

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



Tese

**A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial: um acontecimento
de saber, poder e subjetivação**

JANAINA QUINZEN WILLRICH

Pelotas
2016

JANAINA QUINZEN WILLRICH

**A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial: um acontecimento
de saber, poder e subjetivação**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciane Prado Kantorski

Coorientadora: Dr^a. Ana Paula Müller de Andrade

Pelotas, 2016

Folha de Aprovação

Autora: Janaína Quinzen Willrich

Título: A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial: um acontecimento de saber, poder e subjetivação

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

.....
Prof^a. Dr^a. Luciane Prado Kantorski
Presidente da Banca de Defesa

.....
Prof^a. Dr^a. Ana Paula Müller de Andrade
Professor Titular

.....
Prof^a. Dr^a. Agnes Olschowsky
Professor Titular

.....
Prof. Dr. Édio Raniere da Silva
Professor Titular

.....
Prof^a. Dr^a. Valéria Cristina
Christello Coimbra
Professor Titular

.....
Prof^a. Dr^a. Paula Corrêa Henning
Professor Titular

.....
Prof^a. Dr^a. Vanda Maria da Rosa Jardim
Professor Suplente

.....
Prof^a. Dr^a. Arianne da Cruz Guedes
Professor Suplente

.....
Prof^a. Dr^a. Michele Mandagará de Oliveira
Professor Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aquela que me incentivou a correr atrás de meus objetivos e me ensinou que vale a pena sonhar - minha mãe, Geneci Quinzen Willrich (in memoriam). A saudade é confortada pelas lembranças dos teus ensinamentos que carregarei comigo para sempre!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por sua onipresença, especialmente nos momentos difíceis e por tornar meus sonhos possíveis.

Ao Tiago, obrigado por partilhar comigo o desafio de construir uma família e uma vida, com todas as alegrias e dificuldades que possam surgir.

À minha filha Sofie, que em seus poucos meses de vida trouxe luz e muita felicidade. Sei que serás minha companheira para toda a vida.

Aos meus familiares. Meu pai Ivo, minhas irmãs Janete e Janice, meus cunhados Paulo e Telmo e meus queridos sobrinhos Igor, Lukas e Théo por fazerem parte a minha vida.

Aos meus sogros, Lélia e Eugênio, que me receberam carinhosamente em sua família.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Luciane Kantorski, que me orienta desde o tempo em que eu era bolsista de iniciação científica, numa parceria que tornou possível a construção de uma linda amizade. Obrigado por tudo.

A minha co-orientadora, Dr^a. Ana Paula Muller de Andrade, que com generosidade e sensibilidade aceitou partilhar seus conhecimentos e contribuir na elaboração deste estudo, desde os primeiros rabiscos confusos. Obrigado.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pela contemplação de bolsa para a realização do doutorado sanduíche em Trieste/Itália.

A todos os profissionais que fizeram parte deste estudo e que partilharam um pouco de seus fazeres cotidianos.

Aos Professores da banca que com delicadeza e generosidade partilharam seus saberes para a qualificação deste trabalho.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Saúde Coletiva, com os quais tenho o privilégio de partilhar momentos de aprendizagem e amizade.

As colegas do curso de doutorado pelos momentos de discussão e construção coletiva do conhecimento.

RESUMO

WILLRICH, J. Q. **A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial: um acontecimento de saber, poder e subjetivação.** 2016. 327p. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Nesta pesquisa objetiva-se “Analisar criticamente as materialidades discursivas da atenção à crise no discurso da atenção psicossocial” e defende-se a tese que a atenção à crise psíquica pautada no discurso Psicossocial, embora busque se afastar de uma lógica manicomial, se apropria do corpo e da vida produzindo o governo de uma população a partir de saberes e estratégias potentes para a produção de subjetividades e outros modos de vida para os indivíduos em crise na contemporaneidade. Este estudo caracteriza-se por uma abordagem qualitativa, com o apoio teórico de Michel Foucault, em seus conceitos de discurso, saber, poder e subjetivação. Utilizou-se o banco de dados da pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil, que teve duas edições uma realizada em 2006 e outra em 2011. Foram utilizados dados do estudo qualitativo coletados em Alegrete, sendo 27 entrevistas com os trabalhadores e 390 horas de observação na primeira edição (2006) e 21 entrevistas e 300 horas de observação na segunda (2011). Além disso, retornou-se ao campo para nova coleta, em 2014, sendo realizadas 28 entrevistas e 53 horas de observação. Os resultados foram obtidos a partir da análise de entrevistas semiestruturadas, dos diários de campos que registraram a observação participante e da análise documental dos livros atas das reuniões de equipe realizadas no período de 1989-2014. Para a análise dos dados utilizaram-se as ferramentas teórico-investigativas propostas por Foucault para análise do Discurso de inspiração genealógica. A discussão dos dados se dividiu em quatro capítulos. Primeiro foi realizado uma análise histórica do serviço de saúde mental de Alegrete, apontando a existência de algumas marcas que o tornaram referência no discurso psicossocial que são: o envolvimento dos profissionais do serviço, com o movimento de Reforma Psiquiátrica; o envolvimento dos profissionais com a comunidade e o desenvolvimento de um trabalho em rede, em especial com o Hospital Geral, CAPS ad, CAPSi e residência terapêutica. Após, analisou-se o saber sobre crise no discurso da atenção psicossocial, identificando as formas de nomear a crise; as concepções de crise; o saber da crise sob a ótica da interdisciplinaridade e como organização intersetorial. A seguir, foram abordadas as estratégias biopolíticas de governo na/da crise: a medicalização e a internação; o acolhimento da crise no serviço e nos espaços da comunidade; a prevenção da crise psíquica; o envolvimento da família no cuidado; a atenção domiciliar, realizada a partir da visita/acompanhamento e internação domiciliar; e a produção de autonomia, a partir de um fazer centrado nas necessidades apresentadas pelos sujeitos em crise. Por fim, foram abordados os modos de subjetivação dos sujeitos em crise na atenção psicossocial a partir das posições de sujeito construídas e do vínculo como tecnologia de relação que produz modos de subjetivação tanto dos trabalhadores quanto dos usuários. Espera-se, com esta pesquisa, não buscar a verdade, sequer a verossimilhança, mas afetar nossa passividade diante dos discursos ou construções discursivas estabelecidas sobre a crise psíquica.

Palavras Chaves: Crise; saúde mental; discurso; saber-poder; subjetivação.

ABSTRACT

WILLRICH, J. Q. **The psychic crisis in the discourse of Psychosocial Attention: an event of knowledge, power and subjectivity.** 2016. 327p. Thesis (Doctorate). Graduate Program in Nursing. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

This research aimed to analyze critically the discursive materiality of attention to the crisis in the of psychosocial care discourse and this thesis defends that attention to psychic crisis, based on Psychosocial speech, although it seeks to move away from a manicomial logic appropriates the body and life producing the control of a population from the knowledge and powerful strategies to production of subjectivities and other ways of life for individuals in crisis nowadays. This is qualitative study and has a theoretical support of Michael Foucault and his concepts about discourse, knowledge, power and subjectivity. Was used a data collected from a research called Psychosocial Care Services' Evaluation in the Southern of Brazil that had two editions, first in 2006 and the second in 2011. Was used the qualitative research collected in Alegrete, Rio Grande do Sul, with 27 workers' interviews and 390 hours of observation from the first edition in 2006 and 21 interviews and 300 hours of observation from the second edition in 2011. Besides that, we returned into the field to a new data collection in 2014, where were conducted 28 interviews with workers and 53 hours of observation. The results were gained from the semi structured interviews analysis, of the diary fields that registered participant observation and documentary analysis of books, minutes of workers' meetings in the 1989-2014 period. For data analysis we used the theoretical and investigative tools proposed by Foucault for analysis of genealogical inspiration Speech. The discussion of the data was divided into four chapters. First was conducted a historical analysis of the mental health service of Alegrete, pointing to the existence of some brands that made reference in psychosocial speech, being: the involvement of service workers with the movement of Psychiatric Reform; the involvement of professionals with the community, the work development in networking, especially with the General Hospital, CAPSad, CAPSi and therapeutic residential. After, was analyzed the knowledge about crisis in the discourse of Psychosocial Attention, identifying as ways to appoint the crisis; the crisis conceptions; the knowledge of crisis the perspective of interdisciplinarity and intersectoral organization. Next, we addressed the bio politics strategies of control in crisis and the crisis: the medicalization and hospitalization; the host of the crisis in the service and community spaces; the prevention of mental crisis; family involvement in care; home care, held from the visit / monitoring and home care; and the strategy of freedom, which makes room for the expression of singularities of individuals in crisis. After that, were discussed the ways of subjectivity of individuals in crisis in the Psychosocial. Attention from the individuals position built and from the bond as a technology of that produce ways of subjectivity as in the workers as in the individuals. It is hoped this research, does not seek the truth, not even similarity, but affect our passivity in the face of discourses or discursive constructions established on psychic crisis.

Key-words: Crisis. Mental Health. Knowledge-Power. Subjectivity.

RIASSUNTO

WILLRICH, J.Q. La crisi psichica nel discorso della attenzione Psicosociale: una manifestazione di sapere, potere e soggettivazione. 2016. 327p. Tesi (Dottorato) Programma di Pos-laurea in Infermieristica. Università Federale di Pelotas, Pelotas.

In questa ricerca si obietiva “Analizzare criticamente le materialità discorsive della attenzione alla crisi nel discorso di attenzione psicosociale” e si difende la tesi che la attenzione alla crisi psichica segnata nel discorso Psicosociale, nonostante cerchi allontanarsi di una logica manicomiale, si appropria del corpo e della vita producendo il governo di una popolazione a partire dalle sapere e strategie potenti per la produzione di soggettività e altri modi di vita per gli individui in crisi nella contemporaneità. Questa ricerca si caratterizza da un approccio qualitativo, con il supporto teorico di Michel Foucault, nei suoi concetti di discorso, sapere, potere e soggettivazione. Si è utilizzato la banca dati della ricerca di valutazione dei Centri di Attenzione Psicosociale della Regione Sul del Brasile, la quale ha avuto due edizioni, una realizzata nel 2006 e un'altra nel 2011. Sono stati utilizzati dati dello studio qualitativo raccolti a Porto Alegre, tra cui 27 interviste con i lavoratori e 390 ore di osservazione nella prima edizione (2006) e 21 interviste e 300 ore di osservazione nella seconda edizione (2011). Inoltre, si è ritornato a campo per nuove ricerche nel 2014, realizzando 28 interviste e 53 ore di osservazione. I risultati sono stati ottenuti dalla analisi di interviste semistrutturate, dei registri di campi che hanno registrato la osservazione partecipante, e della analisi documentale dei libri dei verbali delle riunioni dell'equipe realizzate nel periodo tra 1989-2014. Per l'analisi dei dati sono stati utilizzati le ferramente teorico-investigative proposte da Foucault per l'analisi del Discorso di ispirazione genealogica. La discussione dei dati si è divisa in quattro capitoli. Anzitutto è stata realizzata un'analisi storica del servizio di salute mentale di Alegrete, evidenziando la esistenza di alcune marche, le quali l'hanno fatto diventare un riferimento nel discorso Psicosociale queste sono: il coinvolgimento dei professionisti del servizio con il movimento della Riforma Psichiatrica; il coinvolgimento dei professionisti con la comunità e lo sviluppo di un lavoro in rete, in specie con l'Ospedale Generale, CAPS ad, CAPSI e residenziale terapeutico. Dopo si è analizzato la sapere sulla crisi nel discorso della attenzione psicosociale, identificando le forme da nominare la crisi; le idee di crisi; la sapere della crisi, sull'ottica della interdisciplinarietà e come organizzazione intersettoriale. In seguito, sono state trattate le strategie biopolitiche del governo nella/della crisi: la medicalizzazione e l'internamento; l'accoglienza della crisi nel servizio e negli spazi della comunità; la prevenzione della crisi psichica; il coinvolgimento della famiglia nella cura; la attenzione domiciliare realizzata dalla visita/accompagnamento e internamento domiciliare; e la strategia della libertà, che apre spazio per la espressione delle singolarità dei soggetti in crisi. Infine, sono stati trattati i modi di soggettivazione dei soggetti in crisi nella attenzione psicosociale a partire dalle posizioni del soggetto costruite e del vincolo come tecnologia di relazione che produce modi di soggettivazione tanto dai lavoratori quanto dagli utenti. Si spera, con questa ricerca, non cercare la verità, almeno la verosimiglianza, ma affettare nostra passività dinanzi i discorsi costruzioni discorsive stabilite sulla crisi psichica.

Parole chiavi: Crisi. Salute mentale. Discorso. Sapere-potere. Soggettivazione.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1 FABRICAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	24
1.1 A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial e os conceitos de saber e poder.....	33
Primeiro Pressuposto.....	44
1.2 Estratégia psicossocial de atenção à crise como tecnologia de governo, subjetivação e resistência.....	45
Segundo Pressuposto.....	61
Objetivos.....	61
Objetivo Geral.....	61
Objetivos Específicos.....	61
2 PERSPECTIVAS TEÓRICAS.....	62
2.1 O pós-estruturalismo, a questão da linguagem e do sujeito	63
2.2 Michel Foucault e as ferramentas conceituais de saber, poder, subjetivação e resistência (ética).....	69
2.3 Loucura e crise no discurso da Psiquiatria e no discurso da Atenção Psicossocial.....	86
3. PERSPECTIVAS INVESTIGATIVAS.....	112
3.2 Arqueogenealogia e a história em Michel Foucault.....	113
3.3 O campo de exterioridade do estudo	119
3.3.1 O Município de Alegrete.....	125
3.3.1 Os participantes do estudo.....	127
3.4 A coleta de dados.....	128
3.5 A análise dos dados.....	130
4 O SERVIÇO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL (SAIS MENTAL) DE ALEGRETE.....	133
5 O SABER SOBRE A CRISE E A CRISE NO SABER: AS VERDADES PRODUZIDAS NO DISCURSO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	186

6 ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS DE GOVERNO NA/DA CRISE.....	226
7 A CRISE DO SUJEITO <i>OU</i> O SUJEITO EM CRISE: OS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	268
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	295
REFERÊNCIAS.....	302
APÊNDICES.....	316
ANEXOS.....	321

APRESENTAÇÃO

Vários como eu sem dúvida escrevem para não ter mais rosto. Não me pergunte quem sou e não me diga para permanecer o mesmo: é uma moral de estado civil; ela rege nossos papéis. Que ela nos deixe livres quando se trata de escrever.

*Michel Foucault*¹

Michel Foucault, filósofo e historiador enigmático, possui uma obra complexa, instigante e por vezes considerada polêmica. Autor e obra que exigem um demorar-se, exige tempo e disposição para perceber os detalhes e os diversos deslocamentos/movimentos operados durante uma carreira breve, mas com contribuições teóricas muito pertinentes e atuais. A epígrafe acima, inclusa no livro “Arqueologia do Saber” - em que Foucault procurou demarcar as posições que não assumiu, mas das quais foi acusado - mostra que o autor escrevia não para fixar uma posição ou uma identidade, mas para não permanecer o mesmo porque acreditava que o conhecimento é dinâmico e potente para operar transformações nos sujeitos e nas práticas sociais.

É nesse sentido, com o apoio teórico de Michel Foucault, que escrevi esta tese, me aventurei e busquei perscrutar o ínfimo detalhe sobre a crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial², de forma que eu pudesse me transformar e que o conhecimento produzido por ele pudesse operar deslocamentos e avanços nas práticas e políticas de saúde mental. Demorei-me sobre o visível e o enunciável acerca da crise psíquica produzidos em Alegrete, a partir do movimento de Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, que questionaram o enunciado da desrazão e o asilo/manicômio como forma de ver e fazer ver a loucura.

¹ *A arqueologia do saber* (FOUCAULT, 2005, p. 20).

² Considero a Atenção Psicossocial um discurso, ou seja, um conjunto de enunciados que se apoiam em determinado sistema de formação discursiva, e um discurso multidisciplinar, pois, semelhante aos discursos feminista e publicitário, este não diz respeito a uma área específica, mas seus enunciados têm força de conjunto e se situam como novos campos de saber (FISCHER, 2012).

Para a formulação desses questionamentos foram de suma importância a contribuição teórica do psiquiatra e pensador Franco Basaglia e do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, desenvolvido especialmente em Trieste, onde tive a oportunidade de experienciar o Estágio de Doutorado Sanduíche no Exterior³ no período de novembro de 2014 a fevereiro de 2015.

Com a Psiquiatria Democrática Italiana e o processo de desinstitucionalização instituído na Itália houve a mudança em relação ao objeto que não é mais a doença, mas sim os sujeitos em sofrimento psíquico e suas singularidades e subjetividades. Esse marco teórico foi o principal orientador no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, e teve como principal protagonista o psiquiatra reformador Franco Basaglia, que formulou um pensamento e uma prática assistencial inovadoras, voltadas para a ideia de desconstrução e superação do aparato manicomial. Para Basaglia, a loucura diz respeito ao homem, à sociedade, à família, e, por isso, dotada de uma complexidade muito grande para que a psiquiatria sozinha dê conta dela.

Basaglia e sua equipe assumiram o Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste e iniciaram um processo de desativação do manicômio com a gradual reinserção dos internados em seus núcleos sociais. Como estrutura de suporte criaram “centros externos pela defesa da saúde, recebendo estreita colaboração das forças populares, políticas e culturais” (PORTOLESE et al., 1979, p.8). Contrapondo-se à institucionalização, e de acordo com a necessidade de desconstrução da psiquiatria e de todo o aparato que a sustentava, entendeu-se que somente a desinstitucionalização, ou seja, a liberdade promove a condição necessária para que o sujeito possa fazer parte do corpo social e constituir seu mundo interno de modo a produzir e expressar sua subjetividade.

Desde a antiguidade circulam discursos sobre a loucura que variam de acordo com as condições de possibilidade, de cada época e cada lugar, de produção de determinadas formas de ver e falar sobre a loucura. No Brasil, o modelo de saúde vem passando por diversas transformações, as quais resultaram de lutas e embates no campo político e social travadas entre o movimento intitulado ‘Reforma Sanitária’ e o Estado que, nesse período,

³ O Relatório Final e o Parecer do orientador do exterior estão em anexo.

sustentava um modelo em saúde oneroso, privatista e excludente. Nessa luta foram defendidos outros conceitos, considerados fundamentais para se pensar uma assistência em saúde de qualidade, como: integralidade, equidade, universalidade e participação social, firmados na Constituição Federal de 1988, através da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses deslocamentos contribuíram para a construção de novas verdades: “saúde como um direito”, “participação social”, dentre outras.

Várias foram as condições que possibilitaram a irrupção dessa forma de entendimento sobre saúde, não mais como caridade do Estado, mas como um direito de cidadania, dentre as quais destaca-se a abertura política que ocorreu na década de 1970 e que possibilitou a luta pela redemocratização do país e a contestação do regime militar, ao mesmo tempo em que acontecia a reorganização de entidades representativas da sociedade civil. Nesse cenário de embates, no qual a disputa não era mais entre os movimentos populares e o Estado, mas entre projetos da sociedade civil burguesa e projetos emanados do movimento popular, houve importantes conquistas como a Constituição de 1988, que incorporou aspectos reivindicados pelos movimentos sociais em muitas áreas. Esses enfrentamentos e invenções possibilitaram os questionamentos acerca da assistência psiquiátrica no país e, assim, iniciou-se o movimento pela Reforma Psiquiátrica e de Luta Antimanicomial, os quais proporcionaram e a irrupção de outros enunciados, que diferem daqueles do discurso psiquiátrico tradicional, e a construção de outro modelo denominado de Atenção Psicossocial.

As discussões sobre a desconstrução dos saberes e poderes psiquiátricos, e a invenção de outras formas de relação, de outro saber-poder, em outros espaços e a partir de outro objeto de intervenção, que não é mais a doença e sim a existência-sofrimento⁴, têm ocupado lugar de destaque nas cenas que se desenrolam no modelo de Atenção Psicossocial no Brasil. Modelo este que se construiu a partir de deslocamentos produzidos pelo questionamento do discurso e regimes de verdades ‘inventadas’ pela

⁴Basaglia (1985) propõe que no processo de desinstitucionalização é necessário “colocar a doença entre parênteses” e passar a ocupar-se com a existência-sofrimento.

psiquiatria moderna, que sustentaram e foram sustentadas pelas relações de saber-poder instituídas.

Nesse cenário de mudanças paradigmáticas, uma cena específica, peculiar, repleta de detalhes, que há muito me inquieta, é a cena da atenção à crise psíquica. Para melhor entender essas inquietações procurei reconhecer minha aproximação com esse tema, do qual venho me ocupando e sobre o qual pretendi trabalhar neste estudo. Ou melhor, para a problematização desse tema precisei encontrar minha aproximação, os deslocamentos em relação aos saberes e às práticas que presenciei, enfim, fatos vividos em cenas que se desenrolaram diante de mim e que me mostraram possibilidades de invenção de outros saberes, de irrupção de outros enunciados, da fabricação de formas que deem espaço para sua subjetivação e não sua sujeição.

Inúmeras foram as vivências que motivaram meu interesse sobre esse tema: a minha trajetória de formação profissional em enfermagem, passando pelas experiências do movimento estudantil; ser bolsista de iniciação científica em projetos de saúde mental que me proporcionaram o acesso a questões políticas e sociais; e maior conhecimento acerca das mudanças que estavam acontecendo no campo da saúde mental, a partir de leituras sobre a História da Loucura, Saúde Mental Coletiva, Reforma Psiquiátrica, entre outros temas. Além das motivações de ordem científico-social, outras de caráter pessoal influenciaram a escolha da temática, sendo a principal, o desejo de ver concretizada a imagem-objetivo, a bandeira de luta de uma sociedade sem manicômios.

Foucault produziu sua obra influenciado por suas experiências pessoais e sua trajetória, reconhecendo, no final de sua vida, que seus trabalhos teóricos partiram de elementos de sua própria experiência, de processos que se desenrolaram em torno dele, *“eu acreditava reconhecer nas coisas que eu via, nas instituições com as quais lidava, nas minhas relações com os outros, rachaduras, sacudidelas surdas, disfuncionamentos, eu empreendia um tal trabalho, algum fragmento de autobiografia”* (FOUCAULT, 1981, p.21). Da mesma forma, escolhi trabalhar com um tema que atravessa minha experiência de vida, pois me considero produto da minha história, das

práticas institucionais que me atravessam e das formações discursivas que me produzem, que constroem e marcam o meu fazer.

Tenho uma implicação acadêmica, assistencial e, fundamentalmente, política com a temática da saúde mental. A experiência acadêmica teve início com a seleção para a bolsa de iniciação científica e o ingresso no Grupo de Pesquisa “*Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva*”, em 2002. A produção técnico-científica desse grupo, que iniciou em 1999, contribuiu significativamente para a avaliação e consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil. Dentre as pesquisas desenvolvidas, destacam-se: “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL)”, que teve duas edições (CAPSUL I e CAPSUL II), uma realizada em 2005 e outra em 2011, nas quais foram avaliados os CAPS dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; e a pesquisa “Redes que Reabilitam: avaliando experiências inovadoras na composição de redes – REDESUL (2008)”.

Ao me inserir nas pesquisas desenvolvidas pelo grupo pude conhecer e discutir a história e os atores que protagonizaram o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, além dos movimentos de reforma psiquiátrica que o antecederam e aconteceram em diversos países — os Estados Unidos, Inglaterra, Itália. Além disso, com o desenvolvimento dessas e outras pesquisas pude ajudar a pensar e problematizar o funcionamento dessa rede de serviços comunitários que trabalha com o modelo da Atenção Psicossocial que pretende substituir o modelo psiquiátrico tradicional ou modelo asilar.

Em um desses trabalhos que culminou na publicação do livro intitulado *CAPS Castelo – um pouco da história da loucura em Pelotas* (WILLRICH; KANTORSKI, 2008), tive a oportunidade de conhecer e discutir como ocorreu o processo de implementação dos serviços substitutivos no município de Pelotas/RS, uma cidade reconhecida nacionalmente como hospitalocêntrica. A partir de uma análise histórica do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Castelo percebeu-se que a construção de um caminho de mudanças em Pelotas foi um processo difícil e demorado, pois confrontava os interesses sociais, culturais, políticos e econômicos vigentes e porque não estava na ordem política, considerando-se que o trabalho iniciou antes da aprovação da Lei 10.216 de 2001, que instituiu a Reforma Psiquiátrica no país.

Ao analisar minha trajetória na saúde mental percebi que o tema da atenção à crise atravessa minha história desde a graduação até os dias atuais, pois atuo na qualidade de professora de saúde mental e saúde coletiva e de conselheira de saúde, coordenando a comissão de saúde mental, em um município que, infelizmente, por questões políticas e de gestão, as quais não vou me aprofundar aqui, mantêm o funcionamento de um hospital psiquiátrico regional.

Durante esses anos de militância no Movimento de Luta Antimanicomial participei de debates e embates, sempre tentando demonstrar a opressão que os saberes e as práticas disciplinares do manicômio têm exercido sobre o louco. No entanto, ainda são muito presentes as “verdades” fabricadas pela psiquiatria tradicional no discurso da sociedade atual e assim ouço vozes que trazem uma enunciação muito frequente: ‘no momento da crise o hospital psiquiátrico é necessário, pois é o único que funciona 24 horas’. A partir desta enunciação me pergunto frequentemente: o hospital psiquiátrico é necessário para quem ou para quê? Para os ‘ditos’ loucos ou para os gestores municipais? É necessário porque é o único que funciona 24 horas ou porque é a forma que atende melhor os interesses econômicos, ideológicos e culturais que atravessam a gestão? É necessário a partir de que projeto? De um projeto de gestão pública que defenda a vida e a saúde como um direito ou de um projeto de terceirização/privatização dos serviços de saúde que entende a saúde apenas como prestação de serviços? É ainda necessário porque existe um saber-poder produzido pela psiquiatria que coloca a necessidade de exclusão da loucura, manifestada visivelmente na crise psíquica? Por que somente ele funciona 24 horas, se existe uma política que instituiu uma rede de atenção na qual existem outros pontos que podem oferecer essa retaguarda noturna?

Esses são alguns dos muitos questionamentos com que insistentemente eu me deparo e, como contraponto a estes, me vêm lembranças de vivências proporcionadas pela Reforma Psiquiátrica, e parafraseando Foucault (2008a), “*o que permite tornar legível o real é mostrar simplesmente que ele foi possível*”. Assim, dentre algumas experiências,

descreverei a seguir uma cena⁵, a mais marcante, a que mais me inquietou ou a que para mim melhor define outras possibilidades para o louco viver em nossa sociedade.

Eu estava realizando o estágio final do curso de Enfermagem, cursado na Universidade Federal de Pelotas, em um Centro de Atenção Psicossocial⁶ do tipo I (CAPS I) em uma cidade de pequeno porte no extremo sul do país. Em determinado dia, no início da tarde, chegou ao CAPS um carro da Polícia Militar trazendo um jovem, que tinha por volta de 23 anos, em 'crise psíquica'. Entramos na sala, o jovem, a enfermeira, a auxiliar de enfermagem, eu e o policial. O jovem apresentava 'delírios de perseguição' em relação à enfermeira e aos colegas de trabalho. Ele acusava a enfermeira de ser uma de suas 'perseguidoras' e por isso disse não querer conversar com ela. A enfermeira então perguntou ao jovem se ele aceitaria conversar comigo e a auxiliar de enfermagem, após a resposta positiva ela se retirou da sala e convidou o policial militar para acompanhá-la, a fim de conversarem para que ele lhe desse maiores esclarecimentos sobre o caso.

Permanecemos na sala eu, a auxiliar de enfermagem e o jovem. Falamos do tratamento oferecido no CAPS, mas o jovem o recusou e falava que precisava ir embora, ir até o local onde trabalhava para acertar contas com os colegas. Em seguida, a enfermeira e o policial retornaram à sala e também explicaram a importância do tratamento. A auxiliar de enfermagem foi preparar a medicação e quando retornou e o jovem viu que seria medicado tentou fugir, então tivemos que deitá-lo ao chão para que fosse administrada a medicação injetável.

Ao se acalmar, o jovem foi encaminhado à sala de observação, na qual havia dois leitos. Lá eu o acompanhei enquanto a enfermeira, juntamente com

⁵ Neste estudo será utilizada a noção de cena não como "*um episódio teatral, mas um ritual, uma estratégia, uma batalha*" (FOUCAULT, 2006, p.41).

⁶ A legislação institui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços de atenção diária que funcionem segundo a lógica do território. Estabelece as seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, sendo estes responsáveis por realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. Institui também o CAPSi como Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes e o CAPSad como Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Para mais detalhes ver Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002.

a equipe, tentava buscar, na rede familiar e social do jovem, pessoas que pudessem auxiliá-lo no tratamento.

O jovem poderia permanecer no CAPS até às 18h30min, horário de fechamento do serviço, e a equipe estava preocupada e engajada em conseguir um lugar para ele e assim não ser necessário o encaminhamento para uma internação em hospital psiquiátrico. Sabíamos do estigma, do processo de exclusão e cronificação que gera uma internação no manicômio e a última coisa que queríamos fazer era encaminhá-lo para tal situação. Porém, o contexto era difícil, pois, à época, não havia leitos psiquiátricos no hospital geral da cidade e o jovem não tinha nenhuma pessoa em sua rede familiar para cuidá-lo à noite.

Deslocamo-nos, eu e a enfermeira, até o hospital geral para saber se havia algum leito em unidade privativa para que o jovem pudesse passar a noite. Lá encontramos o leito. A enfermeira do CAPS conversou com o gerente do hospital que concordou com a internação, mas a equipe de enfermagem se mostrou bastante resistente em aceitar uma pessoa em crise psíquica. Disseram que se ele agitasse durante a noite elas não saberiam o que fazer. Então a enfermeira do CAPS disse que se isso acontecesse poderiam telefonar-lhe imediatamente e comprometeu-se a ir até o hospital para atender o jovem. Assim, ficou decidido que o jovem passaria algumas noites no hospital e durante o dia passaria no CAPS. Agora era necessário arrumar um acompanhante para o jovem, para cuidá-lo durante a noite e acompanhá-lo em seus deslocamentos entre o CAPS e o hospital geral.

O jovem falava de uma irmã, dizendo que morava com ela, em uma casa alugada. Essa irmã, chamada ao CAPS para uma conversa, demonstrou estar bastante desestruturada psiquicamente, chorosa, dizendo que não tinha condições de cuidar nem de si mesma, muito menos do irmão.

Antes dessa conversa com a irmã, no meio da tarde, o pai do jovem parou com sua bicicleta em frente ao CAPS e ficou por alguns instantes observando. A enfermeira contou ao jovem que seu pai estava em frente ao CAPS e o jovem ficou muito agitado ao saber da presença do pai e referiu insistentemente que não o queria por perto. Então, a enfermeira foi até a rua conversar com o pai do jovem que se ofereceu para cuidá-lo, mas foi informado

que o filho não queria sua presença. A enfermeira contemporizou e disse ao pai que aquele não era um bom momento para tentar uma aproximação com o filho.

Esgotadas as possibilidades na rede familiar, a enfermeira ligou para o policial militar que trouxe o jovem até o CAPS, pois este não o trouxe em função do trabalho que exercia, mas porque era amigo e colega de igreja do jovem. Ao chegar ao CAPS e saber da situação, o policial ligou para várias pessoas da igreja e fez uma escala de pessoas que ajudariam no cuidado à noite e no fim de semana que se aproximava.

Assim, o jovem passou a frequentar diariamente o CAPS durante duas semanas e passou somente três noites no hospital geral. Em casa, durante a noite e fim de semana, no período dessas duas semanas, contou com a ajuda de pessoas de sua igreja. Após, passou a diminuir a frequência de participação nas atividades do CAPS e após algum tempo retornou ao trabalho para o qual era concursado.

A enfermeira foi conversar com a chefia imediata do jovem e soube que a chefia considerava a hipótese de aposentadoria do jovem por 'moléstia grave'. A enfermeira, porém, ressaltou a importância do trabalho no processo de recuperação do jovem e que não havia necessidade de sua exclusão, pois ele estava apto a desenvolver suas atividades laborais. Somente pediu que trocasse o jovem de turno para que não voltasse a trabalhar com os antigos colegas de trabalho, os quais, segundo relato do jovem, faziam brincadeiras de mau gosto, diziam que lhe dariam um 'boa noite cinderela' e abusariam sexualmente dele.

A enfermeira do CAPS relatou-me já conhecer o caso do jovem e sua família, pois eles residem na cidade onde está situado o CAPS. E pelo fato de a enfermeira trabalhar, em outro turno, na cidade vizinha, mesma cidade em que o jovem trabalhava, contou-me que os colegas de trabalho perceberam que o jovem não estava bem quando ele invadiu o gabinete do prefeito, sentou-se em sua cadeira e demitiu os colegas que o perturbavam. Relatou um pouco da história de vida deste jovem, e que a mãe tinha esquizofrenia e que o pai do jovem a deixava trancada em casa e nunca aceitou levá-la ao CAPS.

No momento dessa primeira crise psíquica, durante algumas conversas que tive com o jovem, ele me relatou que desde criança ia à igreja, e que o pai sempre o obrigava e à sua irmã a ficarem quietos, proibia-os de brincar com as crianças da vizinhança e os maltratava muito.

A atenção à crise efetuada nesse caso é muito significativa devido aos efeitos que produziu na vida do jovem atendido, na minha vida e na reforma psiquiátrica. Na vida do jovem, os efeitos percebidos naquela época foram: a não exclusão, cronificação e estigmatização que resultam de uma internação em hospital psiquiátrico, o respeito à decisão dele de não querer o pai por perto, a retomada das atividades cotidianas imediatamente após o cessar da crise; já, na minha vida, o efeito foi perceber concretamente o modo com que a mudança no modelo gera possibilidades de mudança na vida das pessoas, de constituição histórica dos sujeitos loucos. Esse acontecimento marcou minha trajetória e me fez tomar a reforma psiquiátrica como uma luta de vida. Essa lembrança é muito importante quando preciso buscar energia para a luta, quando o contexto quer me fazer acreditar que o hospital psiquiátrico ainda é necessário; é a certeza que me afeta, que me faz acreditar que é possível sim vivermos em uma sociedade sem manicômios.

Desse modo, a questão da atenção à crise psíquica esteve muito presente nos meus pensamentos acerca da reforma psiquiátrica e nos meus desejos, enquanto vontade de potência de perscrutar (explorar) as possibilidades de vida que emergem no campo psicossocial, e por isso esse foi o tema da minha dissertação de mestrado, defendida em 2009, intitulada “Os sentidos atribuídos a atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial – contribuições para a enfermagem psiquiátrica” (WILLRICH, 2009). Embasada na perspectiva teórica do Construcionismo Social, analisei, neste estudo, as práticas discursivas de vinte e sete profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o que produziu sentidos em torno de duas categorias. A primeira, denominada ‘Periculosidade e cidadania: os sentidos que envolvem a crise’, refere-se a esses dois sentidos que envolvem a crise, construídos enquanto verdades, fabricados nos jogos de saber/poder expressos a partir do processo de interação entre as pessoas. Na segunda categoria, denominada ‘Da violência

ao vínculo: construindo novos sentidos para o cuidado da crise no território', foram discutidas as práticas de atenção à crise no território - o acolhimento, o acompanhamento do usuário em crise nos diversos serviços da rede de saúde mental, a prevenção das situações de crise - e os sentidos que estas envolvem. O estudo demonstrou a necessidade de discussão sobre as práticas de atenção à crise e de construção dessas práticas de maneira coletiva, partindo de relações de contrato.

O leitor deve estar se perguntando o porquê de continuar pesquisando o mesmo tema. Para responder a tal indagação vou me apoiar novamente em Foucault, quando diz que nunca se pode chegar a uma conclusão exata das coisas, mas sempre é retomada, e a cada retomada elas surgem de forma diferente e com outras percepções que antes não eram notadas. A partir do exposto, quero olhar para os efeitos de saber, poder e subjetivação que emergem a partir das práticas de atenção à crise psíquica no modelo da atenção psicossocial, efetuando, portanto, um deslocamento em relação ao que foi objeto de estudo no mestrado.

Outro desafio relevante incluso nessa proposta de estudo foi o de como falar sobre uma experiência que, de certo modo, já conheço? Como falar sobre algo e de algum lugar em relação aos quais já possuo um posicionamento? Como construir estratégias para me libertar daquilo que só se consegue sentir e, não raro, não se vê?

A perspectiva teórica foucaultiana alerta para a necessidade de cuidado com o já conhecido, que é preciso se despir das certezas e verdades fabricadas e buscar suas condições de possibilidade. Em virtude disso, no caminho percorrido foi necessário um aprofundamento teórico de forma a problematizar questões que ainda me inquietavam e o que me moviam em relação ao tema pesquisado.

Assim, semelhante a Foucault, aventurei-me na pesquisa, na busca pelo saber para não permanecer a mesma, para fazer os deslocamentos necessários, para trilhar o descaminho daquele que conhece, pois existem momentos na vida em que o saber deve demonstrar que se pode pensar diferente do que se pensa, perceber de modo diferente o que se vê, e que isso é indispensável para continuar a olhar ou a refletir (FOUCAULT, 1998). E este,

talvez, tenha sido o maior desafio, ou seja, me afastar de uma posição talvez romântica, dos ideários que defendo enquanto militante da Reforma Psiquiátrica para olhar os serviços que produzem a Atenção Psicossocial como instituições que, ao mesmo tempo em que procuram se afastar de uma lógica manicomial, se apropriam do corpo e da vida dos indivíduos, produzem o governo de uma população, assujeitam os indivíduos em crise psíquica de forma a torná-los os sujeitos loucos da contemporaneidade.

Dessa aventura resultou esta tese, em que demonstro, ao longo do texto, meus deslocamentos e reflexões e está organizada da seguinte maneira.

No *Capítulo I* abordo a ‘Fabricação do objeto de estudo’, no qual é discutida a temática da crise psíquica no discurso da atenção psicossocial e o processo de transformação desse tema em objeto de estudo. Para tanto, trago os aportes teóricos ou condições de possibilidade de fabricação do objeto/acontecimento, que são as ferramentas conceituais da obra de Michel Foucault. Desenvolvo especialmente os conceitos de discurso, saber, poder e modos de subjetivação, além de conceitos operacionalizados na reforma psiquiátrica brasileira e italiana, de maneira a dar sustentação aos pressupostos da pesquisa. Além disto, apresento os pressupostos teóricos e, ao final, exponho os objetivos que nortearam a produção desta pesquisa.

No *Capítulo II* enuncio as perspectivas teóricas que situam este estudo no campo do Pós-estruturalismo e que dão sustentação à proposta de estabelecer a articulação entre saber, poder e subjetivação engendrados no discurso psicossocial. Desse modo, a discussão ocorre a partir de três eixos: Pós-estruturalismo e a questão da linguagem e do sujeito; Michel Foucault e os conceitos de discurso, saber, poder e subjetivação; e, por fim, Loucura e crise no discurso da Psiquiatria e no discurso da Atenção Psicossocial.

No *Capítulo III* inserem-se as perspectivas investigativas da pesquisa: para a aproximação com a realidade foi escolhido como caminho de produção dos dados a realização de entrevistas, a observação participante e análise documental das atas de reuniões de equipe realizadas no período de 1989-2014 e do banco de dados do CAPSUL. Para a análise dos dados foram utilizadas as ferramentas teóricas- investigativas propostas por Foucault. Os conceitos de saber, poder e subjetivação contribuíram para a conversão do

olhar para o objeto de estudo e para a análise dos atravessamentos e efeitos do discurso psicossocial na atenção à crise psíquica. Nesse capítulo são ainda apresentados o local onde foi realizado o estudo e os/as participantes da pesquisa.

No *Capítulo IV* inicia a apresentação dos resultados desta pesquisa. Realiza-se uma análise histórica do serviço de saúde mental de Alegrete, apontando a existência de algumas marcas que o tornaram referência no campo da atenção psicossocial, e que se mostraram potentes para a emergência de modos de subjetivação dos profissionais desse serviço, que são: o envolvimento dos profissionais do serviço com o movimento de Reforma Psiquiátrica, que ocorreu a partir da participação e organização de eventos, visita a outros serviços, formação em Saúde Mental Coletiva e participação no controle social; o envolvimento dos profissionais com a comunidade, a partir de estratégias de entrevistas nos meios de comunicação, pedágio informativo e a organização da Parada Gaúcha do Orgulho Louco; o desenvolvimento de um trabalho em rede, tecido pelo serviço de saúde mental com os serviços de saúde e educação, em especial com o Hospital Geral, CAPS ad, CAPSi e residência terapêutica.

O *Capítulo V* contém as reflexões sobre a questão do saber sobre a crise e a crise no saber, focando as verdades produzidas no campo da atenção psicossocial. Nesse capítulo, analiso o saber sobre crise psíquica no discurso da atenção psicossocial. Para tanto, são identificadas, inicialmente, as formas de nomear a crise e as concepções de crise. Após, analiso o saber sobre a crise sob a ótica da interdisciplinaridade e, por fim, este saber como organização intersetorial.

No *Capítulo VI* são abordadas as estratégias biopolíticas de governo na/da crise construídas em Alegrete, entre as quais: a medicalização e a internação, com os desdobramentos promovidos pela Atenção Psicossocial; o acolhimento da crise, no serviço e nos espaços da comunidade; a prevenção da crise psíquica; o envolvimento da família no cuidado; a atenção domiciliar, realizada a partir da visita/acompanhamento e internação domiciliar; e a produção de autonomia, a partir de um fazer centrado nas necessidades apresentadas pelos sujeitos em crise.

No *Capítulo VII* aborda-se os modos de subjetivação dos sujeitos em crise na atenção psicossocial. Para tanto, discuto as posições de sujeito construídas a partir desse discurso que coloca o sujeito em crise como um não sujeito, um sujeito incapaz, um sujeito perigoso, um sujeito militante e agente político da Reforma psiquiátrica e, por fim, um sujeito que inserido no jogo das liberdades tem a possibilidade de expressar sua singularidade e produzir resistências. Discuto também o vínculo como tecnologia de relação que produz modos de subjetivação tanto dos trabalhadores quanto dos usuários.

Por Fim, nas *Considerações Finais* é apresentado os principais achados da pesquisa, suas contribuições e limitações.

1 FABRICAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

[...] meu verdadeiro problema, no fundo, é o de forjar instrumentos de análise, de ação política e de intervenção política sobre a realidade que nos é contemporânea e sobre nós mesmos.

*Michel Foucault*⁷

Inicialmente, gostaria de expor que o entendimento em relação ao conceito de “Fabricação” utilizado neste estudo corrobora a forma e o sentido em que foi empregado por Foucault ao dizer que nunca escreveu um método para que fosse aplicado do mesmo modo, a diferentes domínios, mas buscou isolar domínios de objetos “*utilizando instrumentos encontrados ou forjados por mim, no exato momento em que faço minha pesquisa, mas sem privilegiar de modo algum o problema do método*”, buscando assim fazer aparecer “*a interface do saber e do poder, da verdade e do poder*”. Foucault se considerava um empirista cego, por não ter um instrumento certo e uma teoria geral. “*Eu tateio, **fabrico**⁸, como posso, instrumentos que são destinados a fazer aparecer objetos*” (FOUCAULT, 2003, p.229).

Neste sentido, gostaria de fazer aparecer, neste estudo, a questão do modo de funcionamento do discurso da atenção psicossocial em relação à crise psíquica, os efeitos que esse modelo está produzindo a partir de outras formas de ver e falar sobre a loucura, outras práticas discursivas e não discursivas, transformá-lo em objeto de estudo, fabricá-lo de maneira a fazer aparecer o jogo das relações de saber e poder e subjetivação. Para tanto, inicialmente apresento o objeto de estudo e sua aproximação com a perspectiva discursiva de Foucault. Após é apresentado um mapa das produções de dissertações e teses que abordam temas que dialogam com o objeto de estudo, como Loucura, Reforma Psiquiátrica, saúde mental, Foucault, análise de discurso. Posteriormente é delineado a construção teórica dos dois

⁷ Ditos e Escritos IV (FOUCAULT, 2003, p. 240).

⁸ Grifo meu para dar ênfase a forma como enuncio este capítulo.

pressupostos que dão sustentação a tese defendida. Por fim, é apresentado os objetivos que nortearam esta pesquisa.

De acordo com Foucault (2003, p.267), “o *objeto de análise é sempre determinado pelo tempo e pelo espaço*”. Por isso, procuro situar a emergência do objeto deste estudo como um efeito das transformações no sistema assistencial psiquiátrico a partir da aprovação da Lei 10.216/2001 que instituiu a Reforma Psiquiátrica no Brasil e proporcionou a constituição do modelo de práticas em saúde mental denominado Atenção Psicossocial. A partir disto, busco compreender as outras verdades e saberes acerca da crise psíquica, enquanto manifestação da loucura, que estão sendo fabricadas, a partir de um novo paradigma e nova ética.

Como pano de fundo também foram consideradas as transformações no contexto sócio-histórico de nossa sociedade capitalista que, a partir da segunda metade do século XX, passou a constituir a realidade através de novos modos de funcionamento, diferenciando a contemporaneidade do período moderno, especialmente aqueles das marcas da ciência e seu projeto inicial. Esses são os limites teóricos, ou as bordas desta pesquisa que tem como **objeto de estudo**: as materialidades discursivas⁹ referentes à crise psíquica no discurso da atenção psicossocial.

De acordo com a perspectiva de análise de discurso foucaultiana, as reflexões aqui empreendidas não irão centrar-se na materialidade linguística, mas na constituição dos discursos e na possibilidade de serem enunciados. Afinal, “*só é possível fazer uma análise dos discursos porque eles têm uma existência material, porque eles contêm as regras da língua, de um lado, e aquilo que foi efetivamente dito, de outro*”. (SARGENTINI; NAVARRO-BARBOSA, 2004, p.11-12).

