inscrição da política de saúde mental, entre as políticas pública de saúde e que portanto, implicam em responder às finalidades deste tipo de ação, desde uma perspectiva governamental. Estas portam aspectos de regulamentação e neste caso especificamente, de normalização.

Em diferentes momentos do estudo emergem enunciações que visibilizam ações de individualização nas condutas técnicas, mantendo-se ainda orientação prescritiva; e também relações entre trabalhadores e usuários do sistema de saúde, onde é possível pensar o projeto terapêutico de forma compartilhada, respondendo à necessidade dos sujeitos, inaugurando relações com maior divisão de poder sobre o processo terapêutico.

Encontram-se presentes, nestas enunciações os processos de totalização, quando se pensa os modos de trabalho e os sujeitos para quem se voltam as

políticas públicas de modo uniforme e objetivante. A finalidade de inclusão social é um objetivo da atenção psicossocial, que pressupõe a normalização e a devolução do sujeito ao modo de vida padronizado e regulado da sociedade. Aqui a ação da norma e da normalização, trabalha para a inclusão do sujeito louco. Sendo esta uma ação de governamentalidade, e que não está assim enunciada, pelo conjunto dos trabalhadores ou em seus documentos, mas que se encontra problematizada, quanto uma função do trabalho em saúde mental, que transcende as questões relativas ao sofrimento do sujeito e que no entanto estão elencadas, como formas de vida satisfatória, respondendo assim aos padrões sociais.

Estas ações exercem-se não sobre as pessoas para quem a atenção psicossocial está voltada, mas certamente também para os trabalhadores que se agenciam por demandas relacionadas a estas ações de normalização e controle da vida no interior e exterior do serviço. As questões relacionadas aos princípios de humanização e condições de igualdade para todos, que mobilizam os trabalhadores para práticas de resolução e encaminhamento do modo como as pessoas vivem a vida, como habitam, se alimentam, se organizam na vida cotidiana, muito presente nas enunciações dos trabalhadores, se inscrevem em planos de regulação e controle biopolítico.

A coexistência de formas e modos de trabalho na atenção psicossocial, que se fazem presentes também na atenção psiquiátrica manicomial, inquieta os trabalhadores, e desencadeia dificuldades no exercício de seu papel profissional, visto problematizarem a questão de outra institucionalização a partir do CAPS, quando se alcança um status no regime de verdade na atualidade.

Este estudo se propôs a problematizar a desinstitucionalização e o modo psicossocial como uma nova formação discursiva para o campo da saúde mental. Produzindo através da criação de práticas e relações micropolíticas, alterações no modo de pensar e agir nos CAPS, na rede de saúde e na sociedade de modo geral referente ao fenômeno da loucura e do sofrimento psíquico. Operando assim para a produção de agenciamentos e processos de subjetivação, nos sujeitos envolvidos nesta área.

Os modos de subjetivação neste contexto, se referem aos processo contínuos de produção de modos de vida, sejam estes de potência ou de limitação dos processos de vida individual e coletiva. A subjetividade aqui entendida como a matéria-prima através da qual se inventa e experimenta modos de estar no mundo.

Para Foucault os modos de subjetivação, referem-se à arte da existência, construída a partir de procedimentos desenvolvidos pelos sujeitos, sobre si. Os modos de subjetivação estão em permanente produção, e se relacionam as lutas políticas que se colocam para os sujeitos em cada período, e as resistências que se desenvolvem, em relação às formas capitalísticas de subjetivação, ao assujeitamento e as politicas de dominação presentes no contemporâneo.

Os trabalhadores implicados na política de desinstitucionalização produzem modos de subjetivação, a partir das transformações que este discurso propõe no aspecto político, científico, técnico e social que afetam diretamente a vida dos sujeitos trabalhadores, desencadeando outras posturas e reflexões sobre si mesmo, sobre o outro, a loucura, o trabalho e o cotidiano vivido.

A perspectiva da potência do discurso da desinstitucionalização, para a produção de modos de subjetivação nos trabalhadores do CAPS, derivam dos agenciamentos e das afetações com o processo de trabalho, das relações vinculares, e de maior aproximação com situações de exclusão e violência à que pessoas com sofrimento psíquico, estão sujeitas em suas trajetórias de vida. Estes atravessamentos produzem mobilização e implicação subjetiva.

Deste modo, os trabalhadores dão a ver nos discursos produzidos uma perspectiva de trabalhar pelos direitos humanos de modo geral e de cidadania especificamente, incluindo aqui a luta pela inserção no mundo do trabalho, e por ações junto a sociedade que garantam igualdade e o enfrentamento do estigma.

A processualidade característica dos modos de produção se subjetividade, que sustentam o referencial teórico que trabalhamos ao longo do estudo, coloca o sujeito trabalhador, na mesma perspectiva que seu trabalho, ou seja, em produção. Em movimentos que respondem a forças externas e internas, na construção de territórios subjetivos e objetivos, na constituição enquanto sujeito e trabalhador de uma política pública e os atravessamentos que esta pressupõe.

Especificamente o discurso da desinstitucionalização, produziu transformações nos sujeitos trabalhadores pela implicação destes na construção de um regime de verdade, que coloca a loucura, como um modo de existência e de vida, com todas as prerrogativas desta proposição.

Os trabalhadores enunciam assim, a desterritorialização provocada pelas novas concepções acerca da loucura, a invenção e criação de novas tecnologias para as intervenções e acompanhamento do sujeito louco em sua situação de

existência, que não se limita aos sintomas e sofrimento, mas se estende ao seu modo de vida e as dificuldades inerentes da vida do individuo na contemporaneidade. As demandas da sociedade, em relação à normalização sejam pela centralização da atenção na medicalização, ou pela manutenção de práticas já superadas como a institucionalização por períodos indeterminados, entre outras, afetam o trabalhador e produzem a estagnação ou a regressão em avanços já alcançados em relação ao cuidado.

No entanto, muitas das proposições do discurso desinstitucionalizante visibilizadas nas enunciações no CAPS de Alegrete referem-se a uma posição de exigência em relação ao trabalhador, acerca deste comprometer-se com a construção de valores, de conceitos, de procedimentos, enfim com a produção deste discurso de forma integral. A perspectiva é de atuação em todos os aspectos de sua construção e desenvolvimento, na constituição dos saberes e no modo como os poderes transitam, são possibilitados e entendidos no interior do serviço. Esta demanda está presente no coletivo como excessiva e responsável por um efeito de desgaste do trabalhador, no aspecto de sua implicação com o processo.

Foucault problematiza as relações de poder-saber, nas relações de força consigo, em um processo de constituição de si, estas se engendram nas relações de trabalho, quando o sujeito desenvolve modos de vida, a partir de afetações que se produzem também pelo seu fazer profissional. Para este processo, no entanto fazem-se necessário procedimentos e técnicas que suscitem formas de conhecimento de si e modos de ser.

Os trabalhadores enunciam de diversas formas, nos escritos sobre a luta antimanicomial, nos materiais produzidos para a parada do orgulho louco, na produção deste evento, nas práticas cotidianas do trabalho no CAPS, o modo como o discurso da desinstitucionalização da loucura e o trabalho na atenção psicossocial, dispara uma série de procedimentos sobre si. Estes se referem a outras perspectivas na própria vida, tais como alterações em sua concepção acerca da loucura, em relação a alteridade, a preconceitos e estigma, a relações de afeto e amizade no interior do cenário de trabalho, a retomada de projetos e desejos interrompidos, tais como em relação ao estudo, entre outras mudanças em si e na sua vida.

Aspectos de afetação e modos de subjetivação produzidos por aproximação com o sofrimento, com a experiência da exclusão, rejeição e negação da sociedade

para com os sujeitos loucos, e com as situações de extrema vulnerabilidade que se coloca para a vida das pessoas e que mobilizam o trabalhador à assumir funções que transcendem as funções técnicas e o levam para a cena política, da administração, e outras, que se fazem necessárias para a produção do fazer no campo da saúde mental.

Os trabalhadores experimentam processos de agenciamento em relação a determinados objetivos e ações propostas no discurso desinstitucionalizante, desencadeando processos de subjetivação a partir destes. Entre os pressupostos do discurso da desinstitucionalização, que mobilizam os trabalhadores, produzindo afetação, posturas e atitudes de transformações e lutas, em sua forma de colocar-se frente ao outro e ao mundo de forma geral, encontramos enunciações referentes à humanização e igualdade, inclusão social e reinserção, normalização, e garantia de exercício dos direitos.

Os aspectos elencados anteriormente, já foram apontados neste trabalho, porém retomo aqui destacando, estas enunciações, para problematizá-los em relação à subjetivação produzida e sua função enunciativa, na produção do discurso de desinstitucionalização na atualidade.

A função das enunciações referentes a humanização e igualdade faz-se presente nas relações micropolíticas do serviço de saúde mental, estudado, e engendram relações de força sobre si, na constituição de um trabalhador de saúde mental, que assume maior permeabilidade nas relações que estabelece com o outro e transformando a natureza destas relações, se transforma a si mesmo, como está visibilizado nos ditos dos trabalhadores. Os trabalhadores de saúde mental encontra-se com o discurso de menor hierarquização nas relações, com o foco na pessoa que sofre, e assim uma posição de olhar o outro como se olha, faz um exercício de conhecimento de si, e de governo de si, para assim, estabelecer uma relação de humano para humano, no cuidado do outro.

As enunciações relativas a inclusão social, reinserção do sujeito em diferentes espaços institucionais da sociedade, como na família e no mundo do trabalho, se encontram presentes na micropolítica e na macropolítica dos serviços de saúde mental, e encontram função de resposta a demandas colocadas para o trabalhador de saúde, que precisa ter um produto de seu trabalho. É um modo de subjetivação que se relaciona ao caráter da função social de sua prática. Encontra-se relacionado a uma finalidade e a um objetivo da atenção psicossocial, e o trabalhador de saúde

mental se subjetiva na busca deste resultado. Desta maneira, responde à máquina social na qual está inserido neste caso, a saúde pública. Na atenção psicossocial, o desafio de acompanhar processos de pessoas que estiveram em situação de segregação social, na retomada da direção da própria vida, mobiliza subjetivamente o trabalhador. O alcance deste objetivo é a validação do discurso da desinstitucionalização. Enuncia-se que a loucura é uma possibilidade da subjetividade humana e deste modo pode ter seu lugar.