Foucault defendeu, em seus escritos, que não existem invariantes históricas, essências ou ‘objetos naturais’. Ao contrário, demonstrou que

⁹ Materialidade discursiva entendida como as condições que possibilitaram que algo sobre a crise psíquica fosse dita, isto é, quais as relações de poder que permitem ou interditam esse discurso, qual saber o sustenta e qual é a ética ou moral que constitui a posição que o trabalhador e o louco ocupam nesse discurso. É entendida também como os efeitos produzidos em relação ao poder (deslocamento de foco, resistência), ao saber e ao cuidado de si (que estética de existência está produzindo?; que lugar de sujeito está permitindo que o louco ocupe?). Desse modo, a intenção não é somente identificar os enunciados sobre crise, mas problematizar a relação que estes estabelecem, enquanto práticas discursivas e não discursivas, com outras práticas.

qualquer objeto existe em sua materialidade, e é composto por condições muito específicas de tempo e espaço, sendo, portanto, inseparável dos quadros formais no interior dos quais se constituiu, foi nomeado e passou a ‘coisa dita’ desta forma e não de outra. Assim, o discurso não está relacionado à palavra, falada ou escrita, na sua condição de ‘representar’ ou ‘significar’ algo; o discurso, em sua condição primordial, é uma luta, uma batalha que tem relação com as condições históricas de emergência e possibilidade (FOUCAULT, 2012; FOUCAULT, 2005).

Os discursos são constituídos por formações discursivas e por grupos articulados de enunciados, ou seja, enunciado é o nome das partes constitutivas do discurso. E estes, por serem singulares – têm seu tempo e seu espaço, e não são, simplesmente, um conjugado de palavras, mas de acontecimentos. O enunciado e sua materialidade discursiva constituem-se em um acontecimento e é para “*conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e terrível materialidade*” que as sociedades controlam, selecionam, organizam e redistribuem a produção do discurso (FOUCAULT, 2012, p.8-9).

Eu me dei como objeto uma análise do discurso, fora de qualquer formulação de ponto de vista. Meu programa não se fundamenta tampouco nos métodos da linguística. A noção de estrutura não tem nenhum sentido para mim. O que me interessa, no problema do discurso, é o fato de que alguém disse alguma coisa em um dado momento. Não é o sentido que eu busco evidenciar, mas a função que se pode atribuir uma vez que essa coisa foi dita naquele momento. Isto é o que eu chamo de acontecimento. (...) trata de considerar o discurso como uma série de acontecimentos, de estabelecer e descrever as relações que esses acontecimentos (...) mantém com outros acontecimentos que pertencem ao sistema econômico, ou ao campo político, ou às instituições. (...) estudo também as funções estratégicas de tipos particulares de acontecimentos discursivos no interior de um sistema político ou de um sistema de poder”. (FOUCAULT, 2003, p.255-256).

Para que apareça um objeto de discurso existem numerosas e importantes condições, e dentre estas está o feixe complexo de relações que se estabelecem entre instituições, processos econômicos e sociais, sistemas de normas e comportamentos, técnicas e tipos de classificação. No entanto, essas relações não vão definir a constituição interna do objeto, mas sim permitir o aparecimento e a justaposição em relação a outros objetos, definindo “*sua diferença, sua irreducibilidade e, sua heterogeneidade; enfim, ser colocado em um campo de exterioridade*”. (FOUCAULT, 2005, p.51).

O feixe de relações se estabelece a partir de relações primárias ou reais, relações secundárias ou reflexivas e relações discursivas. Estas últimas “*não são internas ao discurso: não ligam entre si os conceitos ou palavras; não estabelece entre as frases ou as proposições uma arquitetura dedutiva ou retórica. Mas não são, entretanto, relações exteriores ao discurso*”. Desse modo, estão situadas no limite do discurso, oferecendo os objetos sobre os quais ele pode falar, ou antes, determinando “*o feixe de relações que o discurso deve efetuar para poder falar de tais ou tais objetos, para poder abordá-los, nomeá-los, analisá-los, classificá-los, explicá-los etc. essas relações caracterizam [...] o próprio discurso enquanto prática*”. (FOUCAULT, 2005, p.51-52).

Os enunciados sobre crise psíquica e sua materialidade discursiva (e o acontecimento do discurso¹⁰ aí decorrido) são tomados como objeto para problematizar a experiência da loucura na contemporaneidade, situando-a no interior de relações discursivas e relacionando-a ao conjunto de regras que permitiram e constituíram as condições históricas para o aparecimento do discurso da atenção psicossocial. A crise psíquica constitui o objeto, por ser um dos principais motivos que leva a pessoa a ingressar no circuito psiquiátrico ou na Rede de Atenção Psicossocial. E também por se constituir em um desafio para a mudança de modelo de atenção, pois, no momento do atendimento de pessoas em situação configurada como de emergência psiquiátrica, há a máxima simplificação de questões sociais, culturais e existenciais (COSTA, 2007).

Para a realização deste estudo busquei mapear, inicialmente, as dissertações e teses no site da CAPES, que utilizavam o referencial teórico e/ou metodológico de Foucault em pesquisas que versavam sobre os temas trabalhados: loucura, Reforma Psiquiátrica, Foucault, análise de discurso, saúde mental. Além disto, outro critério de delimitação refere-se à data de publicação dos estudos: foram somente selecionados aqueles publicados após o ano de 2001, ano da aprovação da Lei 10.216 que instituiu a Reforma

¹⁰ O acontecimento significa as práticas discursivas e não discursivas possibilitadas por um enunciado, ou seja, o acontecimento é o efeito do discurso, sua produção em termos de prática, sejam elas discursivas ou não.

Psiquiátrica e possibilitou a constituição da atenção psicossocial como outro modo de dizer e fazer em saúde mental.

Para tanto, inicialmente foram utilizados os descritores “Saúde Mental” e “Foucault” e apareceram 101 estudos (23 teses e 77 dissertações e um profissionalizante). A partir de uma leitura interessada¹¹ foram escolhidos oito estudos (duas teses e seis dissertações) que abordam o tema da saúde mental, explorando posturas analíticas, caminhos investigativos, “ferramentas” e os diferentes conceitos adotados do pensamento de Michel Foucault.

Alguns estudos discutem questões de procedimentos de pesquisa e modos de pesquisar em Saúde Mental a partir das contribuições de Michel Foucault. Prandoni (2005) analisou a loucura e a complexidade na clínica do cotidiano, defendendo a tese de que a abordagem antimanicomial e sua compreensão do sofredor psíquico como sujeito complexo e subjetivo em si próprio constitui uma das possibilidades para a condução à humanização da loucura. A análise desenvolvida pelo autor centrou-se nos seguintes enunciados: As atividades humanas que tornam possíveis suas próprias disciplinas; Clínica do Quotidiano: um projeto; e A Reforma Psiquiátrica possível e situada.

Severo (2003) insere, em sua dissertação, a discussão sobre a maneira com que a ‘loucura’ e ‘família’ são produzidas arqueológica e genealogicamente no discurso antimanicomial. Para essa autora, esse discurso é constituído por quatro práticas discursivas: a psicanálise, a teoria da hereditariedade, a neurociência e a terapia sistêmica.

Angeli (2006) problematizou as práticas e saberes do Movimento Antimanicomial no Brasil, buscando as rupturas, acontecimentos e enunciados que ganham visibilidade em uma análise arqueológica e genealógica. Os enunciados trabalhados foram: gestão popular, humanização, humildade, reinserção, desinstitucionalização, a arte é o grande canal de expressão do homem, fazer da clínica um ato político, Atenção Psíquica Intensiva, lugar

¹¹ A leitura interessada é um modo a separar aquilo que se pode aproveitar daquilo que se pode descartar ou deixar de lado, “*trata-se de um uso interessado e, se quisermos, um uso até mesmo um tanto “interessado”. Nós não temos que ter muito medo disso. (...) Mas, claro, isso deve ser feito com engenho e arte. Porque se não for assim, fica simplesmente utilitário, simplificado*”. (VEIGA-NETO; FISCHER, 2004, p.17).

humano, periculosidade latente, loucos de todo gênero, inimizabilidade, autonomia e autogestão, e intersectorialidade.

Marucci (2003) trabalhou, a partir de uma análise de discurso teorizada por Foucault e Pêcheux, com as construções discursivas dos sentidos da loucura na mídia impressa, após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a partir do estabelecimento oficial do enunciado 'extingam os manicômios'. Problematizou os mecanismos discursivos e de poder que propiciaram a instituição dessa lei, o deslocamento dos efeitos de sentidos sobre o louco e as ressignificações produzidas no imaginário social.

Batista (2010) discutiu a construção e a implantação de um projeto de gestão da Rede de Atenção Psicossocial em Aracaju, enfocando os efeitos produzidos a partir da execução de uma política pública de Estado implicada com práticas de desinstitucionalização e também com o projeto de administração pública municipal. Desse modo, evidenciou que a governamentalidade dessa gestão ocorre a partir de práticas normativas a serviço do controle dos corpos, e também de práticas de resistência presentes tanto na esfera da gestão quanto da assistência.

Toledo (2003) problematizou a loucura na ordem do discurso de familiares de pacientes de um Hospital-Dia, identificando que estes absorveram, em seus discursos, os enunciados sobre as doenças mentais, caracterizados pela presença marcante dos enunciadores médicos e especialistas e pela desqualificação do saber dos familiares. Silva (2012) investigou historicamente o processo de realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial (CNSM-I), buscando problematizar os discursos e práticas que constituem o campo da saúde mental brasileira, e os embates e conflitos de interesses que se perpetuam nos serviços substitutivos.

Nicaretta (2010) buscou descrever o campo do 'Mercado das Psicoterapias' e mostrar as condições de sua emergência. Utilizou o método histórico da arqueologia dos saberes, de Michel Foucault, voltado para a descrição dos acontecimentos discursivos, em torno dos seus enunciados. Foram descritos os discursos sobre práticas psicoterápicas encontrados em dois períodos distintos: a era dos impérios (1875-1920) e a era dourada (1945-1970). O autor finaliza a tese demonstrando o modo com que o 'mercado das

psicoterapias' se constituiu na era dourada, influenciado por questões políticas, sociais e culturais no contexto pós-Segunda Grande Guerra.

Em outra busca no site da CAPES, efetuada no dia 15.07.2013, enfocando o tema desta Tese, utilizou-se os descritores "Saúde mental" e "crise", encontrando-se 148 estudos, dos quais foram escolhidos 10 trabalhos (nove dissertações e uma tese). Dentre estes, quatro estudos centraram-se no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com o objetivo de investigar a forma com que equipes intervêm nas situações de crise em saúde mental em Florianópolis/SC (ALMEIDA, 2011); analisar as concepções e práticas dos profissionais dessas equipes sobre o atendimento às urgências psiquiátricas em Natal/RN (BONFADA, 2010); e investigar as práticas desses profissionais nos atendimentos psiquiátricos em Aracaju/SE e as possíveis articulações com a Rede de Atenção Psicossocial (JARDIM, 2008).

Gondim (2001) analisou um serviço de saúde mental em nível emergencial, enfocando o impacto que esse 'novo' serviço causou na assistência psiquiátrica do município de Campos dos Goytacazes (RJ), ou seja, se houve uma ruptura com o modelo assistencial tradicional a ponto de se pensar em um conceito realmente novo de saúde mental.

Fontenelle (2010) buscou identificar as concepções sobre crise e as estratégias de intervenção utilizadas por profissionais que atuam ou atuaram em CAPS II frente a sujeitos em crise, no interior de Pernambuco. A partir da análise de discurso identificou quatro categorias: a primeira trata dos significados e sentidos atribuídos às situações de crise pela equipe multiprofissional (concepções, antecedentes e motivação para a crise); a segunda versa sobre as estratégias para o cuidado da crise (Projeto Terapêutico Singular (PTS), inserção da família, insumos e psicofarmacologia e abordagem à família); a terceira diz respeito aos desafios para lidar com a crise (equipe, mobilização profissional, rede e gestão); e, por fim, a alta e sua relação com a crise (alta clínica e alta por abandono e administrativa).

Martins (2012) problematizou a noção de crise que dá sustentação aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto serviços de atenção a crises e urgências em saúde mental. Realizou um estudo de caso, no qual identificou as seguintes categorias de análise: Hierarquização do saber;

Medicalização; Supervalorização do protocolo; Concepções de crise. Os resultados demonstram que, embora exista uma multiplicidade de saberes, ainda predomina, no CAPS, uma noção de crise nos moldes da clínica médica, reconhecendo-a como um estado de agudez dos sintomas psiquiátricos. Nesse sentido, avalia-se o sujeito a partir do seu comportamento, descartando a possibilidade de implementação de outros tratamentos que levem em consideração sua subjetividade e a complexidade das relações sociais que o constituem e o mantêm.

Silva (2009) investigou como é feita a assistência às pessoas em situação de crise nos novos serviços advindos do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. A análise centrou-se em um CERSAM de Belo Horizonte, permitindo compreender o imaginário dos profissionais sobre o próprio serviço e sua proposta assistencial, e as concepções de crise que perpassam as práticas assistenciais. Para a autora a assistência às pessoas em situação de crise ocorre a partir de princípios e valores do ideal antimanicomial que norteia o projeto assistencial da equipe.

Costa (2006) abordou as transformações e limites nos modos de lidar com as situações de crise na Reforma Psiquiátrica, a partir de dois serviços de atenção psicossocial: um Hospital-dia e um Centro de Atenção Psicossocial. Quanto aos limites para lidar com as situações de crise, os profissionais identificaram situações específicas: usuário recém-vinculado ao serviço, usuário e/ou sua família com forte referência no hospital como recurso, e usuário que frequenta pouco o serviço. Analisou ainda como limites: a concepção dos profissionais sobre o serviço implica modos de lidar com as situações de crise; o lidar com experiências de maior intensidade expressa apresenta menor transformação, e o destino para a internação não é raro; a existência de uma rede precária e um trabalho territorial reduzido somado ao fato dos serviços estarem ainda muito voltados para o seu interior, coloca limites às transformações nos modos de lidar com as situações de crise. Conclui que há necessidade permanente de reflexão ética e política sobre o lugar social da loucura e o modo com que as práticas de atenção psicossocial vêm se construindo.

Gondim (2007) realizou, em sua tese, um estudo sobre o sentido dos vínculos de pessoas em situação de crise psíquica grave, incluindo vínculos familiares, sociais e terapêuticos. A pesquisa foi feita em duas etapas. Uma delas foi o atendimento psicoterapêutico a pessoas em situação de crise psíquica grave, enfocando seu mundo relacional, que ocorreu em Brasília, e a outra etapa foi realizada a partir de visitas a serviços que acolhem pessoas em crise. Essas visitas foram realizadas em Brasília, em Londres, na região de East Kent, na Inglaterra e em Bruxelas, na Bélgica, onde diferentes abordagens, entre as quais a médico/biológica, biopsicossocial e psicossocial foram encontradas com diferentes formações de vínculos terapêuticos. Conclui que é fundamental a visão da crise psíquica grave como um momento que pede mudanças no mundo relacional do indivíduo e são necessárias intervenções a partir dos sentidos da crise na vida do indivíduo e no seu contexto relacional.

A leitura desses estudos foi de suma importância, pois estes fazem um alerta, demonstrando que em alguns serviços da Rede de Atenção Psicossocial ainda predomina a noção de crise nos moldes da clínica médica, suscitando uma atenção que visa somente à supressão dos sintomas psiquiátricos. Assim, a leitura destes estudos possibilitaram uma reflexão ética e política sobre: como se está tratando/cuidando a loucura nos dias atuais; a crise psíquica no discurso da atenção psicossocial ser ou não uma condição de emergência para o reconhecimento do sujeito como sujeito de desejo e suas possibilidades de produzirem outros modos de subjetivação. Neste sentido, esta tese visa trazer contribuições para o campo da saúde mental demonstrando possibilidades para a sustentação de outra concepção de crise, como um momento subjetivo que envolve o sujeito e seu modo de andar na vida e de se relacionar. E também permite reflexões sobre a forma como se está tratando esse momento singular da atenção psicossocial, no qual práticas discursivas e não discursivas inscrevem formas de subjetividade e verdades, permitem outros tipos de individualidade e coletividade que ocorrem a partir de relações com formas particulares de governo e de autocontrole, além de processos de conhecimento e de autoconhecimento.

1.1A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial e os conceitos de saber e poder

Imbuída da tentativa de problematizar tais ponderações, tomo como ponto de partida os seguintes aspectos: o novo paradigma da saúde mental – A atenção Psicossocial; a crise psíquica; a análise de discurso de inspiração foucaultiana e o engendramento dos conceitos de poder e saber.

A Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2000) pretende congrega um conjunto de práticas substitutivas ao Modo Asilar, e configurar uma série de transformações na atenção em saúde mental no Brasil. Transformações essas que começaram com o movimento de Luta Antimanicomial e o movimento da Reforma Psiquiátrica. O Movimento de Luta Antimanicomial é considerado um movimento múltiplo e plural, pois conta com a participação de profissionais de todas as categorias, de simpatizantes não técnicos da saúde, de instituições, de entidades, de outros movimentos civis e, principalmente, de familiares e usuários que passaram a se organizar em associações. Sua principal contribuição tem sido as críticas radicais em relação ao manicômio e a recusa em considerá-lo espaço de assistência à doença mental.

Tais críticas partiam do entendimento de que o manicômio poderia ser tomado, conforme o argumento de Foucault (2006), como um lugar de violência e exclusão, em que o poder é utilizado no intuito de objetivar o *louco*; onde reina uma ordem de regulação permanente do tempo, das atividades, dos gestos, dos comportamentos, dos discursos, enfim, uma ordem que exerce um controle total dos corpos, penetrando-os e parasitando-os em todos os aspectos de sua existência. Essa relação hierárquica, presente no manicômio e nas mais diversas instituições, aproximou a luta pelos direitos de cidadania do doente mental a outras lutas da população em geral por seus direitos (AMARANTE, 2003).

Nesse sentido, a configuração e a trajetória do movimento de *Luta Antimanicomial* fizeram aparecer o jogo de poder, do qual todos fazem parte, exercendo-o ou sofrendo seus efeitos. Demonstra o quanto o poder é algo não localizável em único polo, que não tem um proprietário ou se exerce verticalmente. O poder está imerso em uma rede, produzindo não somente proibições e interdições, ou seja, não é somente negativo, mas algo positivo

que permite a participação em lutas e embates, movimentos de resistência e produção de mudanças. O poder não tem uma origem única, que seria o Estado, mas se produz por uma inflação perpétua, que nasce a cada instante, a cada gesto e que pode ser acionado por qualquer pessoa desde que esteja em posição de fazê-lo, e qualquer um pode estar sujeito a seus mecanismos (FOUCAULT, 2003).

O objetivo de Foucault não foi descrever um paradigma de poder, mas observar a maneira com que diferentes mecanismos de poder funcionam na sociedade, saber como *“nossos corpos, nossas condutas do dia-a-dia, nossos comportamentos sexuais, nosso desejo, nossos discursos científicos e teóricos se ligam a muitos sistemas de poder que são, eles próprios, ligados entre si”*. (FOUCAULT, 2003, p. 258-259).

Imersa nessa rede de poder e atravessada por comportamentos, desejos e discursos, a reforma psiquiátrica propõe discutir questões que perpassam as diversas dimensões de vida do indivíduo: individual, familiar, social, profissional (produção) e cultural. Amarante (1999) destaca quatro campos fundamentais desse movimento: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. O primeiro diz respeito às bases conceituais e teóricas, seus objetos de conhecimento e suas ferramentas para compreender a realidade em um processo de desconstrução dos conceitos fundantes da psiquiatria, como a supressão do paradigma doença-cura pelo conceito existência-sofrimento. O segundo campo ocupa-se dos sujeitos e seus direitos, sua necessidade de acesso a uma rede composta não somente por serviços, mas também por espaços de sociabilidade, de trocas e de produção de subjetividades. Já, o campo jurídico-político propõe a revisão das legislações civil, penal e sanitária, visando a promover a cidadania real dos sujeitos e o respeito por seus direitos. Nesse sentido, várias leis estaduais e a lei federal foram aprovadas. Por fim, as mudanças que se referem à dimensão sociocultural, que ocorrem simultaneamente às dos demais campos, buscam transformar o imaginário social em relação à loucura, através de práticas sociais que promovam a solidariedade, o respeito à diferença e a inclusão dos sujeitos em sofrimento psíquico e de todos aqueles que estejam em desvantagem social.

Essas mudanças configuram-se, como um novo paradigma de atenção em saúde mental, no qual o cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico implica a necessidade de práticas e posturas permeadas pelo respeito, ética e responsabilidade. A configuração de tais práticas orienta-se com base em fundamentos epistemológicos que se situam em ruptura com o paradigma hospitalocêntrico asilar, atribuindo um novo sentido social para a loucura e, para isso, instaurando o modelo de atenção psicossocial.

Assim, o *Modo Psicossocial* e o *Modo Asilar* são dois modelos em contradição, pois a essência de seus saberes, práticas e o discurso que os articula, tanto na esfera político-ideológica quanto na esfera teórico-técnica, caminham em sentidos opostos no que se refere a seus parâmetros basilares: as concepções do objeto e meios de trabalho; as formas de organização do dispositivo institucional; as formas do relacionamento com a clientela, e concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos (COSTA-ROSA, 2000).

No primeiro parâmetro são metas do Modo Psicossocial, em uma perspectiva longitudinal: a desospitalização, desmedicalização, implicação subjetiva e sociocultural, contrapondo-se aos elementos do Modo Asilar que são a hospitalização, a medicalização e a objetivação do sujeito. O segundo parâmetro propõe uma horizontalização das relações de poderes a partir da participação, autogestão e interdisciplinaridade, sem o domínio de uma ou outra especialidade, contrapondo-se às estratificações de poder e saber no Modo Asilar. No terceiro parâmetro, encontram-se, como metas do Modo Psicossocial, a interlocução, livre trânsito dos usuários e população e territorialização com integralidade em oposição à “*imobilidade, mutismo e estratificação da atenção por níveis (primário, secundário e terciário) que caracterizam o modo asilar*”. (COSTA-ROSA, 2000, p.162). Por fim, segundo esse autor, são metas do modo psicossocial a implicação subjetiva e sociocultural e a singularização, opondo-se, assim, à adaptação que caracteriza a ética no modo asilar.

A desospitalização, a desmedicalização, a horizontalização das relações, o livre trânsito dos usuários e população, a implicação subjetiva e sociocultural e a singularização são táticas que compõem estrategicamente a

atenção psicossocial, enquanto paradigma do fazer em saúde mental construído e em construção pelo movimento de reforma psiquiátrica. O desenvolvimento dessas táticas nos serviços territoriais de saúde mental é, no meu entendimento, colocado em xeque no momento da crise. Não que se considere a questão da atenção às situações de crise desvinculada da multidimensionalidade e complexidade da prática terapêutica ou que se proponha que a crise seja o eixo central na organização assistencial e do serviço (NICÁCIO; CAMPOS, 2004), mas por ser a atenção à crise um dos aspectos mais difíceis e estratégicos no processo de reforma psiquiátrica (AMARANTE, 2007), pois existe, em nossa sociedade, uma cultura do manicômio, discursos construídos pela psiquiatria que reverberam como verdades e fazem com que este ainda seja o espaço reconhecido socialmente como o espaço privilegiado da atenção à crise.

A própria definição de crise no modelo da Atenção Psicossocial é difícil, pois, muitas vezes, estão perpassadas por discursos acadêmicos, jurídicos e sociais, ou seja, por conceitos ortodoxos de saúde, por protótipos de normalidade e ideários sociais de ordem (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007), e assim não conseguem romper com a lógica crise/periculosidade/internação.

No modelo biológico ou da psiquiatria tradicional a crise é entendida como uma agudização/exacerbação da doença mental e, conseqüentemente, as ações visam a contenção e a redução dos sintomas (MEZZINA, et. al., 2005), em um local onde se possa ‘quebrar’ a onipotência da loucura a partir do exercício do poder psiquiátrico. E esse local é o manicômio que, com sua tática de violência e sujeição, vai fazer funcionar um poder e produzir um saber/verdade sobre a loucura e suas manifestações/crises. Isto porque no manicômio reina uma ordem que envolve os corpos, penetrando, atravessando e trabalhando-os a partir da distribuição do tempo, dos espaços e dos indivíduos, com seus corpos, gestos, comportamentos e discursos. E essa ordem se constituiu a partir de um saber médico — formulado pelo olhar, neutralidade e objetividade do conhecimento médico —, que, por sua vez, só pôde se constituir “*no interior dessa distribuição regrada do poder*”, e assim

percebe-se que a ciência médica “*funciona como poder muito antes de funcionar como saber*”. (FOUCAULT, 2006, p.5).

Dessa forma, o manicômio foi o lugar onde a psiquiatria clássica fez funcionar um discurso de verdade/saber, que ocorre a partir da dissimetria do poder, “*por uma disposição tática na qual os diferentes indivíduos ocupam um lugar determinado e cumpre certo número de funções precisas*” (FOUCAULT, 2006, p.9). Por isso, saliento a necessidade de problematizar o poder e a “suposta” verdade de um discurso sobre a crise psíquica.

Esse dispositivo de poder, denominado ‘poder psiquiátrico’ (FOUCAULT, 2006), foi produtor de determinado número de enunciados, de discursos e, por conseguinte, de formas de representações que decorreram a partir dessa forma clássica de enunciar a loucura e a crise. E um enunciado produzido, e que ainda reverbera como verdade, é que ‘o hospital é uma máquina de cura’, conforme expresso por Foucault (2006, p.127):

[...] o que cura no hospital é o hospital. Ou seja, é a própria disposição arquitetônica, a organização do espaço, a maneira como os indivíduos são distribuídos nesse espaço, a maneira como se circula por ele, a maneira como se olha ou como se é olhado nele, tudo isso é que tem em si valor terapêutico.

Nesse sentido, o hospital surge como uma máquina panóptica “*de exercer o poder, de induzir, de distribuir, de aplicar o poder*” (FOUCAULT, 2006, p.127) a partir dos quatro elementos panópticos - a visibilidade permanente; a vigilância central e piramidal dos olhares; o isolamento; e a punição (FOUCAULT, 2012b). E é a observação constante, possível a partir do funcionamento tático do poder, que “*proporciona ao discurso psiquiátrico sua objetividade e sua verdade*” (FOUCAULT, 2006, p.9).

No entanto, essa verdade é problematizada por Foucault quando cita a diferença entre verdade-acontecimento e verdade-conhecimento¹² e aborda,

¹² Para Foucault, existem duas séries na história ocidental da verdade. A série da verdade descoberta, constante, constituída, demonstrada, e outra série da verdade que acontece, do acontecimento, uma verdade que não é constatada, mas suscitada, perseguida, que se produz por rituais, por meio de estratégia e não de métodos. Desde a Renascença a verdade-conhecimento colonizou, parasitou a verdade-acontecimento e esse movimento poderia se chamar de genealogia do conhecimento, um reverso histórico indispensável da arqueologia do saber. Foi com a arqueologia que Foucault evidenciou que a descoberta da verdade é, na realidade, produção da verdade, que a demonstração científica nada mais é do que um ritual, e que o sujeito supostamente universal do conhecimento é, na realidade, um indivíduo historicamente qualificado de acordo com certo número de modalidades. Desse modo, ao analisar a prática judiciária pôde demonstrar a formação de regras político-jurídicas de estabelecimento da verdade que, o advento de certo tipo de poder político, fez desaparecer a

como na “velha medicina das crises”, a questão da crise como um momento ou um acontecimento que faz com que a verdade da doença apareça. E essa verdade-acontecimento é permeada por uma relação *“arriscada, reversível, belicosa; é uma relação de dominação e de vitória, não sendo, portanto, uma relação de conhecimento, mas de poder”* (FOUCAULT, 2006, p. 304).

Nesse sentido, fica evidente que o saber psiquiátrico não busca apenas fundar uma prática terapêutica, mas sim acrescentar uma marca ao poder psiquiátrico, ser um dos elementos que possibilita o dispositivo disciplinar organizar em torno da loucura o sobrepoder da realidade. O hospital psiquiátrico inventou uma nova crise médica, que não coloca em questão a verdade, mas uma crise de realidade, ou seja, constrói uma realidade que produz o sujeito em crise a partir de uma relação dissimétrica de poder entre médico e internado. Diferentemente do hospital de medicina geral, o hospital psiquiátrico não é o *“lugar em que a doença vai mostrar o que é em suas características específicas e diferenciais em relação às outras doenças; o hospital psiquiátrico (...) tem por função, precisamente, dar realidade à loucura, (...) fazê-la existir como realidade”*. (FOUCAULT, 2006, p. 322-323).

[...] uma análise da distribuição do poder psiquiátrico permite mostrar que não é por um acidente ou um desvio da instituição que o hospital psiquiátrico é um lugar de realização da loucura; é a própria função do poder psiquiátrico ter diante de si e para o doente (...) um espaço de realização para a doença. (...) o poder psiquiátrico tem por função realizar a loucura numa instituição cuja disciplina tem precisamente por função apagar todas as violências da loucura, todas suas crises e, no limite, todos os seus sintomas (FOUCAULT, 2006, p.323).

Do mesmo modo que a prática dentro dos hospitais psiquiátricos pinelianos não corresponde à nosografia psiquiátrica construída por Pinel, a questão da crise também passa por esse paradoxo, porque o hospital se coloca como o lugar para a loucura, mas faz uso de seu saber e poder para apagar suas manifestações e crises.

Entretanto, embora a expressão da crise tenha sido evitada no interior do hospital psiquiátrico, no arcabouço teórico da psiquiatria tradicional, ou, mais precisamente, no campo das emergências psiquiátricas, ela está descrita e conceituada de várias formas: crises depressivas com risco de suicídio,

tecnologia da verdade-prova e instalar-se a tecnologia de uma verdade de constatação, de uma verdade autenticada pelos testemunhos. Para o aprofundamento desta questão ver a AULA 23 DE JANEIRO DE 1974 do Livro “O Poder Psiquiátrico” (2006).

crises de “agitação psicomotora”; crises psicóticas acompanhadas de delírios e alucinações; crises decorrentes de situações de alcoolismo e/ou drogadição; crises histéricas ou “nervosas”, entre outras (GONDIM, 2001).

Mesmo com a existência de diversos conceitos sobre crise psíquica descritos na psiquiatria, é necessário problematizar a discursividade sobre crise no campo da atenção psicossocial, pois se entende que a noção de crise é utilizada para nomear experiências singulares diversas e atravessam os modos de viver essas experiências (COSTA, 2006).

Desse modo, na prática de saúde mental territorial a crise é redefinida como um momento no qual o sujeito e os outros atores envolvidos são chamados a escolher entre uma reapropriação de um estado precedente e a possibilidade de desenvolvimento da própria existência, ou seja, a crise é considerada um evento potencialmente transformativo (MEZZINA, et. al., 2005).

Esse conceito de crise, inspirado na definição de Caplan (1980) e psiquiatria preventiva, e desenvolvido na Psiquiatria Democrática italiana, é uma definição ampla que diz respeito ao sujeito e sua existência. Foi na esteira desse movimento, que inspira e inspirou a reforma psiquiátrica no Brasil, que se organiza o modelo da Atenção Psicossocial enquanto condição de emergência para a irrupção de uma discursividade sobre crise, que produz efeitos de saber-poder e sujeitos com suas atitudes, comportamentos, desejos,

Para tanto, parto, neste estudo, do entendimento de crise psíquica como um momento de sofrimento intenso que produz uma desestruturação na vida psíquica, familiar e social do sujeito. Situações e vivências conflitivas que marcam definitivamente o sujeito e sua história, e conduzem a uma ruptura com a realidade socialmente aceita e com os laços afetivos que o sustentam (WILLRICH et. al., 2011).

No intuito de olhar a questão do saber e poder enunciados no discurso psicossocial sobre crise, foram utilizados alguns conceitos teóricos da caixa de ferramentas de Foucault: saber, poder e subjetivação (ética). Para esse autor, saber e poder se produzem mutuamente, porque *“poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua*

ao mesmo tempo relações de poder” (FOUCAULT, 2012b, p.30). E essa relação poder-saber está engendrada no discurso, considerado um acontecimento discursivo marcado pela descontinuidade da história e possível a partir de uma materialidade (condições de possibilidade) do enunciado (unidade do discurso), e por isso “*nem a língua nem o sentido podem esgotar inteiramente*” (FOUCAULT, 2005, p.32).

Assim, a análise discursiva, na perspectiva foucaultiana, concebe o discurso não como um signo ou um jogo de representações entre palavras e coisas, mas como prática discursiva determinada pelo poder, ou uma série de acontecimentos através dos quais o poder é vinculado e orientado. Poder concebido como prática social constituída historicamente (MACHADO, 2012), e como relações estabelecidas entre os indivíduos em cada época histórica. O ponto crucial e a originalidade das análises de Foucault foi encontrar nas “práticas” e nos “discursos” aceitos ou desenvolvidos em cada época essas relações, situar essas relações no interior das lutas e “*não supor que há, de um lado, o poder e, do outro, aquilo sobre o qual ele se exerceria, e que a luta se desenrolaria entre o poder e o não-poder*” (FOUCAULT, 2003, p. 277).

Os mecanismos de poder presentes em nossa sociedade e nos serviços de saúde mental produzem verdades. E estas dizem respeito ao “*conjunto de procedimentos que permitem a cada instante e a cada um pronunciar enunciados que serão considerados verdadeiros*” (FOUCAULT, 2003, p. 232) em um discurso marcado pelo embate e luta pela significação. Nesse sentido, entende-se que a crise psíquica, seja ela desencadeada por um transtorno psíquico, pelo uso/abuso de substâncias psicoativas ou por sua abstinência, é o momento utilizado pelo discurso asilar para expor as fragilidades (limitações) ou os desafios que ainda não foram superados pela reforma psiquiátrica. Portanto, é relevante estudar o tema da crise psíquica nesse processo de construção e consolidação do modelo de atenção psicossocial, e problematizar¹³

¹³ O conceito de problematização é central nas últimas obras de Foucault. O termo detém um significado relevante, enquanto história do pensamento e da verdade, porque problematização não quer dizer representação de um objeto preexistente, tampouco a criação pelo discurso de um objeto que não existe. Problematizar é mostrar como um conjunto das práticas discursivas ou não discursivas faz alguma coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e o constitui como objeto para o pensamento, seja sob a forma de reflexão moral, de conhecimento científico ou de análise política, etc.

as relações de poder que atravessam os discursos e os saberes que subsidiam e/ou que são produzidos nessas relações.

Defende-se que o discurso psicossocial está sendo produzido no interior de uma batalha, conduzida por uma vontade de interdição e uma intenção estratégica de desqualificar a atenção psicossocial. Em contrapartida, como o poder é positivo, o discurso psicossocial está disputando saberes e produzindo modos de desejar e valorar que constituem outras experiências de crise psíquica e outras formas de ser sujeito trabalhador em saúde mental e sujeito em crise. Isto porque esse discurso está determinado pela emergência e descontinuidade da história que o situa em uma rede discursiva que movimenta os poderes e fabrica saberes e verdades.

Para a análise do discurso psicossocial, e de acordo com a perspectiva foucaultiana, não se buscou o poder e sua fonte por trás do discurso; partiu-se do discurso tal como ele é dito, sem abordar o problema do sujeito falante, mas examinando as diferentes maneiras de o discurso desempenhar um papel dentro de um sistema estratégico, no qual o poder está implicado e para o qual funciona. Assim, o poder não é considerado “*nem fonte nem origem do discurso. O poder é alguma coisa que opera através do discurso, já que o próprio discurso é um elemento em um dispositivo estratégico de relações de poder*” (FOUCAULT, 2003, p.253).

Foucault concebe o discurso como violência, como algo da ordem da guerra, pois para esse autor existe uma luta em torno do significado no mundo e a terrível materialidade do discurso é o acontecimento que adquire efeito. Em virtude disso, o discurso para Foucault não é somente um conjunto de signos, mas é mais do que isso, é fundamentalmente uma prática que produz subjetivação tem efeitos de realidade e, por isso, é temida e deve ser controlada (FOUCAULT, 2012).

Esse controle do discurso é atravessado por procedimentos externos, como a interdição, segregação e vontade de verdade, e internos, como o comentário, o autor e a disciplina. A “interdição” envolve o tabu do objeto, o ritual de circunstância e o direito privilegiado do sujeito que fala, afinal “*não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa*”

(FOUCAULT, 2012, p.9); já, a “segregação” ocorre entre razão-loucura ou verdadeiro-falso; e, finalmente, o procedimento da “vontade de verdade”, reforça e reconduz a maneira *“como o saber é aplicado em uma sociedade, valorizado, distribuído, repartido e de certo modo atribuído”* (FOUCAULT, 2012, p.17).

Dentre os procedimentos internos de controle do discurso, o “comentário” funciona como forma de reverberação do discurso primeiro e de transformação do ‘aleatório’ (acaso), atualizando indefinidamente o discurso; o “autor”, que não diz respeito ao indivíduo, mas que funciona como uma figura que dá certa coerência ao discurso e unidade a algo que é pura dispersão e descontinuidade; e, por fim, o princípio da “disciplina”, que coloca muitos enunciados à margem, mas não por não serem verdadeiros e sim porque não respondem ou não estão dentro da política de verdade estabelecida em uma disciplina ou em um campo discursivo (FOUCAULT, 2012).

A análise da história da loucura realizada por Foucault (2010) demonstra como a psiquiatria garantiu um monólogo da razão sobre a loucura. Por isso, essa obra não focou a história do discurso psiquiátrico, mas estabeleceu a arqueologia de um silêncio, pois, na Idade Clássica, o discurso sobre o louco, ou melhor, o discurso que o próprio louco enuncia é um discurso não reconhecido, marcado por procedimentos que buscam controlá-lo:

Desde a Alta Idade Média, o louco é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros: pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula e não seja acolhida, não tendo verdade nem importância, não podendo testemunhar na justiça, não podendo autenticar um ato ou um contrato [...] Era através de suas palavras que se reconhecia a loucura do louco; elas eram o lugar onde se exercia a separação; mas não eram nunca recolhidas nem escutadas. (FOUCAULT, 2012, p. 10–11).

Em contrapartida, os discursos aceitos e que circulam como verdades são as formas explícitas do poder, que manifestam a vontade que os conduz e a intenção estratégica que os sustenta. Por isso, ressalta-se a importância de olhar para a multiplicação dos discursos sobre a crise psíquica na atenção psicossocial, enquanto campo de exercício do poder, de um poder político, institucional e social.

Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder [...] – o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo

porque, pelo que se luta, o poder do qual queremos nos apoderar. (FOUCAULT, 2012, p. 9-10).

No terceiro grupo de controle do discurso, que trata dos procedimentos de rarefação ou sujeição dos discursos, isto é, de impor aos que pronunciam o discurso certo número de regras, estão quatro princípios: “o ritual de fala”, que define a qualificação que deve possuir quem fala (legitima quem pode falar, quem está no campo da verdade), o conjunto de sinais que devem acompanhar os discursos (gestos, comportamentos), e a eficácia ou efeitos das palavras sobre aqueles a quem elas se dirigem; “as sociedades de discurso”, que têm por função conservar, fazer circular em espaço fechado e distribuir os discursos segundo regras estritas sem a troca de papéis entre quem fala e quem escuta; “as doutrinas”, que ligam *“os indivíduos a certos tipos de enunciação e lhes proíbe, conseqüentemente, todos os outros; mas, ela se serve, em contrapartida, de certos tipos de enunciação para ligar indivíduos entre si e diferenciá-los, por isso mesmo, de todos os outros”*; e, por fim, a “apropriação social dos discursos”, como maneira de manter ou modificar os saberes e poderes que os discursos trazem consigo (FOUCAULT, 2012, p.41). Cientes da existência de tais controles, deve-se procurar apreender os enunciados¹⁴ em seu poder de afirmação e rarefação (KHALIL, 2004, p.228).

Desse modo, todo discurso enunciado e recebido encontra-se em uma rede que se reconstrói continuamente, movida pelos procedimentos de controle, nos quais poder é investido designando quem pode falar, o que pode ser dito e considerado verdadeiro, como os saberes se mantêm ou se transformam. E, partindo-se dessa análise, entende-se que os enunciados sobre a crise psíquica, que circulam no discurso da atenção psicossocial, em materialidades diversas, como textos midiáticos, oficiais e em práticas discursivas e não discursivas produzidas no cotidiano dos serviços de saúde mental, estão situados sócio-historicamente e crivados por controles discursivos que mudam de acordo com as vontades de verdades em vigência, ou seja, de acordo com as relações de saber-poder engendradas. Em virtude disso, é importante conhecer o modo com que esses enunciados passam a

¹⁴ O conceito de enunciado é central na arqueologia de Foucault (2005). Também discutido por Deleuze no livro “Foucault” (2005). No capítulo 3 que aborda as perspectivas investigativas será discutido este conceito.

existir, o significado de sua manifestação e não de outro em seu lugar, seus rastros ou mesmo a sua possível permanência e reutilização.

É preciso problematizar o saber-poder da psiquiatria e sua política discursiva de exclusão da crise psíquica no interior dos muros do hospital psiquiátrico, ou seja, problematizar as enunciações produzidas de que “o louco é perigoso”, “a pessoa em surto psicótico não sabe o que faz”, “em surto psicótico a pessoa está fora de si”. Nesse sentido, justifica-se a intenção deste estudo em fazer a análise dessas relações próprias da prática psicossocial, à medida que esta produz certo número de enunciados que se apresentam como enunciados legítimos e que estão ou não na contramão das enunciações da psiquiatria clássica.

Desse modo, procura-se abordar os enunciados de crise psíquica no discurso da atenção psicossocial, buscando-se *“as instâncias de produção discursiva (que, evidentemente, também organizam silêncios), de produção de poder (que, algumas vezes têm a função de interditar), das produções de saber (as quais, frequentemente, fazem circular erros ou desconhecimentos sistemáticos)”* (FOUCAULT, 1999, p.17).

Para tanto, este estudo debruçou-se sobre os conhecimentos e saberes que perpassam a atenção psicossocial, perseguindo seu processo de produção, o funcionamento, o “como” tais conhecimentos, formas, saberes e práticas tornam-se verdadeiros ou desejáveis e não outros. Nesse sentido, houve necessidade de problematizar, de diferentes modos, os conhecimentos “legítimos” sobre crise psíquica, as relações de poder que atravessam a produção desses saberes sobre crise no modelo da atenção psicossocial. Questionaram-se os motivos que levam a considerar certos tipos de saberes mais desejáveis do que outros, certos tipos de relações de poder melhores do que outros, e alguns valores preferíveis a outros. Analisou-se a constituição do discurso psicossocial e dos mecanismos de controle discursivo aos quais está submetido

Diante disso, delineou-se um **primeiro pressuposto**: A atenção psicossocial tem produzido condições de possibilidade para a irrupção e engendramento de outros saberes e outras relações de poder que se materializam nas estratégias de atenção à crise psíquica.

1.2 Estratégia psicossocial de atenção à crise como tecnologia de governo, subjetivação e resistência

Conforme mencionado anteriormente, poder e saber estão imbricados, produzindo um ao outro e produzindo práticas, sejam elas discursivas ou não, que respondem às possibilidades de determinado tempo e espaço. Desse modo, o saber-poder psiquiátrico produziu muitas práticas que vêm passando por transformações decorrentes das próprias mudanças na organização da sociedade. Passamos de uma organização social fortemente disciplinar, centrada nas instituições, para uma organização baseada no dispositivo da segurança, que vai instituir uma arte de governar que tem por intuito conduzir a conduta do indivíduo, ou seja, fazer a gestão de sua liberdade de modo que ele responda dentro do que é esperado para um resultado mais positivo para a sociedade.

Para Foucault, o jogo complexo e instável instaurado pelos discursos coaduna, a um só tempo, estratégia e efeito, e para problematizar tal afirmativa, inserem-se, aqui, questões acerca do saber psiquiátrico e as práticas instituídas a partir deste saber, ou seja, de que modo a razão cartesiana, que localizou a loucura no indivíduo, possibilitou à psiquiatria organizar a instituição como espaço de disciplinarização e normalização e suas respostas ou práticas de objetivação para a crise psíquica e loucura. Para tanto, busca-se apoio também nos conceitos de governo, subjetivação e resistência e sua relação com as estratégias e táticas da atenção psicossocial em relação à crise psíquica na sociedade de segurança (biopolítica) na qual se vive.

Parte-se do entendimento de que, independente do período histórico, a crise psíquica acompanha a loucura, por ser o momento em que ela se manifesta. Nesse sentido, ao olhar para a história da loucura olha-se para a questão da crise psíquica e das práticas instituídas, podendo-se, esquematicamente, analisá-las a partir de três momentos: primeiro, um período de liberdade e verdade que ocorreu entre os séculos XV e XVI (últimos séculos medievais); o segundo período inclui “a grande internação” e abrange os

séculos XVII e XVIII, e, por fim, o terceiro período abrange a época contemporânea “*quando cabe à psiquiatria a tarefa de lidar com os loucos que abarrotam os asilos*” (FRAYZE-PEREIRA, 1982, p.49).

Até os dias de hoje, o conceito de loucura passou por muitas mudanças, as quais dizem respeito ao contexto social, político e econômico de cada momento histórico, e possibilitou a irrupção e reverberação de muitos discursos. A loucura povoa, desde a antiguidade, o imaginário social de diversas formas, possibilitando práticas, discursivas e não discursivas, que dizem respeito a dois extremos: a exaltação da loucura – encontrada no Elogio da Loucura, escrito em 1509, e sua exclusão.

Na antiguidade, três discursos foram propostos: o discurso mitológico-religioso¹⁵, o discurso passional-psicológico¹⁶ e o discurso organicista¹⁷, nos quais se observam os saberes e as práticas de atenção engendrados. No primeiro discurso, a loucura aparece como obra da intervenção dos deuses e, portanto, o indivíduo não era considerado culpado por suas ações insensatas, não sendo estigmatizado nem considerado doente. Em consequência, as práticas de “tratamento” não buscavam a cura, mas atenuar os tormentos da ansiedade e induzir a aceitação tranquila da sentença dos deuses. No segundo, afigura-se como um produto dos conflitos passionais do homem,

¹⁵ Discurso sustentado em Homero (séc. 9-8 a.C.), no qual a etiologia da loucura era considerada mitológica, isto é, entendia como obra divina os comportamentos e atos de pessoas acometidas por loucura. (PESSOTTI, 1995).