Nesta linha de argumentação a atenção psicossocial insere a loucura na maquina capitalística, onde há lugar e função social para todos, no mundo inclusivo, para tal se espera movimentos de normalização. Os modos de subjetivação do trabalhador de saúde mental encontram-se desafiados na produção deste resultado, visto o entendimento da loucura, enquanto devir, enquanto modos de produção de diferença, no sentido da criação, da produção de singularização e agenciamentos que não se conectam necessariamente aos modos instituídos de vida social. Assim, o trabalhador se desterritorializa, se mobiliza na constituição de territórios existenciais próprios, produzindo rupturas nos modos de ser trabalhador de saúde mental, padronizado e formatado na academia e na esfera profissional, para o exercício de um cuidado que o inclui na experimentação do sofrimento do outro, num modo de relação em que o trabalhador está subjetivamente acionado para o cuidado do outro.

E por último se faz visível, o trabalhador de saúde mental na defesa dos direitos e na garantia de exercício dos direitos das pessoas que estiveram internas por longos períodos, que foram segregadas socialmente e estiveram sob tutela, sem direito a decisões sobre a própria vida, e com limites no seu poder contratual e participativo na vida da sociedade. Esse é um aspecto do compromisso ético, previsto nos pressupostos da atenção psicossocial e que os trabalhadores enunciam fortemente em seus documentos, nas legislações, nas proposições do modelo de atenção e que desta forma, é um resultado do modo de relação que se estabelece, assim como produz um efeito ético, no corpo social. A proposição se refere a condição da loucura passar a ser ouvida, no aspecto individual e coletivo. Implica na possibilidade de contratualizar e de participar. Novamente aqui o exercício que o trabalhador exerce sobre si, transcende o privado, o individual e pressupõe uma publicização desta relação que deixa de ser voltada para o interior dos sujeitos e que ganha conotações de impacto no seu meio relacional e produz efeitos éticos na

sociedade. Essa perspectiva produz efeitos nos modos de ser deste trabalhador, que recusa uma atribuição de poder e tutela e que passa a uma modalidade de cuidado do outro, estabelecendo relação com esse sujeito, em todas as suas prerrogativas de vida.

Assim, o trabalhador se encontra com demandas do modelo de atenção psicossocial e com os limites que o modo de sociedade moderna impõe, ou seja, com os limites do modelo inclusivo, com aspectos de produção de normalização, com os limites de autonomia e poder decisórios que estão previstos de forma geral, também para os trabalhadores. Assim, os trabalhadores que também estão expostos aos limites de contratualidade vigentes no mundo do trabalho e da sociedade no modelo neoliberal, se encontram com perspectivas de produção destas relações e de potencializá-las no outro.

As trajetórias destes trabalhadores derivam das situações inesperadas, inusitadas do indivíduo ou do coletivo, que produz em si outros modos de subjetivação, com aspectos de criação e invenção de recursos, e com a perspectivas de ampliação do seu entorno e de universos de circulação para si e para o outro de forma a responder as necessidades do seu trabalho.

Os modos de subjetivação que se forjam nestas relações envolvem a transformação, a mobilização e coloca em questionamento o trabalhador em relação a sua própria verdade, ao si próprio enquanto um efeito desta trama discursiva que nomeamos desinstitucionalização.

Os resultados do presente estudo confirmam a tese construída de que o discurso da desinstitucionalização da loucura constitui-se como um novo regime de verdade no campo da saúde mental, observando-se que este materializa-se nos serviços de CAPS e respondem a um conjunto de enunciados que problematizam o paradigma psiquiátrico e constroem outros enunciados acerca da loucura, e dos modos de relação desta com a sociedade.

Entendemos que a constituição de políticas públicas, acolhendo este discurso o coloca no âmbito de uma política de verdade na sociedade contemporânea, com a construção de posturas de ordem política por parte dos trabalhadores que operam esse discurso. A verdade aqui compreendida como Foucault (1992 p. 14) propõe: "conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder [...] entendendo que trata-se do estatuto da verdade e do papel econômico−político que ela desempenha." O acontecimento

da reforma psiquiátrica e a criação de procedimentos e técnicas discursivas e não-discursivas produzidas para fazer funcionar o dispositivo da atenção psicossocial, forjando outra lógica para o entendimento da loucura na atualidade.

Os resultados deste estudo apontam que a produção do discurso da desintitucionalização afeta os modos de subjetivação dos trabalhadores e a micropolítica da atenção psicossocial. É possível essa tese, considerando as enunciações dos trabalhadores sobre processos de singularização, de agenciamentos e de práticas e cuidados de si, produzindo transformações nos modos de existência, implicando-se no cuidado do outro. A micropolítica do trabalho a partir do discurso da desinstitucionalização pressupõe a problematização dos saberes hegemônicos no campo psiquiátrico, as concepções de objetivação do sujeito do cuidado, as relações saber-poder entre as áreas que compõe o campo psicossocial, e as relações de caráter ético da sociedade com a loucura, elaborando assim outros enunciados, que colocam este discurso como uma política de verdade no campo da saúde mental.

Este configura-se um campo de constantes tensionamentos na disputa por afirmação de verdades e legitimidade. Ainda assim, possibilita processos de agenciamentos e multiplicidades nas relações que se produz com a loucura. Deste modo, as pesquisas nesta área das ciências da saúde não se esgotam, visto a complexidade dos processos que abordam. Assim, encontra-se os limites deste estudo, nas diversas possibilidades que se colocam como potentes para movimentar nosso pensamento no sentido da criação de novos aspectos a serem explorados. Lacunas se visibilizam, e deste modo desafiam a continuidade em outros estudos que assim como esse possam contribuir para a compreensão dos serviços de atenção psicossocial e os processos de desinstitucionalização neles desencadeados.

Referências

ALEGRETE. DEPCOM- departamento de comunicação. **Núcleo de tecnologia da informação.** Disponível em: <http://www.alegrete.rs.gov.br/site/>. Acesso em: 29 out. de 2011.

ALEGRETE, Saúde mental. Biruta na Rede: O Blog da saúde mental de Alegrete. http://birutanarede.blogspot.com.br/2011/10/saude-mental-coletiva-em-alegrete.html Acesso em: 15 jan. 2016.

ALVARENGA, A.R. **A loucura interrompida nas malhas da subjetividade manicomial.** Dissertação (mestrado) apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2004. Disponível em: <https://re**pos**ito**rio**.ufrn.br/jspui/handle/123456789/17427> Acesso em: 20 mar. 2014.

ALVARENGA, A. R. & DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação.** *10* (20), p.299-316. Botucatu, 2006.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: Outras histórias para a loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996. 141p.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 136p.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 120p.

AMARANTE, P. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia.** Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no1, jan-abr. 2009.

ANDRADE, A.P.M. **Sujeitos e(m) movimentos:** uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos *experientes*. Tese (Doutorado) Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/123456789/99241/1/309269.pdf.> . Acesso em: 04 mar. 2015.

ANTONACCI, M. H. **Trabalhadores do serviço social residencial terapêutico**: atores na reconstrução da vida fora dos muros do manicômio. 2011. 145p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Faculdade de enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Disponível em: <wp.ufpel.edu.br/pg**enfermagem**/files/2015/.../d645920e395fedad7bbbed0eca3fe2e0.p> Acesso em: 12 Abr.2014.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho:** ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2003. 264p.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 14ª ed. São Paulo: Editora Cortez, 2010. 213p.

ARANHA, S; ANA, L. **Enfermagem em saúde mental:** a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial. Tese (Doutorado)Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003. 310 p. Disponível em: < http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-25112004-135231/pt-br.php>. Acesso em: 21 out. 2015.

ARENDT, H. **A condição Humana**. 10 Ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2007. 352p.

ARGILES, C.T.L. **A produção de subjetividade no modo de atenção psicossocial**. Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em enfermagem da UFPEL. 2012. Disponível em: www.pgenfermagem.ufpel.edu.br Acesso 15 mai. 2014.

BARONI, D. P. M., VARGAS, R. F. S. E CAPONI, S. N.Diagnóstico como nome próprio. **Psicologia & Sociedade**; 22 (1): 70-77, 2010.

BRANCO, G.C. As resistências ao poder em Michel Foucault. **Rev. Transformação.** São Paulo, 24: 237-248, 2001.

BARBOSA, M.A.S, JUNIOR, A.M. Da disciplina ao controle: novos processos de subjetivação no mundo do trabalho. **Política & Sociedade** - Florianópolis - Vol. 11 - Nº 22 - Novembro de 2012.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática - Conferências no Brasil.Tradução Sônia Soianesi, Maria Celeste Marcondes. São Paulo: Ed. Brasil debates, 1979.137p.

BASAGLIA, F. Lezione/conversazione com gli infermarieri. In: Mauri, D (a cura di**). La Libertà è terapêutica? L'esperienzia psichiatrica di Trieste**. Milano: Feltrinelli, 1983. P. 41-7.

BASAGLIA, F. (org.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Graal, 1985. 326p.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.** Amarante, Paulo. (org). Tradução de Joana Angélica Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. 331p.

BASAGLIA, F**. l'Instituzione negata**. Milano.5ªed. Editora Baldini&Castoldi s.r.l – 2014. 380p.

BASAGLIA, F**. Presentazione a Che cos'è la psichiatria?** Milano, BaldiniCastoldi, 2014a. 298p.

BATISTA, J.L.C**.** GUIMARÃES JR. A gestão do trabalho, do homem e da vida a partir do pensamento de Michel Foucault. **Kínesis**, Vol. I, n° 02, Out-125, 2009, p. 124 – 133.

BATISTA, G. **A construção e a desconstrução da psiquiatria:** práticas desenvolvidas nos serviços de saúde mental. Abrapso. Disponível: em www.abrapso.org.br. Acesso em 01 nov. de 2013.

BENDASSOLLI, P. F. **Trabalho e identidade em tempos sombrios**. Aparecida/São Paulo: Idéias & Letra, 2007. 310p.

BERNARDES, A. HOENISCHI, J.C.D. Subjetividade e identidades: possibilidades de interlocução da psicologia social. In: Guareschi, N.M.F e Bruschi, M (orgs.). **Psicologia social nos estudos culturais: perspectivas e desafios para uma nova psicologia social**. Petropólis, Vozes. 2003. 240p.

BERNARDES, A.G. GUARESCHI, N.M.F. Trabalhadores de saúde mental: Cuidados de si e formas de subjetivação. **Psicologia USP**. 2004, 15 (3), 81-101.

BERNARDES, A.G. GUARESCHI, N.M.F. Estratégias de Produção de Si e a Humanização no SUS. **Psicologia Ciência e Profissão,** 2007, 27 (3), P.462-475.

BEZERRA, J.R.B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 17(2):243-250, 2007.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, B. AMARANTE , P. (orgs.) **Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relime-Dumará, 1992. P. 71-90.

BOBBIO, N. **A era dos direitos.** 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 212 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferencia Regional de Reforma dos serviços de saúde mental :** 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde**.** Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Versão 2012 – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. www.saude.gov.br/mental. Acesso em 06/12/2015.
BUARQUE, Cristovam. O que é apartação: o apartheid social no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1993.

CAMBI, F**. História da Pedagogia**. São Paulo: UNESP, 1999. 700p.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1992. 220p.

CAMPOS, G. W. **Um método para analise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2000. 236p.

CAMPOS, C.M.S; SOARES, C.B**.** A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência & saúde coletiva** 8(2):621-628. Rio de Janeiro, 2003.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006 [1966]. 307p.

CARDOSO Jr, H.R. Para que serve uma subjetividade? Foucault, Tempo e Corpo. **Revista Psicologia: Reflexão e Critica**. 2005, 18 (3) p.343-349.

CARVALHO, M.C. Os desafios da desinstitucionalização. IN: FIGUEIREDO, AC; CAVALCANTE, MT (org.). **A reforma Psiquiátrica e os desafios da desinsitucionalização.** Edições CUCA-IPUB. Rio de Janeiro, 2001. 09-38p.

CARVALHO, A.F. **História e subjetividade no pensamento de Michel Foucault.** Tese apresentada ao departamento de filosofia, letras e ciências humanas da USP. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/FILOSOFIA/Teses/ALEXANDRE_FILORDI_CARVALHO.pdf> . Acesso em: 10 jun. 2015.

CASTEL, R. **A ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** Rio de janeiro; Graal, 1978. 329p.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault:** um percurso pelos temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. 608p.

CECILIO, L.C. A morte de Ivan Ilitch Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface-Comunicão, Saúde, Educação.** Botucatu**,** v.13, n. 1, p.545-555, 2008.

CECILIO, L.; MERHY, E. A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. p. 197-210.

COIMBRA, C; NASCIMENTO, M. L. **Análise de implicações**: desafiando nossas práticas de saber/poder. www.infancia-juventude.uerj.br/pdf. Acesso em 10/10/12.

COIMBRA, C. Os caminhos de Lapassade e da análise institucional. **Revista do departamento de psicologia da Universidade Federal Fluminense**, 7(1), 52-80. 1995.

COSTA, M.V. Currículo e política cultural. IN: COSTA Maria Vorraber**. O currículo nos limiares do contemporâneo.** Rio de Janeiro: DP&A, 2001. 176p.

COSTA, A.S.M. Estruturalista,pós-estruturalista ou pós-moderno? Apropriações do pensamento de Michel Foucault por pesquisadores da área de administração no

Brasil. **Revista Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte –v. 6,· n. 13 p. 69-89, jan/abr. 2012.

COSTA-ROSA, A**.** O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaios-subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p.141-168.

DANNER F. **Biopolítica e liberalismo**: a crítica da racionalidade política em Michel Foucault. Tese apresentada ao PPG-PUCRS.Porto Alegre, Agosto de 2011. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/3504>. Acesso em: 02 mai. 2015.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. http://www.dudh.org.br/definicao/. Acesso em 13/04/2015.

DELL'ACQUA G, MEZZINA, R. Resposta à Crise in: DELGADO J. Org. **A Loucura na sala de Jantar**. Ed. Resenha. Santos, 1991. 127p.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de janeiro: Editora 34, 1992. 232p.

DELEUZE, G. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva, 1998. 342p.

DELEUZE, G. **Gillez Deleuze**: Uma vida filosófica. ALLIEZ, E. (org). São Paulo: Ed. 34, 2000. 560p.

DELEUZE, G**. Empirismo e subjetividade: Ensaio sobre a natureza humana segundo Hume.** Tradução de Luiz B. L. Orlandi. Coleção Trans.; - 1ª edição . Editora 34. São Paulo, 2001. 129p.

DELEUZE, G. **Foucault.** São Paulo: Editora Brasiliense, 2005. 142p.

DELEUZE, G. **O abecedário de Gilles Deleuze.** transcrição integral do vídeo, para fins exclusivamente didáticos. Disponível em: http://stoa.usp.br/prodsubjeduc/files/262/1015/Abecedario+G.+Deleuze.pdf. Acesso em 12/12/2014.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**: Capitalismo e esquizofrenia. Vol. 1. São Paulo: Ed. 34, 1995. 94p.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O Anti-Édipo**: Capitalismo e esquizofrenia. Lisboa: Assirio e Alvim, 2004. 559p.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos.** Trad. Eloisa Araújo Ribeiro, São Paulo: Escuta, 1998, 184p.

DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F. Prevenir a prevenção. In: NICACIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 65-87.

DELGADO J. Org. **A Loucura na sala de Jantar**. Ed. Resenha. Santos, 1991. 127p.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET C. **Psicodinâmica do trabalho**. Org. Maria I S Betiol.São Paulo: Ed Atlas, 2011. 152p.

DELGADO, P. G. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. **Saúde em foco: informe epidemiológico em saúde coletiva.** Rio de Janeiro, ano IV, n. 16, p. 41-3, nov. 1997.

DEMO, P. **Charme da exclusão social**. Campinas: Autores Associados, 1998. 125p.

Disponível em: http://www.dicio.com.br/militancia/. Acesso 27 jan. 2016.

DREYFUS, H.; RABINOW, P.; Michel Foucault: **Uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. 239p.

ESCOREL, S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 276p.

FAGUNDES, S. Saúde mental coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. Saúde Mental Coletiva, **Revista do Fórum Gaúcho de Saúde Mental**. Da Universidade da Região da Campanha – FAT / URCAMP, v.1, n.1, jun., p.51-57, 1993.

FASSIN, D. “Marginalidad et marginados. La construction de la pauvreté urbaine em Amérique Latine”. In: PAUGAM, S., op. cit, 1996. p.263-271.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA-SIEGFRIED EMANUEL HEUSER. **Estatística populacional.** Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/capa/index.php.> Acesso em: 29 out. de 2011.

FERREIRA, V.S.C. **Micropolítica do processo de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS):** território de produção de cuidado e subjetividades. Tese de doutorado (Clínica Médica). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/vitoria-solange-ferreira-micropolitica-processo-trabalho-acs.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2015.

FISCHER, R.M.B. **Trabalhar com Foucault:** arqueologia de uma paixão. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012. 113-132p.

FLEURY, S. Democracia e saúde: algumas considerações políticas, In: Fleury, S. org. **Saúde: coletiva? Questionando a omnipotência do social**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

FONSECA, T.M.G**. O acontecimentalizar nos modos de trabalhar, modos de subjetivar:** por uma ontologia histórica. www.crpsc.org.br/. 2009. Acesso em 06/10/12.

FOUCAULT, M. A constituição histórica da doença mental. In: FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia.** Tradução de Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 77-88.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado, 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980. 241p.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências** humanas. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1981. 537p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1992. 295p.

FOUCAULT, M. **A casa dos loucos.** In: Machado R (org.) Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1992a. p. 113-128.

FOUCAULT, M. **O que é o Iluminismo?** Traduzido a partir de FOUCAULT, Michel. *Dits ET Écrits.* Paris: Gallimard, 1994, Vol. IV, pp. 679-688, por wanderson flor do nascimento. Disponível em: espaço Michel Foucault – www.filoesco.unb.br/foucault. Acesso em 22/11/2015.

FOUCAULT, M. Introdução à Vida Não-Facista. IN: PELBART, P.P, ROLNIK, S. (org.) **Cadernos de Subjetividade:** Gilles Deleuze. PUC São Paulo. v.1, n.1 junho, 1996.

FOUCAULT, M. **A história da loucura.** São Paulo: Ed. Perspectiva, 1999. 551p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir:** nascimento das prisão. Tradução de Raquel Ramalhete. 22ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. 288p.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos V.5.** Ética, sexualidade e política. MOTTA, MB (org.)Tradução de Elisa Monteiro e Inês A. D. Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. 321p.

FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade**. Trad.Maria Ermantlna Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 382p.

FOUCAULT, M. A Vida: a experiência e a ciência. In: MOTTA, M.B. (org) Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Ditos e Escritos II.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005a. p. 352-66.

FOUCAULT , M . **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 561p.

FOUCAULT, M. **O nascimento da biopolítica.** Curso dado no College de France (1978-1979). Tradução: EDUARDO BRANDÃO. São Paulo: Martins Fontes, 2008a. 474 p.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade I**: A vontade de saber. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007a. 246p.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade II**: O uso dos prazeres. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007b. 223p.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade III**: O cuidado de si. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007C. 246p.

FOUCAULT, M. O sujeito e o Poder. In: Dreyfus H.L e Rabinow. P. Michel Foucault. **Uma trajetória Filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. 230-249p.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos V.1**. Problematização do sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanalise. 3º ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. 404p.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito.** Ed. WMF Martins Fontes Ltda. São Paulo, 2011. 674p.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso:** aula inaugural no Collège de France. Pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução Laura Sampaio. 22ª Ed. São Paulo: Editora Loyola, 2012. 79p.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico:** curso dado no Collège de France. (1973-1974).TraduçãoEduardo Brandão.. 2ª Ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2012a. 528p.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber.** Tradução Luis Felipe B. Neves, 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013. 124p.

FOUCAULT, M. **Do governo dos Vivos**: curso dado no *Collège de France* 1979-1980 (excertos). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2014. 130p.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos IV.** Estratégia poder-saber. In: Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015. p.203-222.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos X.** Subjetividade e Verdade. In: Filosofia, diagnóstico do presente e verdade. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014a. p. 347-355.

FREIDSON, E. **Renascimento do Profissionalismo**: teoria, profecia e política. São Paulo: USP, 1998. 280p.

GARCIA, M. M. A. **Pedagogias críticas e subjetivação**: uma perspectiva foucaultiana. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002. 188p.

GASTÃO, F. N.; CAMPOS, G. W. S. Instituições de “portas abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base/comunitária/territorial. **Revista de Terapia Ocupacional.** São Paulo, v.16, n. 1, p. 40-46, jan./abr., 2005.

GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC; 1988. 160p.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1999. 312p.

GROS, F. Situação do curso. IN: FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito.** Ed. WMF Martins Fontes Ltda. São Paulo, 2011. 613-632p.

GRABOIS, P. Sobre o cuidado de si e o cuidado dos outros no ultimo Foucault: um recuo histórico à Antiguidade. **Ensaios Filosóficos,** Volume III – abril/2001. P. 105-119.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR. Prefeitura Municipal de São Paulo. São Paulo, 1992. 629p.

GONÇALVES, L.L.M. **A gestão autônoma da medicação numa experiência com usuários militantes da saúde mental.** Tese (Doutorado) apresentada na Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP : [s.n.], 2013. Disponível: < http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000908438>. Acesso em: 22 jul. 2015.

GUATTARI, F. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 1992. 192p.