¹⁶ Discurso encontrado nas tragédias de Eurípides (séc. 485-406 a.C.), nas quais encontram-se transformações decisivas a partir da inclusão do elemento psicológico humano. Ele foi o responsável por considerar os conflitos interiores e dilemas dos homens que, atidos em suas paixões, perdiam a razão e praticavam atos não condizentes com as normas sociais. Nesse momento, a loucura adquire um enfoque passional. Outra contribuição encontrada em Eurípides foi oferecer o retrato de um perfeito surto psicótico - no qual pode haver total descontrole levando a pessoa a cometer atos violentos e agressivos-, como outro tipo de manifestação da loucura, indo além dos três tipos de loucura descritos até então: Melancolia, Mania e Paranóia. (PESSOTTI, 1995, p.45).

¹⁷ Discurso organicista ou hipocrático exclui como causa da loucura a interferência divina. Hipócrates (séc. 1 a.C.) concebia a loucura como “um desarranjo da natureza orgânica, corporal do homem, como mera consequência de disfunções humorais”. O desequilíbrio dos elementos essenciais no cérebro ou em outros órgãos seria o responsável pela doença. Seguiram a tradição hipocrática: Celsus e Galeno. O primeiro refere alguns recursos acerca da terapêutica nos casos de “melancolia” e “mania”. Para os melancólicos indica procedimentos de distração e afastamento das causas da doença. Para os maníacos furiosos e agitados, propunha como terapia “acorrentá-los, submetê-los a castigos e terrores imprevistos” (PESSOTTI, 1995, p.63). O segundo pautou seus estudos na dissecação cerebral e assim promoveu um avanço no entendimento das causas, ao incluir os aspectos psicológicos (distúrbio de uma ou mais faculdades mentais – imaginação, razão e memória), além dos aspectos orgânicos, somáticos (desarranjo humoral) como causa da loucura. (PESSOTTI, 1995).

fossem eles permitidos ou impostos pelos deuses. Já, no terceiro, a loucura era vinculada aos efeitos de disfunções somáticas, causadas por eventos afetivos, por isso a terapia visava restabelecer o equilíbrio dos humores através de alimentação adequada, atividade física, prática de música, banhos termais, regulação do sono e limpeza do organismo pela catarse (laxantes naturais e vomitórios) (PESSOTTI, 1995).

No período da Renascença, a experiência da crise psíquica pôde ser enunciada e vista de diversas maneiras: num primeiro momento ligou-se aos grandes poderes trágicos do mundo, as catástrofes e a morte; após foi transformada em tentação e por isso responsável por assaltar a tranquilidade do homem e induzi-lo ao pecado; despertou ainda o fascínio, por ser considerada um saber esotérico, temível, que prediz o fim do mundo; e ainda nesse período ligou-se às fraquezas, sonhos e ilusões do homem, e foi essa ‘doce ilusão’ que Erasmo de Rotterdam quis elogiar. Por estar associada a transcendências imaginárias, a loucura, nesse período, foi mais exaltada do que dominada (FOUCAULT, 2010).

Entretanto, embora o entendimento de loucura fosse mais mitológico, ligado à fatalidade ou à vontade dos deuses, já existia a estratégia da exclusão da loucura a partir de práticas como a sua expulsão para além dos muros das cidades, através da partida dos loucos em navios, o que remete à famosa “Nau dos Loucos”. Outra prática foi a detenção da loucura em locais para insanos, como no caso da “Torre de Loucos de Caen”. Houve também a prática de internação da loucura no interior dos muros hospitalares, como no caso do Hôtel-Dieu de Paris, prática esta descrita por Foucault (2010) como “A grande internação”¹⁸. E, por fim, seu confinamento no interior dos asilos.

¹⁸ No período da Renascença, devido a uma consciência crítica surgida a partir da idade clássica, a loucura foi inscrita no universo da desrazão, da marginalidade social e do não reconhecimento de verdade em sua experiência. Assim, no século XVII foram criadas várias casas de internamento, denominadas Hospitais Gerais, destinadas a receber todos aqueles que representavam uma ameaça à lei e à ordem social, como era o caso dos loucos, libertinos, mágicos, ladrões e prostitutas. A prática de internamento dos antissociais não obedecia a critérios médicos, mas sim a razões bem diversas da preocupação com a cura. A internação tinha significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais, pois o asilo era um espaço para ocultar a miséria e a desorganização social, decorrente da crise econômica provocada pelas mudanças no modo de produção, e evitar os inconvenientes políticos ou sociais da agitação dessa grande parcela da sociedade, que se encontrava à margem da ordem monárquica e burguesa. O hospital geral também não era um estabelecimento eclesiástico, pois, embora a igreja tenha acompanhado esse movimento através da reforma de

A partir do exposto, antes de abordar o nascimento do asilo, que ocorreu na Idade Moderna, é preciso destacar que houve, na Idade Média Europeia, a difusão de outro discurso¹⁹ sobre a loucura e crise, possibilitado pela doutrina demonológica.

O advento da Idade Moderna trouxe um novo ideal que consistia na exaltação da razão e marcou a loucura com um sinal da contradição, de modo que a loucura deixou de ser considerada apenas um mero erro, mas também uma ameaça à razão (FOUCAULT, 2010).

Foucault promoveu uma busca para identificar o gesto inaugural que remontasse até o momento em que se estabeleceu esse ideal de racionalidade, essa divisão radical e sem retorno entre a razão e a desrazão, entre a razão e a loucura. Desse modo, encontrou em Descartes (1596-1650) e na frase da primeira das Meditações cartesianas “*cogito, ergo sum*”, isto é, “*eu penso, logo existo*”, esse fato primitivo, fundador e constituinte da possibilidade mesma da história de soberania da razão e exclusão da loucura. Esse gesto cartesiano, por um lado colocou a loucura na ordem das razões e, por outro, determinou para esta os limites do corpo, negando sua existência no vivido, no pensamento ou na palavra.

O percurso da dúvida cartesiana parece testemunhar que no século XVII este perigo está conjurado e que a loucura foi colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade: domínio este que, para o pensamento clássico, é a própria razão. Se o *homem* pode sempre ser louco, o *pensamento*, como exercício de soberania de um sujeito que se atribui o dever de perceber o verdadeiro, não pode ser insensato (FOUCAULT, 2010, p. 47).

A causa da loucura, para Descartes, está no cérebro, ou melhor, na incapacidade do louco em exercer uma atividade tão nobre quanto o pensamento (ERIBON, 1996). Essa condição de impossibilidade do pensamento privou a loucura do direito de estabelecer alguma relação com a verdade e a tornou uma forma inumana de ser, conferindo um significado

suas instituições (leprosários que se transformaram em hospitais), ela se submeteu ao poder real e passou a receber, nesses locais, além de pessoas que a procuravam espontaneamente, também aquelas detidas pela autoridade real ou judiciária. A autoridade no hospital era exercida por um diretor nomeado pelo rei e não pela medicina ou igreja (FOUCAULT, 2010).

¹⁹ A loucura, nesse discurso que perdurou até o século XVII, era associada à possessão diabólica. Esse discurso colocou o indivíduo em uma relação passiva frente ao acometimento e retirou qualquer competência médica de seu entendimento ou tratamento, sendo que as práticas de cura, situadas na esfera da fé e da crença, previam as mesmas práticas das expiações dos pecados: jejum, orações, exorcismo e frequência a igrejas (PESSOTTI, 1995).

singular à prática de internamento dos loucos e o lugar que estes ocupavam nas casas de detenção.

Os loucos são exibidos em espetáculo (...) curiosas espécies de animais, que merecem ser publicamente revelados. Como entre os loucos e os homens de razão não existe nenhum parentesco, a exibição dos primeiros não oferece perigo para os segundos. Ou melhor, aos olhos de uma razão segura de si mesma, há que se ter cuidado, apenas, contra os perigos do furor animal (FRAYZE-PEREIRA, 1982, p.70).

Em relação aos locais destinados a receber os loucos, estes assumiram aspectos de jaula ou zoológico:

Os loucos não são homens que perderam a razão, mas animais dotados de uma ferocidade natural que precisa ser fisicamente coagida. (...) os loucos não requerem proteção. Como os animais eles receberam da natureza o dom da invulnerabilidade. Neste sentido, eles não precisam ser curados (a loucura não é doença), nem corrigidos (ela não é desvio). Para ser dominada, a loucura deve ser domesticada e embrutecida, pois a sua natureza é diferente da natureza do homem (FRAYZE-PEREIRA, 1982, p.71).

Para o autor supracitado, essa prática de exibição da loucura, da raiva da besta humana, tem um sentido de ensinamento, de lição cristã para o século XVII, pois a loucura, entendida como o estágio mais baixo da degradação humana, encarnação do homem no animal e emblema visível da culpa dos homens, é também o ponto glorificado pela presença divina, símbolo do perdão, graça e bondade divinos.

A crença em uma loucura localizada no indivíduo, sua exclusão e a transfiguração do *louco* em ‘monstro’ foram as condições que possibilitaram retirar-lhe o estatuto de humanidade, “*ser louco significa ser des-humanizado (des-culturado), isto é, aquele que rompeu com a natureza humana*” (FRAYZE-PEREIRA, 1982, p.34).

No final do século XVIII, em um contexto liberal, em que a liberdade e a racionalidade constituíam os atributos do homem, a loucura é uma irresponsabilidade inocente (o que distingue o louco do criminoso) que suprime a liberdade e compromete a razão. Por estar enraizada na imaginação faz desaparecer, no plano psicológico, a liberdade, e isto significa que o internamento se justifica à medida que é compatível com a natureza da loucura, pois sendo esta a “*ausência da liberdade, a restrição material dos loucos torna-se uma prescrição natural*” (FRAYZE-PEREIRA, 1982, p.82).

Com o surgimento da psiquiatria emergiu uma nova consciência sobre a loucura, não mais ligada ao desatino e à desordem, mas à doença. Instituiu-se, então, um novo internamento, que passou a ser uma resposta para o dever de assistência para com aqueles que não podiam livremente prover a si mesmos, e uma medida de segurança social contra os perigos que a loucura representava. O internamento ganhou valor terapêutico e tornou-se asilo, lugar que garantiu a possibilidade de apropriação da loucura como objeto de conhecimento médico e forjou, como relação necessária, a ligação entre doença e asilo.

Desse modo, no século XVIII o internamento em casas reservadas estritamente aos loucos começou a ser praticado de modo regular (FOUCAULT, 2010). Isto porque, com a exaltação da razão, a sociedade só aceitava a loucura como parte da razão e a tornava razão através da ciência psiquiátrica que buscava eliminar a loucura. O manicômio tornava racional o irracional, pois quando o louco entrava no manicômio deixava de ser louco, passando a ser doente, a partir da racionalidade médica (BASAGLIA, 1979).

O momento em que a jurisprudência da alienação se torna a condição preliminar de todo internamento é também o momento em que, com Pinel, está nascendo uma psiquiatria que pela primeira vez pretende tratar o louco como um ser humano. O que Pinel e seus contemporâneos sentirão como uma descoberta ao mesmo tempo da filantropia e da ciência é, no fundo, apenas a reconciliação da consciência dividida do século XVIII. O internamento do homem social preparado pela interdição do sujeito jurídico significa que pela primeira vez o homem alienado é reconhecido como incapaz e como louco; sua extravagância, de imediato percebida pela sociedade, limita (...) sua existência jurídica. Com isso, os dois usos da medicina são reconciliados – o que tenta definir as estruturas mais apuradas da responsabilidade e da capacidade, e o que apenas ajuda a pôr em movimento o decreto social do internamento (FOUCAULT, 2010, p.132).

O gesto da internação dos insensatos veio acompanhado de muitos acontecimentos históricos, entre os quais o surgimento das teorias e das instituições psiquiátricas; o decreto de fundação do hospital geral de Paris (1656) que, por seus significados políticos, religiosos, econômicos e morais reforçaram o discurso de exclusão da loucura, de modo que esta deixou de ser um problema da sociedade e passou a ser um problema puramente da ciência (FOUCAULT, 2010). Percebe-se que a separação entre razão e loucura permitiu que esta fosse capturada em sua pureza primitiva pelo saber científico, culminando com o surgimento da Psiquiatria e mistificações da ciência que,

mediante discursos e relações de poder, legitimariam a loucura como doença, e, de acordo com certos domínios científicos, como criminosa, perigosa e, talvez, “contagiosa”, reforçando a estratégia da exclusão.

A transformação da loucura em doença mental foi possível a partir do surgimento da ciência do homem, após a Revolução Francesa, quando a razão foi exaltada e responsável por controlar tudo o que era irracional. Para Basaglia (1979), a doença mental foi inventada e, nesse contexto, surgiu o manicômio — instituição racional responsável por conter a irracionalidade; lugar que possibilitava a aceitação do louco pela sociedade racional. No entanto, este não é um espaço de cura, mas sim de marginalização daqueles que estão excluídos da sociedade, que não tomam parte do sistema produtivo.

A psiquiatria e a constituição do saber e das práticas médicas de intervenção na loucura nasceram a partir do gesto protagonizado por Pinel, de liberação de doze alienados presos a correntes no hospital de Bicêtre na França, fato considerado o marco da grande reforma. Entretanto, o mito que envolveu esse acontecimento não estava no fato de as correntes terem sido arrancadas, mas da construção, no imaginário social, de que aquele espaço seria transformado em um asilo ideal, onde as relações seriam mais transparentes e humanas. O que não aconteceu, pois o asilo tornou-se um instrumento de uniformização moral, de denúncia e segregação social (FOUCAULT, 2010).

Desse modo, a psiquiatria constituiu-se um elemento tendencial de opressão, uma técnica altamente repressiva utilizada pelo Estado para dominar e oprimir os doentes pobres e para atribuir valor negativo a quem não produz. Embora tenha nascido no movimento de libertação dos loucos das correntes, a psiquiatria, em seguida, colocou o louco em outra prisão nomeada manicômio, um lugar de opressão, dor e não de práticas terapêuticas ou de cura. E, desde então, é a partir de uma relação de sobreposição entre o saber e o poder que a psiquiatria se sustenta (BASAGLIA, 1979).

Na ciência psiquiátrica, que instituiu suas práticas a partir da estratégia da exclusão da loucura, transformada por esse saber em doença mental, encontra-se a noção médica de crise, que precedeu a anatomia patológica e permaneceu até o final do século XVIII.

A crise, como sabemos, é o momento em que pode se decidir a evolução da doença, isto é, em que pode se decidir a vida ou a morte, ou ainda, a passagem ao estado crônico. (...) o jogo da crise que é ao mesmo tempo a característica intrínseca e, também, a ocasião obrigatória, o ritmo ritual em que os acontecimentos deveriam se desenrolar. (...) A crise é a realidade da doença tornando-se de certo modo verdade. E é precisamente aí que o médico deve intervir (FOUCAULT, 2006, p.310-311).

Desse modo, a crise, entendida como momento da verdade, no qual a doença se deixa ver, é reconhecida como o momento estratégico para a intervenção, ou seja, a ocasião mais favorável para estabelecer uma ação terapêutica.

A crise psíquica é o momento de intervenção da psiquiatria; momento que ainda hoje define a internação da loucura nos muros do asilo e institui uma relação de poder, na qual os profissionais afeitos à biomedicina se posicionam como detentores da verdade sobre a doença, buscando submetê-la através de tratamentos-punições que visam à disciplinarização e à normalização das condutas consideradas reflexo de uma desordem na maneira de agir, querer, decidir, sentir paixões e de ser livre (FOUCAULT, 2010). Isto é, quando o sujeito, assujeitado pelo saber psiquiátrico, torna-se de duplo escândalo, perigoso para si e para os outros.

Foram as práticas de violência e exclusão que marcaram a trajetória do louco no campo da psiquiatria, que instigaram a organização de movimentos psiquiátricos, que questionaram a eficácia da instituição asilar e/ou o saber psiquiátrico dominante na Europa após a Segunda Guerra Mundial. No período em que houve o crescimento econômico, reconstrução social e desenvolvimento dos movimentos civis, que passaram a debater a realidade política, econômica e ética, o asilo passou a ser considerado o produtor e mantenedor da doença mental, não sendo mais possível aceitar essa situação deprimente, na qual um conjunto de indivíduos passível de atividades ficasse ocioso e segregado (BIRMAN; COSTA, 2002).

Um desses movimentos ocorreu na Itália, e com o processo de desinstitucionalização proposto houve a mudança em relação ao objeto que não mais é entendido como a doença e a crise, mas sim os sujeitos em sofrimento psíquico, suas singularidades e subjetividades. Esse marco teórico teve como principal protagonista o psiquiatra reformador Franco Basaglia, que

formulou um pensamento e uma prática assistencial inovadoras, voltadas para a ideia de desconstrução e superação do aparato manicomial.

No Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica, orientado pelos pressupostos da Psiquiatria Democrática Italiana, surgiu como acontecimento histórico e social, com significações políticas, econômicas e morais, enquanto efeito de enunciados que estabeleceram a ruptura com o discurso manicomial e como condição de emergência para a irrupção de saberes e práticas científicas, sociais, jurídicas e legislativas, que se contrapõem ao modelo manicomial e ao lugar que o manicômio passou a ocupar na sociedade.

Assim, enunciados que criticavam e fundamentavam o manicômio, enquanto lugar de isolamento, de segregação e de patologização da experiência humana (AMARANTE, 2007), passaram a se constituir em verdades no campo discursivo da atenção psicossocial, o qual privilegia não o manicômio e as respostas negativas que produziu na vida dos sujeitos, mas o território — espaço privilegiado para um cuidado que respeite a singularidade e os processos de subjetivação dos indivíduos em sofrimento psíquico.

No modelo asilar e sua cultura da doença mental, o termo crise é utilizado para enfatizar os aspectos sintomatológicos, e por sua organização estar fundada no paradigma da periculosidade e incurabilidade (DEL GIUDICE, 2015), as estratégias de intervenção implicam em cronificação. Isto é, ao invés de oferecer tratamento, o hospital psiquiátrico é um fator de adoecimento, impondo o “duplo” da doença mental e transformando a crise, que seria um ponto de partida para uma perspectiva terapêutica, em uma situação crônica e permanente.

No entanto, para além da mudança no conceito de crise e no objeto de intervenção, que deixa de ser a agudização dos sintomas e passa a ser uma existência-sofrimento, uma subjetividade, é necessário modificar o modelo organizativo como pré-requisito para um cuidado que respeite a dignidade e os direitos da pessoa (DEL GIUDICE, 2015)

Nesse sentido, diante do contexto da política de Reforma Psiquiátrica no Brasil, o poder público organizou uma Rede de Atenção Psicossocial na qual está prevista uma diversidade de pontos de atenção que responda aos

diferentes momentos e necessidades da pessoa em sofrimento psíquico²⁰ e que, em conjunto, promovam uma abordagem integral. A Rede de Atenção Psicossocial proposta é constituída por seis componentes e seus pontos de atenção: Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde, Equipe de Consultório na Rua, Centro de Convivência e Núcleo de Apoio à Saúde da Família); Atenção Psicossocial Especializada (CAPS I, II e III, CAPSad e CAPSi); Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde e CAPS); Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento/UA e Comunidades Terapêuticas); Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada em Hospital Geral); Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa); e Reabilitação Psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais) (BRASIL, 2011).

Ao se pensar a atenção à crise psíquica a partir dessa Rede, instituída na forma de política pública, pode-se vislumbrar muitos desafios e limitações estratégicas para operá-la no cotidiano das práticas. E também a possibilidade da multiplicação de um discurso simplista que reduz a crise à sua sintomatologia.

No entanto, caso se considere a crise psíquica apenas uma situação de Urgência ou Emergência tem-se, de acordo com a política, como pontos de atenção: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde e os CAPS. Todavia, garantir somente a existência de uma diversidade de pontos de atenção não parece dar conta da atenção à crise como um momento subjetivo. É preciso problematizar e discutir como se dará a atenção à crise em cada um desses espaços, no que cada espaço se diferencia, e o que oferece.

²⁰ Na Antiguidade, Renascença e Idade Média a pessoa acometida por loucura era nomeada louca, possuída por deuses ou demônios. Na Idade Moderna, com o surgimento da psiquiatria e a transformação da loucura em doença mental, o 'louco' passou a ser nomeado doente mental, alienado. Com o movimento de desinstitucionalização, mudou-se o objeto de intervenção, que deixou de ser a doença e passou a ser a existência do sofrimento, e, assim, o 'louco' será, nesta pesquisa, nomeado de sujeito/pessoa em sofrimento psíquico, embora os documentos políticos, como a Portaria 3088/2011, os denominam pessoas com transtornos mentais.

O recurso à internação ou institucionalização do sujeito em crise é o único recurso da psiquiatria biomédica. Porém, na Atenção Psicossocial, esse recurso aparece apenas como um dispositivo temporário e pontual de admissão cujo objetivo é devolver o usuário, assim que possível, ao serviço aberto, em seu território de moradia e de vida (VASCONCELOS, 2010), ou seja, aos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que são os responsáveis por organizar a demanda em saúde mental do território.

A desinstitucionalização proposta pela Atenção Psicossocial não se limita à desospitalização, mas propõe a desconstrução e superação do modelo manicomial centrado no conceito de doença como falta ou erro e no seu tratamento como entidade abstrata, buscando tratar o sujeito em sua existência e suas condições concretas de vida. Assim, o tratamento deixa de centrar-se em práticas de exclusão e violência para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade, superando a prática de apenas administrar remédios e psicoterapias (AMARANTE, 1995).

O modelo de práticas de atenção à crise proposto pela atenção psicossocial situa-se não mais em uma sociedade moderna e disciplinar que possibilitou o nascimento da psiquiatria e a organização de suas práticas, mas em uma sociedade biopolítica, na qual o biopoder se exerce por meio de procedimentos que caracterizam tanto a disciplina quanto a mecânica de processos biológicos, controlando a qualidade e a duração da vida na sociedade (FOUCAULT, 1999). Para tanto, utiliza estratégias biopolíticas que visam à gestão calculada da vida a partir de uma arte de governar que, em nome da segurança, gerencie meticulosamente indivíduos, bens e famílias (FOUCAULT, 2008), a partir da manipulação dos interesses e do ambiente e gestão da liberdade.

Nesse contexto de intervenção no ambiente insere-se a “tomada de responsabilidade” necessária aos serviços substitutivos do tipo CAPS, que diz respeito à responsabilidade de *“assumir a demanda com todo o alcance social conectado ao estado de sofrimento”*. E o lugar para isso não está definido, pode ser no serviço ou em outros lugares institucionais (hospital geral, presídio, etc.), mas principalmente o ambiente de vida do sujeito, sua casa, seu bairro,

seu trabalho, ou seja, os locais onde ele exprime e exerce a sua sociabilidade (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 63).

A atenção à crise nos serviços territoriais torna-se, portanto, um instrumento importante nesse processo, pois não permite que ocorra uma ruptura na continuidade existencial e histórica do sujeito nem a perda de sua liberdade, conforme se observa no relato a seguir:

[...] a intervenção na crise no CSM através de formas de hospitalidade durante as 24h do dia, o paciente continua a manter contato com o seu ambiente. Os familiares e amigos podem visitá-lo a qualquer momento. É comum que ele, acompanhado de um operador, torne a casa, mesmo pouco depois de momentos de grave tensão, para apanhar algumas roupas, alguns objetos pessoais, para rever os familiares, para “verificar”, junto ao operador, as condições e, às vezes, a “existência da sua casa” (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991, p64).

É importante destacar que liberdade não significa, nessa sociedade biopolítica, um atributo ou um bem que o indivíduo possui ou não, mas que “deve ser compreendida no interior das mutações e transformações das tecnologias de poder” (FOUCAULT, 2008, p.63), ou seja, essa liberdade é uma produção do dispositivo da segurança e da arte governamental, que pode ter duas concepções heterogêneas, uma concebida como exercício de certo número de direitos, e outra percebida a partir da independência dos governados. No entanto, na mesma extensão em que se fabrica a liberdade se amplia o controle e a intervenção a partir da conjunção entre disciplina e segurança (FOUCAULT, 2008).

Nesse sentido, as práticas de atenção à crise não podem estar embasadas na estratégia da exclusão ou privação da liberdade, mas no governo como direcionamento das condutas, como jogo estratégico entre liberdades calculadas. O que não significa que tecnologias de coerção não sejam mais praticadas, pois o governo, entendido como condução da conduta dos outros e de si mesmo, seja em instituições ou em espaços da comunidade, pressupõe um conjunto de técnicas que integram tecnologias de dominação e tecnologias do eu (FOUCAULT, 1993, p.207), mas essa integração nem sempre é harmoniosa, como discute Bampi (2002, p.134-135) a partir dos argumentos de Foucault:

A partir de 1976, a noção de governo aparece como resultado de um deslocamento teórico no eixo do poder. A ideia de poder, como relação de forças, é substituída por uma noção de poder direcionada

para uma teoria da ação que conduz à noção de governo. O governo passa a ser visto como uma espécie de região intermediária que não é liberdade nem dominação, não é consenso nem coerção. Tal região localiza-se entre um tipo de poder como um conjunto aberto, reversível e estratégico de relações entre as liberdades, e a dominação como algo que fixa e bloqueia essas relações. Por isso, o governo é viabilizado através das liberdades daqueles sobre os quais é exercido.

Em vários momentos históricos da humanidade, determinadas instituições de saber trouxeram para si a condição de readequar o momento de crise psíquica de acordo com a vida esperada em sociedade. Na modernidade foi o hospital psiquiátrico a instituir jogos de verdade e de poder, os quais estabeleceram relações de sujeição. Na contemporaneidade é o discurso da atenção psicossocial que passa a questionar a legitimidade do discurso psiquiátrico e suas relações de saber e poder, e a operacionalizar a lógica de funcionamento dos serviços substitutivos e produção dos sujeitos.

Assim, a produção complexa do discurso da atenção psicossocial ocorre a partir de uma diversidade de concepções e paradigmas. No entanto, enunciados hegemônicos da psiquiatria tradicional parecem encontrar ainda amplo reconhecimento e suporte na sociedade contemporânea, a qual segue uma tendência crescente de governar utilizando mais as tecnologias de dominação do que as tecnologias do eu, e com isso produz a medicalização e a normalização dos indivíduos em crise e de suas vidas. Essa visão diminui a importância de considerar a crise psíquica um momento singular de sofrimento, atravessado por múltiplas dimensões, e não apenas sintomas orgânicos, e, principalmente, dificultam a organização de novas formas de cuidado que potencializem as subjetividades dos loucos, dotando-as de autonomia e liberdade.

Em virtude disso, é necessário problematizar ou rejeitar a própria noção de crise quando esta é utilizada para reduzir as experiências singulares diversas – que implicam e que dizem respeito ao modo de viver essas experiências, em sintomas e diagnósticos. Na psiquiatria democrática a crise psíquica é concebida como a expressão de uma crise existencial, social e familiar, que envolve a capacidade subjetiva do sujeito em responder as situações desencadeantes (BASAGLIA, 1979). Por isso, é considerada uma situação mais social do que biológica ou psicológica, um momento em que há

uma “*precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência*” (AMARANTE, 2007, p. 81).

Compreender a crise psíquica para além dos aspectos puramente biológicos, considerando-a um processo histórico-cultural, que envolve a vida em todos os seus aspectos, faz com que se perceba que a maneira como esses processos nos afetam está relacionada às formas como determinadas discursividades constituem a subjetividade. Desse modo, por considerar a crise uma expressão das dificuldades do dia a dia, que envolve aspectos sociais, econômicas, afetivos e de relações com os outros e consigo, emerge a necessidade de constituição de uma rede de atenção psicossocial que privilegie o cuidado em liberdade e a utilização das técnicas de si no governo das condutas. Esse cuidado é uma condição de emergência para a irrupção de enunciados que produzam e façam circular o entendimento de crise como possibilidade de transformação da relação entre profissional e usuário, da relação do usuário com a sociedade e, principalmente, da relação do usuário consigo mesmo. A crise como o momento do despertar para si.

No entanto, o sujeito é crivado por controles que o fazem assumir posições em determinados lugares e momentos. A psiquiatria e o hospital psiquiátrico fabricaram os sujeitos a partir de dispositivos e técnicas, como o da disciplinarização, produzindo sujeitos assujeitados e determinando-lhes um lugar de exclusão na sociedade e conferindo-lhes uma identidade louca. Foucault buscou problematizar as lutas que questionam o estatuto do indivíduo e que categorizaram sua individualidade em uma identidade de modo coercitivo. E assim mostrou que é preciso lutar contra as formas de poder que se estabelecem entre homens e mulheres, pais e filhos, psiquiatra e o doente mental, medicina e população, e entre a administração (Estado) e os modos de vida das pessoas, pois são formas de poder que fazem dos indivíduos sujeitos.

[...] existem três tipos de lutas: contra as formas de dominação (ética, social, religiosa); contra as formas de exploração que separam os indivíduos daquilo que eles produzem; ou contra aquilo que liga o indivíduo a si mesmo e o submete, deste modo, aos outros (lutas contra a sujeição, contra as formas de subjetivação e submissão) (FOUCAULT, 1995, p.235).

Para o autor, as lutas contra a dominação e exploração não desapareceram, embora tenham sido mais evidentes em momentos históricos específicos, porém percebem-se, cada vez mais presentes na sociedade, as

lutas contra as formas de sujeição. Na verdade, essas lutas estão imbricadas e, sem dúvida, os mecanismos de sujeição guardam relação com os mecanismos de exploração e dominação.

Em relação à luta contra as formas de sujeição, cabe, nos dias de hoje, não a busca do que somos, mas sim a recusa daquilo que somos, entendendo que hoje o problema político, ético, social, filosófico consiste em nos libertarmos do tipo de individualização imposta e *“promover novas formas de subjetividade através da recusa deste tipo de individualidade que nos foi imposto há vários séculos”* (FOUCAULT, 1995, p.239)

Foi a partir da análise das tecnologias de governo que Foucault problematizou as técnicas de si e suas possibilidades de efetuarem transformações nos corpos, almas, pensamentos e condutas dos sujeitos, a partir de determinado número de operações que possam produzir uma transformação capaz de promover certo estado de perfeição, felicidade e pureza (FOUCAULT, 2003).

A analítica da arte governamental, considerando-se as duas concepções de liberdade — uma a partir dos direitos do homem, e outra da independência dos governados —, estabelece uma relação entre as técnicas de dominação e técnicas de si no processo de subjetivação dos indivíduos, pois, quando Foucault usa os termos “subjetivação” e “si” refere-se respectivamente a “processo” e “relação a si” (BAMPI, 2002). Nesse sentido, a análise em termos de governo, não focaliza o indivíduo produzido, mas o processo de individuação, ou seja, o objetivo não é olhar para o sujeito em forma de pessoa e sim para os processos que subjetivam esse sujeito em crise, assujeitando-o, prendendo-o a sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento.

Introduzir as técnicas de si pode significar um relaxamento do vínculo entre sujeição e subjetivação, mas não significa seu rompimento porque técnicas de dominação e do eu nem sempre aparecem em uma relação de forma simétrica e harmoniosa. Assim, a noção foucaultiana de governo pode ser entendida como arte de jogar um jogo complexo, no qual a liberdade dá a possibilidade de cada um resistir à resistência do outro, entendendo a resistência como uma *“experiência de subjetivação e uma experimentação da*

liberdade”, uma linha que “*conecta os pontos de força a partir dos quais a curva dobra*” (BAMPI, 2002, p.144-145).

Na psiquiatria clássica, o médico não vê o indivíduo em crise como uma existência que sofre, mas como objeto de intervenção, o que não possibilita a expressão subjetiva e, por isso, as terapias propostas até hoje são situações de controle, técnicas alienantes que tomam o doente como mercadoria e o colocam em uma relação de domínio, poder e sujeição (BASAGLIA, 1979). Desse modo, o autor defende que o doente não precisa somente de intervenções biomédicas, porque possui todas as necessidades, seja de um relacionamento humano com quem lhe presta tratamento, de respostas, de dinheiro, de família e tudo aquilo que todas as pessoas precisam, e somente possuindo os recursos essenciais o doente poderá se exprimir melhor. Por isso, é preciso trabalhar com o entendimento de crise não como diagnóstico, mas como subjetividade (BASAGLIA, 1979) que envolve aspectos existenciais, sociais e familiares e necessidades singulares. Para responder a essas necessidades é necessário criar uma situação tendencialmente terapêutica a partir de outras práticas, de modo a possibilitar a irrupção de enunciados e estratégias de atenção à crise em liberdade, em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

A substituição de um modelo centrado no hospital psiquiátrico, como dispositivo de cuidado à crise que se limita ao uso da força e à farmacologia para conter os sintomas, por um modelo de base territorial, no qual a atenção à crise ocorre nos locais de vida e abrange a subjetividade dos sujeitos, torna-se um desafio. Desafio porque é preciso transformar o modo de olhar o sujeito em sofrimento psíquico, vendo-o como aquele que rompe com a adequação social. Por ser o CAPS o ponto de atenção responsável pelo acompanhamento do usuário durante a vida, é necessário problematizar, conforme o faz Vasconcelos (2010), as estratégias que podem estimular e aumentar sua capacidade em acolher a crise. Acredita-se que as mudanças no modelo de cuidado em saúde mental e a “responsabilização” que os serviços de atenção psicossocial precisam assumir pelas pessoas que estão sendo cuidadas, a partir do acolhimento da crise e da construção de vínculos afetivos e

profissionais (AMARANTE, 2007), são condições passíveis de instituir modos de subjetivação.

Assim, é necessário localizar a emergência dos processos de subjetivação que estão sendo produzidos na atenção à crise psíquica. Problematizar os tipos de subjetividade que estão sendo produzidos para os sujeitos que enlouquecem nos dias de hoje, as técnicas e tecnologias acionadas nessa produção, os enunciados, as técnicas de dominação e técnicas de si que estão sendo mantidas, renovadas, reatualizadas ou rejeitadas no discurso da atenção psicossocial.

Desse modo, o **segundo pressuposto** apresentado aqui é que as estratégias biopolíticas de governo da crise psíquica possibilitam ao indivíduo se desvencilhar do processo de objetivação, desenvolvido pela psiquiatria asilar, e inventar modos de subjetivação e de fabricação de resistências enquanto substâncias éticas de autoprodução de subjetividade.

A partir dos pressupostos apresentados, expõe-se a **tese** aqui defendida: a atenção à crise psíquica pautada na Atenção Psicossocial, embora busque se afastar de uma lógica manicomial, se apropria do corpo e da vida produzindo o governo de uma população a partir de saberes e estratégias potentes para a produção de subjetividades e outros modos de vida para os indivíduos em crise na contemporaneidade.

Em consonância à tese, os objetivos da pesquisa são:

Objetivo Geral

Analisar criticamente as materialidades discursivas da atenção à crise no discurso da atenção psicossocial.

Objetivos específicos

- 1) Problematizar os saberes e as estratégias biopolíticas de governo da crise psíquica presentes no discurso da atenção psicossocial;
- 2) Discutir os modos de subjetivação e de resistência e as posições de sujeito engendrados para o indivíduo em crise psíquica no discurso psicossocial.

2 PERSPECTIVAS TEÓRICAS

[...] as *palavras* estão tão deliberadamente ausentes quanto as próprias *coisas*; não há nem descrição de um vocabulário nem recursos à plenitude viva da experiência. Não se volta ao aquém do discurso – lá onde nada ainda foi dito e onde as coisas apenas despontam sob uma luminosidade cinzenta; não se vai além para reencontrar as formas que ele dispôs e deixou atrás de si; fica-se, tenta-se ficar no nível do próprio discurso.

Michel Foucault²¹

A citação acima demonstra o posicionamento de Foucault, o seu modo de operar a análise de discurso, da necessidade de ficar no nível das palavras ditas ao invés de buscar um não dito oculto, dissimulado e recalcado, para assim fazer aparecer a complexidade que lhe é peculiar, deter-se nos enunciados, relações históricas e práticas concretas que o próprio discurso põe em funcionamento (FISCHER, 2001).

As interlocuções teóricas buscadas para a realização desta pesquisa partem de questionamentos e desafios que emergem do contexto histórico e social da contemporaneidade — local e global — no qual as estratégias biopolíticas de atenção à crise e de subjetivação e resistência estão sendo pensadas. Para tanto, discutem-se alguns conceitos pós-estruturalistas e seus operadores, de modo a caracterizar o pensamento nos dias de hoje e construir um pano de fundo da pesquisa, as bordas ou limites nos quais se situa.

Marcar este estudo, que tem como sustentação primeira conceitos foucaultianos, com as teorizações do pós-estruturalismo, pode, a princípio, gerar estranhamentos, pois Foucault não aceitava rótulos, fugia de todo o tipo de enquadramento programático, doutrinário ou metodológico. No entanto, mesmo não se reconhecendo como pós-estruturalista, essa corrente de

²¹ *A arqueologia do saber* (FOUCAULT, 2005, p. 55).

pensamento inspira-se em suas mais importantes concepções. Por isso, foi realizado um movimento de identificação e aproximação de alguns autores pós-estruturalistas, abrindo pistas para pensar sobre as possíveis e desejáveis articulações entre a produção do conhecimento e a dimensão cultural/social – que assume novos significados na contemporaneidade – e as dimensões epistemológica, política, econômica, igualmente inerentes ao processo de produção e emergência do discurso da Atenção Psicossocial.

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil nasceu em um cenário político e social de luta e enfrentamento, em que a sociedade buscava a redemocratização no país e o respeito aos direitos humanos. Por isso, a pressupõe a tomada de outras posições, o enfrentamento de muitos desafios, fazendo com que as diferentes dimensões que perpassam esse processo sejam percebidas em sua complexidade, em detalhe, exigindo, muitas vezes, o estabelecimento e/ou retomada de diálogos com e contra antigos e novos interlocutores. Desse modo, realiza-se uma interlocução com perspectivas teóricas que auxiliam a problematização do momento atual em que se vive este movimento no campo da saúde mental.

2.1 O pós-estruturalismo, a questão da linguagem e do sujeito

O pós-estruturalismo é um movimento que problematiza a modernidade²² e a razão e afasta-se definitivamente das perspectivas positivistas ao rejeitar os dualismos, as oposições binárias, a totalização e a teleologia das grandes narrativas, além de acolher, de maneira afirmativa, a

²² Muitos autores citam a questão do pós-estruturalismo juntamente com o pós-modernismo. Michael Peters (2000) argumenta em favor das diferenças entre pós-estruturalismo e pós-modernismo. Para o autor, existem aproximações filosóficas e históricas entre os dois movimentos, mas seus objetos teóricos são distintos. O pós-modernismo se organiza em contraposição à modernidade – ou a uma das tradições da modernidade. O pós-estruturalismo, por sua vez, se organizou aprofundando ou visando superar princípios do estruturalismo, e foi fortemente influenciado pela crítica da verdade de Nietzsche; pela crítica heideggeriana da metafísica ocidental; pelo trabalho sobre o corpo de Merleau-Ponty; pela leitura estruturalista de Freud feita por Lacan e pela leitura estruturalista de Marx feita por Althusser. O autor defende a ideia de que a pós-modernidade é um movimento mais amplo do que apenas uma mudança estética no mundo das artes e do conhecimento, e a define como um período histórico, uma ontologia. Já, o pós-estruturalismo e o estruturalismo representariam transformações no campo do conhecimento, ou seja, são epistemologias que, embora sejam influenciadas pela pós-modernidade, não a representam em sua totalidade, porque a pós-modernidade não se limita ao campo do conhecimento e envolve transformações estéticas, sociais, culturais, políticas, econômicas, geográficas, dentre outras.

fragmentação, a descontinuidade e focalizar o particular contra o geral, o corpo contra a razão (SILVA, 2004; PETERS, 2000).

Em relação a sua gênese, o pós-estruturalismo é considerado uma resposta filosófica específica ao estruturalismo²³, que remete principalmente a Saussure, e a uma rejeição da dialética – tanto hegeliana quanto marxista, fortemente influenciada pelos estudos de Nietzsche e Heidegger (SILVA, 2004; PETERS, 2000). Existem diferenças expressivas entre esses movimentos, principalmente relacionadas à crítica do pós-estruturalismo em relação ao cientificismo nas ciências humanas e sua pretensão de construir fundamentos epistemológicos a partir da identificação de estruturas universais comuns a todas as culturas e à mente humana em geral (PETERS, 2000).

Desse modo, o pós-estruturalismo não é um método ou uma teoria, mas um movimento de pensamento interdisciplinar que congrega diferentes correntes e diferentes formas de prática crítica. Esse pensamento, em sua primeira geração, predominou na França do pós-guerra e foi influenciado pelo legado de muitos autores e correntes de pensamento, mas a redescoberta da obra de Friedrich Nietzsche, a partir de leituras feitas por Heidegger, Deleuze, Derrida e, especialmente, por Foucault, no início dos anos 1960 até os anos 1970 e 1980, foram decisivas para sua emergência (PETERS, 2000).

O pós-estruturalismo teoriza no campo da linguagem e da significação, negando a concepção representacional da realidade²⁴ ao enfatizar o texto e o discurso como elementos construtivos da realidade. Partilha com o estruturalismo a mesma ênfase na linguagem como sistema de significação, mas amplia sua centralidade. “*O processo de significação continua central, mas a fixidez do significado, que é, de certa forma, suposta no estruturalismo, se transforma, no pós-estruturalismo, em fluidez, indeterminação e incerteza*”

²³ O estruturalismo, em sentido estrito, designa o movimento intelectual que se desenvolveu particularmente na França, nos anos 1960, em torno da linguística embasado principalmente no trabalho de Ferdinand Saussure e de Roman Jakobson, na antropologia de Claude Lévi-Strauss, na literatura de Roland Barthes, no marxismo de Louis Althusser e na psicanálise de Jacques Lacan. Trata-se de uma tentativa anti-positivista de investigar o real se afastando do vivido, de forma a conhecer suas estruturas, especialmente construídas pela linguagem (PETERS, 2000).

²⁴ A visão representacional da linguagem opera com a concepção de conhecimento como espelho do mundo, como apreensão de algo que já existe e está dado. Desse modo, a linguagem é a representação do pensamento, sendo ela quem faz a mediação entre o pensamento e o mundo das coisas. A linguagem seria apenas um meio, um suporte através da qual as verdades seriam socializadas e transmitidas. Para o melhor entendimento desta questão consultar o capítulo I do Livro “As Palavras e as Coisas” (FOUCAULT, 2007a), denominado “Las Meninas”.

(SILVA, 2004, p.119). Nesse sentido, ambos valorizam a linguagem como constituinte do social e consideram a cultura em termos simbólicos e linguísticos, partilhando uma postura antirrealista e antipositivista (PETERS, 2000).

Esse descentramento do pensamento ocidental do século XX está associado ao trabalho de Saussure e o entendimento da língua como um sistema social e não individual, na qual o significado surge nas relações de similaridade e diferença entre as palavras e de acordo com seus códigos. É também influenciado por Derrida e sua perspectiva de linguagem, situada a partir da virada linguística, que entende que as palavras são multimoduladas e sempre carregam ecos de outros significados que estas colocam em movimento. *“Tudo que dizemos tem um “antes” e um “depois” – uma “margem” na qual outras pessoas podem escrever. O significado é inerentemente instável: ele procura o fechamento (a identidade), mas ele é constantemente perturbado (pela diferença)”*. Significados que não se pode controlar, pois subvertem as tentativas de criação de mundos fixos e estáveis (HALL, 2005, p.41).

Essa perspectiva se posiciona epistemologicamente como recusa de conceber o conhecimento e a verdade como uma representação exata da realidade (PETERS, 2000). Desse modo, o saber e a verdade não são preexistentes, mas uma construção ativa que depende do contexto cultural e social, e por isso deve ser analisado a partir das relações de poder envolvidas na sua produção e não somente em relação a sua correspondência a um suposto referente (SILVA, 2004) e a partir do questionamento da suposta universalidade.

Foucault entende *“a verdade como o produto de regimes ou gêneros discursivos que têm seu próprio e irreduzível conjunto de regras para construir sentenças ou proposições bem formadas”* (PETERS, 2000, p.32). Essa observação é importante, pois entende-se a discursividade sobre crise psíquica constituída na Atenção Psicossocial como uma construção social, um discurso emergente que se produz na tensão com os discursos dominantes. Portanto, procura manter ou modificar certos entendimentos e práticas sociais estabelecidas, sendo o saber produzido caracterizado por sua conexão com as

relações de poder porque só existe em um conjunto de relações que o interpretam como tal.

Nesta pesquisa, marcada pelo pós-estruturalismo, tem-se como ponto de partida a compreensão de que a linguagem produz efeitos de realidade. Desse modo, os enunciados sobre crise psíquica fabricados em meio as estratégias de poder da Atenção Psicossocial estão produzindo efeitos de verdade e estabelecendo relações possíveis de acordo com os consensos sociais produzidos.

Em relação ao sujeito, a perspectiva pós-estruturalista questiona a concepção de sujeito cartesiano-kantiano considerado autônomo, livre, racional, centrado, unitário, denunciando-o como resultado de uma construção histórica muito particular do projeto iluminista que o pressupunha capaz de opções racionais, conscientes e autônomas em relação à sociedade, desde que devidamente educado (SILVA, 2004).

Hall (2005, p.26) discute historicamente a noção de sujeito moderno individual a partir da influência de movimentos no pensamento e na cultura ocidentais, como a Reforma Protestante, o Humanismo renascentista e o Iluminismo. O primeiro libertou a consciência individual da instituição religiosa da Igreja e a colocou diretamente aos olhos de Deus; o segundo colocou o homem no centro do universo e lhe conferiu as capacidades de investigar e decifrar os mistérios da natureza; e, por fim, o terceiro movimento centrou-se na *“imagem do Homem racional, científico, libertado do dogma e da intolerância, e diante do qual se estendia a totalidade da história humana, para ser compreendida e dominada”*.

Uma figura importante na formulação da concepção de sujeito moderno foi René Descartes (1596-1650) que ao se deparar com a dúvida que se seguiu ao deslocamento de Deus do centro do universo o colocou como o *“primeiro movimentador de toda a criação”* e explicou o restante do mundo material em termos mecânicos e matemáticos. Desse modo, postulou duas substâncias distintas: a espacial – que diz respeito à matéria – e a pensante, que diz respeito à mente. Situou o sujeito individual no centro da mente e determinou que ele era constituído por sua capacidade para raciocinar e pensar. *“Desde então, esta concepção do sujeito racional, pensante e consciente, situado no*

centro do conhecimento, tem sido conhecida como o 'sujeito cartesiano' ” (HALL, 2005, p.27).

Ainda segundo Hall (2005), uma série de rupturas nos discursos do conhecimento moderno e o consequente descentramento do sujeito cartesiano ocorreram no período da modernidade tardia (segunda metade do século XX), a partir de obras e autores como Althusser e a redescoberta e reinterpretação de Marx e de sua afirmação: os *“homens fazem a história, mas apenas sob as condições que lhe são dadas”*; também a partir da teoria do inconsciente de Freud que influenciou o pensamento sobre a vida subjetiva e psíquica e colocou em xeque as noções advindas do sujeito racional e a identidade como fixa e estável. Assim, *“grande parte da ênfase pós-estruturalista no desejo, no corpo e na sexualidade deve-se à influência de Freud”* (PETERS, 2000, p.37)

A obra de Deleuze e Guatarri *“O Anti-Édipo”* aproximou Marx e Freud ao colocar *“a noção marxista de produção nos porões do inconsciente”*, que deixou de ser um cenário de emoções recalcadas ao abrir espaço para a energia produtora de desejos e assim transformar-se em máquina desejante. *“A ideia de máquina desejante era filha do cruzamento da sociedade capitalista (Marx/máquina) com o inconsciente individual (Freud/desejo)”* (SANTOS, 2006, p.81). Para Peters (2000), esse cruzamento poder-desejo foi influenciado pela filosofia de Nietzsche, pois as obras deste autor foram as primeiras a combinar a questão do poder, central na obra de Marx, com a ideia de desejo, priorizado na obra de Freud.

Santos (2006) aborda as contribuições de Deleuze e Guatarri na defesa da liberação do desejo em sua plenitude a partir da promoção do anti-édipo, do esquizofrênico, da pura máquina desejante que o complexo de Édipo tende a programar e domesticar ao dirigir as energias para outros fins que não a liberdade e o prazer.

[...] ele não é o psicótico que está fora da realidade. Liberado em seu desejo, deixando suas energias fluírem e se conectarem com outras máquinas desejantes como mais lhe agrada, o esquizofrênico é o modelo para o revolucionário de nossos dias. (...) Isso, claro, é uma utopia às avessas. Mas Deleuze e Guatarri sabem que Estados, países, burocracias, empresas, partidos, sindicatos, escolas, são máquinas enormes onde as energias seguem programações repressivas e assim a única liberação possível é pela *Revolução Molecular*: fragmentar o sistema, desconstruir os grandes organismos na aula, em casa, no hospício, no banco, no trânsito, na praça até reduzi-lo às suas menores moléculas. A Revolução não virá mais da

massa reunida no Partido ou no Sindicato, grandes totalidades. Ela se fará por despedaçamento, anarquia, evitando-se as unidades maiores, as normas, os centros de comando. Daí que a Revolução Molecular se bate pelo feminismo, a droga, a antieducação, a antipsiquiatria (SANTOS, 2006, p.82-83)

Essa aproximação entre poder e desejo é fundamental para se discutir a crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial, especialmente quando se busca problematizar o sujeito que está sendo produzido discursivamente por esse modelo de atenção.

A questão da subjetividade teorizada por Heidegger foi importante para o pós-estruturalismo, especialmente em sua crítica às filosofias do sujeito que não consideram as condições externas de suas próprias possibilidades. Ou seja, o pós-estruturalismo critica a autoconsciência e “*ênfatiza a constituição discursiva do eu – sua corporeidade, sua temporalidade e sua finitude, suas energias inconscientes e libidinais – e a localização histórica e cultural do sujeito*” (PETERS, 2000, p.36).

Para Hall (2005), também contribuíram para o processo de descentramento do sujeito cartesiano: o poder dos regimes disciplinares das instituições coletivas e de grande escala, que estabeleceram o isolamento, a vigilância e a individualização; e o impacto do movimento feminista, que ao contestar a posição social das mulheres, contribuiu para a formação das identidades sexuais e de gênero; ao abordar a questão da diferença sexual e politizar a subjetividade, a identidade e a identificação dos sujeitos (como homem/mulher, mãe/pai, filho/filha); e principalmente ao enfatizar que o pessoal é político, questionando a clássica distinção entre o ‘dentro’ e o ‘fora’, o ‘privado’ e o ‘público’.

Dessa forma, de acordo com Hall, o sujeito do iluminismo, com sua identidade fixa e estável, foi descentrado e entendido como resultado de identidades abertas, contraditórias, inacabadas e fragmentadas do sujeito na contemporaneidade.

Dentre os pensadores representativos do pensamento pós-estruturalista estão Deleuze, Derrida, Barthes, Guattari e Foucault e muitos outros. Destes, Foucault foi um crítico corrosivo do discurso moderno e das práticas e instituições de dominação a ele associadas. Como pensador do discurso e da relação poder-saber, refutou os três elementos progressistas da tradição

filosófica iluminista - o humanismo (erroneamente tomado como um eu fixo e imutável), o historicismo concreto (equivocadamente concebido como o fechamento em uma teleologia da história) e a Razão dialética (deturpada como o domínio de uma verdade absoluta e totalitária) (RODRIGUES, 2006).

A seguir, exploram-se a vida e a obra de Foucault de modo a encontrar suas aproximações com a perspectiva pós-estruturalista e, principalmente, suas contribuições teóricas e investigativas para a problematização de temas importantes na contemporaneidade, como a crise psíquica no modelo da atenção psicossocial, sendo esta considerada um acontecimento possível a partir de relações de saber-poder e estratégias de subjetivação e resistência.

2.2 Michel Foucault e as ferramentas conceituais de saber, poder, subjetivação e resistência (ética)

Ao iniciar os estudos para o doutorado, realizei a leitura do curso intitulado “O Poder Psiquiátrico”, ministrado por Michel Foucault, no *Collège de France*, em 1974, e o conceito de poder proposto e debatido por esse autor passou a fazer sentido no contexto da proposta a ser estudada. Assim, iniciei os estudos e me aproximei da obra desse filósofo/historiador e outros conceitos foram se tornando potentes para olhar a miríade de acontecimentos que entrelaçam as relações estabelecidas com o indivíduo em crise no campo da atenção psicossocial.

Marca-se este estudo com o entendimento de que o campo discursivo da Atenção Psicossocial é composto por um conjunto de enunciações que constitui a maneira pela qual o saber em saúde mental pode e deve ser experimentado. Do mesmo modo a maneira com que o poder opera e delinea um campo de possibilidades para ativar o processo de atenção em saúde mental, e que suscitam a elaboração ética de modos de subjetivação e resistência. Esse discurso, que articula poder-saber, é composto por determinadas definições de verdade que se implicam na constituição de formas de subjetividade.

Nesta seção busca-se evidenciar as relações estreitas do pensamento foucaultiano com o pós-estruturalismo e operar as ferramentas conceituais de saber, poder, subjetivação e resistência, de forma a problematizar a

enunciação sobre crise psíquica no discurso da atenção psicossocial. Para isso, revisita-se, sucintamente, a obra do autor, seus deslocamentos temáticos, conceituais e investigativos.

Michel Foucault nasceu em 15 de outubro de 1926, em uma família burguesa católica, de uma cidade provinciana e conservadora e proveniente de uma linhagem de médicos conceituados (RODRIGUES, 2006). Foi um importante filósofo e professor no Collège de France, onde ensinou de 1971, quando assumiu a cadeira de Jean Hyppolite na cátedra História dos Sistemas de Pensamento, até sua morte, em 25 de junho de 1984. Ao assumir essa cadeira, em sua aula inaugural, proferiu a famosa (palestra?) ‘A Ordem do Discurso’.

Estudiosos da obra foucaultiana sinalizam a existência de três fases ou eixos temáticos que são: “o arqueológico, o genealógico e o ético”²⁵ (PORTOCARRERO; CASTELLO, 2000; TONI, 2010). No primeiro eixo das suas investigações, denominado “arqueologia do saber”, Foucault tentou privilegiar os processos históricos de produção dos saberes em cada “estrato ou formação histórica”. No segundo, denominado “genealogia do poder”, ele se ocupa das estratégias ou das relações das práticas do poder que influenciam a formação de determinado tipo de saber em cada formação histórica. Por fim, no terceiro eixo, Foucault acrescenta uma indagação a respeito de como nós nos tornamos ou como nos constituímos historicamente como sujeitos e, assim, se concentrou na relação entre poder e governamentalidade, e as práticas de subjetivação na sociedade ocidental.

Fazem parte da “fase arqueológica”, e compõem a perspectiva epistemológica do autor, os livros ‘História da Loucura’ (1961), que aborda a evolução do conceito de loucura, apresentando um discurso revolucionário, em que o campo da medicina muda sua forma de operacionalização; ‘Nascimento da clínica’ (1963), que traz o rastreamento e o surgimento do saber e do discurso médico; ‘As palavras e as coisas’ (1966), que demonstra a construção

²⁵ De acordo com Rodrigues (2006), essa divisão em três fases não é consenso entre os autores estudiosos de Foucault, que sinalizam a existência de apenas duas fases (FERRY; RENAUT, 1988; DOSSE, 1993 e 1994; LASH, 1997; MERQUIOR, 1985 e RABINOW; DREYFFUS, 1995): a arqueológica ou estruturalista, na qual constam as publicações datadas até final dos anos 1960 e a genealógica ou pós-estruturalista que se refere aos livros, textos e entrevistas elaborados a partir da década 1970.

da origem do discurso como objeto; e ‘Arqueologia do saber’ (1969), que aborda a questão do saber e do discurso.

Nessas obras, Foucault se detém em observar como os saberes se formam em cada estrato ou formação histórica e demonstra que estes são descontínuos entre uma época e outra, e que cada saber é formado por camadas que o identificam com determinada época histórica (TONI, 2010). Para tanto, trabalhou com o conceito de “episteme” para entender como ocorre a organização dos saberes em cada época, como apareciam e se transformavam a partir das relações discursivas e da articulação com as instituições. Desse modo, empreendeu suas investigações em três epistemes: o Renascimento (século XIV ao XVI), a episteme clássica (século XVII ao final do XVIII) e a episteme Moderna (final do século XVIII e século XIX até a virada do século XX) (MACHADO, 2012a).

Outra contribuição da fase arqueológica diz respeito à concepção de história, de não considerá-la como algo com desenvolvimento linear e contínuo, com origens longínquas e alimentada pela interminável busca de precursores. Foucault defende a fabricação de uma história nova, que escape à descrição de vastas unidades como ‘épocas’ ou ‘séculos’ e que se desloque para os fenômenos de ruptura. Nessa perspectiva não há a busca da origem ou os primeiros precursores, mas sim o recorte e o limite, ou seja, constituir séries, na qual a noção de descontinuidade toma um lugar importante e a possibilidade de uma história global é substituída pela busca de uma história geral que tem como tarefa descrever a relação entre diferentes séries, “*não somente que séries, mas que ‘séries de séries’ – ou, em outros termos, que ‘quadros’ - é possível constituir*” (FOUCAULT, 2005, p.11).

Ainda nessa fase, o livro “As palavras e as Coisas” foi uma obra de muita importância. E primeiro lugar por ter creditado à Foucault imensa popularidade e, principalmente, por se encontrar nesse livro a “*pedra fundamental do projeto teórico-político foucaultiano: a proclamação sem rodeios da morte do homem*” (RODRIGUES, 2006, p.120), a partir do qual implodiu os pilares fundamentais da filosofia clássica moderna: o humanismo, o historicismo e a Razão dialética.

Na fase genealógica, da qual fazem parte o livro ‘Vigiar e Punir’ (1975) e o primeiro volume da História da Sexualidade ‘A Vontade de Saber’ (1976), Foucault passa a enfocar as questões do poder, operando um deslocamento no interesse de suas pesquisas sobre a constituição do saber para a genealogia do poder, e uma modificação em relação aos objetos e conceitos utilizados em suas análises históricas. Nessa fase, Foucault vai definir uma nova concepção de poder, entendendo-o como algo que não tem uma centralidade, mas sim algo microscópico que funciona de forma difusa em todo o campo social. Nesse novo campo de investigação, que parte e passa por dentro da história, Foucault mostrará como as análises históricas das questões do poder servem como instrumento para explicar a produção dos saberes historicamente. A concepção de poder foucaultiana difere e se contrapõe, no que diz respeito à natureza, às concepções marxistas e burguesas (TONI, 2010).

A última fase das pesquisas de Foucault, marcada pela publicação dos dois últimos volumes da História da Sexualidade ‘O uso dos Prazeres’ e ‘O cuidado de Si’, e por grande parte de suas entrevistas, inicia quando o autor efetua outro deslocamento: deixa de lado as questões da genealogia do poder para ocupar-se de entender os processos subjetivação, ou como nos construímos historicamente como sujeitos. Nesse momento, Foucault passou a se ocupar do que ele denominou de “estética da existência”, ou seja, passa a investigar a subjetividade relacionando-a aos processos históricos para mostrar de que forma estes contribuem para a formação da subjetivação moral nas sociedades ocidentais (TONI, 2010).

O próprio Foucault (1998, p.11) fez uma análise dos três deslocamentos que empreendeu:

Um deslocamento teórico me pareceu necessário para analisar o que frequentemente era designado como progresso dos conhecimentos: ele me levava a interrogar-me sobre as formas de práticas discursivas que articulavam o saber. E foi preciso também um deslocamento teórico para analisar o que frequentemente se descreve como manifestações do poder: ele me levava a interrogar-me sobretudo sobre as relações múltiplas, as estratégias abertas e as técnicas racionais que articulam o exercício dos poderes. Parecia agora que seria preciso empreender um terceiro deslocamento a fim de analisar o que é designado como “o sujeito”; convinha pesquisar quais são as formas e as modalidades de relação consigo através das quais o indivíduo se constitui e se reconhece como sujeito.

Entretanto, embora exista essa divisão, cabe ressaltar que não é simples separar esses diferentes momentos ou domínios na obra do autor, pois não se encontra em uma palavra ou em um conceito alguma estabilidade. “*Foucault não tem esses conceitos amarrados. Ele não é um estruturalista na forma de pensar*” (VEIGA-NETO; FISCHER, 2004, p.11). Desse modo, concorda-se com Rodrigues (2006, p.111) quando diz que é simplista

[...] considerar que no período arqueológico - destinado a pesquisa dos solos epistemológicos, dos "a priori" das formações discursivas – não houvesse em Foucault qualquer interesse pelo poder. Afinal de contas, a arqueologia foucaultiana pretendia analisar as possibilidades nas quais um certo saber (sobre a loucura, a doença ou o homem) pôde emergir como dominante. Seu intuito era desvelar de que modo as formações discursivas repercutem em práticas sociais de dominação. Não se pode dizer também que se voltando para a investigação do poder – dos seus modos de funcionamento e suas relações de força –, em sua genealogia, Foucault tenha descartado a sua preocupação com o saber. Nesta fase, sua intenção é compreender de que forma o poder domestica os corpos e constrói um saber sobre os indivíduos. Neste momento, práticas de poder e produção do saber estão organicamente vinculados. A mesma advertência pode ser feita quanto ao último período da produção foucaultiana.

A questão do saber, embora atravessasse toda a produção de Foucault, pode-se dizer que foi trabalhada com mais ênfase no livro “Arqueologia do Saber”, na aula inaugural “A Ordem do Discurso” (1970) e na série de conferências que compõem “A verdade e as formas jurídicas” (1973). A partir dessas obras, Foucault coloca em circulação duas hipóteses: primeiro que o saber é engendrado e engendra relações de poder, e segundo que, por ser a verdade produzida historicamente no interior de discursos, esta é submetida a toda uma série de mecanismos de produção e circulação que controlam sua existência (LUIZ, 2010).

A arqueologia procurou estabelecer a constituição dos saberes, privilegiando as inter-relações discursivas e sua articulação com as instituições, respondendo a como os saberes apareciam e se transformavam, ou seja, procurou ‘explicar o aparecimento de saberes a partir de condições de possibilidade externas aos próprios saberes’, situá-los como elementos de um dispositivo de natureza essencialmente estratégica. “*É essa análise do porquê dos saberes – que pretende explicar sua existência e suas transformações situando-os como peça de relações de poder ou incluindo-os em um dispositivo*

político – que em uma terminologia nietzschiana Foucault chamará Genealogia”. (MACHADO, 2012a, p.11-12).

A questão do saber e sua relação com o poder, presente no livro ‘Arqueologia do Saber’, se propunha a distinguir dois tipos de formações políticas, as discursivas ou de enunciados e as não discursivas ou de meios. Entretanto, preocupava-se especificamente com o saber e o primado do enunciado²⁶ dentro do saber, indicando a outra forma negativamente como o ‘não discursivo’. A primazia do enunciado sobre o visível, embora as duas formas difiram em sua natureza, existe, segundo Deleuze (2005, p.76), “*graças à espontaneidade de sua condição (linguagem), que lhe dá uma forma determinante. O visível por sua vez, graças à receptividade da sua (luz), tem apenas a forma do determinável*”.

Entretanto, essa resposta não é suficiente para dar conta da primazia do enunciado, pois:

[...] em Foucault é necessário que uma terceira instância coadapte o determinável e a determinação, o visível e o enunciado, a receptividade da luz e a espontaneidade da linguagem, operando além das duas formas ou aquém destas. É nesse sentido que Foucault dizia que o combate implica uma distância através da qual os adversários ‘trocaram suas ameaças e suas palavras’ e que o lugar de enfrentamento implica um ‘não-lugar’ que testemunha que os adversários não pertencem ao mesmo espaço ou não dependem da mesma forma. (...) eis, então, que devemos saltar para uma outra dimensão, além dos estratos e suas formas, terceira dimensão informe que dará conta tanto da composição estratificada das duas formas quanto do primado de uma sobre a outra (DELEUZE, 2005, p.77).

Essa terceira dimensão, que envolve o saber e suas formas (o enunciado e o não discursivo), seria o poder. “*Se o saber consiste em entrelaçar o visível e o enunciável, o poder é sua causa pressuposta, mas, inversamente, o poder implica o saber como a bifurcação, a diferenciação sem a qual ele não passaria a ato*” (DELEUZE, 2005, p.48).

As contribuições da produção arqueológica são muitas e de extrema importância para se problematizar temas da atualidade. O modo de conceber o saber e essa forma de fazê-lo aparecer do interior de lutas histórica e socialmente situadas está em consonância com o entendimento adotado neste estudo de que a atenção psicossocial, enquanto movimento de reestruturação da assistência psiquiátrica no país, proporcionou a descontinuidade na história

²⁶ A questão do enunciado será discutida no próximo capítulo.

da loucura e da psiquiatria e trouxe para a cena discursiva a possibilidade de enunciar a crise psíquica não mais a partir de explicações universais e totais, mas de narrativas parciais, locais e particulares, que não se preocupam em comprovar o já sistematizado, nem em “revelar” ou “descobrir” uma verdade escondida por trás da crise.

A discursividade da crise, inventada e produzida no campo de saber da atenção psicossocial, é movida por uma vontade de verdade, imersa numa batalha e submetida a relações de poder e a procedimentos que visam controlar sua produção e circulação. Foi sob essa perspectiva que se analisou o objeto de estudo desta tese e se considerou de suma importância os conceitos de poder e os modos de subjetivação engendrados pelo saber na perspectiva foucaultiana.

Em relação ao poder, Foucault, inspirado pela obra de Nietzsche²⁷, fez uma genealogia a partir das análises históricas da questão do poder como instrumento de análise capaz de explicar a produção dos saberes (MACHADO, 2012a). O poder constitui o verdadeiro problema de estudo de Foucault em suas diversas obras, nas quais procurou entender suas formas de produção e seus efeitos, “*o que constitui o essencial do que eu quis fazer (...) e se trata, sem dúvida nenhuma, de uma história (...) dos mecanismos de poder e da maneira como eles se engrenaram*” (FOUCAULT, 2003, p.227).

Em sua produção sobre o poder, Foucault sugeriu o abandono de certo número de postulados que marcavam o posicionamento da esquerda tradicional (DELEUZE, 2005). Dentre estes, o postulado de propriedade, pois na concepção foucaultiana o poder não é uma propriedade, ele se exerce antes de se possuir e é uma estratégia cujos efeitos não são atribuíveis a uma apropriação, “*mas a disposições, a manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamentos*” (FOUCAULT, 2012b, p. 29).

Foucault se contrapõe também ao postulado da localização, que entende o poder localizado no aparelho de Estado, e mostra que o próprio

²⁷ O pensamento de Nietzsche trouxe uma crítica forte ao Niilismo, à Razão, ao Estado, à Ciência e à Organização social moderna ao abalar os três pilares da cultura ocidental: o cristianismo (fim); o conhecimento científico (unidade) e a Razão filosófica e moral (verdade). Para este autor o niilismo seria fonte para a transvaloração de todos os valores e assim se ergueria uma cultura voltada para o prazer na alegria, o corpo integrado à imaginação poética, à arte fazendo do viver o melhor de si como obra de arte aqui e agora (SANTOS, 2006).

Estado é efeito ou resultante de uma microfísica do poder (DELEUZE, 2005). Não existe, para Foucault, uma teoria geral do poder, mas formas de exercício do poder diferentes das do Estado, que operam em uma rede de poderes ou micropoderes e que se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da rede social, funcionando “*como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém escapa, a que não existe exterior possível*” (MACHADO, 2012a, p.17).

O poder não opera em um único lugar, mas em lugares múltiplos: a família, a vida sexual, a maneira como se trata os loucos, a exclusão dos homossexuais, as relações entre os homens e as mulheres (...) todas essas relações são relações políticas. Só podemos mudar a sociedade sob a condição de mudar essas relações. (FOUCAULT, 2003, p. 262)

Foucault rebateu também o postulado de subordinação, que entende que “*o poder encarnado no aparelho de Estado estaria subordinado a um modo de produção, tal como a uma infraestrutura*” (DELEUZE, 2005, p.36). Para Foucault “*as relações de poder não estão em posição de superestrutura, com um simples papel de proibição ou de recondução; possuem, lá onde atuam, um papel diretamente produtor*” (FOUCAULT, 1999, p.90). A imagem piramidal marxista é substituída por um feixe de relações organizado piramidalizado e coordenado, que permeia toda a sociedade e suas instituições, atravessa o próprio corpo do indivíduo de tal sorte que não se encontra acima da sociedade, mas nas lides cotidianas e, por isso, caracterizado por micropoder.

Foi rejeitado também o postulado da essência ou do atributo, que defende que o poder teria uma essência e seria atributo que qualificaria os que o possuísem, os quais seriam os dominantes, e, ao mesmo tempo, um atributo de diferenciação daqueles sobre os quais se exerce o poder, os dominados. Entretanto, para Foucault, o poder é operatório, não tem essência. “*Não é atributo, mas relação: a relação de poder é o conjunto das relações de forças, que passa tanto pelas forças dominadas quanto pelas dominantes. (...) se insere em todo lugar onde existem singularidades*” (DELEUZE, 2005, p.37-38).

O postulado da modalidade entende que “*o poder agiria por violência ou por ideologia, ora reprimindo, ora enganando ou iludindo*” (DELEUZE, 2005, p.38). Para Foucault, o poder não é essencialmente repressivo ou idealista, pois produz realidade antes de reprimir, e produz verdade antes de ideologizar.

Isto não significa que Foucault ignorasse a repressão e a ideologia, “*mas, como Nietzsche já havia visto, elas não constituem o combate de forças, são apenas a poeira levantada pelo combate*” (DELEUZE, 2005, p.39).

De forma resumida, pode-se dizer que o poder, na perspectiva foucaultiana, não está centrado somente no Estado e não será o controle deste que fará desaparecer ou transformar essa rede de micropoderes que se exercem por estratégias e por manobras. O poder é exercido e não possuído por classes como um bem ou como objeto de propriedade. Este não passa necessariamente para o campo do direito, nem é manifestamente repressivo. Ao contrário, o poder é luta e, enquanto tal, baseada na premissa da liberdade, pois garante a possibilidade de reação por parte daqueles sobre os quais é exercido.

A rejeição a esses postulados só foi possível a partir de alguns deslocamentos que Foucault fez no interior de sua analítica do poder, o que permitiu discutir diversas formas de apresentação do poder: o **poder de soberania**, o **poder disciplinar**, o **poder psiquiátrico**, o **poder pastoral**, e o **biopoder**. E em suas análises ele faz a diferenciação de uma tecnologia de poder em relação à outra.

A soberania era a forma de poder predominante na Idade Clássica, e muitos pensadores e juristas queriam encontrar uma forma de legitimar o poder soberano, e por isso acreditavam que “*a partir da multiplicidade dos indivíduos e das vontades, é possível formar uma vontade única, ou melhor, um corpo único, movido por uma alma que seria a soberania*” (FOUCAULT, 2012a, p.183). Trata-se de uma tecnologia de poder característico das sociedades absolutistas, na qual o soberano detinha um poder absoluto sobre os súditos, condicionando-os a servi-lo de forma “voluntária”. Nessa técnica de poder, o soberano se vincula a seus súditos a partir de relações assimétricas e isotópicas, segundo um direito divino ou de sangue, são perpetuadas relações de diferenciação e não de classificação, pois “*não constituem um quadro hierárquico unitário com elementos subordinados, elementos superordenados*” (FOUCAULT, 2006, p.54).

O conceito de poder disciplinar e sua diferenciação do poder de soberania foi trabalhado por Foucault no livro *Vigiar e Punir*, no qual

abandonou a ideia do poder em termos de Soberania, para mostrar que a dominação não ocorre de forma central, como na Idade Média, mas nas relações sociais, nas relações recíprocas e múltiplas sujeições. Nesse livro, descreveu os métodos punitivos, como o suplício e a prisão, problematizando a disciplina, com suas funções e instrumentos de controle que, mediante uma tecnologia política do corpo, produziu um modo específico de sujeição e deu *“origem ao homem como objeto de saber para um discurso com status “científico”* (FOUCAULT, 2012b, p.27), demonstrando o modo com que o poder disciplinar se desenvolveu como a ‘grande estratégia’ que assegurou o exercício de um saber.

O livro inicia com a discussão sobre os suplícios e sua função jurídico-política de reconstituir a soberania lesada. Uma prática que objetiva a manifestação da força ou de justiça como força física e que se caracteriza pela política do medo, ao marcar sobre o corpo do criminoso a presença do soberano. No entanto, no século XVIII formou-se uma nova estratégia para o exercício do poder de castigar, deslocando o direito de punir da *“vingança do soberano à defesa da sociedade”* (FOUCAULT, 2012b, p.87), com o objetivo de fazer da punição uma função regular e *“coextensiva à sociedade; não punir menos, mas punir melhor; punir talvez com uma severidade atenuada, mas para punir com mais universalidade e necessidade; inserir mais profundamente no corpo social o poder de punir”* (FOUCAULT, 2012b, p. 79). O poder disciplinar não será imposto com uma forma de violência explícita, mas totalmente discreto e sutil, uma estratégia de sujeição constante das forças do corpo lhe impondo uma relação de docilidade-utilidade.

Entretanto, cabe destacar que a disciplina não é uma instituição, nem um aparelho de Estado, mas uma técnica de poder que funciona como uma rede que vai atravessar as instituições e aparelhos de Estado e que vai responder, a partir da distribuição tática dos homens, as necessidades econômicas advindas com o desenvolvimento do capitalismo. Desse modo, a disciplina surge como certa maneira de distribuir as *“singularidades, mas de acordo com um esquema que não é classificatório, distribuí-las espacialmente, possibilitar acumulações temporais que possam ter efetivamente, no nível da atividade produtora, eficácia máxima”* (FOUCAULT, 2006, p.91).

Foi assim que, no decorrer dos séculos XVII e XVIII, as disciplinas tornaram-se fórmulas gerais de dominação, uma “anatomia política do detalhe”, inaugurando uma arte do corpo humano visando o aumento das habilidades e o aprofundamento da sujeição, em uma relação que inversamente e no mesmo mecanismo tornasse o corpo tanto mais obediente quanto mais útil, a partir de um conjunto de técnicas, de saber, de descrições e dados, que sem dúvida fez nascer o “*homem do humanismo moderno*” (FOUCAULT, 2012b, p.136).

Essa estratégia de poder não ocorre explicitamente por dominação do homem, mas por uma espécie de introjeção que irá moldar a pessoa a partir de técnicas de adestramento do indivíduo que Foucault denominará “fabricação de indivíduos máquinas”.

A disciplina “fabrica” indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício. Não é um poder triunfante que, a partir de seu próprio excesso, pode-se fiar em seu superpoderio; é um poder modesto, desconfiado, que funciona a modo de uma economia calculada, mas permanente. Humildes modalidades, procedimentos menores, se os compararmos aos rituais majestosos da soberania ou aos grandes aparelhos do Estado (FOUCAULT, 2012a, p. 164).

O poder disciplinar se exerce de modo capilar, terminal, que visa a “*tocar os corpos, agir sobre eles, levar em conta os gestos, os comportamentos, os hábitos, as palavras, a maneira como todos esses poderes, concentrando-se para baixo até tocar os próprios corpos individuais*” (FOUCAULT, 2006, p.50). Poder exercido não para cuidar do corpo, mas sim para trabalhá-lo em seus menores detalhes, para exercer uma coerção ininterrupta sobre os movimentos, gestos e atitude; sobre os processos das atividades mais do que sobre os resultados. Poder infinitesimal sobre o corpo ativo exercido a partir do esquadramento do tempo, espaço e movimentos, com o objetivo de realizar a sujeição constante e impor uma relação de docilidade-utilidade (FOUCAULT, 2012b).

A disciplina procede à distribuição dos indivíduos em um espaço analítico, celular, de modo que cada indivíduo esteja no seu lugar, e em cada lugar haja um indivíduo e, dessa forma, instaura-se o poder de vigiar o comportamento de cada um. Prevê também o controle das atividades, a partir do controle do horário, com o objetivo de constituir um tempo integralmente útil; da elaboração temporal do ato, que significa a decomposição dos gestos e movimentos de maneira a ajustar o corpo a imperativos temporais,

enquadrando-o em um “*esquema anátomo-cronológico do comportamento*” de tal forma que “*o tempo penetra o corpo, e com ele todos os controles minuciosos do poder*” (FOUCAULT, 2012b, p.146). E, por fim, a disciplina desenvolveu suas técnicas para a apropriação do tempo das existências singulares; para reger as relações do tempo, dos corpos e das forças, a partir do exercício corporal que visava “*um adestramento do corpo, adestramento da habilidade, da marcha, da resistência, dos movimentos elementares e isso segundo uma escala gradual*” (FOUCAULT, 2006, p.60).

Percebe-se as táticas do poder disciplinar de fixação espacial, extração ótima do tempo, exploração das forças do corpo, regulamentação dos gestos, atitudes e atenção, constituição da vigilância constante e de um poder punitivo imediato. Assim, é um poder regulamentar que em seu funcionamento é anônimo, não individual, que resulta na identificação das individualidades sujeitadas, na “*apropriação do corpo singular por um poder que o enquadra e que o constitui como indivíduo, isto é, como corpo sujeito*” (FOUCAULT, 2006, p.89).

A disciplina prevê a vigilância como elemento fundamental. E nesse sentido, o Panopticon de Bentham se tornou um mecanismo central na instituição, permitindo ao poder adquirir o máximo de força, dando exatamente a fórmula política e técnica do poder disciplinar (FOUCAULT, 2006), que não se fundamenta sobre a exclusão, mas “*sobre a inclusão no interior de um sistema no qual cada um devia ser localizado, vigiado, observado noite e dia, no qual cada um devia ser acorrentado à sua própria identidade*” (FOUCAULT, 2003, p.255).

Panopticon quer dizer duas coisas: “*que tudo é visto o tempo todo (...) e que todo o poder que se exerce nunca é mais que um efeito de ótica*”, ou seja, o poder se exerce por um jogo de luz, tem como suporte apenas o olhar e a luz, diferentemente do poder do soberano, esse poder não tem materialidade, não precisa de armadura, pois é um poder anônimo e ininterrupto, que faz com que o indivíduo em sua sela tenha a “*sensação constante de estar num estado de visibilidade para um olhar*”, se sinta vigiado mesmo quando não há ninguém na torre central desse sistema (FOUCAULT, 2006, p.95-96).

Esse sistema, além de promover o exercício de um poder constante, é um instrumento de individualização, pois se exerce um poder de conjunto sobre todos, mas visa sempre séries de indivíduos separados uns dos outros, e de conhecimento permanente do indivíduo, de um saber do corpo para o controle de suas forças, ou seja, é, ao mesmo tempo, um aparelho de saber e de poder, a partir do exercício do poder imaterial e do registro de tudo o que acontece, daquilo que o indivíduo faz e diz, de modo que a informação seja transmitida de baixo para cima e assim seja assegurado o princípio da onivisibilidade. “*A visibilidade do corpo e a permanência da escrita andam juntas e têm evidentemente por efeito o que poderíamos chamar de individualização esquemática e centralizada*” (FOUCAULT, 2006, p.61). Desse modo, o sujeito é produto do poder e do saber, “*os indivíduos são os veículos do poder, não seu ponto de aplicação [...] o indivíduo é um efeito do poder*” (FOUCAULT, 1995), à medida que o poder é um procedimento de individualização.

Em suma, Foucault (2006; 2012b) fez algumas diferenciações entre o poder de soberania e o poder disciplinar. A primeira delas é a de que todo o sistema disciplinar, diferente do poder de soberania, tende a ser uma ocupação do tempo, da vida e do corpo do indivíduo a partir de um controle contínuo, no qual não se está à disposição de alguém, mas perpetuamente sob o olhar de alguém. A segunda é que o poder de soberania intervém violentamente, de tempo em tempo, nas formas da guerra, da punição exemplar e da cerimônia; já, o poder disciplinar intervém incessantemente desde o primeiro instante, antes mesmo da manifestação do comportamento, em uma ação punitiva contínua sobre as virtualidades de comportamento. E isso por meio de um jogo de vigilância, recompensas e punições. A terceira diferença é que o poder disciplinar é isotópico, cada elemento tem seu lugar determinado e, conseqüentemente, o deslocamento não pode ser feito por descontinuidade, ruptura, guerra, mas pelo movimento regulado pelo exame.

A quarta característica de diferenciação entre o poder de soberania e o disciplinar diz respeito à função sujeito, que na soberania “*se desloca e circula acima e abaixo das singularidades somáticas*”, em um perpétuo jogo de deslocamento. E “*a vinculação da função-sujeito a um corpo determinado é coisa que só se pode fazer de maneira descontínua, incidente, momentânea,*

por exemplo em cerimônia". Assim, a relação de soberania aplica um poder político no corpo, mas não faz a individualidade aparecer, pois "*é um poder que não tem a função individualizante ou que só esboça a individualidade do lado do soberano*" (FOUCAULT, 2006, p.55-57).

Já, nos sistemas disciplinares, feitos para funcionarem sozinhos, desaparece no topo a função individual, pois o encarregado de fazê-lo funcionar não é tanto um indivíduo, mas uma função que é exercida por este ou por outro. Desse modo, esse poder está marcado pela supressão da individualização no topo e uma individualização tendencial muito forte na base, de modo que a

[...] função-sujeito vem se ajustar exatamente à singularidade somática: o corpo, seus gestos, seu lugar, suas mudanças, sua força, seu tempo de vida, seus discursos (...) Pode-se dizer, numa palavra, que o poder disciplinar (...) fabrica corpos sujeitados (...) na medida em que a vigilância ininterrupta, a escrita contínua, a punição virtual enquadraram esse corpo assim sujeitado e dele extraíram uma psique, é nessa medida que o indivíduo se constituiu; é na medida em que a instância normalizadora distribui, exclui, retoma sem cessar esse corpo-psiquê que o indivíduo se caracteriza (FOUCAULT, 2006, p.69-70).

Assim, pode-se dizer que o indivíduo, como realidade histórica e elemento das forças produtivas e políticas, é o efeito produzido pela vinculação do poder político à singularidade somática, que surge a partir do desenvolvimento de toda uma tecnologia disciplinar, "*e esse indivíduo é um corpo sujeitado, pego num sistema de vigilância e submetido a procedimentos de normalização*" (FOUCAULT, 2006, p.71).

A passagem de uma sociedade de soberania para uma sociedade disciplinar, que ocorreu nos séculos XVII e XVIII, não quer dizer que antes não existiam dispositivos disciplinares, entre os quais as ilhas no interior das relações de soberania; o princípio ascético da vida em clausura; a relação pedagógica universitária da Idade Média; as organizações de tipo paramilitar; os exércitos que surgiram no fim do século XVII e as oficinas, no século XVIII, que levavam os dispositivos disciplinares também à classe operária.

Do mesmo modo, é possível encontrar, na sociedade contemporânea, muitas formas de poder de soberania e um exemplo é a família, que não surge como um resíduo de soberania, mas como peça indispensável ao funcionamento do poder disciplinar, "*é a instância de coerção que vai fixar*

permanentemente os indivíduos aos aparelhos disciplinares” (FOUCAULT, 2006, p.100).

O poder disciplinar pode ser encontrado em diversas instituições, entre as quais a escola, os quartéis e o manicômio, mas nesse último seu funcionamento visa não só a docilidade dos corpos, mas a constituição da ciência psiquiátrica. Esse poder disciplinar, exercido na prática psiquiátrica e na relação médico-louco e possível a partir da constituição de um espaço onde prevaleça a ordem, Foucault (2006) denominou de “Poder Psiquiátrico”²⁸.

Para esse autor, a prática psiquiátrica do início do século XIX tinha como forma geral o poder de disciplina e como local de ação o asilo, considerado um campo de batalha marcado por uma dissimetria do poder garantida por um sistema de diferenças e hierarquias, *“por uma disposição tática na qual os diferentes indivíduos ocupam um lugar determinado e cumpre certo número de funções precisas”* (FOUCAULT, 2006, p.9). Essa dissimetria adquire sua inscrição física no próprio corpo do médico. Claro que não é somente o médico que exerce poder no asilo, pois o poder não é algo que se detenha ou que emana de alguém, *“só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial, defasagens, etc. É nesse sistema de diferenças, que será preciso analisar, que o poder pode se pôr em funcionamento”* (FOUCAULT, 2006, p.7).

Para tanto, foi necessário o estabelecimento da ordem e a constituição do saber médico, a partir do olhar, da neutralidade na relação com o objeto e da objetividade desse conhecimento. Foi a observação constante no asilo, possível a partir do funcionamento tático do poder, que possibilitou *“ao discurso psiquiátrico sua objetividade e sua verdade”* (FOUCAULT, 2006, p.9). Além disso, essa ordem disciplinar é a condição de cura permanente, que *“só pode ser realizada no interior dessa distribuição regrada do poder”*, (FOUCAULT, 2006, p.5).

Ainda sobre a análise do poder realizada por Foucault, esta se distanciou das análises tradicionais, que pensavam o poder enquanto resultado de um centro estatal do qual o poder emana. Para mostrar o modo com que os

²⁸ A questão do “poder psiquiátrico” será aprofundada no quarto tópico deste capítulo, denominado “Loucura e crise no discurso da Psiquiatria e no discurso da Atenção Psicossocial”.

“micropoderes” permeiam todas as estruturas sociais e responder a pergunta que se fez sobre as formas históricas de conduzir as condutas, de governo dos homens, Foucault retrocedeu no tempo até a Antiguidade grega e judaico-cristã para analisar a tecnologia do poder pastoral. Nessa análise fez a oposição entre as duas concepções de poder expressas a partir da figura grega do político e a do pastor judaico-cristão (FOUCAULT, 2008).

O poder pastoral tem características totalizadoras e individualizantes: ser uma forma de poder cujo objetivo é garantir a salvação no outro mundo, na qual os pastores não apenas comandam, mas, se necessário, sacrificam-se pela vida e salvação do rebanho (inverso do poder soberano, no qual o súdito é quem sacrifica a vida para defender o trono); um poder que cuida não somente da comunidade, mas de cada indivíduo em particular, durante toda a sua vida e, por fim, uma forma de poder que só pode ser exercida a partir do conhecimento da mente das pessoas, suas almas e seus segredos mais íntimos, e *“implica um saber da consciência e a capacidade de dirigi-la”* (FOUCAULT, 1995, p.237).

Esta forma de poder é orientada para a salvação (por oposição ao poder político). É oblativa (por oposição ao princípio da soberania); é individualizante (por oposição ao poder jurídico); é co-extensiva à vida e constitui seu prolongamento; está ligada a produção da verdade – a verdade do próprio indivíduo (FOUCAULT, 1995, p.237).

Para conhecer a verdade do indivíduo, esse poder instituiu o jogo da confissão e da direção espiritual, de forma a conhecer e capturar todas as insinuações da carne, não somente em relação aos movimentos do corpo, mas também da alma. Isto é, o objetivo não era confessar somente os atos contrários à lei, mas fazer de todo o desejo um discurso. A *“confissão da verdade se inscreveu no cerne dos procedimentos de individualização pelo poder”* (FOUCAULT, 1999, p.58).

A confissão é um ritual discursivo, no qual o sujeito que fala coincide com o do enunciado, que se desenrola em uma relação de poder entre o confessor e o interlocutor, que, mesmo presente apenas virtualmente, é a instância que requer a confissão e que intervém no seu julgamento, punição, perdão e reconciliação. E em quem confessa, a enunciação produz modificações intrínsecas como a purificação e a expectativa da salvação.

No entanto, esse rito de confissão, que permaneceu durante muito tempo encaixado na prática da penitência, se desvinculou pouco a pouco desse sacramento e se difundiu para uma série de relações instituídas pela pedagogia, medicina e psiquiatria. A penitência desaparece, mas permanece a sujeição dos homens, sua constituição como sujeitos (nos dois sentidos da palavra), que a confissão produz, pois este rito continua como um procedimento de individualização pelo poder e um ritual de verdade, considerado entre os mais importantes na produção de verdade.

O poder pastoral vai permanecer específico e diferente do poder político até o século XVIII quando, devido ao surgimento da população como problema econômico e jurídico, houve um deslocamento no entendimento do poder como governo.

Os governos percebem que não têm que lidar simplesmente com sujeitos, nem mesmo com um “povo”, porém com uma “população”, com seus fenômenos específicos e suas variáveis próprias: natalidade, morbidade, esperança de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência de doenças, forma de alimentação e habitat (FOUCAULT, 1999, p.28).

O Estado moderno nasceu quando a governamentalidade se tornou efetivamente uma prática política calculada e refletida, que tinha como pano de fundo a pastoral cristã e as suas características, que foram utilizadas com outras finalidades. A salvação passou a ser entendida como saúde, bem-estar, segurança nesse mundo, ou seja, ocorreu uma laicização do termo. As formas de se exercer o poder foram ampliadas e reforçadas por instituições de bem-estar social, por exemplo as entidades de filantropia. E, por fim, o objetivo de atuação do Estado voltou-se, de um lado, para a população e, de outro, para o indivíduo. Eis o que Foucault denominou de “duplo constrangimento” do poder moderno: a individualização e a totalização (FOUCAULT, 1995, 2008).

No final dos anos 1970, Foucault passou a analisar a tecnologia do biopoder, a partir do deslocamento teórico, no qual a noção de poder de inspiração nietzschiana (como relação de forças) foi ampliada pela concepção de poder como governo, enquanto governo de si e dos outros, orientada para uma teoria da ação que conseguiria fugir da fundamentação circular do poder e da resistência em direção a práticas subjetivadoras que visassem à liberdade. O biopoder é o conjunto de mecanismos que vão fazer entrar numa estratégia

política, numa estratégia geral do poder aquilo que constitui as características biológicas fundamentais da espécie humana (FOUCAULT, 2008), e centra-se

[...] no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos; a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população (FOUCAULT, 1999).

O biopoder, com seu foco no corpo coletivo, não se diferencia somente do poder disciplinar que focaliza o corpo *individualizado*, mas também do poder soberano, pois, enquanto na soberania havia o direito do soberano de “deixar viver” ou “fazer morrer”, no biopoder haverá uma tecnologia de poder voltada para o “fazer viver” e o “deixar morrer”, ou seja, é um poder que se encarrega da preservação da vida, eliminando tudo o que ameaça a preservação e o bem-estar da população.

A partir dessa pequena análise das tecnologias de poder identificam-se as técnicas utilizadas e que incidem sobre os indivíduos: o suplício, como técnica utilizada no poder de soberania; a técnica de confissão no poder pastoral; o panóptico, como dispositivo do poder disciplinar e seus métodos de controle (observação, técnicas de registro, procedimentos de inquérito, etc.) e, por fim, a biopolítica, como dispositivo do biopoder. Estas, além de técnicas de poder, configuram-se como instrumentos de produção de saber.

Essas concepções sobre o poder e seus modos de funcionar formam o solo-base para a problematização dos discursos de crise psíquica, das formas como estes se articulam e possibilitam uma nova formação discursiva a partir de outra racionalidade e de outros aparatos de verdade que subjetivam e governam os sujeitos, os familiares, os profissionais de saúde e os gestores.

Para problematizar o sujeito contemporâneo, fabricado pelas práticas de governo e suas formas de submissão, subjetivação e resistência, torna-se imprescindível olhar para os conceitos operacionalizados por Foucault, especialmente o conceito de poder, de forma a problematizar as relações de poder presentes no discurso psiquiátrico e discurso da Atenção Psicossocial.