GUATTARI, F. Da produção de Subjetividade. In: PARENTE, A. (org.). **Imagem-máquina:** a era das tecnologias do virtual. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993, p. 177-191.

GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1986. 229p.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolitica**: cartografias do desejo. 11ª Ed.Petrópolis: Ed. Vozes, 2011. 439p.

GUIDO, H.; GUIDO, L.E. Pós-estruturalismo sem estruturalismo: Para além do temor da escrita, uma leitura de Deleuze. IN. CREMONEZI AR. BAPTISTELLA R. **Sociedade Pós-Moderna:** Luzes e Sombras. Nova Petrópolis, 2011. 89-99p.

GUIMARÃES, J; MEDEIROS S. M; SAEKI, T.; ALMEIDA, M. C. P. Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 5-11, maio/ago. 2001.

GRISCI, CLI. Trabalho imaterial, controle rizomático e subjetividade no novo paradigma tecnológico. **RAE- eletrônica** - v. 7, n. 1, Art. 4, jan./jun. 2008.

HADDOCK-LOBO R. História da loucura de Michel Foucault como uma "história do outro". **Veritas.** Porto Alegre v. 53 n. 2 abr./jun. 2008 p . 51-72.

HARNECKER, M. **Los conceptos elementales del materialismo histórico**. Mexico: Siglo Veintiuno editores SA, 1972. 339p.

HARDT, M.; NEGRI, A. **O império**. 7ª Ed. Rio de Janeiro**:** Ed. Record, 2005. 501p.

HARVEY, DAVID. **Condição pós-moderna**. 23ª ed. São Paulo: Ed. Loyola Jesuitas. 2012. 341p.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Paz e Terra, 1989. 158p.

HENNING, P.C. **Efeitos de sentido em discursos educacionais contemporâneos: produção de saber e moral nas ciências humanas.** Tese de Doutorado - Educação-UNISINOS. São Leopoldo, 2008. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/2079/paula%20correa.pdf?sequence=1>. Acesso em: 01 abr. 2015.

HENNIGEN I; GUARESCHI N.M.F. A subjetivação na perspectiva dos estudos culturais. **Psicologia da Educação**, São Paulo, 23, 2º sem. de 2006. PP. 57-74.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=430040#>. Acesso em: 29 out. 2015.

JUSBRASIL.http://direitoeliberdade.jusbrasil.com.br/artigos/142841209/direitos-humanos-historia-fundamentos-e-criticas. Acesso em 13/04/15.

KANTORSKI, L. P. Projeto de Pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil (CAPSUL). Pelotas, 2006. Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/feo/capsul.php. Acesso em 24/04/2012.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; COIMBRA, V. C. C.; HYPÓLITO, A. M.; GUEDES, A. C.; MEIRELES, M. C.; CLASEM, B. N.; CAVADA, C. T. Avaliando a política de saúde mental num CAPS: a trajetória no movimento antimanicomial. **Estudos e Pesquisas em Psicologia.** Rio de Janeiro, n.1, p.242-263, 2010.

KANTORSKI, L. P; GUEDES A. C; FEIJÓ, A. M; HISSE, C. N. Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um caps: contribuições para a enfermagem. **RevistaTexto-Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2013 Out-Dez; 22(4): 1022-9.

KANTORSKI, L. P. Projeto de Pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil (CAPSUL II). Pelotas, 2011. Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/feo/capsul.php. Acesso em 24/04/2014.

KONDER L. **O que é dialética.** 5ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1982. 88p.

LAZZARATO, M.; NEGRI, A. **Trabalho imaterial: formas de vida e de subjetividade.** Rio de Janeiro: DP&A. 2001. 112p.

LEAL, G.F. **A noção de exclusão social em debate: aplicabilidade e implicações para a intervenção prática**. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, Setembro de 2004. www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/.../ABEP2004_42.pdf. Acesso em 22/08/2015.

LIMA, JR., BENVENUTO, J. **Os direitos humanos econômicos, sociais e culturais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. 222p.

LOCKE, J. **Ensaio acerca do entendimento humano**. Tradução Anoar Aiex. Editora Nova Cultural. São Paulo, 1999. 821p.

LOCKE, J. **Segundo tratado sobre o governo.** 2ª ed. São Paulo: Martin Claret, 2006. 174p.

LOCKMANN, K. **Inclusão Escolar: saberes que operam para governar a população**. Dissertação (Mestrado em Educação) UFRGS. Porto Alegre, 2010. 180 f. Disponível em: < http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/21420>. Acesso em: 12 jun. 2015.

LOCKMANN, K. Medicina e inclusão escolar: estratégias biopoliticas de gerenciamento do risco. IN: **Inclusão e Biopolitica.** FABRIS. E, KLEIN. R. (org) . Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2013. 224p.

LOPES, P.C. **Pragmática do desejo:** Aproximações a uma teoria da clínica em Felix Guatarri e Gilles Deleuze. 1996. 158p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

LOURAU, R. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. In:RODRIGUES, H. B. C. (Org.). **René Lourau na UERJ**. Rio de Janeiro:UERJ, 1993. 120p.

LUNARDI, M.L. Inclusão/exclusão: duas faces da mesma moeda. Revista Educação Especial, n. 18, 2001.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In. FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 10 ed. Rio de Janeiro: Ed Graal Ltda, 1992. p. 07- 23.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. As políticas que incidem sobre a vida. **Estudos e pesquisas em psicologia.** UERG, Rio de Janeiro, ano 10, ano 1, p. 118-133. 2010. HTTP://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigo/pdf/v10n1a09.pdf.

MACHADO, R. **Danação da norma:** medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 277p.

MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006. 204p.

MANCEBO, D. Modernidade e produção de subjetividades: breve percurso histórico**. Revista Psicol. cienc. prof.** vol.22 no.1 Brasília Mar. 2002.

MANSANO, S.R.V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na Contemporaneidade**. Revista de Psicologia da UNESP***, 8*(2). 2009.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status.** Rio de Janeiro: Zahar, 1967. 57-114p.

MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Ed. Nova cultural, 1996. 473p.

MARTINS, A.L.B. **O Governo da Conduta:** o poder médico e a liberdade dos indivíduos na sociedade contemporânea. (Tese de Doutorado) Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP. Campinas, 2012. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000873641>. Acesso em: 02 ago. 2015.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: CAMPOS, C.R.et al (org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E, E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2005. 189p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Mapas analíticos**: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. 2007. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf> Acesso em: 10 out. de 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 2010. 269p.

MORAES A. L. **Governamentalidade e autoridade na educação: a conduta ética como ação política em foucault.** Tese em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul — UFRGS. Porto Alegre, 2015. Disponível: < http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/117824>. Acesso em: 13 set. 2015.

NARDI, H.C. **Trabalho e Ética:** os processos de subjetivação de duas gerações de trabalhadores metalúrgicos e do setor informal (1970-1999).Tese de Doutorado em Sociologia, UFRGS. Porto Alegre, 2002. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/29733146 >. Acesso em: 14 ago. 2015.

NARDI, H.C. Saúde do trabalhador, subjetividade e interdisciplinariedade. IN: MERLO, A.R.C. (org.) **Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul:** a realidade, pesquisa e intervenção. Porto Alegre. Editora da UFRGS, 2004.

NARDI, H.C.; TITTONI, J.; BERNARDES, J. Subjetividade e trabalho. In: CATTANI, A. D. (org.) **Dicionário crítico de trabalho e tecnologia**. Petrópolis: Vozes, 1997, p. 240-46.

NARDI, H. C; TITTONI, J; GIANNECHINI, L;RAMMINGER, T. Fragmentos de uma genealogia do trabalho em saúde: a genealogia como ferramenta de pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4):1045-1054, jul-ago, 2005.

NASCIMENTO, E. P. **A exclusão social na França e no Brasil: situações (aparentemente) invertidas, resultados (quase) similares?** In: DINIZ, E.; LOPES, J.S.L; PRANDI, R. (orgs.). São Paulo: Hucitec/Anpocs/Ipea, 1994a. Pp.289-303.

NASCIMENTO, E. P. Hipóteses sobre a nova exclusão social: dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. **Cadernos CRH**, jul-dez./1994b, pp.29-47.

NIETSZCHE, F. **Humano, demasiado humano.** In: Coleção os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 1991. 320p.

NIETSZCHE, F. **Vontade de potência.** Trad. Mario Ferreira dos Santos. Petropolis Editora Vozes, 2011. 528p.

NICACIO, M.F.S. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. Tese (Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP : [s.n.], 2003. Disponível na < Ibict bdtd.ibict.br/>. Acesso em 11/10/15.

NUNES, E.D. (Org). **Juan César Garcia:** pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez – ABRASCO, 1989. 238 p.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de Centros de atenção Psicossocial, Bahia e Sergipe. **Revista de Saúde Pública**, 2009;43(Supl. 1):101-108.

OLIVEIRA, A.G.B. ALESSI, N.P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1):191-203, 2005.

OLIVEIRA, J. A. M.; PASSOS, E. Novos perigos pós-desospitalização: Controle a céu aberto nas práticas de atenção e gestão em saúde mental. In: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. **Conexões: saúde, coletivas e políticas de subjetividade.** São Paulo: Hucitec, 2009. p. 322-341.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/whr/> Acesso em: 10 de out. de 2011.

ORTEGA, F**. Amizade e estética da existência em Foucault**. Rio de janeiro: Graal, 1999. 190p.

ORTEGA, F**.** Da ascese à bio-ascese ou do corpo submetido à submissão do corpo; In: **Imagens de Foucault e Deleuze:** ressonâncias nietzschianas; orgs. Margareth Rago, Luis B. L. Orlandi, Alfredo Veiga-Neto; Rio de Janeiro: DP&AEditora; 2002. 139-173p.

PAUGAM, S. **Introduction: la constituition d'um paradigme**. **Conclusion**, in: PAUGAM, S., op. cit., 1996, pp.7-18, 565-577.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** Jan-Abr 2000, Vol. 16 n. 1, pp. 071-079. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v16n1/4390.pdf. Acesso em 10-04-2016.

PATTON, M. Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1987. 20p.

PELBART, P. P. **A Nau do tempo-rei:** sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Ed Imago, 1993. 130p.

PELBART, P. P.. **Vida capital**: Ensaios de biopolítica. São Paulo: Ed. Iluminuras, 2003. 252p.

PITTA, A.M.F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (12):4579-4589, 2011.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Bahia, v.13, p. 83-92, 2000a.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasilia, V.53, n.2, p 251-263, abr/jun. 2000b.

POMBO C. O corpo da estética: arte e natureza em Gilles Deleuze. IN: LINS D. GADELHA S. **Nietzsche e Deleuze:** que pode o corpo. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará, 2002. 140p.