2.3 Loucura e crise no discurso asilar e no discurso da Atenção Psicossocial

Foucault utilizava a história como base fundamental para fazer sua filosofia. Mas seu olhar sobre a história sempre foi voltado para as relações que são estabelecidas entre os indivíduos, pois “*é pelas condições que Foucault se interessa. Por isso ele diz: pesquisa histórica e não trabalho de historiador*” (DELEUZE, 1988, p.124).

Poder-se-ia afirmar, de modo geral, que o tema da loucura sempre esteve presente nos escritos de Foucault, acompanhando os movimentos e os deslocamentos realizados e que levaram a diferentes modos de abordagem ao longo de sua obra. A “História da loucura” traz, em seu primeiro capítulo, a figura da *stultifera navis*, que, se não pode ser vista como gesto fundador, demonstra, com a força de sua imagem, a epopeia da divisão entre razão e loucura com sua abordagem à Nau dos Insensatos.

A loucura, enquanto herdeira da lepra, foi, nos confins da Idade Média e durante todo o Renascimento, o novo objeto provocador das reações de divisão, exclusão e purificação. A Nau dos Loucos, “*estranho barco que deslizava ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos*” (FOUCAULT, 2010, p.9), ocupava, durante toda a Renascença, um lugar privilegiado na paisagem imaginária da época. Esses barcos, guiados por marinheiros, destinavam-se a levar loucos de toda espécie de uma cidade para outra. Essa prática, além de ser uma medida de expurgo, de purificação pela água, funcionava também como prática altamente simbólica de peregrinação dos insanos em busca da razão. A exclusão da loucura também ocorria em hospitais, como no caso do Hôtel-Dieu, de Paris, e através da detenção dos insanos, existindo, nesse período, inúmeros locais destinados a esse fim, como é o caso da “Torre dos Loucos de Caen”. (FOUCAULT, 2010).

No século XVII, com a exacerbação do racionalismo científico que colocou a loucura numa relação reversível com a razão, a exclusão aconteceu no interior dos asilos, criados e destinados a receber todos aqueles que representavam uma ameaça à lei e à ordem social, como é o caso dos leprosos, loucos, libertinos, mágicos, ladrões e prostitutas. A loucura inscreveu-se, assim, no universo da desrazão e da marginalidade social, e, por isso, foi internada no interior dos muros hospitalares, um lugar de encerramento, morte e exclusão para o louco (AMARANTE, 2003).

No momento histórico em que se decidiu confinar e apartar do meio “sadio” os considerados antissociais instituiu-se a prática do internamento, a qual, denominada “Grande internação”, não obedecia a critérios médicos, mas a razões bem diversas da preocupação com a cura. O internamento possuía significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais, e o asilo era um espaço para ocultar a miséria e a desorganização social decorrentes da crise econômica provocada pelas mudanças no modo de produção, e evitar os inconvenientes políticos ou sociais da agitação dessa grande parcela da sociedade que se encontrava à margem da ordem monárquica e burguesa (FOUCAULT, 2010).

Desse modo, os loucos foram inseridos em um campo e em um conjunto amplo, constituídos por tudo aquilo que representava a periculosidade social. A loucura foi, assim, condensada ao mundo simbólico do Mal, configurada dentre os novos excluídos e assumiu as faces aterradoras do Mal e da morte. Prova disso é o fato de os Hospitais Gerais, na França, na Inglaterra e na Alemanha ocuparem os espaços sociais dos leprosários, que eram a representação maior do Mal e da morte na Idade Média (BIRMAN, 2010).

A miséria foi, nesse momento, internada, porque havia perdido seu sentido místico e assumido sua negatividade. À medida que o trabalho passou a ser reconhecido por sua transcendência ética e moral, o internamento tornou-se uma solução para a exclusão dos desempregados e dos incapazes de tomar parte no sistema de produção e acúmulo de riquezas (FOUCAULT, 2010).

Nesse contexto econômico de produção, a loucura foi reconhecida por sua incapacidade para o trabalho, passando a ser percebida no horizonte social da pobreza e no texto dos problemas da cidade. Em virtude disso, a loucura foi arrancada de sua liberdade imaginária e reclusa na fortaleza do internamento, constituindo laços com a Razão e com as regras morais. Esses laços aprisionaram a loucura no universo do medo e do estigma, conforme se pode observar no relato de Oliveira (2002, p.28):

O louco, na época (século XVII), por ter sido agrupado juntamente com vagabundos, libertinos e criminosos, formou laços de parentesco que não se romperam, mas permaneceram nas representações sociais e no imaginário coletivo. A loucura estabeleceu um parentesco, com as culpas morais e sociais, que parece longe de ser rompido, contribuindo para o processo de estigmatização do louco.

A sociedade clássica passou a apreender a loucura de modo obscuro, como forma de desorganização social e familiar, e um perigo para o Estado. Nesse sentido, o internamento se explica à medida que se busca evitar o escândalo através do isolamento do louco, e dentro de um sistema de coação os considerados perigosos e violentos foram postos em celas e acorrentados às paredes e às camas, estabelecendo rigidamente os limites físicos de uma loucura enraivecida. (FOUCAULT, 2010, p.151).

Para Foucault (2005), antes do século XVIII a loucura era considerada uma forma de erro ou ilusão, e por isso não era sistematicamente internada, não tinha de ser separada, a não ser quando tomava formas extremas e perigosas. Desse modo, percebe-se que, no desenrolar da história da loucura, em muitos momentos são apontadas intervenções diferenciadas para com a crise (enquanto subjetividade) enraivecida.

Seguindo a história, no século XVII houve o surgimento do capitalismo e da indústria, e nesse contexto de produção surgiram críticas ao internamento devido ao seu financiamento extremamente alto e perigoso, e porque ele incidia de forma negativa no mercado da mão de obra. Assim, a miséria foi, aos poucos, separada das velhas confusões morais e o pobre reintroduzido na sociedade, deixando no interior do internamento um vazio que isola a loucura.

A era do internamento encerrou-se, permanecendo apenas a detenção, onde se colocavam lado a lado os criminosos, os suspeitos e os loucos. Estes últimos passaram “*a ocupar um novo espaço de reclusão isoladamente, isto é, individualizados e abertos para o conhecimento médico*”. (FILHO, 1990. p.87).

O fim do internamento deixou a loucura sem nenhuma inserção no espaço social, e diante desse perigo solto a sociedade reagiu tomando algumas medidas, que se situam no espaço de tempo que vai de 1780 a 1793. As decisões no longo prazo foram a criação das casas destinadas aos insensatos (asilos). Já, as medidas imediatas, consideradas repressivas, buscavam dominar a loucura pela força através de sua detenção nos Hospitais Gerais ou prisões (FOUCAULT, 2010).

Dentro desse contexto de mudanças, Pinel foi contratado na qualidade de médico de Bicêtre e protagonizou o movimento de liberação dos acorrentados. Movimento este considerado o marco da grande reforma pela

sua influência no nascimento da psiquiatria e na constituição do saber e das práticas médicas de intervenção na loucura. O mito que envolve esse acontecimento não está no fato de as correntes terem sido arrancadas, mas da construção, no imaginário social, de que aquele espaço se tornaria um asilo ideal, onde as relações seriam mais transparentes e humanas. Contudo, na verdade, o asilo tornou-se um instrumento de uniformização moral, de denúncia e segregação social. (FOUCAULT, 2010).

Ao libertar os loucos das correntes, Pinel reuniu-os em um mesmo espaço e isso possibilitou conhecer e organizar os sintomas de suas loucuras. Com esse gesto, ele promoveu o nascimento de um novo campo de conhecimento – a psiquiatria - e trouxe à tona uma nova concepção de loucura, agora transformada em doença mental (AMARANTE, 2003a), e instituiu, na sociedade, o dispositivo do poder psiquiátrico.

Foi esse dispositivo que Foucault problematizou em seu livro “O poder psiquiátrico”, dedicando-se a responder a seguinte questão: *“em que medida um dispositivo de poder pode ser produtor de certo número de enunciados, de discursos e, por conseguinte, de todas as formas de representações que podem posteriormente daí decorrer?”* (FOUCAULT, 2006, p.17)

Para tanto, ele inicia o livro analisando uma cena. Não a cena reconhecida como a grande fundadora da psiquiatria moderna, que foi protagonizada por Pinel, em Bicêtre, na libertação dos loucos furiosos que estavam acorrentados no fundo de uma masmorra. Porém, outra cena, que não teve a mesma repercussão, mas que tem sua importância para a análise das relações de poder ou, mais precisamente, para análise da substituição do poder soberano pelo poder disciplinar, é a cena de um monarca (Jorge III, rei da Inglaterra) que entra em mania e é atendido por seu médico. Nessa cena,

um poder de tipo soberania é substituído por um poder que poderíamos dizer de disciplina, e cujo efeito não é em absoluto consagrar o poder de alguém, concentrar o poder num indivíduo visível e nomeado, mas produzir efeito apenas em seu alvo, no corpo e na pessoa do rei descorado, que deve ser tornado dócil e submisso por esse novo poder (FOUCAULT, 2006, p.28).

E isto ocorre fora de qualquer instituição, demonstrando que não é a instituição que determina as relações de poder e nem um discurso de verdade que a prescreva. A macrofísica da soberania é substituída pela microfísica do poder disciplinar e as duas cenas estão em continuidade, pois quando Pinel

liberta os loucos das correntes é estabelecido entre eles uma dívida de reconhecimento a ser paga de duas formas: pela obediência e pela cura.

Primeiro, o libertado vai saldar sua dívida contínua e voluntariamente pela obediência; vai-se portanto substituir a violência selvagem de um corpo, que só era contida pela violência dos grilhões, pela submissão constante de uma vontade sobre a outra. Em outras palavras, tirar as correntes é realizar por intermédio de uma obediência reconhecida algo como uma sujeição. E a dívida será saldada de uma segunda maneira, desta vez involuntariamente da parte do doente. É que, a partir do momento em que ele for assim sujeitado, em que o saldo voluntário e contínuo da dívida de reconhecimento o leva a submeter-se à disciplina do poder médico, o próprio jogo da disciplina e nada mais que sua força vão fazer o doente curar-se. Com isso, a cura tornar-se-á involuntariamente a segunda moeda da peça da libertação, a maneira pela qual o doente, ou melhor, a doença do doente pagará ao médico o reconhecimento que lhe deve (FOUCAULT, 2006, p.36).

Para Pinel, o *“núcleo da loucura é uma falsa crença, uma ilusão ou um erro”*, e para que a doença desapareça é necessário reduzir esse erro, ou seja, o procedimento de cura é a redução do erro; *“só que o erro de um louco não é o erro de um qualquer. (..) o louco é aquele cujo erro não pode ser reduzido por uma demonstração; é alguém para o qual a demonstração não produz a verdade”* (FOUCAULT, 2006, p.161).

Deste modo que não é a manipulando o juízo falso, tentando retificá-lo, expulsa-lo de si pela demonstração, é, ao contrário, travestindo-o, manipulando a realidade, que se vai, de certo modo, fazer a realidade chegar à altura do delírio; e, no momento em que o juízo falso do delírio tiver um conteúdo real na realidade, ele se tornará com isso um juízo verdadeiro e a loucura deixará de ser loucura, já que o erro terá deixado de ser um erro (FOUCAULT, 2006, p.162).

Assim, a partir do século XIX, o psiquiatra é aquele que vai manipular a realidade, intensificar o real de maneira que o erro se torne verdade. Diferentemente do que ocorria na época clássica, quando o psiquiatra era o agente de um poder de irrealização da realidade, *“o psiquiatra do século XIX vai se tornar para a loucura, justamente através do poder disciplinar que assume, o agente de intensificação do poder da realidade”*, e o poder psiquiátrico será esse suplemento de poder da ciência psiquiátrica pelo qual o real é imposto à loucura (FOUCAULT, 2006, p.164).

A psiquiatria se constituiu no início do séc. XIX dando lugar a dois discursos científicos, o clínico ou nosológico e o anatomopatológico, que se refere aos correlativos orgânicos. Entretanto, esses discursos não faziam parte das práticas psiquiátricas desenvolvidas nos asilos; eles eram utilizados como

“garantias de verdade de uma prática psiquiátrica que queria que a verdade lhe fosse dada de uma vez por todas e não fosse mais questionada” (FOUCAULT, 2006, p.166).

Nunca a prática psiquiátrica, tal como se deu no século XIX, empregou efetivamente o saber ou o quase-saber que estava acumulando, seja na grande nosologia psiquiátrica, seja também nas pesquisas anatomopatológicas. As distribuições asilares, a maneira como os doentes eram classificados, como eram repartidos no asilo, como lhes era dado um regime, como lhes eram impostas tarefas, como se declarava que eles estavam curados ou doentes, que eram curáveis ou incuráveis, no fundo, não levavam em conta esses dois discursos (FOUCAULT, 2006, p.166).

Existe, no asilo, uma distribuição *“de força, do poder, do acontecimento, da verdade, que não é de maneira nenhuma o que se pode encontrar num modelo que se poderia dizer médico e que estava se constituindo na mesma época na medicina clínica”* (FOUCAULT, 2006, p.15). Há uma distorção entre teoria médica e a prática no asilo, prova disso é a forma de distribuir os doentes, uma distribuição que não guarda relação *“com a repartição nosográfica das doenças mentais tal como vocês encontram nos textos teóricos”*, mas com a diferença entre os indivíduos, independente de sua doença, ou seja: separam-se os curáveis dos incuráveis, os doentes calmos dos agitados, os obedientes dos insubmissos, os capazes de trabalhar dos incapazes, os que precisam de vigilância contínua dos que não precisam.

Outra prova foi a utilização das formas de medicação possível, definidas pela teoria médica a partir da análise da sintomatologia ou anatomopatologia, não com um fim terapêutico, mas no interior de uma técnica de direção.

Quero dizer o seguinte: algo como a ducha ou a cauterização, as moxas, etc., todas essas medicações foram inicialmente prescritas em função de certa concepção da etiologia da doença mental ou de suas correlações orgânicas: necessidade, por exemplo, de facilitar a circulação sanguínea, de descongestionar determinada parte do corpo, etc., mas, muito rapidamente, métodos como esses, na medida em que eram métodos de intervenção desagradáveis para o doente, foram reutilizados num sistema propriamente diretivo, isto é, a título de punição. Vocês sabem que isso continua e que a maneira como se utilizou o eletrochoque é exatamente desse tipo (FOUCAULT, 2006, p. 225-226).

Os medicamentos, em geral, são utilizados para prolongar a disciplina asilar na superfície do corpo. Assim, essa reversão que ocorreu na prática asilar entre o que era definido pela teoria médica como medicamento possível em um elemento do regime disciplinar, demonstra que não se pode “dizer que

o médico funcionava no asilo a partir do seu saber psiquiátrico” (FOUCAULT, 2006, p.226).

A marcação médica no asilo é feita por sua presença ou sua onipresença, e a necessidade de se ter um médico como diretor vai prevalecer porque se considera que ele sabe. Entretanto, a necessidade de bom funcionamento do asilo, e de que ele seja marcado medicamente, está no efeito do poder suplementar que lhe é dado, não no conteúdo de um saber, mas pela marca do saber, ou seja, *“é pelas marcas que designam nele a existência de um saber, e é somente por esse jogo de marcas, qualquer que seja o conteúdo efetivo desse saber, que o poder médico vai funcionar no interior do asilo, como poder necessariamente médico”* (FOUCAULT, 2006, p. 229-230).

É possível definir as estratégias através das quais essas marcas de saber atuavam. Primeiro, era necessário saber sobre o doente (interrogatório com a família e seu círculo social), de modo que nas intervenções o médico demonstrasse saber mais que o doente e saber se o que ele dizia era mentira ou não. A segunda, era o interrogatório psiquiátrico, realizado para que o doente respondesse as perguntas e que estas funcionassem de forma que o doente percebesse que suas respostas apenas municiavam o saber do médico, que *“são significantes no interior de um campo de saber já inteiramente constituído. (...) o interrogatório funciona como (...) um jogo de significações que proporcione ao médico uma ascendência sobre o doente”* (FOUCAULT, 2006, p. 231).

Em terceiro lugar estava a vigilância perpetua do doente para saber o que ele fez, o que disse, o erro que cometeu e a punição que recebeu. A quarta estratégia a marcar o saber no asilo era colocar em jogo o duplo registro da medicação e da direção, *“fazer com que a punição funcione como remédio e, inversamente, quando lhe impõem um remédio, é preciso poder impô-lo sabendo que ele lhe fará bem, mas fazendo-o acreditar que é unicamente para incomodá-lo ou para puni-lo”* (FOUCAULT, 2006, p. 231). Por fim, o grande jogo da clínica, a qual coloca o doente no interior de uma encenação, em que o interrogatório serve de instrução para os estudantes, e em que o médico vai ser aquele que cuida e, ao mesmo tempo, aquele que detém o saber e por isso

ensina. A apresentação clínica do doente vai tornar o médico o mestre da verdade.

A aplicação do saber-poder psiquiátrico no asilo se deve também a uma tautologia asilar, no sentido de que o próprio dispositivo asilar fornece certo número de instrumentos que têm essencialmente por função impor a realidade sobre a loucura para reduzi-la e governá-la.

Esses suplementos de poder acrescentados pelo asilo à realidade são a dissimetria disciplinar, o uso imperativo da linguagem, a organização da penúria e das necessidades, a imposição de uma identidade estatutária em que o doente deve reconhecer-se, a desorganização da loucura. Trata-se de suplementos de poder pelos quais a realidade, graças ao asilo e pelo próprio jogo do funcionamento asilar, vai poder impor seu domínio a loucura. (...) o asilo é a realidade em seu poder nu, é a realidade medicamente intensificada, é a ação médica, o poder-saber médico que não tem outra função além de ser o agente da própria realidade (FOUCAULT, 2006, p. 206-207).

Foucault (2006) identifica quatro elementos de realidade sobre os quais o regime asilar se articula e a partir dos quais se estabelece a tática asilar: poder do outro, lei da identidade, confissão do que é a loucura em sua natureza, em seu desejo secreto e, enfim, retribuição, jogo das trocas, sistema econômico controlado pelo dinheiro. Esses elementos vão inscrever, na prática psiquiátrica, questões encontradas ao longo de toda a história da psiquiatria, especialmente na organização da clínica.

A submissão ao médico é uma delas, pois, na clínica, a palavra do médico tem um poder maior do que a palavra de qualquer um. Outra questão é a instituição da prática da confissão, da anamnese como prática da lei de identidade, utilizada na clínica para que o doente seja obrigado a reconhecê-la e assim seja fixado a ela. É a confissão que levará à terceira questão, que é o reconhecimento do desejo como realidade que está na raiz da loucura. E, por fim, em quarto lugar, encontra-se a questão do dinheiro, da instauração do sistema de troca, de compensação.

Esses elementos são importantes, não apenas pelas técnicas, mas porque é através deles que será definido o indivíduo curado, ou seja, a cura acontece a partir da aceitação desses quatro jugos: da dependência, da confissão que promove a identidade de si, da inadmissibilidade do desejo e do dinheiro. Quádruplo sistema de sujeição que, por sua efetivação, promove cura ou qualifica o indivíduo como curado.

A terapia psiquiátrica não se constitui a partir de um conteúdo de uma ciência, de um saber, mas a partir de um poder que garante marcas de saber. E são essas marcas que vão permitir ao alienista funcionar como médico e exercer, no interior do asilo, um sobrepoder absoluto até o ponto deste se identificar com o corpo asilar. Pode-se ver, assim, o funcionamento da relação saber-poder, na qual o poder promove as marcas do saber e essas marcas garantem a atuação do poder psiquiátrico na intensificação da realidade. É na cena clínica que a marcação médica instaura “um jogo entre o corpo sujeitado do louco e o corpo institucionalizado do psiquiatra, ampliado à dimensão de uma instituição” (FOUCAULT, 2006, p. 235).

Entretanto, houve o surgimento de uma “*nova configuração epistemológica pela qual a psiquiatria tornou-se ao mesmo tempo, intra e extra-asilar, capaz de se referir tanto aos delírios e alucinações como aos sofrimentos que fazem parte da condição humana*” (CAPONI, 2012, p.20). Nesse contexto, no qual a psiquiatria saiu do interior dos asilos, a sanção jurídica tornou-se o complemento fundamental da psiquiatria, pois com esta os médicos ganharam o direito de justificar e racionalizar o conceito de “periculosidade social”, o que delineou um cenário de contradição na psiquiatria: entre o tratamento do doente e defesa social; entre a medicina e a ordem pública (BASAGLIA, 2005).

Percebe-se uma vontade da psiquiatria em fundar sua prática a partir de algo como uma defesa social, pois não seria possível fundá-la como verdade porque enquanto o saber médico geral funcionava no ponto da especificação da doença, do diagnóstico diferencial, na psiquiatria o saber médico funcionava no “*ponto da decisão entre loucura e não loucura (...). É aí que funciona o saber da psiquiatria, é aí também que funciona seu poder*” (FOUCAULT, 2006, p. 321-322).

Na concepção psiquiátrica está descrito o risco de ocorrência de atos agressivos e delituosos em alguns quadros clínicos. Desse modo, no campo da psiquiatria, muitos autores, em diversas épocas, “*abordaram a propensão dos doentes mentais, e particularmente dos psicóticos, à violência e ao crime*” (DUTRA, 2001, p.50). Além de Esquirol e sua noção de monomania, Morel também contribuiu, no tange à relação entre doença mental e periculosidade, a

partir de seus conceitos de hereditariedade e de degeneração progressiva do indivíduo.

Em sua teoria da degenerescência, descreveu a degeneração moral como um castigo 'divino' imposto em função do pecado original no qual, submetido ao desejo da carne, o homem sobrepôs o físico ao moral. Além disso, classificou as "*naturezas degeneradas*" como perversas e perigosas, fundamentando a psiquiatria "*ao lado dos conceitos de periculosidade, incurabilidade e cronicidade com graves consequências até hoje*" (DESVIAT, 2002, p.18).

As degenerações, segundo Morel, eram transmitidas hereditariamente ou adquiridas precocemente devido a intoxicações, alcoolismo, doenças congênitas e as influências do meio social: a miséria, a falta de higiene, etc. Desse modo, as degenerações eram consideradas incuráveis, e ao se instalar a doença seria transmitida aos descendentes até que a linhagem fosse extinta (FILHO, 1990). Por isso, Morel propunha, como prevenção, a aplicação universal do tratamento moral.

No final do século XIX, Magnan deu continuidade à teoria de Morel e construiu o conceito de "predisposição", sendo ele o responsável por introduzir essa teoria na Alemanha, onde se tornou a base do sistema de Kraepelin (AMARANTE, 2003a). Outra contribuição de Magnan, para a construção da noção de perigo que envolve a loucura, foi sua descrição do delírio crônico de evolução sistemática, que pertencia ao grupo das psicoses. Ao ressaltar o risco de atos criminosos na terceira fase da doença, a fase de perseguição, e indicar medidas preventivas de segurança e de proteção ao doente e à comunidade, mesmo antes da ocorrência de qualquer ato delituoso, colocou em pauta o problema da periculosidade pré-delitual (DUTRA, 2001).

[...] é que se trata não tanto de demonstrar que todo o criminoso é um possível louco, mas de demonstrar (...) que todo o louco é um possível criminoso. (...) vinculação de uma loucura a um crime e, no limite, da loucura a todo o crime era o meio de fundar o poder psiquiátrico, não em termos de verdade, pois precisamente não é de verdade que se trata, mas em termos de perigo: estamos aqui para proteger a sociedade, já que no âmago de toda a loucura está inscrita a possibilidade de um crime (FOUCAULT, 2006, p.320).

Nesse sentido, o sistema disciplinar da psiquiatria tem essencialmente por efeito fazer desaparecer a crise, à medida que não se precisa e não se quer a crise, pois esta poderia ser perigosa, "a crise do louco talvez seja a

morte do outro”. Assim, a anatomia patológica dispensa a crise, e o regime da ordem e da disciplina faz com que a crise não seja desejável (FOUCAULT, 2006, p. 320).

Assim, a irresponsabilidade²⁹, a inimputabilidade³⁰, e a periculosidade³¹ são as três noções básicas que sustentam a forma jurídica de controle do doente mental (PERES et al., 1998), demonstrando que os manicômios, e também as prisões, são instituições do Estado que tem por finalidade manter limites aos desvios humanos para marginalizar o que está excluído e garantir a segurança da sociedade. *“O manicômio, como o cárcere, é a estrutura que representa não só a realidade, mas e também um fantasma para o público. É o*

²⁹ A noção de responsabilidade penal diz respeito às consequências legais do ato praticado e depende da culpabilidade (intenção de delinquir) e da imputabilidade (relação causal entre o sujeito e o ato). Esses três elementos, fundamentais para a aplicação da sanção penal, estariam ausentes nos crimes cometidos em caso de loucura, e por isso a pena não é a medida indicada. Assim, a atuação frente ao louco-criminoso passou a ser viabilizada pela psiquiatria que, ao reconhecer a loucura e demonstrar a necessidade de tratamento e isolamento, legitimou a forma de medida de segurança. (PERES et al., 1998). A irresponsabilidade do louco já estava presente no código do Império, de 1830, primeiro código penal autônomo da América Latina. Neste, os loucos eram considerados desprovidos das características fundamentais dos sujeitos de direitos, como o livre-arbítrio nas decisões e responsabilidade por seus atos (MACHADO, 1978; TILIO, 2007). Desse modo, a noção de irresponsabilidade colocou o alienado na posição de não sujeito, irresponsável por sua conduta, incapaz de reger sua pessoa e seus bens, sendo assim retirado seu estatuto de cidadão. Por isso, escapava à imposição da lei e das regras de convívio. Para corrigir esta falha, o louco ganhou o estatuto de menor, ficando assim sob a tutela da psiquiatria, que passou a ser responsável pela administração e controle da loucura e de tudo que a ela estava ligado (OLIVEIRA, 2002; DESVIAT, 2002; DELGADO, 1992).

³⁰ De acordo com o Manual de Direito Penal, a imputabilidade refere-se à capacidade psíquica que permite a existência de consciência, vontade, maturidade e sanidade mental que confere ao sujeito a capacidade de entendimento ético-jurídico do fato delituoso (DELGADO, 1992). Para tanto, a inimputabilidade ou a ausência desse entendimento desvincula o doente de seu ato e retira dele o dever de sofrer as consequências legalmente previstas para o delito cometido. A loucura exclui a culpabilidade e, por isso, os doentes mentais delinquentes não podem ser punidos, mas tratados (PERES et al., 1998).

³¹ Para Machado (1978) a periculosidade mostrou-se um argumento central dos alienistas no fomento da discussão acerca da necessidade de construção de manicômios criminais, previsto no Decreto de 1903. As noções sobre monomania e degeneração, entidades clínicas descritas por Esquirol e Morel, expandiam a definição de loucura para além do delírio e estabeleciam uma forte relação entre doença mental e comportamento violento e desviante, servindo como justificativa para a necessidade de um espaço próprio para reclusão e tratamento, além de afirmar a necessidade de um especialista para o seu diagnóstico. O Código Penal de 1890 traz a questão da periculosidade dos indivíduos isentos de culpabilidade devido à doença mental (inimputável). No Código Penal de 1940 o conceito jurídico de periculosidade continuava presente, e a partir deste houve a introdução do conhecido sistema do duplo binário, no qual a pena e a medida de segurança são reações penais que poderiam atingir os imputáveis. Com a revisão do Código Penal, em 1984, vigente até os dias de hoje, houve a extinção do sistema duplo-binário, da periculosidade presumida e da medida de segurança para os imputáveis. Entretanto, percebe-se implícita neste Código a periculosidade presumida referente aos inimputáveis que, conforme o art. 97, “devem submeter-se à medida de segurança, que só poderá ser suspensa mediante a realização do Exame de Verificação da Cessação da Periculosidade pelo perito” (MARCHEWKA, 2003, p.106).

lugar do internamento e a origem do medo de ser internado” (BASAGLIA, 1979, p.46).

Diferenciando o louco do cidadão comum, responsável e obediente às leis, e por isto digno de liberdade; do criminoso que racional e responsável transgride as leis, por isto se faz merecedor da prisão; e do miserável, ser agora pleno de direitos e, portanto, merecedor de trabalho, o alienismo instaura uma nova relação da sociedade com o louco: a relação de tutela, que se constitui numa dominação/subordinação regulamentada cuja violência é legitimada com base na competência do tutor “versus” a incapacidade do tutelado [...]. Além do estatuto de doente, ganha o louco o de menor, ficando o médico, no caso o psiquiatra, como seu tutor, respondendo assim ao desafio da administração e controle legal da loucura na sociedade liberal. (FILHO, 1990, p.91)

No manicômio foi instituída a prova psiquiátrica como dupla prova de realização da doença, primeiro pela entronização da vida de um indivíduo como tecido de sintomas patológicos, fazendo funcionar a demanda, como sintomas; e, segundo, pela entronização do psiquiatra na condição de médico ou a instância disciplinar na qualidade de instância médica. Por conseguinte, “*a prova psiquiátrica é uma perpétua prova de entrada no hospital*” (FOUCAULT, 2006, p.349). E houve três técnicas, desenvolvidas nos sessenta primeiros anos do século XIX, para a realização da prova psiquiátrica: o interrogatório, a droga e a hipnose.

O interrogatório tem por objetivo vincular o indivíduo à sua identidade, fazê-lo se reconhecer no seu passado. Assim, o interrogatório realiza a loucura a partir de quatro procedimentos. Primeiro, a pesquisa de antecedentes, que não tem relação com a noção de hereditariedade patológica ou degenerescência (formulada nos anos de 1855-1860), mas visa suprir a ausência de corpo, a anatomia patológica, pela descoberta de acontecimentos patológicos no nível da família, “*inventa-se, demarca-se uma espécie de grande corpo fantasmático que é o de uma família. (...) Pesquisar a hereditariedade é portanto substituir o corpo da anatomia patológica por outro corpo*” (FOUCAULT, 2006, p.352).

Segundo, a pesquisa dos antecedentes individuais é a busca das marcas de disposição para demonstrar que a loucura existia antes de se constituir como doença, não que os sinais fossem a loucura propriamente, mas as condições de possibilidade da loucura. Liga-se loucura a anomalia a partir da transformação dos diferentes elementos, que são o objeto e o motivo do

pedido de internamento, em sintomas patológicos. Logo, a segunda operação do interrogatório é a constituição de um horizonte de anomalias.

O terceiro procedimento do interrogatório é organizar o cruzamento entre responsabilidade e subjetividade.

[...] estou disposto a isentá-lo da responsabilidade, jurídica ou moral, pelo que você fez ou pelo que acontece com você, ou pelos sentimentos que você tem, com uma condição no entanto: que você assuma subjetivamente a realidade disso tudo, que você me restitua todos esses fatos como sintomas subjetivos da sua existência, da sua consciência. Quero encontrar todos esses elementos (...) como sintomas. (...) me dê seu sintoma, e eu removerei sua culpa (FOUCAULT, 2006, p.355).

A quarta função do interrogatório psiquiátrico é a organização da confissão central, fazendo com que o sujeito não apenas reconheça a existência do foco delirante, mas o atualize a partir da *“atualização da própria crise, suscitar a alucinação, provocar a crise histérica (...) o sujeito se vê obrigado a dizer ‘sou louco’ e desempenhar efetivamente sua loucura”* (FOUCAULT, 2006, p.356).

O interrogatório é a maneira de reconstituir os elementos que caracterizam o diagnóstico diferencial, paralelo à medicina orgânica. Outra camada no interrogatório é o nível em que põe em funcionamento um jogo de trocas e promessas entre o psiquiatra e o doente, *“vai-se ter a tríplice realização: realização de uma conduta como loucura, realização da loucura como doença e, enfim, realização do guardião do louco como médico”* (FOUCAULT, 2006, p.358).

Outros dois grandes operadores da realização da loucura como doença, além do interrogatório, foram a droga e a hipnose. Para determinar se existia loucura ou simulação da loucura foram usados o ópio e o haxixe. Moreau de Tours utilizou o haxixe e relacionou seus efeitos aos processos da doença mental, isto é, uma reprodução provocada e autêntica da doença a partir da intoxicação por haxixe.

Com o haxixe vai se construir a ideia de que só existe uma loucura ou um núcleo único a partir do qual todos os sintomas da loucura poderiam se manifestar. Isto difere do que Pinel e Esquirol defendiam ao tentar classificar a faculdade mental lesada em determinada doença mental. Assim, com o haxixe o fundo primordial da loucura será reproduzido no médico, que terá “a

possibilidade de se comunicar diretamente com a loucura por outra coisa que não a observação exterior dos sintomas visíveis” (FOUCAULT, 2006, p.363).

E esse fundo primordial, que não é ainda loucura, encontrado no doente e no psiquiatra é o sonho. A loucura, do mesmo modo que a intoxicação por haxixe, é a irrupção dos mecanismos do sonho na vigília, por isso diz-se que *“os loucos são sonhadores acordados”* (FOUCAULT, 2006, p.366). Nesse sentido, o haxixe, quando usado em um doente, funciona como uma espécie de interrogatório automático.

Fazer um doente tomar haxixe será tornar sua loucura mais visível, será precipitar seu curso. (...) reatualizar a velha técnica da crise médica. (...) a crise é precisamente o momento em que os fenômenos de uma doença se tornam mais rápidos e mais intensos, vamos tornar um pouco mais maníacos os maníacos, vamos lhes dar haxixe e, com isso, curá-los (FOUCAULT, 2006, p.367).

O terceiro sistema de provas na prática psiquiátrica foi a hipnose. O magnetismo funcionou como uma espécie de deslocamento da crise e, ao mesmo tempo, como um prolongamento da crise clássica, para que se pudesse conhecer e testar a doença em sua verdade.

O magnetismo no fim do século XVIII era, no fundo, uma maneira de confiar ao próprio doente o que era a tarefa do médico na crise clássica. Na crise clássica, o médico era aquele que devia prever o que era a doença, adivinhar em que ela consistia, organizá-la no decorrer da crise. Agora, no interior do magnetismo, tal como é praticado pelos mesmerianos ortodoxos, trata-se de pôr o doente num estado que seja tal, que ele possa efetivamente conhecer a natureza, o processo e a data de vencimento da sua doença (FOUCAULT, 2006, p.368).

A hipnose tem um efeito disciplinar à medida e que possibilita a modelagem e o adestramento do comportamento do louco pelo médico, ou seja, a hipnose é uma forma muito mais aperfeiçoada do que o interrogatório, para que o psiquiatra domine efetivamente o corpo do doente. Possibilita, pela primeira vez, ao poder psiquiátrico o alcance ao corpo do doente e este *“vai enfim atuar sobre esse corpo que lhe escapava desde que se soube que a anatomia patológica nunca seria capaz de explicar o funcionamento e os mecanismos da loucura”* (FOUCAULT, 2006, p.372).

O interrogatório, a hipnose e a droga são três maneiras de realizar efetivamente a doença, mas, no interrogatório, essa realização da doença, é claro, só se dá na linguagem e, sobretudo, tem o duplo defeito de, em primeiro lugar, não pôr o psiquiatra em comunicação interna com os mecanismos da loucura, a não ser pelo jogo das perguntas e respostas; e, em segundo lugar, o interrogatório não possibilita agir sobre o detalhe do corpo doente. Ao contrário, com a droga vai-se ter a possibilidade dessa apreensão interna, dessa

espécie de suplemento do poder. (...) Quanto a hipnose, vai ser o instrumento pelo qual o psiquiatra vai apreender o próprio funcionamento do corpo do doente (FOUCAULT, 2006, p.372-373).

Esses são os três elementos com os quais, seja nos espaços asilares, seja nos espaços extra-asilares, o poder psiquiátrico funciona ainda hoje. E desse funcionamento da psiquiatria decorrem algumas consequências. Inicialmente, o hospital psiquiátrico inventou uma nova crise médica, não que colocasse em questão a verdade, mas uma crise de realidade. Diferentemente do hospital de medicina geral, o hospital psiquiátrico não é o *“lugar em que a doença vai mostrar o que é em suas características específicas e diferenciais em relação às outras doenças; o hospital psiquiátrico (...) tem por função, precisamente, dar realidade à loucura”* (FOUCAULT, 2006, p. 322).

[...] uma análise da distribuição do poder psiquiátrico permite mostrar que não é por um acidente ou um desvio da instituição que o hospital psiquiátrico é um lugar de realização da loucura; é a própria função do poder psiquiátrico ter diante de si e para o doente (...) um espaço de realização para a doença. (...) o poder psiquiátrico tem por função realizar a loucura numa instituição cuja disciplina tem precisamente por função apagar todas as violências da loucura, todas suas crises e, no limite, todos os seus sintomas (FOUCAULT, 2006, p.323).

Por isso a crítica institucional ao hospital psiquiátrico *“por fabricar loucos”*; na verdade o ideal é fabricar a demência, à medida que o demente é o efeito do poder psiquiátrico que realiza a loucura e da instituição disciplinar que nivela os sintomas e aplaina todas as suas manifestações. A contraconduta à disciplina e ao poder psiquiátrico foi protagonizado pelas histéricas, que resistiram a esse gradiente demencial.

A histeria foi a maneira efetiva pela qual as pessoas se defendiam da demência; a única maneira de não ser demente, num hospital do século XIX, era ser histérico, isto é, era opor ao impulso que aniquilava, apagava os sintomas, a constituição, a ereção visível, plástica, de toda uma panóplia de sintomas e resistir à assinalação da loucura como realidade pela simulação. O histérico tem sintomas magníficos, mas, ao mesmo tempo, esquiva a realidade da sua doença; ele se coloca contra a corrente do jogo asilar e, nessa medida, saudemos os histéricos como os verdadeiros militantes da antipsiquiatria (FOUCAULT, 2006, p.325).

E será o dispositivo da neurologia que possibilitará a precipitação da crise histérica. A captação do corpo na clínica neurológica era bem diferente do que na anatomia patológica, que se centrava na descrição detalhada do órgão profundo lesionado, deixando para a superfície apenas o quadriculamento dos sinais. No discurso e saber médico neurológico há reemergência dos valores de superfície.

Desse modo, enquanto na medicina orgânica o exame médico funciona pelo jogo dos estímulos e dos efeitos, e na psiquiatria a peça essencial de captura é o interrogatório, que funciona não como um teste de verdade, mas como uma prova de realidade, na neurologia um novo dispositivo substitui o interrogatório e procura obter as respostas do corpo do sujeito, dispositivo este capaz de obter um diagnóstico diferencial, do mesmo modo que a medicina orgânica. *“Em linhas gerais, o neurologista diz: obedeça às minhas ordens, mas cale-se, e seu corpo responderá por você, dando respostas que só eu, por ser médico, poderei decifrar e analisar em termos de verdade”* (FOUCAULT, 2006, p. 395-396).

Havia uma linha divisória entre a prática médica e o saber médico nos dois primeiros terços do século XIX. Ou seja, doenças que podiam ser julgadas a partir de um diagnóstico diferencial, e doenças, por exemplo, as doenças ditas mentais, que se prendem a um diagnóstico absoluto, que só podiam ser reconhecidas por uma prova de realidade e só respondiam em termos binários “é louco, ou não é louco”. Entre essas duas categorias de doenças havia certo número de intermediários considerados válidos, nos casos de paralisia ou síndromes motoras, e os inválidos, compostos pelas neuroses (convulsões, epilepsia, histeria, hipocondria).

Essas doenças eram consideradas inválidas por dois motivos. Primeiro, eram inválidas epistemologicamente porque não havia regularidade sintomática, e, segundo, eram inválidas moralmente pela extrema facilidade que havia em simular componentes sexuais do comportamento.

A emergência do corpo neurológico iria possibilitar o apagamento dessa dupla desqualificação de que eram objeto as neuroses até a década de 1870. *“Charcot também fez que os histéricos pudessem ser reconhecidos como doentes. Ele os patologizou”* (FOUCAULT, 2006, p.400). E para colocar a histeria no mesmo plano de uma doença orgânica foram necessárias algumas manobras, sendo a primeira delas a organização do cenário sintomatológico, para que a histeria pudesse apresentar uma sintomatologia estável. Para tanto, Charcot descreveu os denominados ‘*estigmas da histeria*’ que são fenômenos encontrados em todos os histéricos mesmo quando não estão em crise. Assim, o histérico vai adquirir o direito de ser doente e não louco graças à constância e

à regularidade dos seus sintomas. Além disso, as crises na histeria precisavam ser ordenadas e regulares. “*Donde, codificação da crise de histeria com base no modelo da epilepsia*” (FOUCAULT, 2006, p.402).

A segunda manobra foi o ‘*manequim funcional*’, instituído a partir de duas técnicas: a hipnose e a sugestão. Na medicina do século XVIII e início do século XIX surgiu uma nova categoria de doente, os segurados, além daqueles que podiam pagar e dos assistidos no hospital. Com isto a questão econômica e do lucro aparece com muita força e, neste contexto, a necessidade de distinguir os doentes de verdade dos simuladores. “*Então, o histérico vai permitir, quando confrontado com o traumatismo, que se reconheça se o traumatizado é um simulador ou não*” (FOUCAULT, 2006, p.408). O histérico como manequim funcional trouxe benefícios para as companhias de seguro, pela descoberta dos simuladores; para si próprio, pois ao servir de manequim escapava de toda e qualquer suspeita de simulação; e para o médico que iria garantir seu poder ao não se deixar levar pela simulação do traumatizado.

A terceira manobra foi a redistribuição em torno do traumatismo, pois para explicar a histeria, Charcot precisava de algo que fosse um acontecimento e, assim, elaborou a concepção de traumatismo, que é um acontecimento violento (pancada, um tombo, um medo, um espetáculo). E “*em consequência desse traumatismo, determinada ideia entra na cabeça do indivíduo, inscreve-se em seu córtex e age como uma espécie de injunção permanente*” (FOUCAULT, 2006, p.411). Além disto, Charcot considerava que o trauma provocava um estado de hipnose localizada e permanente apenas sobre esse ponto, e o hipnotismo, como um traumatismo breve e transitório, suspenso pela simples vontade do médico, era “uma espécie de reativação geral, pela vontade do médico, do traumatismo” (FOUCAULT, 2006, p.412).

Por isso, a necessidade de ir a procura do trauma, da etiologia ou lesão invisível para ter a certeza de que se trata de uma histeria. Entretanto, para garantir que a histeria era de fato uma doença foi necessário demonstrar que esta não tinha relação com a lubricidade ou a sexualidade, pois este era considerado um elemento de desqualificação tão nocivo quanto a simulação. E como Charcot não podia impedir que a sexualidade se produzisse, “*só lhe restava uma coisa a fazer: era não dizer, ou melhor, dizer o contrário. (...) ‘Por*

minha conta, estou longe de acreditar que a lubricidade esteja sempre em jogo na histeria, estou inclusive convencido do contrário” (FOUCAULT, 2006, p.417).

Porém, Charcot sabia da presença da sexualidade na histeria, conforme se constata no relato a seguir:

Vocês devem se lembrar daquele episódio que se situa no inverno de 1885-1886, quando Freud estagiava no serviço de Charcot e, certa noite, convidado à casa de Charcot, ouviu para a sua estupefação Charcot dizer à parte a uma pessoa: ‘Oh! A histeria! Todo mundo sabe que é de sexualidade que se trata.’ E Freud comenta dizendo: ‘Quando ouvi isso, fiquei surpreso e me perguntei: Mas, se ele sabe, por que não o diz?’ Se ele não dizia, creio que era por esses motivos. Simplesmente, o que podemos nos perguntar é como é que Freud, que passou seis meses na Salpêtrière e que, portanto, assistiu todos os dias às cenas de que lhes dei exemplo, também não diz nada quando trata desse seu estágio na Salpêtrière e como é que a descoberta da sexualidade na histeria só emergiu para ele anos depois. A única possibilidade para Charcot era exatamente não ver e não dizer (FOUCAULT, 2006, p.417).

A contramanobra da histérica, seu grito de vitória, que fazia com que a histérica levasse a melhor sobre os neurologistas, fazendo-os calar, era esse bacanal sexual, e ela respondia a assinalação como traumatismo da seguinte forma:

[...] você quer encontrar a causa dos meus sintomas, essa causa que permitirá que você os patologize e funcione como médico; você quer esse traumatismo, pois bem, terá toda a minha vida e não poderá me impedir de me estender contando minha vida e, ao mesmo tempo, de me ver gesticular de novo minha vida e de reatualizá-la incessantemente no interior das minhas crises (FOUCAULT, 2006, p.417).

A partir daí surgiu o corpo sexual e diante dele eram possíveis duas atitudes. A primeira, a de Babinski, sucessor de Charcot, que passou a desqualificar a histeria e não mais considerá-la uma doença devido a essas conotações. A outra atitude foi a tentativa para contornar o envolvimento histórico, e desse *“novo investimento será a assunção médica, psiquiátrica, psicanalítica, da sexualidade”* (FOUCAULT, 2006, p.419).

Forçando as portas do asilo, deixando de ser loucas para se tornarem doentes, sendo tratadas enfim por um verdadeiro médico, isto é, pelo neurologista, fornecendo-lhe verdadeiros sintomas funcionais, as histéricas, para o maior prazer delas, mas sem dúvida para nossa grande desgraça, deram à medicina a possibilidade de agir sobre a sexualidade (FOUCAULT, 2006, p.419).

A partir do exposto percebe-se o quanto a trajetória do sujeito em sofrimento psíquico, especialmente quando em crise, foi marcada pela

exclusão e pela necessidade de punição e castigo para que esse sujeito se tornasse dócil e submisso às normas e às regras morais da sociedade. E a psiquiatria, enquanto campo de conhecimento, desde sua institucionalização não tem se limitado apenas às questões da loucura e sua exclusão. Sua influência alcançou outros planos, como os aspectos sociais da segregação dos diferentes, a conceituação de normalidade, a definição de quem tem o poder de segregar, a perda da cidadania e da responsabilidade civil, o preconceito e a visão generalizada da periculosidade da loucura.

Esses conceitos instituídos pela psiquiatria estão sendo questionados desde sua fundação, e as críticas foram reforçadas e reatualizadas com a constatação da falência e da pouca eficácia do tratamento asilar. Em meados da década de 1940, o período pós-guerra tornou-se cenário para os movimentos de reforma psiquiátrica nos três grandes países vencedores do conflito: Inglaterra, França e Estados Unidos. Porém, essas alternativas para o manicômio são profundamente diferentes com relação aos seus objetivos.

Birman e Costa (1994) destacam dois grandes períodos que redimensionam a assistência psiquiátrica: os processos de crítica à estrutura asilar, envolvendo reformas restritas a esse espaço, proposto pelas Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e EUA) e pela Psicoterapia Institucional (França), atingindo o seu extremo com a instauração das Terapias de Família; e, num segundo momento, os movimentos, como a psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA) e a psiquiatria de Setor (França), que visavam a superação do espaço asilar. Por fim, conforme Amarante (2003), os movimentos que propuseram a ruptura com as propostas anteriores e colocaram em questão as instituições e seus dispositivos e o próprio saber médico-psiquiátrico, representados pela Antipsiquiatria (Inglaterra) e pelas Experiências surgidas a partir de Franco Basaglia (Itália).

Nesta seção, aborda-se o movimento de reforma na Itália, em virtude de sua forte influência e contribuição para o movimento de reforma no Brasil, a partir dos autores italianos: Basaglia (1979, 1985, 1992, 2005), Dell' Acqua e Mezzina (1991), Saraceno (2001) e Rotelli (1990); e de autores brasileiros que discutem a Reforma Psiquiátrica no Brasil: Amarante (1994, 1995, 2007), Kantorski (2007) e Kinoshita (2001).

O processo de desinstitucionalização promovido pela Psiquiatria Democrática Italiana, e protagonizado por Franco Basaglia, promoveu a mudança em relação ao objeto, que não é mais a doença e a crise, mas sim os sujeitos em sofrimento psíquico e suas singularidades e subjetividades, sendo a principal influência no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Basaglia formulou um pensamento e uma prática assistencial inovadoras, voltadas para a ideia de desconstrução e superação do aparato manicomial, situando a loucura na complexidade da vida e das relações sociais e familiares.

Esse entendimento sobre as múltiplas dimensões que atravessam a doença mental está contido no livro *Doença Mental e Psicologia*, escrito por Foucault (1984). Nessa obra, o autor discute a hegemonia do discurso orgânico e a forma com que a psicologia se apropriou da explicação biológica e orgânica para poder emergir como um campo de conhecimento com status de ciência. No entanto, Foucault atenta para a impossibilidade de tentar explicar a doença mental a partir somente das dimensões psicológicas. É preciso situá-la em relação à gênese humana, à história psicológica e individual, às formas de existência e não tentar explicá-la a partir somente de um desses aspectos para que não se caia em explicações místicas.

Basaglia (1979) entende a loucura como expressão das condições de relação entre o corpo orgânico e o corpo social, não como um produto apenas da sociedade, mas como produto histórico-social resultante das interações que compõem as pessoas, sejam elas biológicas, sociológicas, psicológicas. Desse modo, o autor reconhece não saber o que é loucura, e que esta é uma condição humana presente do mesmo modo que a razão.

Uma das principais contribuições de Basaglia foi a noção de crise, entendendo-a como uma subjetividade e não um diagnóstico. Assim, pode-se apreender outra noção fundamental na problematização da crise psíquica no discurso da atenção psicossocial, que é a noção de sujeito. No movimento protagonizado por Basaglia, o sujeito não era visto como objetividade, como um elemento passivo na relação, mas como ativo na produção de sua própria subjetividade. Para esse autor, a terapêutica só poderia ocorrer a partir de uma relação dialética, na qual as pessoas estivessem presentes com suas subjetividades.

Franco Basaglia, inspirado na experiência da Comunidade Terapêutica desenvolvida por Maxwell Jones, começou a introduzir, no Hospital Psiquiátrico de Gorizia (1961-1968), uma série de transformações: a abertura das portas, a supressão das grades e das medidas institucionais de contenção e a criação de condições para a problematização do contexto institucional a partir de reuniões e confrontos entre o pessoal médico e os pacientes. Com isso, devolveu ao doente a dignidade quando abriu espaços para que ele se reunisse com seus companheiros de condição e, através de grupos organizados, e juntos passassem a influenciar e decidir sobre a vida institucional a que estavam submetidos (PORTOLESE et. al., 1979). Também contribuiu para a discussão acerca da *“pretensão de neutralidade e de produção de verdade das ciências, no que está incluída a discussão sobre a função social de tutela e de controle social da psiquiatria e seu manicômio e do papel e da função do técnico na constituição da hegemonia”* (AMARANTE, 1994, p.65).

As transformações protagonizadas em Gorizia, à medida que aconteciam, mostravam o manicômio como uma organização inútil que servia apenas para o controle do desvio do pobre improdutivo. Ficava evidente que as mudanças empreendidas a partir de uma nova relação médico-paciente e da liberdade para que a pessoa pudesse se expressar em assembleias diárias só seriam efetivas se a instituição fosse aberta, pois a única possibilidade de enfrentar a doença mental era eliminar o manicômio.

Saindo de Gorizia, Basaglia foi para Trieste, onde, além da mudança prática, foi necessário pensar uma teoria para que não fosse acusado de empirista ou pragmático. Recusava a ciência francesa e inglesa, pois acreditava que estas eram firmadas sob os códigos da classe dominante e por isso não seriam capazes de produzir nada novo, somente reproduziam a si mesmas. E, assim, foi preciso encontrar novos códigos a partir do trabalho não somente com o doente, mas com a população, e com o conceito de doença mental dessa população. Era preciso uma ciência que derrotasse a ideologia do pessimismo da razão com a qual os técnicos tradicionais trabalhavam e, para isso, os novos técnicos deveriam ter como objetivo conduzir seu trabalho com o otimismo da prática para construir uma alternativa à violência

institucional. Essa foi a diferença da reforma na Itália em relação às reformas na França e Inglaterra, que foram pensadas e instituídas por aqueles que detinham o saber e estavam em uma posição 'superior' de poder.

Para Basaglia (2005, p.310), as experiências de transformação institucional que ocorreram nos países anglo-saxões e na França, ao invés da segregação introduziram formas de socialização, nas quais o técnico auxiliava a construção de relações protegidas, *“destinadas a reproduzir, dentro da instituição, modelos e condições de vida o mais possível similares aos da vida”*. No entanto, essas iniciativas que procuravam humanizar o manicômio eram igualmente um meio de controle social, uma forma de “tolerância repressiva” (BASAGLIA, 1979, p. 87).

A experiência italiana foi importante porque demonstrou, na prática, que é possível assistir ao indivíduo em sofrimento psíquico de outra maneira. Entretanto, algumas dificuldades foram enfrentadas e, para Basaglia (1979), a maior delas foi enfrentar a crise aguda sem internação. No caso do doente crônico se aplicava a técnica da reabilitação, mas no caso da crise aguda era usada a técnica da intervenção, que é uma técnica repressiva, desenvolvida por uma equipe de emergência que atende em qualquer ponto da cidade. Essa equipe era muito parecida com a polícia, embora pudesse ou não ser policialesca, isso dependia do contato que tinha com a comunidade e da fiscalização e controle que a comunidade exercia sobre esse centro de saúde mental. Para atender a crise sem o recurso da internação foi preciso fechar o local do internamento, pois se um doente era internado, logo, vários o seriam. Era preciso um meio para que isso não acontecesse e esse meio foi fazer o maior número possível de pessoas participarem do problema.

A resistência da cidade em relação às mudanças foi outra dificuldade. Não se *“aceitava de maneira alguma a nova situação dos manicômios abertos, porque predominava a ideologia de que o louco era perigoso e devia ser preso no manicômio”* (BASAGLIA, 1979, p.108). Por isso, foi necessário convencer a população da necessidade de colocar o louco na rua e demonstrar *“que o louco é tão perigoso quanto qualquer outra pessoa que atua na sociedade. Existem as mesmas porcentagens de periculosidade”* (BASAGLIA, 1979, p.112). Para

Basaglia era preciso mostrar na prática e convencer todos aqueles que desejavam a emancipação do homem.

Assim, o trabalho desenvolvido em Trieste procurou mostrar para a sociedade o quanto a doença mental estava ligada à questão econômica e à pobreza, e o quanto a psiquiatria se edificou em um contexto de miséria. Por isso, a principal forma de prevenir a loucura e lutar contra a miséria foi levar as pessoas a reconhecerem as contradições nas quais viviam e isto não era uma ação técnica, mas política, só possível a partir do entendimento do doente como uma pessoa inteira, como uma realidade que sofria com muitas necessidades; entender o homem como um ser social; mostrar para sociedade que essa pessoa, além da doença, tinha carências sociais, afetivas, psicológicas e humanas. Para Basaglia (1979, p.31), quando uma pessoa que viveu durante anos em um manicômio,

[...] nos pede proteção nós temos que dá-la custe o que custar. Afinal, é este o nosso trabalho, a nossa habilidade. Não é o caso de se fazerem grandes elaborações psicológicas e concluir que essa pessoa possui um complexo de Édipo não resolvido, ou coisa do gênero. O importante para essa pessoa é ter o que comer, ter dinheiro, ter uma cama para dormir. É esse o problema (BASAGLIA, 1979, p. 31).

Portanto, é preciso trabalhar não sobre o corpo morto, mas “*transformar o doente mental morto no manicômio em pessoa viva, responsável por sua própria saúde*”, trabalhar também junto às pessoas que não estão doentes para envolver a comunidade na cura do doente, para eliminar o corpo morto e o manicômio, substituindo-os pela parte ativa da sociedade (BASAGLIA, 1979, p. 31).

No entendimento de Basaglia (1979), para a efetiva Reforma Psiquiátrica, o profissional tem o dever de informar a opinião pública sobre a forma como são dirigidos os hospitais públicos, e a comunidade tome consciência de que as pessoas lá internadas são violentadas ao invés de curadas. Por isso, a terapia mais importante para combater a loucura é a liberdade, para que o homem possa tomar posse de si mesmo e de sua vida, possa trabalhar, ganhar e viver, possa se relacionar com os outros livremente. Não é possível uma relação de reciprocidade se não houver liberdade entre as pessoas. Por isso, Basaglia dedicou-se a denunciar a terapia e as técnicas psicoterápicas que se movimentavam na linguagem do poder e que não

passavam de manipulações do doente. Numa relação entre o poder do médico e a dependência do doente não havia possibilidade de pôr em ação nenhuma terapia.

Na psiquiatria tradicional, existe um nítido “olhar” apenas para o sintoma e a redução do doente ao seu diagnóstico, e as situações de crise são interpretadas dentro de parâmetros definidos e controláveis, recebendo sempre resposta pré-formada (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991). Com isso, percebe-se que o diagnóstico possui um valor discriminatório, e as respostas oferecidas pela psiquiatria somente contribuem para a dependência eterna do hospital psiquiátrico, pois se baseiam em procedimentos de violência e em tentativas de normalização (COSTA, 2007).

Para romper com esse olhar, Basaglia (1985) diz que é preciso colocar a doença e suas classificações entre parênteses, o que não significa negar sua existência, mas romper com a definição e o rótulo que são usados para discriminar as pessoas e centrar-se na análise da realidade social em que o indivíduo vive e a forma como ele se relaciona com essa realidade. Para tanto, há, no discurso psicossocial, a necessidade de uma atenção à crise que desconsidere os conceitos de psicose, loucura, esquizofrenia e doença mental, de modo a evitar imprecisões e limitações da linguagem, “nevoeiros” muitas vezes impossíveis de serem superados (COSTA, 2007), e redirecionar o olhar para o sujeito em suas dimensões individual, social e política, pois o sintoma não é o reflexo apenas da dimensão individual-biológica.

A construção do saber psiquiátrico, no transcorrer do século XIX, a partir do desenho das nosologias e do estabelecimento das nuances psicopatológicas criou condições para “*este olhar que o nascimento do hospital psiquiátrico inaugura e enquadra*” (LOBOSQUE, 1997, p.27). Tal olhar foi o que tornou o sujeito objeto, pois esse sujeito foi objetivado pela psiquiatria que utilizou a relação de poder para retirar o *status* e os direitos daqueles que foram sequestrados no interior do internamento. Para Basaglia (1985), uma das características da instituição psiquiátrica é a nítida divisão entre os que têm o poder e aqueles que não o têm, configurado-se em uma relação de violência e opressão, na qual o diagnóstico configura-se como uma estratégia do poder

institucional que reveste a figura do psiquiatra e inibe a reciprocidade e a possibilidade de uma relação real.

Romper com os sentidos manicomiais de violência, exclusão e opressão passa pelo entendimento e defesa de uma “sociedade sem manicômios”, o que não significa simplesmente “sem hospitais psiquiátricos”. Isto porque a sociedade poderia permanecer fortemente manicomial mesmo com o fechamento dessas instituições que representam um modelo “*que é preciso romper de forma radical: trata-se de um certo modo de olhar, um certo modo de saber sobre o louco*” (LOBOSQUE, 1997, p.26), de um certo modo de falar sobre a crise psíquica. Sendo esta um acontecimento humano complexo e não somente um acontecimento médico que pode ser solucionada a partir de uma intervenção médica (EVARISTO, 2000) é preciso organizar outra forma de lidar com ela, criar condições de possibilidade para outra discursividade sobre crise psíquica.

3 PERSPECTIVAS INVESTIGATIVAS

[...] não tenho um método que se aplicaria, do mesmo modo, a domínios diferentes. Ao contrário, diria que é um mesmo campo de objetos que procuro isolar, utilizando instrumentos encontrados ou forjados por mim, no exato momento em que faço minha pesquisa, mas sem privilegiar de modo algum o problema do método.

Michel Foucault³²

Não existem objetos soltos, os quais o pesquisador deve ‘capturar’ e também não é por qualquer caminho que se consegue chegar aos objetos. É a partir de um método que se pode chegar a um entendimento sobre as coisas e se esse método “*já foi pensado e construído por outros, ele estará ali para ser trilhado, caso contrário, teremos nós mesmos de inventá-lo, construí-lo*”. (VEIGA-NETO, 2009, p.84). E foi a partir da invenção de caminhos investigativos que Foucault foi forjando “métodos” para suas pesquisas.

Entretanto, existe uma discussão sobre a expressão ‘método’ foucaultiano, sobre a possibilidade de Foucault ter constituído uma teoria e um método. Para Veiga-Neto, a produção de Foucault se afasta de perspectivas epistemológicas que entendem teoria e método como algo rígido, prescritivo e formal³³ e aproxima-se de perspectivas que promoveram uma flexibilização, o que não quer dizer um ‘vale-tudo’ ou que teorias e métodos advindos dessas perspectivas não tenham preceitos ou rigor, pois “*sempre é preciso seguir alguns preceitos, normas ou regras previamente estabelecidos por uma cultura que nos precedeu e na qual estamos mergulhados*” (VEIGA-NETO, 2009, p.87).

De acordo com Veiga-Neto (2009, p.89), Foucault rejeitou o método como um caminho seguro percorrido em um solo-base externo (teoria) como pensava Descartes, pois entendia que nada era seguro e previsível. Assim,

³² *Ditos e Escritos* (FOUCAULT, 2003, p. 229).

³³ O formalismo é entendido por Veiga-neto (2009) como “obediência rígida a preceitos normas e regras” e “celebração da forma em detrimento do conteúdo”. Deste modo, pode-se entender que a flexibilização em relação ao método é uma inversão dos valores atribuídos à forma e ao conteúdo.

método e teoria são construídos juntos e não há previsão anterior do percurso e dos pontos de chegada, “*mais do que o caminho, é o próprio solo sobre o qual repousa esse caminho é que é construído durante o ato de caminhar*”.

Foucault se afastou do unitarismo teórico e metodológico, de algo que pode ser universalmente aplicado. Por isso, se a palavra ‘método’ for entendida no sentido estrito/*hard*³⁴ pode-se dizer que não há método foucaultiano, porém, se for entendida em sentido amplo/*soft* pode-se concluir que a arqueologia e a genealogia são métodos foucaultiano, embora Foucault tenha evitado, em sua fase genealógica e ética, falar em método.

Para fugir dos rigores conceituais da tradição moderna, Foucault nomeava o seu percurso de trabalho de ‘perspectiva’, no sentido de um conjunto de procedimentos técnicos utilizados para “*executar descrições, análises e problematizações. (...) um modo de ver as coisas que estão em determinadas práticas e suas relações com outras práticas – sejam elas discursivas ou não discursivas*” (VEIGA-NETO, 2009, p.90).

A relação entre o discursivo e o não discursivo em Foucault é uma questão muito presente e muito discutida, inclusive na intenção de determinar o grau de importância de cada um. Porém, de acordo com Veiga-Neto e Fischer (2004, p.21), não há razões para isso, pois em Foucault “tudo é prática” e assim não há separação entre o dito e o feito, pois ambos são práticas históricas em que um constitui o outro, simultaneamente, isto é, o objeto é constituído por práticas discursivas ou não discursivas.

Dessa forma, para dar conta da análise do discursivo e não discursivo que constituem o objeto desta tese, buscou-se traçar seus caminhos investigativos percorridos utilizando, como inspiração, a arqueogenealogia de Foucault, que, como descrito acima, não podem ser entendidas a partir de uma concepção tradicional de método. Assim, inicialmente, aprofunda-se o entendimento das ferramentas para a análise do discurso.

3.1 O Discurso como ferramenta investigativa

Para problematizar os acontecimentos discursivos, Foucault elaborou uma analítica do discurso, esmiuçada no livro Arqueologia do Saber (2005) e

³⁴ Sentido canônico moderno do método, segundo Veiga-Neto (2009).

em sua aula inaugural no Collège de France, intitulada “A Ordem do Discurso” (2012). Em relação a essas obras, discorre-se apenas sobre os principais conceitos que compõem a teoria foucaultiana do discurso: **enunciado, formação discursiva, prática discursiva, discurso e sujeito do discurso**.

Fischer (2012) alerta para o fato de que para fazer uma análise de discurso a partir da perspectiva foucaultiana é preciso evitar a busca do sentido oculto, do não dito, ou seja, é preciso ficar no nível das coisas ditas, olhar as relações históricas e as práticas concretas que estão presentes no discurso e que este põe em funcionamento. Desse modo, analisar as materialidades discursivas sobre crise psíquica no discurso psicossocial é olhar para a produção histórica e política da loucura, pois as palavras são construções e a linguagem é constituidora de práticas, ela mesma é uma prática, produzida a partir de relações de poder e que produz inúmeros efeitos, dentre os quais destacam-se os saberes, que reverberam como verdades, e as formas de ser sujeito ou subjetividades instituídas a partir do saber-poder.

A análise do discurso se coloca em oposição à história do pensamento, que busca o oculto no que está dito, pois busca descrever o enunciado, não sua estrutura formal ou suas leis de construção, mas sua existência singular, ou seja, determinar condições de sua existência, seus limites, suas correlações com os outros enunciados e com as formas de enunciado que exclui. Desse modo, o enunciado é considerado um acontecimento único que “*nem a língua nem o sentido podem esgotar inteiramente*”, mas “*aberto à repetição, à transformação, à reativação*”, pois, além de estar ligado às situações que o provocaram e às consequências dele advindas, se liga também aos “*enunciados que o precedem e o seguem*” (FOUCAULT, 2005, p.31-32).

Em sua definição de enunciado, Foucault utiliza a estratégia da negação, colocando-o em oposição a outros conceitos (frase, proposição, *speech acts*) pela análise da relação entre este e a língua.

Encontramos enunciados sem estrutura proposicional legítima; encontramos enunciado onde não se pode reconhecer nenhuma frase; encontramos mais enunciados do que os *speech acts* que podemos isolar, como se o enunciado fosse mais tênue, menos carregado de determinações, menos fortemente estruturado, mais onipresente, também, que todas essas figuras (...) A língua só existe a título de sistema de construção para enunciados possíveis; mas, por outro lado, ela só existe a título de descrição obtida a partir de um conjunto de enunciados reais. Língua e enunciado não estão no

mesmo nível de existência; e não podemos dizer que há enunciados como dizemos que há línguas (FOUCAULT, 2005, p.95-96).

Desse modo, Foucault considera o enunciado o átomo do discurso, mas não como uma unidade e sim como uma função que se exerce verticalmente, “*que cruza um domínio de estruturas e de unidades possíveis e que faz com que apareçam, com conteúdos concretos, no tempo e no espaço*” (FOUCAULT, 2005, p.98).

O enunciado tem por característica não ser oculto, mas nem por isso é imediatamente visível, sendo “*necessário uma conversão do olhar e da atitude para poder reconhecê-lo e considerá-lo em si mesmo*” (FOUCAULT, 2005, p.126). Portanto, descrever enunciados é dar conta de suas particularidades e especificidades, entendê-los como acontecimentos que irrompem em determinado tempo e lugar e situá-los na formação discursiva à qual pertencem (FISCHER, 2012).

A **formação discursiva** é o conjunto de regras que dão unidade a um conjunto de enunciados, a um discurso. É o princípio de dispersão e repartição dos enunciados, que constitui conjuntos de performances verbais ligadas no nível dos enunciados, os quais têm força de conjunto e funcionam como “matriz de sentido” que permite aos falantes se reconhecerem a partir de significações óbvias e naturais. Além disso, uma formação discursiva funciona como um regime de verdade, situado em um tempo histórico que submete os atos de falas ou enunciativos a um sistema de regras, amarrado historicamente às dinâmicas de poder e saber, determinando o que pode e deve ser dito em relação a um campo e à posição ocupada nesse campo (FISCHER, 2012)

Por isso, a análise do enunciado e da formação discursiva acontece correlativamente (FOUCAULT, 2005), entendendo formação discursiva ou sistema de formação como

[...] um feixe complexo de relações que funcionam como regra: ele prescreve o que deve ser correlacionado em uma prática discursiva, para que esta se refira a tal ou tal objeto, para que se empregue tal ou tal enunciação, para que utilize tal ou tal conceito, para que organize tal ou tal estratégia. Definir em sua individualidade singular um sistema de formação é, assim, caracterizar um discurso ou um grupo de enunciados pela regularidade de uma prática (FOUCAULT, 2005, p.82).

Por isso, para a análise das formações discursivas ou dos enunciados é necessário atentar para a existência singular do discurso (nem inteiramente

linguístico nem exclusivamente material) e suas características: raridade, exterioridade e acúmulo. O discurso obedece a uma lei de raridade, isto é, possui o princípio a partir do qual puderam aparecer os únicos conjuntos significantes que foram enunciados. A partir dessa concepção, o discurso

[...] deixa de ser o que era para atitude exegética: tesouro inesgotável de onde se podem tirar sempre novas riquezas, e a cada vez imprevisíveis; (...) ele aparece como um bem – finito, limitado, desejável, útil – que tem suas regras de aparecimento e também suas condições de apropriação e de utilização; um bem que coloca (...) a questão do poder; um bem que é, por natureza, o objeto de uma luta, e de uma luta política. (FOUCAULT, 2005, p.136-137).

Outro traço característico do enunciado é a exterioridade, e para analisá-lo é necessário “*apreender sua própria irrupção no lugar e no momento em que se produziu; para reencontrar sua incidência de acontecimento*” (FOUCAULT, 2005, p. 138). Dessa forma, é preciso aceitar o enunciado como local de acontecimentos, regularidades, relacionamentos, modificações determinadas e de lugar possível para os sujeitos, ou seja, nesse nível de análise não se toma como referência um sujeito individual, nem uma consciência coletiva, muito menos uma subjetividade transcendental, mas sim a posição do sujeito que fala. “*Não importa quem fala, mas o que ele diz não é dito de qualquer lugar. É considerado, necessariamente, no jogo de uma exterioridade*” (FOUCAULT, 2005, p. 139).

É nesta exterioridade que é possível encontrar a lei de todas as enunciações diversas e o lugar de onde vêm, ou seja, descrever quem fala e seu status; os lugares institucionais de onde falam; e as posições do sujeito que se definem pela situação que é possível ocupar em relação aos diversos domínios ou grupo de objetos. Em virtude disso, o discurso para Foucault (2005, p.61)

[...] 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. (...) não é nem pelo recurso a um sujeito transcendental nem pelo recurso a uma subjetividade psicológica que se deve definir o regime de suas enunciações.

Na enunciação não importa o sujeito que fala, mas as condições que tornaram possível que algo fosse enunciado e os efeitos por ele produzidos; o

fato de que o que foi dito reverberou como verdade, transformando-se em um discurso anônimo, de todos.

[...] para um discurso, o fato de haver um nome de autor (...) indica que esse discurso não é uma palavra cotidiana, indiferente, uma palavra que se afasta, que flutua e passa, uma palavra imediatamente consumível, mas que se trata de uma palavra que deve ser recebida de uma certa maneira e que deve, em uma dada cultura, receber um certo status. (...) manifesta a ocorrência de um certo conjunto de discurso, e refere-se ao status desse discurso no interior de uma sociedade e de uma cultura. (...) a função do autor é, portanto, característica do modo de existência, de circulação e de funcionamento de certos discursos no interior de uma sociedade (FOUCAULT, 2006a, p.274).

A ausência do sujeito no discurso é uma das marcas das análises feitas por Foucault. Assim, a problematização que fez em relação ao discurso da loucura, e tudo o que foi dito sobre ela, em determinadas épocas, não se centrou em identificar quem relatou esse discurso, mas buscou

[...] examinar o discurso sobre a loucura, as instituições que dela se encarregaram, a lei e o sistema jurídico que a regulamentaram, a maneira como os indivíduos se viram excluídos por não terem emprego ou por serem homossexuais. Todos esses elementos pertencem a um sistema de poder, no qual o discurso não é senão um componente religado a outros componentes. (...) A análise consiste em descrever as ligações e relações recíprocas entre todos esses elementos (FOUCAULT, 2003, p.254).

Dessa forma, neste estudo não se buscou nomear um autor para o discurso da atenção psicossocial, mas discutir o modo de existência, circulação e funcionamento desse discurso no interior da sociedade, visando-se examinar as enunciações sobre crise psíquica e como estas estão produzindo subjetividades; problematizar as relações entre saber e poder, e como essas relações vão configurando modos de subjetivação que, nesse sentido, são históricos, são resultados de discursos que se afastam de uma ideia de sujeito racional, ideal e coerente para apostar na força da construção e transformação, em um processo sempre aberto e repleto de possibilidades.

A terceira característica do enunciado é o acúmulo que diz respeito a sua remanência, aditividade e sua recorrência; significa que a análise enunciativa não tem como particularidade despertar do sono os textos, mas segui-los em seu sono,

[...] levantar os temas relacionados ao sono, ao esquecimento, à origem perdida, e de procurar que modo de existência pode caracterizar os enunciados, independentemente de sua enunciação, na espessura do tempo em que subsistem, em que se conservam, em que são reativados, e utilizados, em que são, também, mas não

por uma destinação originária, esquecidos e até mesmo, eventualmente, destruídos (FOUCAULT, 2005, p.140).

Analisar, pois, uma formação discursiva no nível dos enunciados é definir o tipo de positividade de um discurso, isto é, definir um conjunto de enunciados como figura lacunar e retalhada e não como uma totalidade fechada de uma significação; segundo a dispersão de uma exterioridade e não como referência à interioridade de uma intenção, pensamento ou sujeito; e a partir de formas específicas de um acúmulo e não como busca do momento ou marca da origem. “*Se substituir a busca das totalidades pela análise da raridade; o tema do fundamento transcendental pela descrição das relações de exterioridade, a busca da origem pela análise dos acúmulos, é ser positivista, pois bem, eu sou um positivista feliz*” (FOUCAULT, 2005, p.142).

Quando Foucault analisa discursos não é qualquer discurso que interessa; ele não está falando de qualquer ato ilocutório (ato de fala), mas dos saberes, pois o que interessa para o filósofo são os discursos sérios, os movidos por uma vontade de verdade, que pretendem reverberar como verdadeiros e que se movem em um campo de instituição de verdades.

O discurso para Foucault é um conjunto limitado de enunciados que se apoiam em um mesmo sistema de formação, regidos por regras de uma formação, para os quais se pode definir um conjunto de condições de existência. Por prática discursiva, o autor entende “*um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa*” (FOUCAULT, 2005, p.133).

A positividade de um discurso desempenha o papel do *apriori* histórico, ou seja, precisa “*dar conta do fato que o discurso não tem apenas um sentido ou uma verdade, mas uma história, e uma história específica que não o reconduz às leis de um devir estranho*” (FOUCAULT, 2005, p.144). O discurso, em sua positividade, “*é uma prática que tem suas formas próprias de encadeamento e sucessão*” (FOUCAULT, 2005, p.191).

Desse modo, a análise dirige-se aos discursos na qualidade de monumento, buscando defini-los enquanto práticas que obedecem a regras; segui-los em suas arestas exteriores, em suas margens, para melhor salientá-

los e descrevê-los sistematicamente como um discurso objeto. Assim, parte-se do entendimento de que os enunciados sobre a atenção à crise estão em construção, até porque novos saberes, relações e práticas discursivas fazem parte de um movimento em constante mudança e reinvenção nos campos político, social e acadêmico, constituindo, assim, um campo de exterioridade e de acúmulo.

Para a análise do discurso objeto ou discurso como monumento foram utilizadas as ferramentas da arqueologia já apresentadas. Entretanto, por se entender que os enunciados possuem uma história apresenta-se, a seguir, um pouco sobre o *a priori* histórico e um pouco do entendimento de Foucault sobre a arqueologia e a genealogia, dado que se fez uma análise de inspiração arqueogenealógica.

3.2 Arqueogenealogia e a história em Michel Foucault

Para contrapor a história tradicional, que pretende tudo julgar a partir de uma objetividade apocalíptica, uma suposta verdade eterna e uma consciência sempre idêntica a si mesma, Nietzsche propõe uma história “efetiva”, que entende o sentido histórico a partir de três características. A primeira é a inversão da relação estabelecida entre irrupção do acontecimento e a necessidade teleológica ou encadeamento natural, ou seja, a tendência de *“dissolver o acontecimento singular em uma continuidade ideal”*. Seguindo Nietzsche, Foucault (FOUCAULT, 2012a, p.73-74) traz que o *“verdadeiro sentido histórico reconhece que vivemos sem referências ou sem coordenadas originárias, em miríades de acontecimentos perdidos”*.

A segunda característica do sentido histórico é inverter a relação entre próximo e longínquo estabelecida de forma metafísica pela história tradicional, na qual os historiadores fingem olhar para longe de si mesmos, mas se aproximam do longínquo promotor de recompensas a si mesmos; já, *“a história efetiva olha para o mais próximo, mas para dele se separar bruscamente e se apoderar a distância”* (FOUCAULT, 2012a, p.75). Por fim, a última característica da história efetiva é que esta não teme ser um saber perspectivo, assim não busca apagar o lugar de onde olha, o momento em que

está e o partido que toma em nome de revelar um saber verdadeiro, universal e total.

Para Foucault, seguindo a perspectiva nietzschiana, não há natureza, essência ou “condições universais” para o conhecimento, e isto significa dizer que o conhecimento é, cada vez mais, “*o resultado histórico e pontual de condições que não são da ordem do conhecimento*”. Assim, o conhecimento é entendido como um “efeito”, um “acontecimento” que se pode colocar sob o “signo do conhecer”, ou seja, o conhecimento “*não é uma faculdade, nem uma estrutura universal. Mesmo quando utiliza um certo número de elementos que podem passar por universais, esse conhecimento será apenas da ordem do resultado, do acontecimento, do efeito*” que se produz na história (FOUCAULT, 2002, p.24).

Portanto, é nesse sentido que Nietzsche emprega o “caráter perspectivo do conhecimento”, para designar uma concepção crítica e denunciar certos valores dominantes na sociedade, demonstrando que estes não passam de concepções projetadas “erroneamente na essência das coisas” e que não representam a verdade das coisas, mas a ingenuidade do homem. Ao contrário, para Nietzsche, o conhecimento só é possível a partir de atos

[...] pelos quais o ser humano se apodera violentamente de um certo número de coisas, reage a um certo número de situações, lhes impõe relações de força. Ou seja, o conhecimento é sempre uma certa relação estratégica em que o homem se encontra situado. É essa relação estratégica que vai definir o efeito do conhecimento e por isso seria totalmente contraditório imaginar um conhecimento que não fosse em sua natureza obrigatoriamente parcial, oblíquo, perspectivo. (...) Pode-se falar do caráter perspectivo do conhecimento porque há batalha e porque o conhecimento é o efeito dessa batalha. (FOUCAULT, 2002, p.25)

Foucault não se preocupa em admitir que o conhecimento é perspectivo. Ao contrário, ao defender essa posição ele volta toda sua preocupação para a problematização das condições históricas e políticas que fizeram emergir determinado saber. Foi nesta perspectiva que na presente pesquisa se problematizou a discursividade da crise psíquica no discurso psicossocial em determinado tempo e lugar; não na intenção de fazer recomendações sobre práticas em saúde mental, de julgar as práticas certas ou erradas e nem de encontrar uma verdade universal, mas de investigar o saber que vem sendo constituído, discursivamente, sobre a crise psíquica e que reverbera na

contemporaneidade; de investigar as relações de poder que operam nesses discursos e os processos de subjetivação que impõem modos de ser sujeito louco no contexto da atenção psicossocial.

A arqueogenealogia de Foucault foi utilizada como inspiração investigativa e atentou-se para as quatro atitudes metodológicas descritas por Fischer (2003) que ajudam a entender a analítica do discurso. A primeira é compreender que nossas lutas/pesquisas tem relação estreita com a linguagem, com lutas discursivas. A segunda atitude é partir do entendimento de que palavras e coisas são fatos e enunciados, a rigor raros e não óbvios. Já, o terceiro modo de operar a análise é reconhecer que fatos e enunciados referem-se a práticas discursivas e às não discursivas, matéria-prima das investigações nessa linha, que diz respeito às relações de poder e aos modos que sujeitos individuais e sociais se constituem. Por fim, a quarta atitude refere-se à postura do pesquisador de aceitação do inesperado. É por haver concordância e identificação com essas atitudes ou modos de operar escolheu-se, para este estudo, a perspectiva foucaultiana de análise do discurso construída a partir de ferramentas arqueológicas e genealógicas.

A palavra arqueologia é utilizada por Foucault porque este entende que o termo remete “*ao tipo de pesquisa que se dedica a extrair os acontecimentos discursivos como se eles estivessem registrados em um arquivo*” que está imerso na história. A intenção de Foucault (2005) não foi produzir um método de análise do discurso, mas mostrar alguns caminhos possíveis e muitos cuidados que são necessários para tratar os problemas de procedimentos e teóricos.

Para tanto, diz Foucault, é preciso libertar-se das noções de continuidade, tradição, de influência, de desenvolvimento e evolução e de ‘mentalidade’ ou de ‘espírito’. Isto porque não se busca, na arqueologia, estabelecer, entre os fenômenos de determinada época, uma relação causal por semelhança ou repetição, nem buscar um único e mesmo princípio organizador ou estabelecer ligações simbólicas, determinando uma comunidade de sentidos ou a soberania de uma consciência coletiva, mas tratar apenas “*de uma população de acontecimentos dispersos*”.

Para colocar fora de circuito as continuidades irrefletidas, Foucault, argumenta sobre a necessidade de se renunciar a dois temas que condenam a análise histórica dos discursos: a busca da origem e a interpretação de um já-dito ou não dito.

É preciso renunciar a todos esses temas que têm por função garantir a infinita continuidade do discurso e sua secreta presença no jogo de uma ausência sempre reconduzida. É preciso estar pronto para acolher cada momento do discurso em sua irrupção de acontecimentos, nessa pontualidade em que aparece e nessa dispersão temporal que lhe permite ser repetido, sabido, esquecido, transformado, apagado até nos menores traços, escondido bem longe de todos os olhares, na poeira dos livros. Não é preciso remeter o discurso à longínqua presença da origem; é preciso tratá-lo no jogo de sua instância (FOUCAULT, 2005, p.28).

Portanto, não se trata de recusar essas formas prévias de continuidade e síntese não problematizadas, mas questioná-las, mostrando que são construções cujas regras devem ser conhecidas, justificadas e controladas, de forma a definir em que condições e a partir de que análises algumas são legítimas e indicar as que não podem mais ser admitidas (FOUCAULT, 2005).

Em sua análise do discurso, Foucault fez a distinção de duas formas: o enunciável ou discursivo (e na arqueologia foi definida a forma dos enunciados); e o não discursivo ou visível. Este último era designado negativamente na *Arqueologia*, mas encontrou sua positividade em Vigiar e Punir, pois, para Foucault, o enunciado não se define por aquilo que designa ou significa. Ele tem uma ligação com o lado de fora a partir da curva que une dois pontos singulares, atualizando as relações de força. Já, as visibilidades também se ligam ao lado de fora, atualizando e integrando as singularidades e relações de força, mas de modo diferente dos enunciados, pois lhe são exteriores (DELEUZE, 2005).

Em virtude disso, ao determinar um *corpus* de frases e de textos dos quais se pretende extrair enunciados, é preciso designar os focos de poder e resistência dos quais o *corpus* depende. É a relação saber-poder imbricados, na qual um produz efeitos sobre o outro, um torna possível o outro. Assim, além de olhar para a curva que o enunciado produz é preciso descrever quadros ou fazer descrições que equivalem a quadros. Foi o que Foucault fez em suas “*descrições das Meninas, mas também de Manet, de Magritte, e as admiráveis descrições (...) do asilo, da prisão*” (DELEUZE, 2005, p.87-88). Por

isso, a originalidade de Foucault está na forma como determina o *corpus* de análise a partir não da estrutura, nem segundo um sujeito autor, mas “*segundo a simples função que exercem num conjunto: por exemplo, as regras de internamento no caso do asilo*” (DELEUZE, 2005, p.28).

Foucault, em seu texto ‘eu sou um pirotécnico’, percebeu o saber profundamente ligado aos efeitos de poder. Nesse sentido, a genealogia aparece como uma forma de aprimorar o modo de olhar para o objeto de pesquisa, porque é uma estratégia de problematização das linhas de força envolvidas na constituição de determinado objeto, cuja tática visa à desconstrução e à desnaturalização do objeto, apontando-o como resultado de uma historicidade que garante suas condições de possibilidade (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2011).

Historicidade entendida não como a busca da origem, mas, ao contrário, o objetivo da genealogia é problematizar o presente, “*se demorar nas meticulosidades e nos acasos dos começos*” (FOUCAULT, 2012, p.61). E sobre o uso da história pela genealogia, o autor destaca:

É preciso saber reconhecer os acontecimentos da história, seus abalos, suas surpresas, as vacilantes vitórias, as derrotas mal digeridas, que dão conta dos atavismos e das hereditariedades (...) A história, com suas intensidades, seus desfalecimentos, seus furores secretos, suas grandes agitações febris com suas síncope, é o próprio corpo do devir (FOUCAULT, 2012, p.61).

Para Foucault, a genealogia, às vezes, caracterizada pelo “sentido histórico”, não se apoia sobre nenhum absoluto e “*reintroduz no devir tudo o que se tinha acreditado imortal no homem*” (FOUCAULT, 2012a, p.71). Desse modo, Foucault marcou os termos ‘*Entstehung*’ ou ‘*Herkunft*’ como objetos da genealogia e que são ordinariamente traduzidos por “origem”. Porém, Foucault faz a reconstituição da articulação própria de cada termo e destaca a tradução de ‘*Herkunft*’ como proveniência (pertencimento ao um grupo) e de ‘*Entstehung*’ como emergência (ponto de surgimento). A primeira diz respeito ao corpo enquanto superfície de inscrição dos acontecimentos, e a genealogia, enquanto análise da proveniência, busca a qualidade de um instinto, o grau ou seu desfalecimento, e está “*no ponto de articulação do corpo com a história. Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo*” (FOUCAULT, 2012a, p.65). Já, a emergência designa um lugar de afrontamento, se produz a partir da entrada em cena das forças, mas

a cena não pode ser imaginada “*como um campo fechado onde se desencadearia uma luta, um plano onde os adversários estariam em igualdade*”, ao contrário, é a entrada em um ‘não lugar’, pois a emergência se produz nos interstícios, na distância entre adversários (FOUCAULT, 2012a, p.68).

Assim, a genealogia está embasada em uma história que busca descrever e compreender a gênese, enquanto proveniência e emergência – seja de um conceito, de uma prática, de uma ideia –, e não como origem de fundação ou um suposto ponto inicial. Por isso, tornou-se “*quase um lugar-comum dizer que a história genealógica não parte do presente para buscar o passado, mas vai ao passado atrás das condições de possibilidade que levaram a se ter o que hoje se tem no presente*”. Por isso, Foucault dizia que sua história era uma história do presente (VEIGA-NETO; FISCHER, 2004, p.22).

No campo da pesquisa em saúde mental, e especialmente no campo da militância do movimento antimanicomial, a questão da origem, como proveniência e emergência, é da maior importância, pois mostra que as práticas, conceitos e verdades da psiquiatria foram inventadas. E, se foram inventadas, então se pode inventar novas alternativas ou possibilidades para o que não mais se quer. Pode-se trabalhar a partir das irrupções e descontinuidades, descrever a descontinuidade histórica da loucura, especialmente em relação à crise psíquica e à emergência de determinadas práticas, sejam elas visíveis ou enunciáveis.

3.3 O campo de exterioridade do estudo

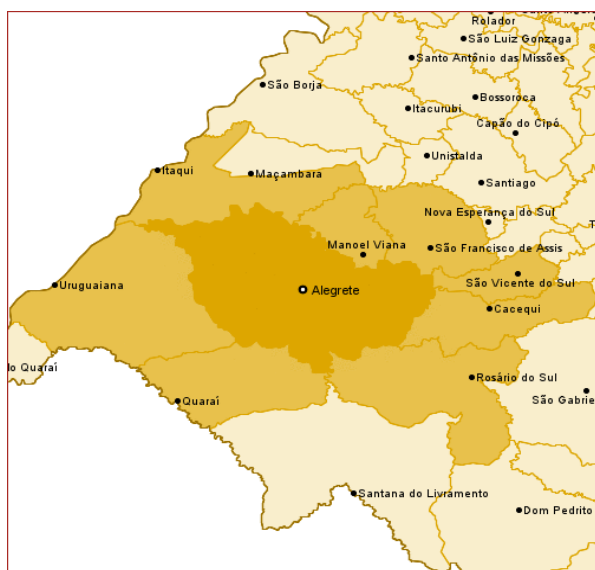
Para problematizar a discursividade sobre crise psíquica nas práticas da atenção psicossocial e suas relações com outras práticas discursivas e não discursivas situadas em um tempo e lugar – que no caso da presente tese situa-se em um tempo de mudanças na forma de lidar com a loucura, em um tempo de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica e da reinserção do louco na comunidade, escolheu-se como lugar estratégico a cidade de Alegrete, RS, pelas transformações postas em curso e pela história de

militância no campo da saúde mental. E são as condições de possibilidade das mudanças nesse tempo e lugar que foram analisadas aqui.

3.3.1 O Município de Alegrete

Não me perguntes onde fica o Alegrete
 Segue o rumo do teu próprio coração
 Cruzarás pela estrada algum ginete
 E ouvirás toque de gaita e violão
 Pra quem chega de Rosário ao fim da tarde
 Ou quem vem de Uruguaiana de manhã
 Tem o sol como uma brasa que ainda arde
 Mergulhado no Rio Ibirapuitã
 Ouve o canto gauchesco e brasileiro
 Desta terra que eu amei desde guri
 Flor de tuna, camoatim de mel campeão
 Pedra moura das quebradas do Inhanduy
 E na hora derradeira que eu mereça
 Ver o sol alegretense entardecer
 Como os potros vou virar minha cabeça
 Para os pagos no momento de morrer
 E nos olhos vou levar o encantamento
 Desta terra que eu amei com devoção
 Cada verso que eu componho é um pagamento

De uma dívida de amor e gratidão...
 Canto Alegretense³⁵



Fonte: <http://obairristadeuruguaiana.blogspot.com.br>

Dados Demográficos (IBGE, 2010):

- População 2010 - 77.653
- Homens – 38.051
- Mulheres – 39.602
- População residente urbana - 69.594
- População residente rural - 8.059
- População estimada 2013 - 79.054
- Área da unidade territorial (km²) - 7.803,954
- Densidade demográfica (hab/km²) - 9,95

A história³⁶ de Alegrete tem suas origens nas missões Jesuíticas espanholas que datam de 1626 e no início do século XIX, mais

³⁵ O Canto Alegretense é considerado o segundo hino da República Rio-Grandense e constituiu um canto de paz entoado pelos irmãos Fagundes para a união entre Uruguaiana e Alegrete (<http://obairristadeuruguaiana.blogspot.com.br>).

especificamente em 1801. Borges do Canto e Santos Pedroso, ambos riograndenses, conquistaram esse território, ao norte do Rio Ibicuí, para a coroa portuguesa. Alegrete, Uruguiana, Itaqui e Quaraí pertenciam à missão de Yapeju e sua sede localizava-se à margem direita do rio Uruguai.

Com o intuito de defender a fronteira brasileira dos constantes ataques uruguaios, o governo português estimulou a formação de um povoado em torno do Rio Inhanduí, e a religiosidade ergueu uma capela sob o orago de Nossa Senhora Aparecida, em 1814. Entretanto, as contínuas lutas de fronteira, entre o Reino de Portugal e os dissidentes ao recém-constituído governo das Províncias Unidas do Rio do Prata, culminaram na invasão e queima do povoado e da capela, sendo esse lugar hoje conhecido como "Capela Queimada". Após o incêndio, a povoação foi transferida para a margem esquerda do Rio Ibirapuitã (1817), onde foi erguido novo povoado e nova capela, com a denominação de Nossa Senhora da Conceição Aparecida de Alegrete.