RAMMINGER T. **Trabalhadores de saúde mental:** reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental. Dissertação de mestrado PUC-RS. Porto Alegre, 2005. Disponível em: < http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/5675>. Acesso em: 17 mai. 2015.

RAMMINGER, T. **Cada Caps é um Caps: a importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental.(**Tese) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca: Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: < http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/2551>. Acesso em: 04 mai. 2015.

RAMMINGER, T. **Trabalho e saúde mental:** a ética do cuidado de si como condição para o cuidado do outro. www.abrapso.org.br/.../acesso em 11/10/12.

RANIERI, J. **A câmara escura: Alienação e estranhamento em Marx.** São Paulo, SP: Boitempo. 2001.174p.

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético política para oficinas terapêuticas. In P. Amarante Org., **Ensaios:Subjetividade, saúde mental, sociedade** (pp. 267- 277). Rio de Janeiro: Fiocruz.2006.

RESENDE, H. (2000). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In Tundis,S. & Costa, N. (orgs.). **Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil.** (pp.15-74). Petrópolis: Vozes.

REVEL, J. **Michel Foucault: Conceitos essenciais.** São Carlos: Claraluz, 2005. 96p.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**. Porto Alegre: Sulina - UFRGS, 2006. 248p.

ROSE, N. Como se deve fazer a história do eu? **Educação e Realidade**, v.22, n. 1, PP. 33-57. 2001.

ROTELLI, F. A instituição Inventada. IN: ROTELLI, F; DE LEONARDIS; MAURI D**. Desinstitucionalização**. São Paulo: 2ªed. Editora Hucitec, 2001. P.89-100.

ROTELLI, F; DE LEONARDIS; MAURI D. **Desinstitucionalização.** São Paulo: 2ªed. Editora Hucitec, 2001. P.89-99.

ROUSSEAU, J.J. **O Contrato Social.** editora: L&PM. Porto Alegre. 2007. 200p.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. 10ª ed. Editora Afrontamento, 1998. p 58.

SANTOS, I. M. **Inclusão escolar e a educação para todos**. Tese(doutorado)Educação. UFRGS,Porto Alegre, 2010. 210f. Disponível em: < http://www.michelfoucault.com.br/files/Inclus%C3%A3o%20escolar%20e%20a%20educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20todos.Iolanda%20Montano%20dos%20Santos.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2015.

SANTOS, P.A.C; SOUZA, A.V.M; SANTOS, V.S. O conceito de implicação em práticas de análise institucional contemporânea. V colóquio internacional educação e contemporaneidade. São Cristovão-SE, 2011.

SANTOS, I.M; Klaus V. A inclusão e o sujeito empresário de si. IN: FABRIS ETH; Klein R.(org) **Inclusão e Biopolitica**. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2013. p.61-78.

SARACENO, B. Lo biológico y lo social en el abordaje de la teoría y Prática de la salud mental .In: RODRIGUES, M. I.(Org.). **Lo biológico y lo social sua articulação en la formación del personal de salud**. Washington; OPS/OMS. 1994, p.101 – 118.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: Da reabilitação psicossocial à cidadania Possível.** Rio de Janeiro, 2ª ed. Te Corá Editora, 2001a, 178p.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial. In: PITTA. A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo, 2ª ed. Editora Hucitec, 2001b. p 8-13.

SAWAIA, B. Introdução: exclusão ou inclusão perversa?, in: SAWAIA, B., **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial de ética da desigualdade social.** Petrópolis: Vozes, 2001. Pp.7-13.

SCARCELLI, I.R. **Entre o hospício e a cidade**: Dilemas no campo da saúde mental. São Paulo: Zagodoni, 2011. 192p.

SILVA, L.M. **Trabalho em grupo e sociabilidade privada.** São Paulo: Editora 34, 2004. P. 147 -151.

SILVA, M.A.S.M. Sobre a análise do discurso. **Revista de Psicologia da UNESP**, 4(1), 2005 p.16-40.

SILVA, R.C A. Cultura, subjetividade e as organizações na contemporaneidade. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza – Vol. X – Nº 3 – p. 735-756 – set/2010.

SILVA, M.L. Michel Foucault e a genealogia da exclusão/inclusão: o caso da prisão na modernidade. **Revista História&Cotidiano**. Disponível em: http://mozartls.blogspot.com.br/2008/10/michel-foucault-e-genealogia-da.html Acesso em 28/04/2015.

SILVA, I.C.; BRITO, J.P.N.; MORAES A.F. **Relações de Trabalho, Subjetividade e Objetividade:** uma reflexão teórica acerca dessas três instâncias no contexto organizacional. Disponivel em :www.aedb.br/.../261_261. Acesso em 26/04/2014.

SOARES, L. B.; MIRANDA, L. L. Produzir subjetividades: o que significa? **Estudos e Pesquisa em Psicologia. UERJ**, Rio de Janeiro, n. 2, p.408-424, 2009. Disponível em: <www.revispsi.uerj.br> Acesso em: 19 set. 2011.

SOUZA, J; KANTORSKI, L.P; LUIS, M.A.V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

SPINK, M. J. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. In: **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: v. 17, n.6, p. 1277-1311, 2001.

STASSUN, C. C. S.; ASSMANN, S. J. Dispositivo: Fusão do objeto e método de pesquisa em Michel Foucault. **Cad. de Pesq. Interdisciplinar em Ci-s Hum-s.,** Florianópolis, v.11, n.99, p. 72-92, jul/dez. 2010.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a transformação do sujeito na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 49-61, 2001.

TESSER, C.D.; SOUZA, I.M.C. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.2, p.336-350, 2012.

TITTONI, J. (1994). **Subjetividade e trabalho**. Porto Alegre, 1994.180p.

TORRE, E.H.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

TORRE, E.H.; AMARANTE, P Michel Foucault e a "história da loucura": 50 anos transformando a história da psiquiatria. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.** ISSN 1984-2147, Florianópolis, 2012. V. 3, n. 6, p. 41-64.

VASCONCELOS, E. M Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. IN: AMARANTE, PAULO. **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2006. p.169-191.

VAZ, A.M.G. Exclusão social: novos e velhos dilemas. **Revista Emancipação**, 2(1): 105-127, 2002.

VAZ, A. A igualdade pensada e a igualdade possível: reflexões sobre o conceito de igualdade em Hobbes, Locke e Rousseau e considerações sobre sua aplicabilidade. **Revista Iluminart do IFSP**. V 1 n 4. Sertãozinho – Abril de 2010. Disponível em: www.cefetsp.br/.. Acesso em 10/10/2015.

VEIGA-NETO, A. Educação e governamentalidade neoliberal: novos dispositivos, novas subjetividades. In: CASTELO BRANCO, G.; PORTOCARRERO, Vera. (Orgs.). **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: Nau, 2000. p.179-217.

VEIGA-NETO A. Incluir para saber. Saber para excluir. **Revista Pro-posições**, v. 12, n. 2-3 (35-36). jul.-nov. 2001.

VEIGA-NETO, A. **Foucault e a Educação**. Belo Horizonte: Autentica, 2003. 160p.

VEIGA-NETO, A. LOPES, M.C. Rebatimentos: a inclusão como dominação do outro pelo mesmo. IN: MUCHAIL, S.T.; FONSECA, M.A.; VEIGA-NETO, A. **O mesmo e o outro: 50 anos de História da Loucura.** Ed. Autêntica. Belo Horizonte, 2013.

VENTURINI, E.; GALASSI, A.; RODA, A.; SERGIO, E.;Habilitar-se em saúde mental. Arquivos brasileiros de Psicologia . v. 55, n.1, 2003. Rio de Janeiro. arquivosbrap@psicologia.ufrj.br**.** Acesso em 10 de out. 2015.

VIVAR Y SOLER, R.D. Uma história Política da subjetividade em Michel Foucault. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 20-n.2, p. 571-582, Jul./Dez.2008.

VOSS, J.; NAVARRO, P. A noção de enunciado reitor de Michel Foucault e a análise de objetos discursivos midiáticos**. Linguagem em (Dis)curso**. Tubarão, SC, v. 13, n. 1, p. 95-116, jan./abr. 2013.

YASUI, S. **Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**.** Tese de doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006. 208p.

ZARIFIAN, P. Engajamento subjetivo, disciplina e controle. **Novos Estudos Cebrap** V. 64, São Paulo, 2002, p. 23-31.

Apêndices

Apêndice A

Carta de autorização para utilização de dados da Pesquisa CAPSUL

Ilma Sra. Luciane Prado Kantorski
Coordenadora da Pesquisa CAPSUL

Pelotas, ____ de _____de 2014.

Prezada Senhora

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio desta solicitar a V. Sª. a liberação e autorização para utilizar os dados da pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul – CAPSUL, em suas duas edições (CAPSUL I e CAPSUL II).

A transcrição das entrevistas e os diários de campo serão utilizados para desenvolver a pesquisa intitulada **"Os modos de subjetivação e a produção micropolítica dos trabalhadores de saúde mental, nos processos de desinstitucionalização**".

Assumo desde já, o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos no estudo, em consonância a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, que trata de Pesquisa envolvendo Seres Humanos e com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, capitulo III, artigos 89, 90,91 e artigos 94 e 98.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço, colocando-me ao seu dispor para quaisquer esclarecimentos.

_____

Enfª Dda. Carmen Terezinha Leal Argiles

Pesquisadora

Contato: E-mail: carmen_argiles@yahoo.com.br (53)99831878

Ciente. De acordo_____Data__/__/__

Apêndice B

Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Resolução 466/12 do Ministério da Saúde)

Pesquisa: **Modos de subjetivação e os processos micropolíticos na perspectiva da desinstitucionalização da loucura**

Orientadora: Luciane Prado Kantorski
E-mail: kantorski@uol.com.br
Co- orientadora: Ana Paula Müller Andrade
E-mail: psicopaulla@yahoo.com.br
Orientanda: Carmen Terezinha Leal Argiles
E-mailcarmen_argiles@yahoo.com.br
Tel: (53) 9983-1878

Eu, Carmen Terezinha Leal Argiles, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, estou desenvolvendo a pesquisa que tem como objetivo geral: Problematizar os modos de subjetivação e a produção micropolítica dos trabalhadores de saúde mental, nos processos de desinstitucionalização.

Procedimentos: a pesquisa será realizada através de observação com anotações em diário de campo e entrevista. A entrevista será gravada, após transcrita e analisada. Nenhum participante será identificado e os resultados serão divulgados em revistas e eventos científicos.