O lugarejo prosperou rapidamente, devido sua localização estratégica que permitia o escoamento de produtos primários em direção aos portos de Buenos Aires e Montevideu, e em 25 de outubro de 1831 foi elevado à categoria de Vila através de decreto provincial, o que lhe proporcionou a demarcação de seus limites e a autonomia política. Com a Revolução Farroupilha (1835), Alegrete tornou-se, no período de 1842 a 1845, a 3ª Capital da República Riograndense e foi elevada à categoria de cidade em 22 de janeiro de 1857.

Como se pode observar no mapa, Alegrete está localizada na fronteira oeste do estado do Rio Grande do Sul e distante 490 quilômetros de sua capital, Porto Alegre, fazendo divisa com algumas cidades: Uruguiana, Quaraí, Itaqui, Manoel Viana, Rosário do Sul e Cacequi. É o maior município em extensão no Estado, com economia baseada, fundamentalmente, na agricultura (arroz) e na pecuária (bovina e ovina). O Produto Interno Bruto (per capita a preços correntes) do município, em 2008, foi de R\$ 12.851,75 (IBGE, 2010).

³⁶ Os dados para compor uma síntese da história do Município de Alegrete foram retirados do site da Prefeitura de Alegrete: <http://www.alegrete.rs.gov.br>.

Possui um total de 39 estabelecimentos de saúde, dos quais 27 são totalmente financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e apenas um estabelecimento de saúde no âmbito do SUS, com atendimento de emergência em psiquiatria (IBGE, 2010). Em 2006 apresentou 233 internações em psiquiatria, correspondendo a 3,8% das internações dentre as demais especialidades (BRASIL, 2008).

A Rede de Atenção Psicossocial do município conta com três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - um CAPS tipo II (CAPSII), CAPSi (infantil), e um CAPSad (álcool e drogas); um Serviço Residencial Terapêutico (SRT), além de suporte da rede básica, leitos no Hospital Geral, atendimento à urgência e outros serviços do município (BRASIL, 2010).

Em pesquisa realizada por Willrich (2009) foi constatado que existe, no CAPS II de Alegrete, a “tomada de responsabilidade” pelo cuidado da crise onde ela aconteça, e para isso são utilizados os recursos existentes no território. Segundo o estudo de Willrich, caso ocorra no domicílio, os profissionais deslocam-se até o local para avaliar a situação. E quando é necessário o atendimento no Pronto Socorro, os profissionais acompanham as pessoas em situação de crise e aguardam o término do atendimento e os encaminhamentos que possam ter, e, por fim, em caso da necessidade de internação, esta é feita no Hospital Geral.

Desse modo, a pesquisa teve como local de estudo o Centro de Atenção Psicossocial do tipo II (CAPS II), pois se entende, de acordo com Dell’Acqua e Mezzina (1991, p.56), que o serviço de saúde mental possui um ponto de observação privilegiado por ser um ponto central no território e, por isso, é capaz de desenvolver uma observação inter/ativa em um espaço finito, extremamente complexo e articulado *“que reflete e representa tudo aquilo que uma população produz em termos de patologia, de mal-estar, de conflito e de distúrbio social”*.

3.3.2 Os participantes do estudo

Foram convidados a participar deste estudo os trabalhadores em saúde mental do CAPS II. Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos e ser trabalhador do serviço. Foi dada prioridade para os participantes da pesquisa

CAPSUL I e CAPSUL II, mas foram incluídos novos participantes devido às substituições feitas no quadro da equipe.

Os participantes foram identificados pela letra inicial da pesquisa CAPSUL (a utilização dos dados dessas pesquisas será explicitada a seguir) e o número da edição (1, 2 ou 2a), seguido da letra “T” de trabalhador e o número da entrevista. Ex: CAPSUL I, Trabalhador 1 (C1T1).

3.3.3 A coleta dos dados

Neste estudo utilizou-se o banco de dados da pesquisa intitulada Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil – CAPSUL, que teve duas edições (CAPSUL I e CAPSUL II), uma realizada em 2006 e outra, em 2011, que utilizaram a abordagem qualitativa e quantitativa.

Foram utilizados os dados coletados em Alegrete, na avaliação qualitativa, nas duas edições do CAPSUL. No estudo qualitativo do CAPSUL I (2006) foram entrevistados, em Alegrete, 27 trabalhadores e a observação de campo foi realizada por três pesquisadores, atingindo o total de 390 horas. Já, no estudo qualitativo do CAPSUL II (2011) foram entrevistados 21 trabalhadores e realizadas 300 horas observação de campo.

Para responder aos objetivos do presente estudo, além dos dados já coletados, foi realizado o retorno ao campo de Alegrete para a realização de novas entrevistas e observação. Esse retorno, a título de identificação nesta pesquisa, foi nominado de CAPSUL2a (2014). Nesse retorno foram realizadas 28 entrevistas e 224 horas de observação. Assim, os resultados desta pesquisa foram obtidos a partir da análise de entrevistas semiestruturadas, gravadas com o auxílio de gravador, dos diários de campo que registraram as horas de observação participante, e da análise documental, realizada a partir da leitura dos livros atas das reuniões de equipe realizadas no período de julho de 1989 até a data da coleta, em 2014.

Os excertos dos diários de campo serão identificados com a letra “D” seguido do número do observador e da edição do CAPSUL (C1, C2 e C2a); Ex: D1C1, D2C1, D1C2a. E nos excertos retirados dos livros atas o nome dos usuários do serviço serão substituídos pela palavra “usuário/a” e após será identificado pela data da reunião de equipe. Cabe ressaltar que os textos

sublinhados nos excertos das entrevistas diários de campo e das atas são destaques dado pela autora desta pesquisa.

O primeiro passo para a coleta de dados foi o contato com a Coordenadora da Pesquisa de Avaliação CAPSUL (APÊNDICE A), solicitando a liberação para realizar as entrevistas e os diários de campo. Após a leitura destes dados, estes foram organizados e apresentados em uma oficina realizada com o “Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Saúde Coletiva”. A partir da discussão gerada nessa oficina foi construído o roteiro de entrevista para o retorno ao campo. Posteriormente, foi efetuado contato com o campo através de diálogo com os gestores (APÊNDICE B). Após, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem sob o Parecer CAAE: 32292014.7.0000.5316.

Foram respeitados os princípios éticos contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução COFEN nº 311/2007, capítulo III (do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica) no que diz respeito às responsabilidades e aos deveres, artigos 89, 90 e 91, e às proibições, artigos 94 e 98³⁷ (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007). O Projeto também respeitou a Resolução 466/12³⁸ do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata das diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

No intuito de respeitar a dignidade humana foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), no qual constam os objetivos do trabalho, a garantia do anonimato, do livre acesso aos dados e aos resultados da pesquisa e da liberdade de desistirem em qualquer momento. Os participantes que aceitaram

³⁷ Capítulo III (das responsabilidades e deveres): Art. 89 - Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa. Art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. (das proibições): Art. 94 - Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos. Art. 98 - Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

³⁸ Resolução 466/12: incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais básicos da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

participar do estudo assinaram o TCLE, que foi impresso em duas vias, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora.

Na pesquisa não foi incluído nenhum tipo de procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento. Também não apresentou riscos físicos aos sujeitos, mas estava prevista a possibilidade de ocasionar desconforto durante a coleta de dados, devido às abordagens durante a entrevista, ou a presença da *pesquisadora* durante a observação participante. Nesse caso, foi garantida a interrupção da coleta para que fosse dado prosseguimento em outro momento ou mesmo cancelado. No entanto, durante a coleta não houve o registro de qualquer desconforto por parte dos participantes da pesquisa.

Os dados coletados ficarão armazenados em um banco de dados, sob a responsabilidade da pesquisadora, por um período de cinco anos após o encerramento do estudo. Após este período, os registros em papel serão incinerados e os arquivos digitais serão excluídos do computador.

4.3.4 A análise dos dados

A história efetiva, que atravessa a arqueologia e especialmente a genealogia, requer atenção relativa a quatro noções que servem de reguladores para a análise e que se opõem à história tradicional das ideias: a noção de acontecimento que se opõe à criação; a noção de série que se opõe à unidade; a noção de regularidade que se opõe à originalidade, e a noção de condição de possibilidade que se opõe à significação.

Por entender essas noções a partir do *a priori* histórico, Foucault diz:

A história, como é praticada hoje, não se desvia dos acontecimentos; (...) não considera um elemento sem definir a série da qual ele faz parte, sem especificar o modo de análise da qual esta depende, sem procurar conhecer a regularidade dos fenômenos e os limites de probabilidade da sua emergência, sem interrogar-se sobre as variações, as inflexões e a configuração da curva, sem querer determinar as condições das quais dependem. (...) que permitem circunscrever o 'lugar' do acontecimento, as margens de sua contingência, as condições de sua aparição. As noções fundamentais que se impõem agora não são mais as da consciência e da continuidade (...) não são também as do signo e da estrutura. São as do acontecimento e da série, com o jogo de noções que lhes são ligadas; regularidade, causalidade, descontinuidade, dependência, transformação (FOUCAULT, 2012, p.52-53).

Para tratar os discursos enquanto séries regulares e distintas de acontecimentos, Foucault introduz três noções ou direções que o trabalho de elaboração teórica deverá seguir: o acaso, o descontínuo e a materialidade. Por considerar os acontecimentos como séries homogêneas e descontínuas, sendo o descontínuo concebido como cesuras que quebram e dispersam o instante em uma pluralidade de posições e de funções possíveis, é necessário tratar as séries e “*aceitar, na produção dos acontecimentos, a introdução do acaso*” (FOUCAULT, 2012 p.16).

Foucault (2012) propôs duas perspectivas de análise das instâncias de controle discursivo: a perspectiva “crítica” e a perspectiva “genealógica”. A primeira procura distinguir as formas de exclusão, os procedimentos de limitação e apropriação dos discursos, e a segunda diz respeito à formação efetiva dos discursos, tanto em relação aos seus limites internos quanto aos externos.

A crítica analisa os processos de rarefação, mas também de reagrupamento e unificação dos discursos; a genealogia estuda sua formação ao mesmo tempo dispersa, descontínua e regular. Na verdade, estas duas tarefas não são nunca totalmente separáveis (...) toda tarefa crítica, pondo em questão as instâncias de controle, deve analisar ao mesmo tempo as regularidades discursivas através das quais aquelas se formam; e toda a descrição genealógica deve levar em conta os limites que interferem nas formações reais. Entre o empreendimento crítico e o empreendimento genealógico, a diferença não é tanto de objeto ou de domínio mas, sim, de ponto de ataque, de perspectiva e de delimitação (FOUCAULT, 2012, p.61-63).

Nesse sentido, propõe-se, aqui, uma análise do discurso psicossocial em seus efeitos com relação a atenção à crise psíquica. Para tanto, foi necessário utilizar aspectos genealógicos, como as relações de poder presentes neste discurso, considerando o acaso, o descontínuo e a materialidade, isto é, focar as condições de possibilidade para que esse discurso possa ser enunciado por determinadas pessoas, com determinado status e de determinado lugar, e como este ‘dito’ define posições de sujeito e produz efeitos de verdade que reverberam e produzem efeitos.

Desse modo, foi necessário interrogar os discursos no nível de sua produtividade tática (os efeitos recíprocos de poder e saber que proporcionam) e no nível de sua integração estratégica (a conjuntura e as relações de forças que tornam necessária a utilização do poder em diversos episódios e confrontos). Cabe recompor a distribuição do poder nas enunciações exigidas e

nas interditas, em relação aos diferentes efeitos que produzem “*segundo quem fala, sua posição de poder, o contexto institucional em que se encontra; com o que comporta de deslocamentos e de reutilizações de fórmulas idênticas para objetivos opostos*” (FOUCAULT, 1999, p.96).

Já, para responder ao segundo objetivo deste estudo foram utilizadas, além da perspectiva genealógica, as quatro dimensões para análise das formas de subjetivação, descritas por Foucault (1984) e trabalhadas por Goldman (1996). A primeira dimensão se refere à determinação da matéria investida ou substância ética (corpo, alma, vontade, desejo); a segunda recai sobre a investigação da razão do investimento ou “modo de subjetivação” (aceitação da ordem social, obediência a um princípio reconhecido como universal, vontade de se distinguir); a terceira dimensão da análise diz respeito à delimitação do modo de investimento ou “elaboração do trabalho ético” (exercícios físicos, espirituais, formas de autoconhecimento, contato com o sobrenatural); e, por fim, a análise do objetivo de todo o processo ou “teleologia do sujeito moral” (integrar-se na ordem social, garantir a salvação, fundir-se com os deuses ou antepassados).

4 SERVIÇO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL (SAIS MENTAL) DE ALEGRETE

Um pouco da história da Reforma Psiquiátrica em Alegrete: a constituição do sujeito trabalhador a partir do discurso psicossocial

[...] o discurso não tem apenas um sentido ou uma verdade, mas uma história.

*Michel Foucault*³⁹

A história para Foucault é um modo de operar os discursos, de situá-los, pois tudo o que se fala sobre as coisas não tem origem no pensamento, mas no acontecimento. Tudo é radicalmente histórico e pode mudar no desenrolar da história, sendo, portanto, da ordem da imanência e não de uma suposta transcendência (VEIGA-NETO; FISCHER, 2004, p.22).

Por isso, Foucault (2005, p.13) criticou a análise do contínuo, da ‘imobilidade’ das estruturas e seu sistema ‘fechado’, que faz da “*consciência humana o sujeito originário de todo o devir e de toda a prática*”. Criticou também a busca pela origem e seus postulados: a essência ou identidade das coisas; a concepção de que no começo de todas as coisas se encontra o estado de perfeição; e a concepção de que a origem seria o lugar da verdade (FOUCAULT, 2012a).

Portanto, Foucault defendia uma história descontínua e sua análise buscava a descontinuidade, os limites, as séries específicas e o jogo das diferenças. Foi assim com a *Histoire de la folie*, na qual fez uma arqueologia do visível e do enunciável e demonstrou o modo com que, na “*idade clássica, o asilo surgia como um lugar de visibilidade da loucura ao mesmo tempo que a medicina formulava enunciados fundamentais sobre a desrazão*” (DELEUZE, 2005, p.57).

Por semelhante modo, trata-se aqui da análise do visível e o enunciável sobre crise no município de Alegrete, RS. Não há a intenção de fazer uma

³⁹ A arqueologia do saber (FOUCAULT, 2005, p. 144)

arqueologia, mas utilizar ferramentas da arqueologia e da genealogia no intuito de articular as práticas discursivas e não discursivas da atenção psicossocial à crise psíquica. Trata-se de analisar as materialidades discursivas da atenção à crise psíquica em Alegrete, RS, ou seja, suas condições históricas de emergência e seus efeitos, utilizando não a história das ciências como referência, mas a história da verdade proposta por Foucault, a qual se faz a partir de uma história externa, do exterior de lugares, onde a verdade se forma e em que certo número de regras de jogo são definidas, “*a partir das quais vemos nascer certas formas de subjetividade, certos domínios de objeto, certos tipos de saber*” (FOUCAULT, 2002, p.11).

Assim, a ênfase será dada, nesta parte da análise, aos modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental, ou seja, como estes se constituíram a partir do discurso da atenção psicossocial proposto no País pelo movimento de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. Olhar para os sujeitos trabalhadores em saúde mental, sem, é claro, desconsiderar a importância dos usuários, gestores e formadores para a compreensão da atenção à crise é importante. Isto porque são todos eles os responsáveis por legitimar o discurso psicossocial através da garantia do acesso aos serviços e ações de saúde e do respeito aos direitos de cidadania garantidos na legislação. Para finalizar este capítulo, insere-se a conformação atual da rede de saúde mental de Alegrete, enquanto visibilidade dessa forma de enunciar a atenção à crise.

Analisar os dados a partir do eixo da ética, que focaliza a construção de si e dos regimes de subjetivação, não significa supor que esses não tragam a questão do poder e a produção do saber ou da verdade. É somente uma forma de destacar um aspecto presente nos dados, sendo que o saber sobre crise psíquica e as estratégias de atenção à crise serão abordados nos capítulos posteriores.

Foucault realizou problematizações históricas que envolvem, entre inúmeros aspectos, o sujeito e o discurso. Pautou suas análises na dispersão própria à descontinuidade histórica para, então, refletir sobre o discurso e a produção da subjetividade como elementos marcados pela incompletude e pelo processo contínuo de produção e transformação, como os considera, aliás, a

Análise do Discurso. O que permite pensar a produção de subjetividade como algo de natureza coletiva e exterior ao sujeito, negando, portanto, a individualidade. Isto porque os objetos discursivos apontam para um exterior que, de diferentes formas, ganham lugar no interior dos sujeitos, constituindo-os como tal, ou seja, atuam na produção da subjetividade e se mostram por meio de um funcionamento discursivo (FERNANDES, 2011).

Nos dados de Alegrete foi problematizada a produção desse sujeito profissional de saúde mental a partir de sua inscrição ou submersão no discurso da Atenção Psicossocial e, em decorrência dessa propensão, abordar a subjetividade produzida pelo exterior, como efeito da imersão nesse discurso. Para tanto, esses sujeitos foram situados em acontecimentos tanto em nível nacional quanto internacional que possibilitaram a emergência do discurso psicossocial, pois as condições que permitiram o movimento de Reforma Psiquiátrica e a constituição de uma rede de Atenção Psicossocial em Alegrete foram e são atravessados pelos movimentos externos.

A análise da história do serviço de saúde mental de Alegrete aponta a existência de algumas marcas que o tornaram referência no campo da atenção psicossocial, e que se mostraram potentes para a emergência de modos de subjetivação dos profissionais desse serviço, que são: o envolvimento dos profissionais do serviço com o movimento de Reforma Psiquiátrica, que ocorreu a partir da participação e organização de eventos, visita a outros serviços, formação em Saúde Mental Coletiva e participação no controle social; o envolvimento dos profissionais com a comunidade, a partir de estratégias de entrevistas nos meios de comunicação, pedágio informativo e a organização da Parada Gaúcha do Orgulho Louco; o desenvolvimento de um trabalho em rede, tecido pelo serviço de saúde mental com os serviços de saúde e educação, em especial com o Hospital Geral, CAPS ad, CAPSi e residência terapêutica.

O movimento da saúde mental, em Alegrete, passou a ser registrado em 18.07.1989, data da primeira Ata da reunião de equipe, que tinha como principal objetivo a elaboração do Plano Geral de Saúde Mental, o qual foi objeto de discussão nas três reuniões subsequentes. Após, a equipe passou por um período de estudo e treinamento, com reuniões na Coordenadoria de

Saúde Mental do Rio Grande do Sul, Secretaria de Educação do município e Coordenadoria Regional de Saúde.

Conforme consta em ata, no dia vinte e um de agosto de 1989 iniciaram as atividades do ambulatório de saúde mental em Alegrete. O ambulatório foi se estruturando nos primeiros meses a partir de oficinas de saúde mental, grupo de esquizofrênicos, grupo de terapia infantil, grupo de praxiterapia, trabalho com madeira, pintura, argila, grupo de obesos, de familiares, de adolescentes, de mães de crianças em terapia, assembleia com usuários da oficina de criação, e outras atividades: brechó, gincana, festas em datas comemorativas (Natal, Páscoa, festa junina, aniversariantes do mês).

Ainda de acordo com as atas, muitos movimentos externos foram feitos no sentido de concretizar o novo serviço. Concomitante à organização das rotinas de funcionamento, a equipe procurou integrar o novo serviço com os já existentes no município, a fim de organizar um trabalho em rede. Para tanto, foram realizadas reuniões com as enfermeiras, assistentes sociais e nutricionistas da Secretaria Municipal de Saúde, e com as orientadoras educacionais das escolas municipais. Foram feitas ainda visitas ao presídio, ao INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) para fazer um levantamento das solicitações de Auxílio Doença por problemas psiquiátricos, de modo a conhecer a demanda existente no município por atendimento em saúde mental.

Ainda em 1989, com o objetivo de conhecer a história da saúde mental do município, foi feito *“um estudo do que já existia na cidade, o que era feito, desde quando se tinha algum tipo de trabalho nesse campo”* (C1T5). E para saberem como eram feitas as internações psiquiátricas em Alegrete, os trabalhadores em saúde mental foram conversar com os profissionais do Hospital Geral do Município (Santa Casa de Misericórdia), e fizeram entrevista com o secretário municipal de saúde e prefeito da época.

Com esses dados descobriu-se que houve um período no qual a Santa Casa fazia a internação de situações psiquiátricas, não em um espaço específico, mas junto com pacientes com outras doenças clínicas, pois davam *“outro CID, eles davam outro diagnóstico e internavam”* (C1T5). Foi na década de 1970 que começaram os encaminhamentos para os hospitais psiquiátricos, principalmente os de Porto Alegre.

Esse dado demonstra o modo com que os municípios sofreram o efeito do movimento político militar que culminou no Golpe Militar em 31 de março de 1964 e levou ao poder militares com forte ligação “*a grupos de empresários e políticos com tendência ao capital estrangeiro e a uma ideologia entreguista (ou seja, não nacionalista)*” (RIBEIRO, 1999, p.64). Os militares instituíram, no País, uma política centralizadora, privatista e aliada a setores dominantes do capitalismo nacional e internacional. No setor da saúde foi instituído um modelo privatizante que fez com que, na área da atenção psiquiátrica, houvesse um intenso aumento no número de internações psiquiátricas, principalmente em hospitais da rede privada, onde o número de pessoas internadas no quinquênio 1965/70 “*saltou de 14.000 em 1965 para 30.000 ao final do período*” (RESENDE, 1990, p.61).

A ampliação da assistência previdenciária, com contratação de leitos na rede privada, aconteceu como efeito de um movimento de desqualificação da rede pública, reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência, e de suposta qualificação e modernização da assistência psiquiátrica. Isso gerou uma mudança no perfil assistencial psiquiátrico no país que chegou a ter 70,6% de leitos privados, em 1981, sendo que em 1941 a participação privada limitava-se a 19,3% (PAULIN; TURATO, 2004). Essa expansão na oferta de leitos psiquiátricos, naquele período, reforçou o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico (DELGADO, 1992) e disseminou, no país, o discurso da psiquiatria clássica, com seus saberes, relações de poder e formas de objetivação do louco.

No entanto, no final da década de 1980, época no qual o serviço de saúde mental de Alegrete foi estruturado, o país já havia passado por um período de lutas e resistências que culminou no processo de redemocratização e defesa dos direitos civis, dentre os quais o direito à saúde. No setor da psiquiatria, o projeto privatizante enfrentou a resistência de grupos representantes da saúde mental no país que denunciaram o favorecimento à indústria da loucura e criticaram esse sistema que se mostrou ineficiente, dispendioso e cronificador.

Dessa forma, o movimento de Reforma Psiquiátrica, que começou a se organizar no fim da década de 1970, teve como protagonista o Movimento dos

Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Essa conjuntura emergiu a partir de alguns acontecimentos e estratégias. Um acontecimento importante para a discussão da assistência psiquiátrica no país e organização do MTSM foi a crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), do Ministério da Saúde. Essa crise iniciou com denúncias sobre o tratamento precário nos hospitais psiquiátricos e culminou na greve, em abril de 1978, de todos os trabalhadores das quatro instituições do DINSAM (Centro Psiquiátrico Dom Pedro II; Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho) situadas no Rio de Janeiro. A greve foi seguida pela demissão de duzentos e sessenta estagiários e profissionais e a crise amplamente divulgada na imprensa, o que proporcionou visibilidade nacional para a questão da assistência psiquiátrica e mobilização da opinião pública e de várias entidades corporativas da área da saúde (AMARANTE, 2003a).

Dentre as estratégias do Movimento de Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica destaca-se a organização de eventos políticos: o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (1978), em Camboriú; I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (1978), no Rio de Janeiro; I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (1979), em São Paulo; e III Congresso Mineiro de Psiquiatria (1979), em Belo Horizonte. Este último contou com a presença do Psiquiatra Franco Basaglia, representante do movimento de Psiquiatria Democrática italiana, e as discussões suscitadas por ele também foram um acontecimento importante no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Outra estratégia do MTSM foi a ocupação de cargos públicos no início da década de 1980, possibilitado pela vitória da oposição em alguns estados do país, o que permitiu a construção de projetos populares e democráticos. A estruturação do MTSM em núcleos regionais foi outra estratégia que possibilitou a organização sistemática de encontros, conferências e fóruns, o que intensificou o debate sobre a assistência psiquiátrica e permitiu a aproximação com a sociedade.

Colocadas em um cenário de mudanças suscitadas pelo movimento sanitário, cuja bandeira de luta era o reconhecimento da saúde como um direito e o entendimento de saúde como sinônimo de qualidade de vida, essas estratégias influenciaram decisivamente a organização da I Conferência

Nacional de Saúde Mental (I CNSM), realizada no Rio de Janeiro em junho de 1987, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. A I CNSM foi fundamental na trajetória do movimento de Reforma Psiquiátrica, pois redirecionou os pressupostos e colocou como ponto central a desconstrução dos manicômios e a construção de um cuidado em liberdade para a produção de novas subjetividades.

Dessa forma, mesmo não estando na ordem do discurso psiquiátrico, os pressupostos da reforma psiquiátrica estavam sendo enunciados e começavam a reverberar, estimulando a organização de experiências de atenção comunitária ao sofrimento psíquico. Foram essas experiências que os profissionais de Alegrete buscaram conhecer quando realizaram visitas a outras realidades, como a do município de São Lourenço do Sul, que, à época, mantinha um serviço de saúde mental (o primeiro serviço criado no Rio Grande do Sul, fundado em 1988).

Assim, foi o conhecimento da realidade local, com suas necessidades em saúde mental e perfil assistencial, somado à aproximação de experiências inovadoras de atenção psicossocial e envolvimento com o movimento de Reforma Psiquiátrica, que influenciou decisivamente o planejamento do serviço de Alegrete, que começou como ambulatório, e em seguida passou a denominar-se **Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental (SAIS-Mental)**. O SAIS-Mental já iniciou suas atividades com atendimento externo a partir de visitas domiciliares aos usuários e familiares, visita aos usuários internados no Hospital Geral e aos usuários que residiam no Asilo da cidade. Internamente, atendiam todas as demandas em saúde mental do município: adultos, crianças, adolescentes, casos de drogas, transtornos psíquicos graves e moderados.

Dessa forma, a integralidade é uma marca no cuidado prestado no serviço de saúde mental de Alegrete, pois, além de atender a toda demanda em saúde mental, o SAIS-Mental se constituiu não somente para garantir a assistência nos casos de sofrimento psíquico, mas também à prevenção e à promoção da saúde mental. Para tanto, os trabalhadores realizaram um trabalho muito próximo das unidades básicas de saúde e do setor da educação, com os funcionários das creches municipais e o Centro do Adolescente, além da realização de grupos com alunos das escolas, os quais

trabalhavam temas, entre os quais: relacionamentos, sociabilidade, sexo, gravidez.

Então assim... desde lá a gente trabalhava com as escolas, trabalhava com os bairros, trabalhava com os profissionais restantes da área de saúde, com os postos de atenção básica. (C1T3)

A integralidade, enquanto princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), é um efeito das reivindicações colocadas em cena pelo movimento sanitário na década de 1970 e teve como pano de fundo a luta pela redemocratização do país e a construção de uma sociedade mais justa, além do sonho de transformação radical da concepção de saúde então predominante e, por conseguinte, dos serviços, ações e práticas de saúde (MATTOS, 2006).

A integralidade passou a ser entendida em várias dimensões não estanques ou lineares, que se entrelaçavam e se complementavam, considerando-se a complexidade do objeto em saúde. E uma das dimensões da integralidade, encontrada no trabalho realizado em Alegrete, diz respeito ao cuidado de pessoas, grupos e coletividade, identificando o usuário em sua totalidade, percebendo-o como um sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere (MACHADO, et.al. 2007).

Percebe-se que as mudanças pelas quais passava o setor da saúde no Brasil, no final da década de 1980 — impulsionadas pelos movimentos pela redemocratização, reforma sanitária e psiquiátrica e, principalmente, pela aprovação da Constituição em 1988 — faziam parte de um processo de produção cultural e social que estava instituindo novos modos de ser sujeito trabalhador em saúde. Assim, o enunciado da ‘atenção integral em saúde’ produziu subjetividades e se materializou nas formas dos sujeitos profissionais se comportarem enquanto prestadores de cuidados em saúde nesse cenário de transformação que colocava o acesso à saúde como um direito.

Atravessados por esses enunciados, alguns trabalhadores de Alegrete se subjetivaram, tornando-se militantes na luta pela constituição do SUS e reforma psiquiátrica. E para colocar em prática o princípio da integralidade e organizar um cuidado integral em saúde mental, foi fundamental marcar o trabalho com o envolvimento político no movimento de Reforma Psiquiátrica no

país. Esse envolvimento aconteceu a partir da participação desses trabalhadores em diversos eventos, nacionais e internacionais.

As oportunidades que a gente tem, oferecidas pelo movimento da luta antimanicomial, pelo processo da reforma psiquiátrica, esses a gente não perde nunca. Os outros, quando a gente vê que é alguma coisa que vale a pena o pessoal vai, mas esses a gente procura sempre se manter presente. (C1T5)

Portanto, esses profissionais participaram de encontros considerados estratégicos para o movimento de luta antimanicomial e Reforma Psiquiátrica: 1º Fórum Gaúcho de Saúde Mental, que se realizou nos dias 26, 27 e 28 de julho de 1991, na Casa de Cultura Mario Quintana em POA; Encuentro do Foro Concórdia de Salud Mental, realizado na Argentina, em 13 e 14 de agosto de 1992, com o tema Cidadania e Saúde Mental: mostra de experiências; Encontro Preparatório para a II Conferência de Saúde Mental – Etapa Nacional, Encontro Nacional da Luta Antimanicomial que ocorreu em Salvador, nos dias 23 a 26 de setembro de 1993; II Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, que aconteceu em Belo Horizonte, de 1º a 05 de novembro de 1995, para o qual foi uma delegação com 41 pessoas; Plenária Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, ocorrida em julho de 1997, no qual foi discutido o projeto de lei do Deputado Paulo Delgado. Na ata que relata a participação nesse evento está escrito que *“o RS agora está sendo mais respeitado até pela secretaria do movimento estar em POA, e que nos diferenciamos de outros estados por estarmos centrados na lógica da Política de Saúde Mental e não no modelo psiquiatrizante”*. Participaram mais recentemente, segundo registro em ata, do Fórum de Saúde Mental, ocorrido no Rio de Janeiro, de 22 a 25 de maio de 2008, e do 5º Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, realizado no Rio de Janeiro, de 17 a 21 de outubro de 2011.

Esses registros demonstram que os profissionais de saúde mental de Alegrete foram sujeitos ativos no processo de Reforma Psiquiátrica e sentiam-se pertencentes a esse movimento que buscava instituir um modelo não ‘psiquiatrizante’, e a um lugar reconhecido por essa busca.

A Lei de Reforma Psiquiátrica gaúcha, nº. 9.716, de 1992, foi a primeira lei estadual aprovada no país, e trouxe uma mudança conceitual significativa, com a expressão sofrimento em substituição ao termo prevalente de doença

mental. Essa denominação anuncia uma mudança conceitual que considera a questão da cidadania do sujeito com diagnóstico de doença mental. “*Determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias*” (RIO GRANDE DO SUL, 1992). Foi no contexto de discussão e aprovação da lei estadual de Reforma Psiquiátrica que se organizou o Fórum Gaúcho de Saúde Mental⁴⁰, principal articulador dos debates e ações referentes às questões de saúde mental no Rio Grande do Sul.

Os profissionais também contribuíram para a discussão da Reforma Psiquiátrica regionalmente, participando dos eventos: II Encontro Estadual de Saúde Coletiva, em Bagé (1995); Encontro Regional de Saúde Mental, em Santa Maria (1999); II Encontro Regional de Saúde Mental, em Uruguaiana; além de Encontros do Fórum Gaúcho, desde 1993, de acordo com registro em atas, e das edições do Mental Tchê⁴¹ que ocorre em São Lourenço do Sul, anualmente, desde 2005.

ENCONTRO EM SÃO LOURENÇO DO SUL (1º Mental Tchê 19-21 de maio de 2005) – Psicóloga faz um relato sobre o encontro, que teve a participação de 1.600 pessoas de todo o Estado. O encontro contou com palestrantes e grupos para a discussão de temas referentes à saúde mental. Foi elaborada uma carta sobre os temas abordados no encontro (ATA 24/05/2005).

Os profissionais do serviço de saúde mental também contribuíram para a Organização dos seguintes eventos: I Encontro Municipal em Saúde Mental, atos de comemoração do dia 18 de maio a partir de 1991, organização de mostra de arte com trabalhos de um usuário, dentre outros.

Agora mesmo a gente vai organiza através do núcleo de Alegrete do fórum gaúcho, um encontro regional de saúde mental, já fui na décima, fizemos a proposta para a coordenadora regional (...). Aí

⁴⁰ Para saber mais sobre o Fórum Gaúcho de Saúde Mental recomenda-se a leitura da dissertação de mestrado de Jaqueline Russczyk (2008) intitulada “O Fórum Gaúcho de Saúde Mental e os argumentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul: Relações sociais e princípios de justificação”.

⁴¹ São Lourenço do Sul/RS, por sua longa trajetória na Atenção Psicossocial Comunitária, que perpassa as esferas nacional, estadual e municipal, em comemoração ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial, criou o Mental Tchê, um evento que acontece desde 2005 no município. Esse evento anual tem por objetivo ser espaço de exercício de cidadania e protagonismo dos usuários, de reflexões sobre as práticas de Cuidado em Saúde Mental e de fortalecimento ao Movimento de Luta Antimanicomial (<http://smsbes-sls.blogspot.com.br/>).

vamos chamar toda a região e passar tudo que a gente fez lá, mas com conceitos. (C1T5)

Também há registros da participação em atividades organizadas por outros setores: “Semana do Idoso”, desenvolvida pela Secretaria de Ação Social; Campanhas de vacinação; 1º Simpósio de Educação Especial (1991); feiras da saúde; Curso de Políticas sociais e Municipalização; Participação em programas de rádio para divulgar as atividades desenvolvidas, II Encontro Cultural Tradicionalista C.T.G. Farroupilha.

Os encontros de saúde mental foram uma estratégia fundamental para a produção e disseminação do discurso psicossocial, pois as práticas discursivas, enquanto conjunto de enunciados que *“formam o substrato inteligível para as ações, graças ao seu duplo caráter de judicativo e veridicativo”*, produzem, sistematicamente, o mundo de que falam, a maneira de compreendê-lo e de significá-lo (VEIGA_NETO, 2007, p.93). Portanto, produz sujeitos, pois Foucault não inventou um mundo sem sujeitos, mas descreveu *“um mundo em que o sujeito já foi, ou está sendo, submergido pelo discurso”* (ROUANET et al., 1996, p. 13). Dessa forma, a participação e a organização de eventos que discutiam a saúde mental, e de outros eventos promovidos na cidade, tornaram possível a produção, compreensão e significação da experiência que começava a ser desenvolvida em Alegrete, além de contribuir para a produção de uma forma diferente de ser trabalhador em saúde mental.

Esses trabalhadores se sentiam implicados e pertencentes a esse processo de mudança. Fato constatado a partir do relato de uma das psicólogas do serviço sobre a viagem ao Congresso de CAPS, que ocorreu em 2004, no qual frisa que *“a experiência de Alegrete está sendo bem importante e é ‘de se orgulhar’”* (ATA 06/07/2004).

Nosso CAPS de Alegrete está regulamentado desde 1997, mas já existe desde 1989, nós somos pioneiros, pois no congresso observou-se de que não existe nenhum Caps com mais de 15 anos. (ATA 13/07/2004)

Outra marca da atenção psicossocial em Alegrete é a participação em espaços de formação. Nesse processo, o curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva, realizado no município de Bagé/RS, cursado por muitos desses profissionais, mostrou-se uma condição de possibilidade para a

superação do modelo ambulatorial e a construção do serviço nos moldes que se tem hoje, conforme se observa nos relatos abaixo.

Em 89 nós iniciamos com a implantação do ambulatório. Em 91 a gente fez o concurso nós iniciamos neste ano uma formação em saúde mental em Bagé e aí a gente reposicionou a política e investimos em um serviço aberto e com mais ampliação do que um ambulatório, com oficinas, com cuidado na casa, montou uma associação em 96. (C2aT3)

Então desde os primeiros anos de noventa e dois, noventa e um, acho que já... a gente teve gente fazendo curso de especialização em saúde mental. Nós tivemos várias pessoas cursando especialização em saúde mental coletiva. (C1T5)

Psicóloga lê o trabalho final da Especialização em Saúde Mental Coletiva de Bagé. (ATA 10/09/1993)

(...) na época tiveram a ideia de fazer ações em saúde mental e a proposta foi de ambulatório. Só esse processo de ambulatório internava, e se nós tínhamos uma concepção que era de não haver internação em hospital psiquiátrico nós precisávamos construir outra coisa. (...) transformar a proposta de ambulatório em atenção, naquela época chamada atenção psicossocial. Em São Paulo chamava. Nós chamávamos de atenção integral. (C1T6)

Para Lobosque (2011) não há efetivamente Reforma Psiquiátrica sem garantia de atendimento à crise, sendo este um dos desafios a serem enfrentados. Nesse mesmo texto a autora discute a formação básica e permanente como outro desafio para a consolidação de um modelo substitutivo ao modelo asilar, devido a profunda distância ainda existente entre a Reforma Psiquiátrica e a universidade, o que impossibilita a problematização das questões advindas das inusitadas práticas exercidas nos serviços abertos. No entanto, examinar a formação à luz da produção teórica, no âmbito do saber psiquiátrico, que pretende ser central na Saúde Mental, e do impasse da psiquiatria que sofre as exigências de cientificidade enquanto especialidade médica; e por não conseguir atendê-las procura persuadir-se de que o faz, demonstra a necessidade de prosseguir a formação em Saúde Mental em uma direção bem diversa, pois os múltiplos saberes que se produzem nos serviços abertos *“têm uma realidade clínica e uma pertinência política indubitáveis”*, com possibilidade para *“sustentar a dimensão de verdade que aí encontram, articulando marcos conceituais e campos de prática”* (LOBOSQUE, 2011, p.4591).

Organizar o serviço a partir da lógica da atenção integral, superando o modelo ambulatorial, pode ser considerado um efeito do discurso psicossocial. Isto porque, na esteira desse discurso os ambulatórios de saúde mental foram

considerados um desafio para a consolidação dos pressupostos da reforma psiquiátrica, devido à dificuldade de articulação desses locais com os demais pontos de atenção e a baixa resolutividade nos casos atendidos (BRASIL, 2007). Além disso, nesses serviços coexistem ações que representam o modelo preventivo-comunitário e ações com resquícios do paradigma hospitalocêntrico e medicalizador (COSTA-ROSA, 2006; YASUI, COSTA-ROSA, 2008). Assim, é comum encontrar nos ambulatórios de saúde mental a centralidade no diagnóstico psiquiátrico e na prescrição medicamentosa, a escassez de atividades em equipe e a falta de diálogo com os outros serviços da rede de saúde (SANTOS, 2007; SEVERO, 2009).

Embora sejam um ponto de atenção importante por prestarem assistência, sobretudo às pessoas com transtornos mentais menores, sendo, portanto, especialmente necessários em municípios maiores que possuem maior demanda de atenção aos transtornos em geral (BRASIL, 2007), os ambulatórios ainda mostram as características nucleares dos paradigmas que dominaram os cuidados de saúde até o final do século XX: representações do hospital como o último recurso; do doente como um agente anônimo e passivo diante da intervenção da equipe médica, identificado pelo seu diagnóstico e tratamento, e ignorado naqueles que poderão ser os determinantes do seu processo de saúde-doença (por exemplo, modo de vida, contexto socioeconômico, motivação para recuperar) (CECÍLIO, 1997). Nesse sentido, esse ambulatório possui uma lógica de funcionamento diferente daquela de um Centro de Atenção Psicossocial e das características do trabalho que estavam sendo construídas em Alegrete. Foi para se diferenciar dessa lógica que os trabalhadores em saúde mental de Alegrete propuseram organizar um serviço de atenção integral.

Ao mesmo tempo em que a discursividade desse fazer integral era produzida pelos profissionais, estes se subjetivavam, tornando-se efeitos do discurso psicossocial que era produzido e circulava especialmente nos espaços de capacitação. Para pensar e propor as bases para esse fazer integral da atenção psicossocial, foi proposto o Projeto 'Rodas do Saber' como outro espaço para a capacitação dos profissionais.

As Rodas do saber eram realizadas uma vez por mês, no auditório da 10ª Coordenadoria de Saúde, quando havia um número maior de pessoas convidadas, ou nos serviços da rede de saúde mental (CAPSII, CAPSi, CAPSad), na forma de rodízio, de modo a proporcionar maior inserção de todos os trabalhadores da rede. Esse projeto tinha como objetivos:

1º objetivo: pessoal que tem ido aos cursos passar para a equipe. 2º objetivo: integração da equipe. O projeto recebeu o nome “Rodas do Saber”, com o objetivo geral da organização e construção do serviço, promover trocas de experiências através de mateadas culturais, plenárias de organização e estratégias. Em princípio uma sexta-feira a cada mês, três horas de duração. (ATA 31/05/2005)

A equipe pede que se reveja o horário e dia. Judete relata que gostou muito do que foi realizado, principalmente a presença de outras equipes (residência e CAPSi). Troca-se o dia da capacitação para sábado, das 9h às 12h. (ATA 07/06/2005)

Eu acho umas das coisas que qualifico bastante nestes últimos tempos foi as rodas do saber. Porque a gente sempre teve um cuidado com a formação, com a capacitação da equipe. (...) então sempre tem alguém fazendo alguma formação em algum lugar. (...) a questão de poder estar compartilhando (C1T5)

Outra marca do trabalho em saúde mental desenvolvido em Alegrete foi o envolvimento com o controle social. Esse envolvimento foi importante para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica local, pois, conforme registro em ata, estava incluída a presença de um integrante da equipe nas instâncias de controle social, como o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente; em reuniões do Conselho Municipal de Saúde e conselhos locais de saúde nos bairros. Esse processo, além de contribuir para a disseminação e entendimento do trabalho que estava sendo desenvolvido, ao incluir o tema da saúde mental nos espaços de participação e decisão popular contribuiu para a criação de alguns conselhos locais a partir do estímulo e conscientização da comunidade sobre seus direitos.

Se tu pegares atas do conselho, em mil novecentos e oitenta e sete, antes da saúde ser municipalizada a gente já ia nas reuniões do conselho municipal e fazia esse debate. (C1T5)

Nós que construímos saúde mental estivemos empenhados na construção e consolidação do SUS. Então, fazíamos grandes plenárias com os trabalhadores para falar da municipalização, o que que era municipalizar. O pessoal da saúde mental chamava isso. No sindicato, a gente fazia muito isso aí. Então quer dizer, a gente teve contato com vários trabalhadores de outras áreas da saúde e, bom, e aí tinha aquela ideia de que o SUS é um modelo, que é um modelo diferente do modelo privado. E nós ficamos com a marca de um modelo público e coletivo. (C1T6)

Os excertos acima demonstram o envolvimento dos profissionais da saúde mental “*na construção e consolidação do SUS*” a partir de uma participação ativa na discussão do processo de descentralização político-administrativa em saúde, que é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa diretriz, estabelecida na Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988 (artigo 198), instituiu que as ações e serviços públicos de saúde devem fazer parte de rede regionalizada e hierarquizada e transferiu da esfera federal para a esfera estadual e a municipal não apenas os serviços, mas também as responsabilidades e o poder decisório.

Esse processo, juntamente com a aprovação da Lei 8142/1990 — que dispõe sobre a realização das conferências de saúde e sobre o funcionamento dos conselhos de saúde, tornando-os obrigatórios — abriu a possibilidade para a incorporação de novos atores na discussão da política de saúde e de aproximação da sociedade com o Estado. Isto porque os Conselhos Municipais de Saúde são espaços de participação e controle social, com a função de controlar e deliberar sobre as questões referentes à implantação e implementação das ações de saúde no SUS (LUZIO, YASUI, 2010) e são uma ferramenta no processo de consolidação de conquistas do direito à saúde como uma questão de cidadania.

Dessa forma, a municipalização foi a estratégia adotada pela política nacional de saúde para diminuir grandes diversidades econômico-sociais, climáticas e culturais existentes no país, e possibilitar que os municípios assumam a gestão da saúde em seus territórios de acordo com as necessidades em saúde e o perfil de suas populações. Tal estratégia estimulou o desenvolvimento de novas competências e capacidades político-institucionais (BRASIL, 2016).

Em Alegrete, o envolvimento político, e não apenas técnico, com a participação nos espaços do controle social e na construção da política municipal de saúde, foi fundamental para enunciar o serviço e as ações de saúde mental a partir dos princípios e diretrizes do SUS, preconizando a autonomia para que o serviço de saúde mental fosse planejado e organizado a partir da realidade local, com suas necessidades e potencialidades. Além disso, esse envolvimento faz parte do modo de subjetivação dos trabalhadores

instituído com o discurso político da Reforma Psiquiátrica, pois este discurso, desde o relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental, enfatiza a importância da participação no controle social.

Como consta nas atas, o envolvimento com o controle social ocorreu ainda com a participação na organização da I Conferência Municipal de Saúde, em 1991; organização da I Conferência Municipal de Saúde Mental de Alegrete, que ocorreu nos dias 03 e 04 de abril de 1992, na qual foram discutidos os temas: Modelo hospitalocêntrico; Desinstitucionalização; atendimentos em hospital geral, alternativas terapêuticas, atendimento ambulatorial, Equipe de Saúde Mental de Alegrete, Saúde Mental e cidadania, participação comunitária, aspectos jurídicos da desinstitucionalização.