Riscos: esta pesquisa não acarretará para os participantes ou informantes, riscos ou danos físicos, pois não prevê a realização de procedimentos invasivos e/ou dolorosos, como coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. O (a) Sr(ª) responderá apenas questões de livre e espontânea vontade. Em caso de as perguntas acarretarem desconforto emocional ou constrangimento, poderá interromper e/ou desistir de participar em qualquer momento, sem prejuízo algum. Além disto, caso ocorra o desconforto, receberá apoio do próprio pesquisador, podendo ainda ser encaminhado para um atendimento psicológico no serviço de Psicologia da Secretaria Municipal de Saúde de Alegrete.

Benefícios: A pesquisa prevê como benefícios para os participantes ou informantes do estudo, a possibilidade de discussão e ampliação do conhecimento dos sujeitos acerca do trabalho que realizam, e da implicação deste em suas vidas, de repensar eventos importantes de sua trajetória, possibilitando outras condutas e atitudes consigo, com os outros e principalmente com seu fazer profissional. O (a) Sr(ª) poderá se beneficiar em participar deste estudo, visto a possibilidade de refletir, revisar e repensar sua relação com o trabalho e produzir maior comprometimento com o mesmo. Assim como estará indiretamente contribuindo com o processo de trabalho de seus pares.

Desta forma, pelo presente consentimento, eu, _____
RG _____ declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa. Declaro que os pesquisadores responderam a todas as minhas indagações até minha completa satisfação, portanto, estou de acordo em participar do estudo. Recebi a garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas na construção da pesquisa e na publicação de trabalhos científicos, e ficarão sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitadas por mim a todo o momento. Este formulário de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Data:_____, ____ de _____de 2014.

_____ _____

Participante da Pesquisa **Carmen Terezinha Leal Argiles**
Pesquisadora

Apêndice C

Carta de apresentação

Coordenador do CAPS
Clodoaldo Rodrigues
Cidade: Alegrete

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Pelotas, ___/___/___.

ASSUNTO: Autorização para realização de Projeto de pesquisa do programa de doutado da Faculdade de enfermagem - UFPel.

Senhor Coordenador:

Eu, **Carmen Terezinha Leal Argiles venho por meio desta solicitar a V.Sª. a autorização para a** realização da pesquisa de doutoramento sobre **"Os modos de subjetivação e os processos micropolíticos na perspectiva da desinstitucionalização da loucura"** que faz parte do requisito parcial para obtenção do título de doutor em ciências do Programa de pós-gradução em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Tal investigaçãom tem como objetivo geral Problematizar os modos de subjetivação e a produção micropolítica dos trabalhadores de saúde mental, nos processos de desinstitucionalização.

Reforçamos a importância da contribuição do serviço no sentido de acolher o estudo possibilitando que possamos disponibilizar para os CAPS ao final da realização do projeto um banco de dados de avaliação que permita uma tomada de decisões qualificando cada vez mais este tipo de serviço que tem um papel fundamental e estratégico no processo de reforma psiquiátrica.

Colocamo-nos a disposição para eventuais esclarecimentos e despedimo-nos.

Atenciosamente.

MSC. Carmen Argiles

Apêndice D

Roteiro de entrevista dos trabalhadores

Proposições de Questões de entrevista

1. O que você pensa sobre o processo da reforma psiquiátrica e de desinstitucionalização?
2. Qual é a sua concepção da loucura?
3. O trabalho na área de saúde mental, produziu mudanças em você e/ou na sua vida? Quais?

Apêndice E

Roteiro de orientação da observação de campo

Serviço:

Números de salas e distribuição;

Ambiente (privacidade, ruídos, limpeza, iluminação);

Adequação para o trabalho desenvolvido (espaço, decoração, luminosidade);

Oferta de atendimentos (tipo de atividades, oficinas, atendimentos individuais, grupos, visita domiciliar, entre outros);

Características dos usuários

Como funciona o serviço (características, horário, entre outros);

Cronograma de atividades;

Oferta de atendimentos (tipos, distribuição, características);

Observar como se dá o planejamento das ações no serviço (em que momento e espaço se planeja, com que periodicidade);

Observar de que forma a informação, os indicadores, a identificação dos riscos e problemas no território orientam o planejamento das ações em saúde;

Existe algum tipo de avaliação das ações;

Como se dá o acesso, o acolhimento dos usuários, como é estabelecido o seu plano terapêutico, como é definido quem é paciente a ser atendido no CAPS, o que se faz com aquele que não se enquadra nestes critérios;

Como funciona o serviço (características, projeto terapêutico, horário, entre outros);

Cronograma de atividades;

Como o serviço faz os movimentos de articulação no território;

Quais as propostas do serviço no sentido da inserção social do usuário no território (considerar eixos: casa, trabalho e lazer);

Como o serviço se organiza para fazer a comunicação e a regulação da rede de serviços de saúde mental;

Observar as relações do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com a Secretaria Municipal de Saúde – movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento;

Observar as relações do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com o Conselho Municipal de Saúde – movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento, participação, representatividade.

Atendimentos individuais:

Profissional (ais) que realizou (aram) o atendimento;

Identificação do problema que levou a procurar o serviço;

Relação usuário e profissional;

Escuta;

Exame físico e psíquico;

Uso de roteiro;

Uso de normas do serviço (rígida ou não);

Conduta do profissional frente ao caso;

Como o usuário foi recebido;

Recebeu informações necessárias sobre a intervenção;

Como o usuário recebeu esta intervenção;

Aceitação da intervenção pelo usuário;

Quem agenda os atendimentos (de que forma se dá o acesso do usuário ao CAPS;

Quais os critérios são utilizados para viabilizar o acesso ao atendimento e qual o tempo médio entre a marcação e o acesso à consulta;

Que critérios são utilizados para rechaço de demanda (demanda reprimida);

Se há usuários que voltam sem serem atendidos;

Quem realiza a seleção das consultas que não são marcadas ou agendadas, ou que não se concretizam em atendimentos feitos pela equipe;

Quem e que orientação é feita para quem não consegue atendimento no CAPS;

Como é o acesso a outros atendimentos, como oficinas, visitas domiciliares, grupos, projetos de geração de renda e trabalho;

Como é feito o agendamento para retorno ao CAPS;

Observar práticas de recepção e escuta no CAPS;

Observar recepção de usuários que consomem álcool e/outras drogas e detalhar os desdobramentos do atendimento a estes usuários em particular.

Urgência e Emergência:

Como se dá o atendimento das situações de urgência e emergência no CAPS e qual o tempo de espera;

Quais são os critérios para atendimento de situações de urgência e emergência? E para o não atendimento destas situações;

Quais as dificuldades encontradas no atendimento de situações de urgência e emergência no CAPS;

Em que situações se encaminhamenta e para onde se encaminha (Pronto Socorro, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico e outros)? Como ocorre este encaminhamento? (verbal, por escrito, por telefone é feito contato entre os profissionais, alguém do CAPS acompanha, especificar);

Quais as dificuldades encontradas no encaminhamento de situações de urgência e emergência a partir do CAPS? E quais as estratégias de superação;

Observar no quanto o fluxo é cumprido (a flexibilidade para captar as necessidades de cada usuário e a criatividade para viabilizar soluções);

Observar se ocorre contra-referência e de que forma ela acontece.

Reuniões:

Que tipo de reuniões são realizadas (de equipe, do Conselho Local de Saúde, outras);

Quais os temas, conteúdos, características destas reuniões (administrativas, técnicas, discussão de casos, de supervisão, planejamento, avaliação)? Quem participa das reuniões, qual a periodicidade e o tempo de duração;

Quem coordena as reuniões e quem determina as pautas.

Registros:

Como são feitos e usados os registros;

Verificar o conteúdo dos registros (olhar alguns prontuários);

Verificar como se faz o arquivamento das informações, quais os critérios de arquivamento, se há duplicidade de informações arquivadas;

Verificar no registro a existência de planos terapêuticos integrados;

Verificar as características do registro de atividades de grupos, visitas domiciliares;

Observar a existência e as características de registros de reuniões de equipe.

Trabalhadores:

Quem são os trabalhadores, características e formação;

Envolvimento com o serviço;

Como estão organizados (carga horária, distribuição por turnos e dias da semana, atividades que assumem, em que circunstâncias e com que frequência de reunem, relacionamento entre os trabalhadores, destes com usuários, com familiares, com a coordenação do serviço e com a Secretaria Municipal de Saúde);

Verificar se os trabalhadores vão ou não diariamente ao CAPS (detalhar quando e quem está em que turnos);

Observar a presença de stress, insegurança, arranjos feitos para cobrir debilidades técnicas de membros da equipe;

Existe propostas de capacitações, estas são dirigidas a equipe, a determinadas categorias profissionais, a ações específicas;

Observar se os profissionais tem afinidade com o que fazem e as dificuldades que encontram em seu cotidiano de trabalho;

Como é o fluxo dentro da equipe – entre os trabalhadores. Quais as características da comunicação e da negociação entre os membros da equipe;

Observar a comunicação no interior da equipe e desta com gestores, lideranças comunitárias e usuários;

Observar a capacidade de negociação explícita e implícita entre os membros da equipe de saúde, gestores e usuários;

Observar hierarquias, relações de poder formal e informal na equipe, relações de poder corporativas, de gênero;

Observar se há insatisfação, insegurança em relação ao vínculo contratual, salário ou condições de trabalho;

Quais as características do trabalho de cada membro da equipe, que tipo de atividade realiza, que tempo dedica a estas atividades;

Observar a motivação e capacidade de superar obstáculos dos profissionais individualmente e da equipe;

Quais as dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho da equipe e quais as estratégias de superação destas dificuldades;

Observar as características do vínculo de cada profissional em particular e da equipe como um todo com os usuários e familiares;

Observar o conhecimento dos profissionais acerca das famílias e do meio social em que vivem;

Quais as características e o conteúdo das visitas domiciliares realizadas? Quem realiza e qual a duração de cada visita domiciliar? Quais os critérios utilizados para seleção e priorização das visitas;

Quais as oficinas e grupos são realizados pela equipe e com que periodicidade;

Quais as características e o conteúdo das oficinas e grupos realizados;

Qual o tempo de duração das oficinas e dos grupos e quantos participam

Quais os profissionais participam das oficinas e dos grupos.

Anexos

Anexo A

Autorização para o desenvolvimento da pesquisa

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **Carmen Terezinha Leal Argiles** para o desenvolvimento de seu projeto de pesquisa **Modos de subjetivação e os processos micropolíticos na perspectiva da desinstitucionalização da loucura**, sob a orientação da Profª Drª Luciane Prado Kantorski. O objetivo desta pesquisa é Problematizar os modos de subjetivação e a produção micropolítica dos trabalhadores de saúde mental, nos processos de desinstitucionalização, tendo como cenário o Centro de Atenção Psicossocial- CAPS II de Alegrete/RS.

A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/2012, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Alegrete, 16 / 06 / 2014.

Clodoaldo Rodrigues
Coordenador do CAPS

Clodoaldo Soares Rodrigues
Diretor do CAPS II
Port.: 4080/2011

Maria do Horto Loureiro Salbego
Secretaria de Saúde

Maria do Horto Loureiro Salbego
Portaria nº 012/2009
Secretária de Saúde

Anexo B

Parecer consubstanciado do comitê de ética em Pesquisa

FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA DA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Modos de subjetivação e os processos micropolíticos na perspectiva da desinstitucionalização da loucura

Pesquisador: Carmen Terezinha Leal Argiles

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32364114.2.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 750.380

Data da Relatoria: 21/07/2014

Apresentação do Projeto:

Este projeto de Tese tem como objetivo analisar os modos de subjetivação do trabalhador em saúde mental e as micropolíticas produzidas no serviço de CAPS a partir do processo de desinstitucionalização da atenção psiquiátrica brasileira. Este processo propõe mudanças paradigmáticas significativas em relação à concepção de loucura e nas práticas desenvolvidas na atenção psiquiátrica. O referencial de Michel Foucault, acerca do modo como nos subjetivamos através dos discursos e práticas, que circulam em nosso tempo, e os efeitos destes na constituição dos sujeitos, nos possibilita trabalhar com suas concepções e proposições de análise,para entender os modos de subjetivação dos trabalhadores de CAPS. Este é um espaço que se constitui na luta por afirmação, do paradigma desinstitucionalizante e outras formas de se relacionar com a loucura, no

campo da saúde mental, onde o discurso manicomial de assistência psiquiátrica vigorou, e consolidou-se como verdade, pelo discurso cientifico. A perspectiva de um trabalho, com concepções de produção ética nas relações que se estabelece com o mundo e com o outro, com pressupostos de criação, de singularização, de uma estética de existência, que inclua a multiplicidade e a diferença, desafia os trabalhadores e a micropolítica no campo da

saúde mental. Este exige além da formação técnica, a implicação política e subjetiva para fazer

Endereço: Gomes Carneiro nº 01
Bairro: Centro **CEP:** 96.010-610
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3221-1522 **E-mail:** cepfeo@ufpel.edu.br

estas relações de constituírem neste campo. Gilles Deleuze e Felix Guattari nos apresentam conceitos fundamentais para pensar os movimentos e acontecimentos neste processo. A desinstitucionalização da loucura configura-se uma proposta ousada, no mundo contemporâneo, onde a vida é cada vez mais um produto, com valor flutuante, Franco Basaglia, neste cenário colocou em prática essa ousadia, deixando aos profissionais de saúde mental, o legado de fazê-la possível estabelecendo parâmetros éticos fundamentais na área de atenção psiquiátrica. Para entender os modos de subjetivação dos trabalhadores
envolvidos no processo de desinstitucionalização, será realizado o doutorado sanduíche, na cidade de Trieste-Itália, berço desta experiência de desconstrução dos manicômios, a partir do trabalho de Franco Basaglia. Este será realizado de novembro de 2014 à fevereiro de 2015. No diálogo com estes pensadores,estaremos construindo esta tese. A pesquisa será realizada no CAPS de Alegrete-RS e os sujeitos do estudo serão a totalidade dos trabalhadores deste serviço. Como parte desta análise estarão sendo acessado os bancos da pesquisa CAPSUL em suas duas edições. A pesquisa de campo será realizada em duas fases, em 2014 e 2015 e será utilizado como instrumento de informações, a observação participante e
entrevistas semiestruturada. Os princípios éticos da pesquisa serão respeitados e o projeto deverá passar por aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.Como material de análise será incluído o banco de dados de entrevista dos trabalhadores de Alegrete e o diário de campo de observação participante das duas edições deste estudo, num total de 690h, que entendemos arquivar contribuições relevantes para os objetivos do estudo. As
entrevistas com os profissionais envolveram 26 trabalhadores no ano de 2006 e 21 trabalhadores no ano de 2011. A proposta deste estudo é realizar novas entrevistas com os trabalhadores, acessando estas informações, como forma de um arquivo, na concepção de Foucault, e realizar nova escuta destes trabalhadores, bem como dar visibilidade aos acontecimentos que ocorrem neste local. Esta aproximação do pesquisador com o CAPS, campo da pesquisa será novamente realizada em dois momentos,compreendendo um período no ano de 2014 e outro em 2015. O objetivo desta forma de aproximação da realidade, estudada em duas ocasiões, permite maior conhecimento e compreensão desta realidade ao longo deste período. A análise dos dados utilizará a análise do discurso de inspiração foucaultiana, com as
ferramentas arqueológicas e genealógicas deste referencial.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Problematizar os modos de subjetivação e a produção micropolítica dos trabalhadores de saúde mental, nos processos de desinstitucionalização.

Objetivos Secundários:

• Conhecer os modos de subjetivação dos trabalhadores dos serviços de saúde mental, nas propostas de desinstitucionalização e no modo de atenção psicossocial.

• Analisar a micropolítica do trabalho e as práticas produzidas nos Centros de Atenção Psicossocial.

• Identificar aspectos de aproximação e distanciamento dos princípios estabelecidos no modo psicossocial de atenção na perspectiva da desinstitucionalização

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os participantes da pesquisa serão informados grupal e individualmente, acerca dos objetivos da pesquisa; dos riscos de que poderá ocorrer a partir da mobilização emocional em razão da temática abordada na entrevista, e caso isso ocorra e o trabalhador sinta qualquer desconforto, receberá apoio do próprio pesquisador, podendo ainda ser encaminhado para um atendimento psicológico no serviço de Psicologia da Secretaria Municipal de Saúde de Alegrete, o que será previamente acordado pela pesquisadora; da liberdade de participação ou não do estudo, tendo direito à desistência em qualquer momento da pesquisa, atitude que não implicará em quaisquer punições. Em relação aos riscos os participantes deverão receber a seguinte informação: Esta entrevista pode lhe trazer desconforto considerando a possibilidade de desencadear emoções e sentimentos a partir da reflexão sobre seu trabalho, e seus posicionamentos e comportamentos frente ao mesmo. Neste caso você receberá apoio e acompanhamento para a superação de possíveis conflitos ou desconfortos.

Benefícios:

A pesquisa prevê como benefícios para os sujeitos da pesquisa a possibilidade de reflexão acerca do trabalho que realizam e discussão da implicação deste em suas vidas,possibilitando o repensar de eventos importantes de sua trajetória, as condutas e atitudes consigo, com os outros e principalmente com seu fazer profissional. Serão informados os benefícios em participar da pesquisa, como a reflexão acerca do trabalho que

FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA DA

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 750.380

realizam, e da implicação deste em suas vidas, de repensar eventos importantes de sua trajetória, possibilitando outras condutas e atitudes consigo,com os outros e principalmente com seu fazer profissional. Estes benefícios deverão estar claros e colocados da seguinte forma: você se beneficiará em participar deste estudo, considerando a possibilidade de revisão dos conceitos e dos modos de estabelecer as dinâmicas de trabalho e as relações no espaço profissional, a partir das reflexões produzidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de relevância para a área da saúde mental. Trabalhará com a perspectiva metodológica foucaultiana de análise do discurso, enfocando a descrição dos enunciados, de forma a possibilitar que os trabalhadores de saúde revelem o efeito e as condições das enunciações produzidas, que neste trabalho estará relacionando-se aos processos de subjetivação, no interior do processo de desinstitucionalização e na micropolítica que se desenvolve no CAPS. Aponta pensar as perspectivas de mudanças previstas a partir do movimento da reforma psiquiátrica brasileira para os serviços de saúde mental e propõe análise dos modos de promoção do cuidado e das estratégias micropolíticas estabelecidas para o funcionamento dos serviços de saúde mental, de forma a concretizar o ideário da desinstitucionalização, considerando os modos de subjetivação dos trabalhadores
envolvidos.O pesquisador refere, também, o compromisso de devolução dos resultados para os trabalhadores participantes do estudo e instituição.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto - adequada
Cronograma - adequado
Orçamento- adequado
TCLE - adequado
Carta de Anuência - adequada

Recomendações:

Reintera-se o compromisso de devolução dos resultados deste estudo aos trabalhadores e instituição participantes

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Endereço: Gomes Carneiro nº 01
Bairro: Centro **CEP:** 96.010-610
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3221-1522 **E-mail:** cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA DA

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 750.380

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

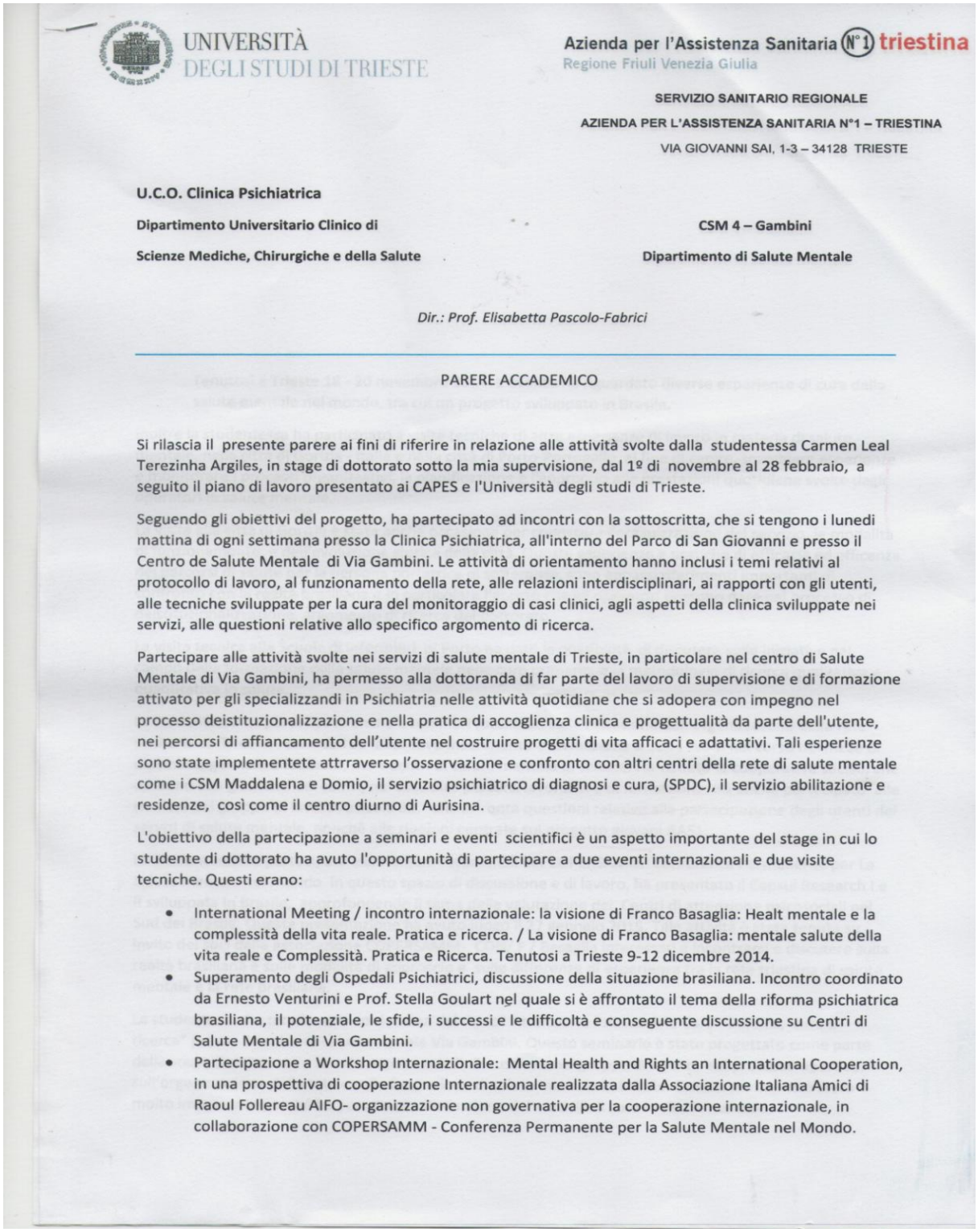
PELOTAS, 13 de Agosto de 2014

Assinado por:
Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01
Bairro: Centro **CEP:** 96.010-610
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3221-1522 **E-mail:** cepfeo@ufpel.edu.br

Anexo C

Parecer da orientadora do estágio de doutorado Sanduíche em Trieste-Itália



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Azienda per l'Assistenza Sanitaria N°1 triestina
Regione Friuli Venezia Giulia

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N°1 – TRIESTINA
VIA GIOVANNI SAI, 1-3 – 34128 TRIESTE

U.C.O. Clinica Psichiatrica

Dipartimento Universitario Clinico di
Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute

CSM 4 – Gambini
Dipartimento di Salute Mentale

Dir.: Prof. Elisabetta Pascolo-Fabrici

PARERE ACCADEMICO

Si rilascia il presente parere ai fini di riferire in relazione alle attività svolte dalla studentessa Carmen Leal Terezinha Argiles, in stage di dottorato sotto la mia supervisione, dal 1º di novembre al 28 febbraio, a seguito il piano di lavoro presentato ai CAPES e l'Università degli studi di Trieste.

Seguendo gli obiettivi del progetto, ha partecipato ad incontri con la sottoscritta, che si tengono i lunedi mattina di ogni settimana presso la Clinica Psichiatrica, all'interno del Parco di San Giovanni e presso il Centro de Salute Mentale di Via Gambini. Le attività di orientamento hanno inclusi i temi relativi al protocollo di lavoro, al funzionamento della rete, alle relazioni interdisciplinari, ai rapporti con gli utenti, alle tecniche sviluppate per la cura del monitoraggio di casi clinici, agli aspetti della clinica sviluppate nei servizi, alle questioni relative allo specifico argomento di ricerca.

Partecipare alle attività svolte nei servizi di salute mentale di Trieste, in particolare nel centro di Salute Mentale di Via Gambini, ha permesso alla dottoranda di far parte del lavoro di supervisione e di formazione attivato per gli specializzandi in Psichiatria nelle attività quotidiane che si adopera con impegno nel processo deistituzionalizzazione e nella pratica di accoglienza clinica e progettualità da parte dell'utente, nei percorsi di affiancamento dell'utente nel costruire progetti di vita afficaci e adattativi. Tali esperienze sono state implementete attrraverso l'osservazione e confronto con altri centri della rete di salute mentale come i CSM Maddalena e Domio, il servizio psichiatrico di diagnosi e cura, (SPDC), il servizio abilitazione e residenze, così come il centro diurno di Aurisina.

L'obiettivo della partecipazione a seminari e eventi scientifici è un aspetto importante del stage in cui lo studente di dottorato ha avuto l'opportunità di partecipare a due eventi internazionali e due visite tecniche. Questi erano:

- International Meeting / incontro internazionale: la visione di Franco Basaglia: Healt mentale e la complessità della vita reale. Pratica e ricerca. / La visione di Franco Basaglia: mentale salute della vita reale e Complessità. Pratica e Ricerca. Tenutosi a Trieste 9-12 dicembre 2014.
- Superamento degli Ospedali Psichiatrici, discussione della situazione brasiliana. Incontro coordinato da Ernesto Venturini e Prof. Stella Goulart nel quale si è affrontato il tema della riforma psichiatrica brasiliana, il potenziale, le sfide, i successi e le difficoltà e conseguente discussione su Centri di Salute Mentale di Via Gambini.
- Partecipazione a Workshop Internazionale: Mental Health and Rights an International Cooperation, in una prospettiva di cooperazione Internazionale realizzata dalla Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau AIFO- organizzazione non governativa per la cooperazione internazionale, in collaborazione con COPERSAMM - Conferenza Permanente per la Salute Mentale nel Mondo.

UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Azienda per l'Assistenza Sanitaria N°1 triestina
Regione Friuli Venezia Giulia

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N°1 – TRIESTINA
VIA GIOVANNI SAI, 1-3 – 34128 TRIESTE

U.C.O. Clinica Psichiatrica

Dipartimento Universitario Clinico di
Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute

CSM 4 – Gambini
Dipartimento di Salute Mentale

Dir.: Prof. Elisabetta Pascolo-Fabrici

Tenutosi a Trieste 18 - 20 novembre 2014. L'evento ha riguardato diverse esperienze di cura della salute mentale nel mondo, tra cui un progetto sviluppato in Brasile.

Inoltre la studentessa ha participato a visite tecniche di altre esperienze di lavoro in materia di salute mentale, nella città di Gorizia - Italia e nella città di Porto-Portogallo, al fine di capire, scambiare esperienze e monitorare i processi organizzativi, la pianificazione e l'approccio alle prestazioni quotidiane svolte dagli operatori in salute mentale.

La visita alla città di Gorizia è stata anche occasione per conoscere l'organizzazione del servizio, le modalità di funzionamento, e dell'evoluzione storica della città. Queste esperienze e pratiche di efficacia ed efficenza dei percorsi di salute per la persona portatrice di sofferenza, sono apparsi riferimenti importanti di confronto con la realtà brasiliana e in particolare l'apprto che gli operatori possono dare nel processo di deistituzionalizzazione, argomento di ricerca del dottorato.

La visita tecnica alla Scuola di Infermieri di Porto ha dato la possibilità di discutere sulle iniziative nel campo della formazione della salute mentale nelle cure primarie, e la metodologia di ricerca qualitativa e quantitativa in salute.

La studentessa ha partecipato anche a seminari focalizzati sulla riflessione dell'organizzazone della rete sanitaria di Trieste. I seminari su laborativo Inserimento e formazione si sono svolti nel corso del mese di dicembre, gennaio e febbraio, nei 4 centri di salute mentale di Trieste. Ha visitato le cooperative sociali, che operano con gli utenti dei centri, nel costruire percorsi lavorativi e di formazione. Ha anche partecipato alle riunioni del gruppo di lavoro Articolo 32, che affronta questioni relative alla partecipazione degli utenti dei servizi di salute mentale, nonchè alle riunioni centrate sul progetto giovani AAS1.

La Studentessa ha partecipato alle riunioni settimanali del COPERSAMM- Conferenza Permanente per La Salute mentale nel Mondo. In questo spazio di discussione e di lavoro, ha presentato il Capsul Research I e II sviluppata in Brasile, approfondendo il tema della valutazione dei Centri di attenzione psicosociali nel Sud del Brasile. Questa presentazione ha avuto luogo il 27 gennaio 2015. Tale attività è stata tenuta su invito dei soci della associazione COPERSAMM- CON/ F / Basaglia interessati a incontrarsi e discutere sulla realtà brasiliana e sulle modalità di approccio e sulle differenze di esperienza tra la rete triestina di salute mentale e la rete brasiliana.

La studentessa ha tenuto una conferenza dal titolo" Attenzione Psicosociale Care - Politica, cura e ricerca" presso il centro di salute mentale Via Gambini. Questo seminario è stato progettato come parte della stage di dottorato e fornito argomento di discussione nel gruppo di lavoro, sul processo opertivo, sull'organizzazione della rete e sulla formazione di salute mentale in Brasile. Questo momento è stato molto importante perché ha portato alla discussione dei modelli di cura in salute mentale,

UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Azienda per l'Assistenza Sanitaria N°1 triestina
Regione Friuli Venezia Giulia

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N°1 – TRIESTINA
VIA GIOVANNI SAI, 1-3 – 34128 TRIESTE

U.C.O. Clinica Psichiatrica

Dipartimento Universitario Clinico di

Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute

CSM 4 – Gambini

Dipartimento di Salute Mentale

Dir.: Prof. Elisabetta Pascolo-Fabrici

dell'organizzazione della rete, delle potenzialità e le sfide sia in Brasile e che in Italia. Il seminario ha avuto luogo il 5 febbraio 2015, con la presenza del'equipe di via Gambini.

Le letture e ricerche bibliografiche proposte nel piano di lavoro, erano parte integrante per poter accedere alla letteratura ancora non disponibile in Brasile, sul pensiero di Franco Basaglia, e sulla teoria della prassi consolidata in Italia e soprattutto a Trieste nella cura in salute mentale, integrata nella città attrverso lo sviluppo di azioni diffuse nella comunità e nella società in generale.

Osservare le pratiche dei servizi di salute mentale, conoscere la realtà italiana per quanto concerne le attività quotidiane, i rapporti e le modalità operative di chi ci occupa della salute mentale in Italia, che ha reso reale il paradigma della deistituzionalizzazione attraverso la partecipazione a riunioni di equipe, conferenze, visite a domicilio, a gruppi di familiari, al gruppo delle donne, ha reso possibile comprendere meglio e sul campo, anche attraverso l'approfondimento del materiale bibliografico e il confronto con molti operatori, l'argomento di studio e ricerca.

Gli obiettivi fissati per lo sviluppo del piano di lavoro sono stati raggiunti in pieno dalla studentessa, che ha svolto in maniera attenta, partecipata e portando le proprie osservazione e le proprie conoscenze. Ritengo pertanto che abbia portato a termine il suo stage dimostrando grande attenzione, disponibilità, preparazione e attitudine nel campo dello studio e della ricerca.

Prof.ssa Elisabetta Pascolo-Fabrici

Trieste, 23 febbraio 2015