As atas trazem ainda o relato da participação na 4ª Conferência Municipal de Saúde, ocorrida em 23 e 24 de julho de 1999; II Conferência Municipal de Saúde Mental, que aconteceu em 2001; 5ª Conferência Municipal de Saúde, em 2003, na qual uma das psicólogas relatou que foram aprovadas propostas relativas à saúde mental: “Capacitação profissional, usuários e familiares para a rede pública; definição do quadro técnico, conforme a necessidade da Saúde Mental; atenção em Saúde Mental dentro do P.S.M.; sobreaviso em saúde mental nos fins de semana, feriados e após às 18h; carro em tempo integral; equipe de trabalho descentralizada com abordagem de rua em situação de vulnerabilidade; área de lazer dentro da Santa Casa; acompanhante terapêutico; centro de convivência para o menor infrator; pesquisa científica sobre os índices de adoecimento” (ATA 16/09/2003). As atas também relatam a participação na 7ª Conferência Municipal de Saúde, em 2011, e a discussão sobre a criação de uma comissão de saúde mental no Conselho Municipal de Saúde (ATA 07/11/2000).

As Conferências Nacionais de saúde acontecem de quatro em quatro anos, após a realização das Conferências estaduais e municipais, e são momentos nos quais se reúnem os representantes da sociedade, do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, parlamentares e outros para avaliar a situação da saúde e apontar as diretrizes para a formulação e aperfeiçoamento da política de saúde (BRASIL, 2016). Já, as conferências de saúde temáticas, como é o caso das conferências de saúde

mental, não acontecem de forma periódica. Assim, até o momento foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992, 2001 e 2010), que se constituíram momentos fundamentais para a formulação da discursividade da Reforma Psiquiátrica.

Em Alegrete, as atas enunciam como a realização de conferências municipais de saúde e saúde mental foram potentes em seu papel pedagógico de educação política, tornando-se um espaço estratégico para socializar o debate sobre o SUS e a Reforma Psiquiátrica, assim como qualificar a participação social e formar novos líderes. Além disso, as propostas discutidas e aprovadas na conferência de saúde, em 2003, apontam a implicação dos trabalhadores na efetivação de um serviço e uma rede de saúde mental resolutivos, especialmente em relação à crise psíquica, garantindo atenção 24 horas.

A participação no controle social, a partir do Conselho de Saúde e Conferências de Saúde, também proporcionou aos profissionais do serviço de saúde mental discutir e ajudar a construir a legislação local, o arcabouço legal, da Reforma Psiquiátrica em nível municipal. Assim, em 1997, esses profissionais analisaram e deram parecer favorável ao projeto de lei que instituiu, em âmbito municipal, a pessoa portadora de deficiência. Contribuíram para a elaboração do I Plano Municipal de Saúde Mental (ATA 25/05/99), e sua revisão (ATA 03/08/1999), sendo este considerado pronto em 14 de setembro de 1999. Esse Plano foi revisto, conforme determina a legislação, e nessas revisões foram incluídas as mudanças em relação aos outros pontos de atenção, especialmente em relação às emergências em saúde mental. Também contribuíram para a elaboração da Lei do Sistema de Saúde Mental, a qual foi aprovada na câmara municipal sob o número 4774, em 16/05/2011.

A gente sempre fez o plano municipal da saúde mental (...) que era pensado de dois em dois anos. Não era só o papel para constar dentro do plano de saúde. Não, a equipe sentava, debatia e tinha o cuidado de manter tudo aquilo que a gente vê que é importante para manter o serviço, (...) ia projeto da oficina, ia projeto de acompanhamento no hospital... tudo dentro do plano municipal. (C1T5)

A equipe do serviço fala sobre o plano de saúde da saúde mental, cujo o único item que foi descartado foi sobre o plantão dos finais de semana. Assistente social fala que o plano é um plano a longo prazo, inclusive colocar no plano a capacitação do profissional no pronto socorro. (ATA 18/09/2007)

O Plano Municipal de Saúde é um requisito obrigatório no processo de habilitação às condições de gestão estabelecidas pela NOB-SUS 01/96 e um instrumento na elaboração de um contrato social no município, pois possibilita a profissionalização da gestão pública, além da capacitação e transparência da política de saúde (MOTTIN, 1999). Para a elaboração da política de saúde mental em Alegrete, o plano de saúde foi uma ferramenta estratégica para a avaliação e o planejamento de ações e metas, e sua construção tornou-se um exercício democrático, no qual os profissionais de saúde mental foram protagonistas.

Do mesmo modo, a elaboração da Lei que trata sobre a política de saúde mental do município de Alegrete contou com a participação dos profissionais de saúde mental, que discutiram e negociaram o projeto de lei elaborado por duas profissionais da saúde mental. Essas profissionais sugeriram, como proposta de trabalho final do curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva, a elaboração desse “projeto de lei”, que, a partir de uma negociação com o prefeito, foi encaminhado à Câmara de Vereadores que o aprovou em dezesseis de maio de mil novecentos e noventa e seis.

A elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e do Projeto Técnico do CAPS também contou com a participação dos profissionais do serviço de saúde mental de Alegrete:

LDO - é relatado que até dia 16 de setembro temos que entregar para o secretário de saúde a parte da saúde mental para o planejamento do ano que vem e segunda-feira as coordenações do sistema irão se reunir para a conclusão do mesmo. Psicóloga sugere uma reunião para fazermos o plano plurianual que equivale para os próximos quatro anos. (ATA 04/09/2007)

Programa qualificação dos CAPS. Montagem do projeto, equipe técnica, definir objetivos e metas. (ATA 11/10/2005)

O fato de os profissionais da saúde mental de Alegrete estarem conectados com os discursos suscitados pela reforma sanitária e psiquiátrica e o envolvimento político com o movimento da luta antimanicomial tanto em nível local quanto regional, foi fundamental no processo de cadastramento do SAIS-Mental como CAPSII e de outros seis CAPS na região. Isso porque, quando o Ministério da Saúde começou o processo de cadastramento dos CAPS, em todo o Brasil, a 10ª região de saúde estava em um processo mais avançado do que outras regiões do Rio Grande do Sul. Devido aos encontros promovidos

pelo “*ciclo regional de saúde mental coletiva*”, o modelo da atenção psicossocial já estava sendo discutido e os serviços abertos estavam se organizando e buscando trabalhar a partir dessa lógica.

Dois mil e um a gente fez a conferencia, nós conseguimos, organizamos que a região recebesse sete CAPS, credenciamos na regional sete CAPS. Não credenciamos dois aqui, porque na época o secretário não acreditava que podia credenciar um Ad. (...) quando o Ministério começou a cadastrar, no Rio Grande do Sul, nós estávamos num processo mais avançado do que as outras regiões, porque nós também trabalhávamos com um mecanismo que era da educação permanente, que era o ciclo regional de saúde mental coletiva. (...) então quando veio a questão de montar CAPS, a gente estava com toda a região organizada, equipe louca de vontade de fazer esse serviço em tudo que é lugar e, aí até, enquanto as outras regiões fossem pensar em fazer isso a gente já estava com isso pronto. (C1T5)

O processo de cadastramento de CAPS foi um movimento posterior à promulgação da Lei Federal 10.216/2001, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental no país, instituindo a substituição progressiva dos manicômios por novos pontos de atenção e acolhimento territoriais. Esse texto, aprovado em última instância no plenário da Câmara Federal, após doze anos de tramitação, reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a Reforma Psiquiátrica. O texto, além de versar sobre o redirecionamento da assistência psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e regulamenta o cuidado especial para com as pessoas internadas por longos anos (BRASIL, 2002).

Diferentemente da maioria dos países da Europa Ocidental, que reduziram vigorosamente o número de leitos em hospitais psiquiátricos desde o início dos anos 1980 (THORNICROFT, TANSELLA, LAW, 2008), o Brasil iniciou o processo de reforma psiquiátrica a partir da abertura de serviços comunitários territorializados. No entanto, foi principalmente após a aprovação da lei, em 2001, que houve uma significativa redução de leitos psiquiátricos (cerca de 18.500 entre 2001 e 2009) e implementação de serviços comunitários (BRASIL, 2011).

A Lei 10.216 também foi fundamental para a questão do financiamento federal da Política Nacional de Saúde Mental. A série histórica do gasto per capita, analisado por Gonçalves, Vieira e Delgado (2011), mostrou que, em 2006, houve inversão no modo de financiamento das ações de saúde mental.

Enquanto o valor per capita extra-hospitalar teve o crescimento real de 354,0%, de 2001 a 2009, esse valor hospitalar decresceu 45,5%.

Dessa forma, além das mudanças no financiamento e seus efeitos positivos na implementação do novo modelo de atenção em saúde mental, o envolvimento não somente técnico, mas político e administrativo dos profissionais da saúde mental fez com que Alegrete avançasse nessa questão do investimento municipal em saúde mental.

Quando nós chegamos aqui a comida era de péssima qualidade, o prédio, no banheiro tu entrava e enxergava os esgotos, porque tinha buracos nos banheiros. (...) porque naquela época não tinha o CAPS, o Centro de Atenção Psicossocial. Nós éramos um serviço de saúde mental, que trabalhava e recebia uma verba do Ministério da Saúde através das oficinas terapêuticas. Só que a gente não sabia exatamente, nunca ninguém chegou e disse: Olha, vocês recebem dez, vocês recebem cinco ou vocês não recebem nada. (...) E essa verba nunca era investida no próprio serviço. Então assim, a comida não tinha qualidade, as oficinas não tinham material. O pouquíssimo material que tinha era doado. (...) aí nós fomos modificando a estrutura, arrumamos os banheiros, tudo com a ajuda da comunidade. (...) a gente já tentava se adaptar a (Portaria) 224, só que era muito difícil porque nós não tínhamos recursos, porque todo o recurso que vinha a gente nunca sabia o que tinha. (...) E quando veio a Portaria que começou a vir o dinheiro para os CAPS, aí eu negocieei com o secretário de saúde que (...) todo o recurso que venha nós iríamos investir na saúde mental. (...) E aí a gente começou a trabalhar. Teve algumas capacitações da coordenadoria, reuniões para montar o CAPS. Teve toda uma assessoria do estado também para fazer isso... o Ministério sempre a disposição e aí a gente foi construindo, com a equipe trabalhando (C1T3)

Tinha uns que entravam no serviço e diziam: Ah, vocês não vão durar seis meses. (...) e teve momentos que... investimento, só se a gente fizesse muito barulho. E sempre a gente fez barulho. Foi o jeito que a gente acho de sobrevive com a saúde mental foi com o barulho. No rádio, no isso, no aquilo, sabe, politizando a coisa. (C1T6)

O fato de existir uma lei federal que redireciona o modelo de atenção em saúde mental e enuncia a atenção psicossocial, coloca-a na ordem do discurso político e forma uma construção histórica sob determinadas condições, colocando a subjetividade e sua relação com o discurso em pauta (FERNANDES, 2011). Dessa forma, a lei, mesmo sendo um efeito de movimentos anteriores, contribuiu para a constituição de uma exterioridade na qual relações discursivas abrem possibilidades para a produção de sujeitos profissionais em saúde mental implicados politicamente e protagonistas desse novo modelo.

A aprovação da lei não foi sinônimo de estagnação do movimento, pois era fundamental garantir as condições necessárias para o seu cumprimento.

Nesse sentido, a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2002, foi estratégica porque consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de Estado. O relatório desta Conferência contém as pactuações em relação aos princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil e suas propostas reafirmam os CAPS como estratégicos para a mudança do modelo, defendem a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, além de estabelecer o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no país.

Em Alegrete, o discurso presente nas atas demonstra que, mesmo após o cadastramento do serviço como um CAPS do tipo II, os profissionais procuraram manter um princípio muito defendido no início do movimento de Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial no país, que era o envolvimento com a sociedade. Isto porque esse apoio foi de suma importância para a efetivação da mudança de modelo de atenção e para a formulação de outros discursos que enunciavam o respeito aos direitos de cidadania dos ditos 'loucos'. Assim, o envolvimento político com a comunidade e a ocupação dos espaços da cidade, enquanto princípio que norteou o trabalho desde o início, continuaram em pauta, pois os profissionais tinham o entendimento de que não era suficiente ter

[...] só os técnicos dentro do serviço querendo fazer diferente. Tinha que ter o povo que entendesse porque era feito diferente e como, construído por eles, é que tinha que ser feito (...) como o povo queria ser cuidado (...) militância de uma outra forma de cuidar (C1T6).

O serviço de saúde mental de Alegrete se constituiu a partir da construção de espaços de diálogo com a comunidade, como entrevistas nas rádios, programas radiofônicos – Rádio Gazeta, Líder Alegrete e Minuano FM — e palestras, que tinham o objetivo de expor a saúde mental em Alegrete e debater outros temas pertinentes. As palestras foram realizadas em escolas, no CPERS/Sindicato (Centro dos Professores do Estado do Rio Grande do Sul – Sindicato dos Trabalhadores em Educação), com professores do Estado e município, para alunos do curso de pedagogia, no Conselho Tutelar e nos grupos de Alcoólicos Anônimos. Outra estratégia de aproximação da comunidade foi a realização de grupos de convivência em escolas municipais e estaduais, com temas sobre a educação, relacionamento pais e filhos e escola, participação da família na escola, dentre outros.

Eu acho que foi um dos maiores é... desafios nossos foi esse diálogo com a comunidade, para sensibilizar a respeito do trabalho que a gente vinha fazendo, para realmente avançar nas proposta de consolidar o serviço, de ampliar e qualificar. (C1T4)

A sensibilização da sociedade foi um desafio em todo o território nacional, e para responder a esse desafio o Movimento da Luta Antimanicomial foi fundamental por sua ênfase às questões de âmbito cultural, contando com a participação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001). Assim, este movimento foi responsável pelo envolvimento da sociedade na discussão e reconstrução de sua relação com a loucura, e da nova forma de enunciar a loucura a partir de dispositivos de cuidado abertos e territoriais.

Outra estratégia dos trabalhadores de Alegrete foi estabelecer parcerias com serviços de outros setores para o desenvolvimento de projetos, entre os quais o de horticultura, para o qual foram contatados o Diretor da EMATER (Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural), o coordenador da Escola Agrotécnica Federal de Alegrete e o Secretário de Agricultura como parceiros. Outros projetos foram desenvolvidos em locais públicos da comunidade, como a realização de atividades físicas na quadra de esportes do Clube 7 de Setembro e aulas de pintura e cerâmica no Museu de Artes do município.

E num serviço que tem a pretensão de construir o cuidado em liberdade, que para nós eu vejo que isso é um dos grandes desafios, porque a população no início achava que as pessoas tinham que ser trancafiadas. Que tinha que ter um lugar onde elas iriam, 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. E aí, eu acho que tem uma palavra, essa palavra é diálogo que nós viemos fazendo nesses dezessete anos. (...) explicando como é que é feito o cuidado num espaço tradicional, psiquiátrico e como é que é feito o cuidado num serviço de atenção integral. (C1T6)

O envolvimento dos profissionais com a comunidade sempre foi um princípio buscado para o desenvolvimento da atenção psicossocial em Alegrete. Tanto a Reforma Psiquiátrica, no Brasil, quanto o movimento democrático na Itália, movimento no qual a experiência brasileira se inspira, buscaram dar visibilidade ao trabalho desenvolvido de forma a obter o apoio da sociedade para a construção de espaços de convivência com a diferença.

Para superar o paradigma psiquiátrico que se estruturou em torno do isolamento e da exclusão social, a Reforma Psiquiátrica no Brasil, além de se

vincular ao SUS e aos seus princípios da hierarquização, municipalização, participação e controle social, articulou várias dimensões, dentre as quais a dimensão sociocultural, que se refere às questões relativas à construção de um novo lugar social para a loucura, por meio da transformação do seu imaginário e de suas relações com a sociedade.

Portanto, essa estratégia é fundamental para um trabalho que busca a reinserção social e o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico. Para tanto, houve, por parte dos trabalhadores, a necessidade de conversar com os técnicos do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) acerca dos benefícios previdenciários:

Vice-prefeita fala que veio trazer um convite para 08/12/2007 na Câmara Municipal, onde será tratada uma discussão com o INSS, médicos peritos, a questão dos benefícios. Essa reunião é de suma importância. (ATA 30/10/2007)

Trata-se, enfim, de uma luta política para uma transformação social. Para mudar a lógica psiquiátrica de exclusão e isolamento foi necessário um diálogo constante e permanente, através dos meios de comunicação, de modo a explicitar “a forma de cuidado” que estava sendo construída em Alegrete. E além dos programas de rádio e entrevistas foram feitos pedágios informativos (que de acordo com as atas são atividades de entrega de material explicativo aos motoristas da cidade) para dar visibilidade à atenção integral e como esta se diferencia do modelo psiquiátrico tradicional. Os registros demonstram que o diálogo e a integração com a comunidade não foram realizados somente no início da história do serviço, mas acompanham sua trajetória.

Assistente social falou sobre a importância de um trabalho integrado à comunidade e que muita coisa melhorou em relação à época que o serviço veio para este local... Técnico em enfermagem discorda da integração dos meninos do bairro com os “pacientes”, pois acha que isso reprime as capacidades dos usuários. Assistente social diz que esta fala evidencia a necessidade de uma supervisão ou capacitação em saúde mental. (...). os psiquiatras acreditam na possibilidade dessa integração pois a troca é contributiva para os dois lados. Psicóloga cita a praça em torno do serviço como uma possibilidade de integração. (ATA 31/03/1998)

Psicóloga ressalta que é necessário construir uma teia com a comunidade para que o CAPS não fique encapsulado, para que os usuários possam se desprender do centro e serem mais autônomos e que os funcionários não se sintam tão perdidos em seus esforços. (ATA 19/12/2006).

A aproximação com a comunidade aconteceu em diversos espaços e momentos. Um deles foi na Semana de Comemoração do Aniversário do

CAPS, na qual, além de atividades internas — café e churrasco para equipe e usuários e visita aos serviços da rede de saúde mental (CAPSad, residência, CAPSi, Santa Casa) —, foi realizado o “*pedágio de mobilização com a mensagem “Dê atenção às diferenças: cuidar sim, excluir não”*”; entrevista na Rádio Alegrete para falar “*sobre os 16 anos do serviço*”; e uma audiência pública com o mesmo objetivo (ATA 12/07/2005). Essa estratégia de aproximação com a comunidade possibilitava que o trabalho tivesse visibilidade e buscava o apoio social.

Vamos para rua, vamos mobilizar a sociedade e chamar apoio das pessoas, por que a gente não tinha muito com quem contar por convencimento e isso foi (...), no nosso processo foi uma formula interessante por que tudo o que a gente construía a gente socializava, as pessoas sabiam o que estava acontecendo e apoiavam e permitiam, e a gente mostrava por A mais B que vale a pena cuidar desse jeito. Então me parece que esse é um indicador bom para a desinstitucionalização (C2aT16)

Outro marco que faz não só o serviço ter se estruturado desta forma, foi a questão da sociedade, da conversa com o povo de Alegrete. Sempre foi muito intensa. (...) e a gente usava muito a estratégia de rádio, de informativo, de mobilização na rua, no calçadão, na praça, fazendo projeto de interferência com a comunidade. Tudo que era data era motivo para estar na rua. Então, não só no dia da luta antimanicomial. Era no dia mundial da saúde, era o dia estadual da saúde. Então a gente sempre estava em todos os movimentos que podiam fazer a inserção, fazendo panfleto, indo na rádio sempre, nos jornais, indo em tudo que era lugar que nos chamavam. Se a igreja nos chamava a gente ia. Se o CTG chamava a gente ia. Todo mundo que chamava, que queria uma conversa, que queria uma palestra, a gente transformava: Ah! Pediam uma palestra sobre agressividade. A gente ia, transformava aquele pedido deles. (...) ah! Então é agressividade quando se trata de criança na escola, ou é problema de sexualidade. Então tu sempre fazia um tema abordando a questão da saúde mental, da reforma psiquiátrica e, lá pelas tantas também inserir aquele tema que o pessoal solicitava. (C1T5)

A sensibilização da comunidade para com o tema da exclusão da loucura, da diferença é uma estratégia que marca o trabalho em saúde mental de Alegrete. E um acontecimento, talvez o mais significativo, nos últimos anos, para desenvolver essa estratégia, foi a criação da Parada Gaúcha do Orgulho Louco (PGOL), com sua primeira edição em 2011, com o tema “De perto ninguém é normal” e contou com a presença de 53 instituições e 3.000 pessoas, aproximadamente. Já, na segunda edição, em 2012, teve como tema “Qorpo-Santo⁴²-184 anos: Loucos pela vida, SUStentando as diferenças”, e

⁴² A II Parada Gaúcha do Orgulho Louco homenageou José Joaquim de Campos Leão, Qorpo-Santo, na comemoração dos 184 anos de seu nascimento (19/4/1829). Qorpo-Santo que é conhecido como Pai do Teatro do Absurdo e que produziu, em Alegrete, a maioria de suas

contou com presença de 74 instituições e 5.000 pessoas, aproximadamente. A III PGOL, em 2013, adotou o tema “Ao preconceito digo não! Da liberdade não abro mão” e a presença de 5.000 pessoas, aproximadamente. Em 2014, a IV PGOL, com o tema “Sou o que sou porque nós somos”, contou com a presença de 4.000 pessoas, aproximadamente.

A Parada não é somente um desfile, caminhada, mas engloba um conjunto de ações artísticas e culturais: a ‘Feira de Artesanato’, ‘Mostra de Alimentação Escolar e Sustentável’, bancas de venda e de degustação de alimentos que tenham o ‘Selo Gaúcho do Orgulho Louco’, ‘Encontro de Bonecos e Teatro de Rua’, ‘Projeto Livro Livre’, ‘Oficina do Qorpo-Santo’, ‘Oficina dos Chapeleiros Loucos’, entre outros.

O evento é organizado pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental Coletiva/Núcleo Alegrete, conjuntamente com o Colegiado Gestor do SAIS-Mental, a Associação Tabatinga, a Prefeitura Municipal de Alegrete, através da Secretarias de Saúde, de Educação e Cultura, do Meio Ambiente e da Assistência Social. Tem como objetivo proporcionar 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” (<http://paradagauchadoorgulholouco.blogspot.com.br/>).

Os profissionais investiram nessa estratégia como forma de promover uma mudança cultural em relação à loucura e uma forma de reinserir socialmente o usuário do serviço.

Acho que nós participamos de maneira intensa, inclusive nos últimos anos com a passeata do Orgulho Louco então está dando um outro

obras. Qorpo-Santo criou a escola primária e secundária de Alegrete, onde mais tarde foi seu diretor. Fundou o Jornal A Justiça, foi subdelegado de polícia, vereador e grande republicano. Teve sua sanidade sob suspeição por divergências com o juiz local e o pedido da família (o que houve então?). Em 1861, de volta a Porto Alegre, segue a carreira de professor e começa a escrever sua Ensiqlopédia ou seis meses de huma enfermidade. Parecem manifestar-se, neste momento, os primeiros sinais de seus transtornos psíquicos, rotulados então sob o diagnóstico de “monomania”, sendo afastado do ensino e interditado judicialmente a pedido da própria família. QS não aceita pacificamente este seu enquadramento psiquiátrico, recorrendo ao Rio de Janeiro, sendo examinado então por médicos daquela capital, que diferem do diagnóstico inicial e não endossam sua interdição judicial. Todavia, o estigma estava posto, e o autor se viu cada vez mais isolado. Este isolamento social parecia incitá-lo a escrever febrilmente, e o levou a constituir sua própria gráfica, na qual viabilizava e editava sua produção textual. Qorpo-Santo é parte de nossa história, é um exemplo da defesa da cultura como política emancipatória, e orgulho para Alegrete, para o Rio Grande do Sul e para o Brasil. (<http://paradagauchadoorgulholouco.blogspot.com.br/>).

olhar para pessoas com a sua diversidade quer dizer que, eu tenho um jeito de ser. (C2aT28).

Aqui em Alegrete tem essa questão do orgulho louco, então eles sempre falam assim que eles são um grupo unido, que eles querem mostrar o potencial deles, mas que eles não querem ter olhar de discriminação. (C2aT3)

No entanto, esse foi um processo de mudança cultural que começou dentro do próprio serviço de saúde mental, pois o nome dado a esse movimento gerou muitas discussões, conforme se observa no relato abaixo:

A gente tem esse processo da parada gaúcha do orgulho louco. (...) daí até quando a gente lançou esse nome orgulho louco, há quem tem orgulho de ser louco (risos). (...) até por parte da equipe, aquela resistência, mas como é que é isso, como é que a gente vai exaltar esse negócio da loucura e coisa e tal, mas é no sentido da gente quebrar mesmo, que a loucura tá em todos os lugares e que nossos usuários podem conviver na comunidade e em sociedade. (...) porque ser diferente é o X da questão, melhor coisa que tem é a diferença, não ser todo mundo igualzinho. (C2aT8)

Dessa forma, a PGOL conscientiza a sociedade sobre o direito de ser diferente, o direito do 'louco' de vivenciar sua subjetividade de modo diferente dos parâmetros psiquiátricos; mostra que não existe um lugar para a loucura porque ela está em todos os lugares. E para garantir essa ressignificação foi necessário mobilizar a cidade e a região. Para tanto, foram realizadas algumas ações.

A gente completou 25 anos esse ano (2014), e tu sabe que antes da semana da parada a gente faz um processo que a gente chama de paradinhas pela vida, aí a gente (...) monta as equipes e cada equipe vai em tantas escolas, a gente divide as escolas, a gente divide as instituições da cidade, inclusive a secretaria do município a gente faz esses lugares e na região também a gente transita em algumas cidades que fazem as suas paradinhas, antes da parada gaúcha do orgulho louco, já pra gente discutir o tema saúde mental. (...) E vem crescendo esse movimento, as cidades tão querendo fazer esse mesmo movimento também, em outro lugar, a gente vê isso (...) E se mobilizam e fazem camisetas e vem com os ônibus lotados para cá para participar desse momento. (C2aT8)

Em virtude desse grande envolvimento, a Parada do Orgulho Louco contribuiu para a mudança de concepção em relação à loucura. Hoje, percebe-se que a maior parcela da sociedade de Alegrete considera o louco alguém com quem se pode conviver, que não precisa ser excluído. Porém, essa concepção parte de dois posicionamentos distintos:

A gente convive com duas posições. Uma é afirmativa de que sim pode conviver, por que tem direitos e outra que diz o seguinte: coitado deles que ficaram muito tempo 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. (...) mas se apertar numa discussão esse não vai defender, esse grupo vai ficar quieto, vai esperar para ver o que vai dar...o outro grupo mais de consciência vai à luta, vai trabalhar mais. (C2aT16)

O trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde mental em Alegrete, especialmente com essa característica de envolvimento com a comunidade, através da participação em atividades com apresentações de flauta, capoeira, comercialização do artesanato produzido pelos usuários, vem possibilitando a reverberação do discurso psicossocial e promovendo uma transformação cultural no sentido de diminuir o estigma e a discriminação em relação ao sofrimento psíquico.

Então a comunidade passou a conhecer muito mais o que a gente desenvolve, quem são esses nossos usuários, a comunidade está vendo a saúde mental com bons olhos (...) Eu vejo que a comunidade tá aceitando muito mais a loucura em Alegrete, a comunidade tá muito mais solidária com nossos usuários, com a saúde mental. (C2aT8)

A gente sempre teve que desbravar o espaço nesta cidade, mas a gente sempre teve um ótimo diálogo, a gente sempre foi colocar o trabalho, as pessoas tinham, como é da cultura, um conceito sobre o que era saúde mental, principalmente relacionada a questão da loucura, e hoje as pessoas já tem uma noção um pouco melhor. Logicamente ainda tem muita gente que entende como um simples tratamento do louco, não como um direito que todos nós temos, de ter saúde, saúde emocional. (C1T4)

Essa legitimidade social que o trabalho foi ganhando no decorrer de sua história também repercutiu na relação com a gestão municipal, que teve momentos de maior aproximação, nos quais houve o apoio para a atenção psicossocial que estava se constituindo no município e o reconhecimento do trabalho desenvolvido, e outros momentos em que não houve esse apoio. Porém, a marca dessa relação é o comprometimento dos profissionais que, afetados pelo discurso psicossocial, implementaram modos de fazer em saúde mental que garantissem cidadania e um tratamento em liberdade.

Secretário de saúde solicita triagem dos usuários encaminhados ao hospital psiquiátrico visando esclarecer sobre o serviço e das possibilidades de fazer o tratamento na cidade e abordagem das famílias; atendimento na hora por quem estiver no momento no serviço. (ATA 25/02/1994)

Mas como tu viu mesmo o secretário lá dizendo que a saúde mental sempre fez as coisas além, talvez por isso que eles dizem que a gente é uma situação a parte. Porque a gente faz aquilo que tem que ser feito. Nunca ninguém chegou dizendo: o secretário mandou, vamos fazer. Bom, se a equipe acha que aquilo tem que ser feito a gente vai lá fala com o secretário e diz que tem que fazer. Pelo menos sempre foi assim. (C1T3)

Teve períodos que a gente teve apoio da gestão, teve períodos que a gente não teve. E dos períodos que nós não tivemos, nunca foi motivo para diminuir o atendimento. (C1T5)

Segundo o trabalhador C1T5, houve momentos de conflito nessa relação com a gestão, que surgiu não *“por questão de diferença ideológica, mas por dificuldade de entendimento da política de saúde mental, da importância”* dessa política por parte dos gestores. Por isso, na mudança de representantes da gestão houve a necessidade de *“retomar e fazer toda uma sensibilização de novo”*.

O fato de o serviço de saúde mental ter sido construído articulado com os usuários, familiares e comunidade, trouxe o respaldo necessário para garantir que, mesmo não concordando, a gestão sempre respeitasse o trabalho desenvolvido e mesmo nos momentos mais conflitantes, com profissionais recebendo *“castigo, retaliação”*, não conseguiram parar a *“militância da saúde mental e da reforma psiquiátrica”* em Alegrete (C1T5).

Respeitavam no sentido de não ter a audácia, como muitos lugares já tiveram, de querer desmanchar o serviço, achar que não vale a pena e tal. Isso a gente nunca permitiu (C1T5).

Dessa forma, pode-se dizer que *“os gestores eles foram parceiros, mas a parceria foi meio que sucumbida pelo processo do movimento”*. É *“esse modelo, que articula um pouco com gestor, um pouco com a câmara, um pouco com executivo”*, que é o *“ator da saúde mental nesse município”*. É o movimento de luta antimanicomial que *“tem sido o gestor do espaço”*, quem tem dado o *“suporte e quem briga com quem tem que brigar”* (C1T6).

Para garantir o direito do acesso às ações e aos serviços de saúde mental, além do envolvimento com a comunidade, outra marca do trabalho de Alegrete foi o entendimento da necessidade desenvolver um trabalho em rede para responder à complexidade do sofrimento psíquico e o envolvimento dos profissionais na organização de cada serviço que compõe essa rede. Esse movimento foi fundamental para legitimar o discurso da atenção psicossocial na cidade e dar visibilidade ao trabalho desenvolvido.

[...] o período que a gente estabeleceu o ambulatório de saúde mental em oitenta e nove. E os nossos princípios de lá para cá, eles sempre foram do trabalho em rede. (C1T3)

Desde mil novecentos e noventa e cinco, noventa e seis, a gente vêm falando o que seria uma rede de saúde mental, o que seria um sistema, que pudesse está contemplado os leitos no hospital geral, a

questão das urgências, a questão de todos os serviços, de todas as pontas. (C1T5)

Esse princípio do trabalho em rede fez com que a equipe se mobilizasse não apenas para a organização de um serviço, mas para a construção de uma rede de atenção psicossocial, com diversos pontos, em que as necessidades advindas do sofrimento psíquico pudessem ser atendidas. Para oferecer a atenção psicossocial, especialmente no momento de crise psíquica e subverter a lógica manicomial, foi fundamental a relação construída com o Hospital Geral (HG) do município.

Já, no início das atividades desenvolvidas no serviço, era pauta das reuniões de equipe a necessidade de conseguir leitos para os pacientes psiquiátricos na Santa Casa do município. Por isso, foram realizadas várias visitas a essa instituição no intuito de firmar a parceria. Como resultado dessa incipiente relação, na reunião do dia 23.08.1991 foi comunicado que o serviço havia conseguido três leitos para a saúde mental no HG.

No entanto, a relação com a Santa Casa se construiu a partir do embate de discursos divergentes que circulavam, os quais afetavam diferentemente a equipe de saúde mental: a equipe de saúde mental apontava para a necessidade de mais leitos, pois o objetivo do serviço era terminar com o encaminhamento para internação psiquiátrica fora do município; e a direção do Hospital Geral e sua equipe apontavam as dificuldades para o atendimento psiquiátrico, enfocando principalmente o despreparo dos profissionais.

Dificuldades de abordagem e manejo com o Hospital Santa Casa. Agilizar negociações. (ATA 11.08.1998)

Os registros em ata mostram como o discurso psiquiátrico atravessava as relações e buscava interditar os ecos do discurso psicossocial que estava em formação no país. No entanto, os profissionais de saúde mental eram os responsáveis por fazer circular o discurso psicossocial, e para legitimá-lo propuseram algumas ações que visavam uma aproximação com o Hospital Geral. Uma destas ações foi a realização de capacitações de modo a responder as necessidades advindas do despreparo profissional e qualificar o atendimento e acompanhamento oferecidos no hospital.

Eu vejo que o pessoal que estão trabalhando lá agora (HG), eles estão muito mais humanizados, muito mais sensibilizados, porque esse pessoal... era, era, era meio complicado, até porque eles são pessoas, são pacientes difíceis... como eles dizem lá, eles

incomodam. Desde o porteiro do hospital a gente teve que fazer um trabalho (capacitação), porque eles não têm paciência (...). Então é complicado esse manejo deles. (C1T1)

Outra decisão tomada no sentido de melhorar a relação com o HG foi o acompanhamento diurno dos usuários internados pelo serviço de saúde mental. Essa ação, desenvolvida durante mais de dez anos, começou a partir de agosto de 1994, quando os usuários hospitalizados na Santa Casa passaram a ser levados diariamente ao serviço para participar das atividades.

Mesmo com as propostas para estreitar e qualificar a relação entre o serviço de saúde mental e o HG, as atas demonstram que de tempos em tempos era necessário refazer as negociações e pactuações de forma a manter o espaço e avançar com o processo de reforma psiquiátrica local, garantindo a internação psiquiátrica no Hospital Geral.

Os leitos também sempre foi um desejo muito forte do serviço de saúde mental, desde que foi criado. Mas sempre houve uma resistência muito grande do hospital. Não queria, não queria. Quando internava um paciente eles diziam: não! Vocês têm que mandar o acompanhante para cá, se não a gente não fica. E aí o paciente incomodava um pouquinho, aí eles queriam manda o paciente embora porque o paciente estava incomodando e aí pressionavam o psiquiatra para mandar para o hospital psiquiátrico. E a equipe do serviço de saúde mental, antes de ser, antes da lei... bancava. (...) a equipe bancava, plantões no hospital, ficava lá fim de semana, fazia rodízio, fazia plantão. (C1T3)

Nas atas encontram-se excertos nos quais o psiquiatra comunica as dificuldades no relacionamento com os pacientes psiquiátricos na Santa Casa, e por isso a administração mostrava resistência nas internações. E em casos de usuários em crise, para os quais havia sido indicada internação, o HG respondia que não havia leitos disponíveis.

Usuário – indicado baixa hospitalar. Em surto. Fugiu de casa para a estrada. Foi encontrado. Não tem vaga. (ATA 08/12/98)

Com o hospital geral as vezes a gente tem uns impasses em relação aos leitos, os leitos que são nossos e quando a gente está precisando para os nossos usuários em crise a gente nunca tem, a gente não usufrui de algo que a gente deveria ter esse direito. (C2T13)

E para mudar essa realidade e melhorar a relação entre os serviços, de modo a qualificar o acesso aos leitos, foram realizadas várias reuniões, e os profissionais do serviço de saúde mental se comprometeram a ajudar na elaboração do projeto de cadastramento dos leitos do HG. Para tanto, realizaram alguns movimentos como conversas com o administrador e ligações para a coordenação Nacional de Saúde Mental, em Brasília, de forma a manter

um contato direto com o setor responsável pelo cadastramento de leitos psiquiátricos em Hospital Geral. Além disso, foi elaborado um esboço de projeto de capacitação para os profissionais de enfermagem que trabalhavam no hospital. Pouco tempo depois, voltou-se a falar, nas reuniões de equipe, sobre as dificuldades na internação psiquiátrica nesta instituição.

O diretor técnico e diretor clínico do HG falaram para o psiquiatra da dificuldade em atender pacientes psiquiátricos. O psiquiatra expôs nossa forma de trabalhar e a disposição que temos para trabalharmos juntos. (ATA 13.01.1998)

A enunciação acima demonstra que, mesmo nos momentos de maior conflito na relação com o hospital, quando seus diretores citavam as dificuldades de trabalhar a partir do novo modelo, os profissionais expunham sua implicação na busca pela legitimação do discurso psicossocial e sua disposição para trabalharem conjuntamente para qualificar o acesso aos leitos psiquiátricos no Hospital Geral. Isto porque entendiam a importância do acesso a esse ponto de atenção no cuidado às situações de crise psíquica.

O papel estratégico que as unidades psiquiátricas podem desempenhar em hospital geral (DELGADO, 1997), enquanto equipamentos de Saúde Mental, é pontuado desde o início no discurso político da Reforma Psiquiátrica, sendo apontado já no relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental. A forma de organização, diretrizes e normas de funcionamento dessa unidade foram estabelecidas na Portaria n. 224/92, que estabelece uma assistência em saúde mental pautada nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e prevê a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas, a garantia de continuidade assistencial nos vários níveis, a atenção multiprofissional e a participação social. Essa unidade oferece uma retaguarda hospitalar em casos em que haja a necessidade de internação, e para os quais foram esgotadas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalar e de urgência.

Antes da reformulação da assistência psiquiátrica no Brasil, a maior parte do atendimento às emergências psiquiátricas se limitava aos setores de admissão dos manicômios, e para mudar essa realidade, a partir de uma proposta terapêutica mais ampla e humanizada, surgiu a necessidade de organizar unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais. Embora essa proposta permita uma redução de estigmas e preconceitos, e apresente vantagens na avaliação diagnóstica e no manejo clínico em relação às

internações tradicionais, ainda existem obstáculos e muita resistência para sua implantação (BARROS, TUNG, MARI, 2010), não somente em Alegrete, mas em vários municípios.

Para vencer a resistência da direção e equipe do HG, a relação com esse serviço foi pauta em muitas outras reuniões. Em uma delas foi comunicada a fuga de pacientes no HG, e discutida a possibilidade para o acompanhamento familiar no hospital (ATA 27.08.1993) que, naquele momento e ainda hoje, não existe. Em outra reunião foram discutidas as visitas hospitalares e reforçado o combinado de prescrever visita e orientação à equipe do HG e ao paciente internado. Foi sugerida a criação de um espaço para a equipe do hospital tirar suas dúvidas sobre o manejo com o internado e também foi comentado sobre a possibilidade de as equipes trabalharem os mesmos limites com os usuários (ATA 19.10.1999).

O atendimento em saúde mental no Hospital Geral continuou sendo tema de discussão e de intervenção da equipe:

A secretaria de saúde solicitou um projeto de atendimento da saúde mental no Hospital Geral (Santa Casa). A Coordenadora fez a leitura da Lei do MS número 224. A Santa Casa deseja capacitação aos funcionários que irão fazer acompanhamento terapêutico aos pacientes internados. (ATA 08.05.2001)

A Portaria n. 224/92, em relação às normas de funcionamento, prevê que as atividades propostas devem ser particularizadas e abranger: avaliação médico-psicológica e social; atendimento individual e grupal; abordagem à família; preparação para a alta. Em Alegrete essas atividades eram desenvolvidas com a corresponsabilidade dos profissionais do serviço de saúde mental, pois os usuários internados passavam o dia nesse serviço.

Em 2005, a construção da área de lazer, uma pauta bastante discutida e reivindicada pela equipe do serviço de saúde mental e prevista na Portaria n. 224/92, começou a tornar-se um projeto real a partir da cedência do espaço. Porém, devido à falta de recursos financeiros e a dificuldade de negociação com a prefeitura municipal e com a administração da Santa Casa os profissionais de saúde mental iniciaram um movimento comunitário (ATA 17.05.2005), e a partir deste conseguiram efetivar o projeto. As ações realizadas para concretizar esse desejo da equipe podem ser observadas no relato abaixo:

A gente começou a trabalhar com a Santa Casa de que eles tinham que assumir. Se eles tinham leitos psiquiátricos cadastrados, eles tinham que assumir. Só que isso passou um ano, passou dois, passou três e recém o ano passado que a gente conseguiu inaugurar uma área de lazer lá. (...) como foi feito para inaugurar essa área de lazer? Toda a equipe do CAPS se mobilizou e a gente pediu para o administrador que está lá agora, para que nos desse uma peça dentro do posto dois que é a unidade clínica, para que a gente fizesse uma área de lazer e um pátio, investir na área. Que o município ia ter que investir. E fomos até o município, e sempre tem as rivalidades, e o município disse que não ia investir na Santa Casa. Que eles já ajudavam muito a Santa Casa para estar investindo mais ainda, que era obrigação da Santa Casa. E aí nós ficamos no meio desse... aí o que que a gente fez. A gente fez uma ação entre amigos, fez um levantamento do que precisava e começou a recolher dez reais de cada um. (...) aí nós conseguimos o dinheiro do pedreiro, a tela, a Santa Casa deu o cimento, areia, tudo. (...) conseguimos TV, som, conseguimos armário, conseguimos mesa, cadeira, enfim, montamos a área de lazer, para marcar o espaço que nós precisávamos. (C1T3)

Na terça-feira: inauguração dos leitos psiquiátricos em hospital geral mais área de lazer na Santa Casa. (ATA 12.07.2005)

Um aspecto importante na relação entre os profissionais de saúde mental e o Hospital Geral foram as capacitações desenvolvidas, as quais tinham o objetivo de sensibilizar os profissionais em relação ao sofrimento psíquico e instrumentalizá-los de forma a garantir uma assistência de qualidade.

Ah! nós fizemos uma capacitação paralelo a essa construção da área. Nós íamos todas as terças e quartas de tarde, reunimos todos os funcionários que queriam e a gente capacitou, quanto as doenças, a dependência química, sobre os conceitos de saúde. A gente fez um trabalho bem legal, que a gente até tem que repetir agora porque muda muito. Então de tempos em tempos a gente repete (...). Eu acho que lá na Santa Casa agora, tem esse olhar. Eu acho que tão... tem gente que gosta, tem gente que conhece, tem gente que está lendo. Mas tem muito ainda que sensibilizar. (C1T3)

Psicóloga relata que os funcionários do hospital têm muito preconceito com relação aos pacientes psiquiátricos, por serem pacientes que circulam o tempo todo e demandem maiores cuidados, no entanto referiu que a equipe do CAPS realizou uma capacitação para os profissionais da enfermagem com o intuito de quebrar um pouco este preconceito. (DC3C1)

Foram várias as capacitações para a equipe do HG e em uma delas foi realizada uma oficina sobre Saúde Mental e humanização – “Cuidados na crise” – por uma das psicólogas do serviço de saúde mental (ATA 05/12/2006). Em relação à crise psíquica, aparece ainda nas atas a discussão sobre a qualificação desse atendimento na Santa Casa. Para tanto, foi apontada a necessidade de um acompanhante terapêutico 24 horas, em casos de internação de usuários do serviço, e, para tanto, a necessidade de criação

desse cargo. Além disto, foram várias as discussões sobre a importância da participação dos profissionais de saúde mental no hospital para, através das visitas hospitalares, manter o vínculo com os usuários já acompanhados, mesmo no momento da internação.

Essa relação, na qual os discursos evidenciaram a premência do saber-poder e a subjetivação dos profissionais de saúde mental enquanto protagonistas da rede psicossocial, se mostrou promissora e avançou significativamente em pouco mais de uma década. Em reunião ocorrida em 25 de setembro de 2012, o coordenador do CAPS informou sobre os leitos de saúde mental da Santa Casa, destacando a existência de dezessete leitos, mais quatro ainda não cadastrados, além de uma equipe técnica qualificada para atender os usuários. Assim, a aprovação do projeto de cadastramento dos leitos tornou o hospital um parceiro na rede de atenção psicossocial, pois este assumiu responsabilidades, o que facilitou as negociações em casos nos quais a internação era indicada.

Esse projeto que eles apresentaram na coordenadoria, a gente cobra deles. Para isso tem o projeto. Então porque, não pode ficar só no papel o projeto. Então agora a gente tem mais ânimo até no sentido de que eles têm a parte deles, eles sabem que eles têm a responsabilidade (C1T3).

No hospital as vezes dá um estress, não tem leito, mas é bom o relacionamento, procuram sempre fazer o melhor. (C2T15)

Assim, além da importância da retaguarda de leitos hospitalares para se estabelecer uma rede de atenção psicossocial e garantir a atenção à crise, outro ponto importante e muito discutido em reunião de equipe foram os atendimentos de emergência. No início de sua organização, o serviço de saúde mental abria suas portas nos finais de semana em regime de plantão, e os profissionais escalados trabalhavam no sistema de horas extras. Segundo a coordenadora do serviço da época, os plantões começaram *“sem a autorização do secretário e quando ele se deu conta já tinha plantão”* (C1T5). Posteriormente, foi negociado e mantido.

Os relatos presentes nas atas e nas entrevistas demonstram que a organização dos plantões nos fins de semana buscava responder às necessidades dos usuários já em acompanhamento e que faziam uso de medicação no serviço ou, por motivos de vulnerabilidade social e familiar, não tinham outro espaço para a convivência e trocas sociais.

Tinha o esquema de plantão, (...) porque nós tínhamos problemas com residência, as pessoas não tinham para onde ir, as vezes ficava no hospital e o hospital não conseguia dar conta, então a gente tinha que dá suporte e aí fazíamos esquema de plantão, dois, três funcionários trabalhavam, no sábado e no domingo para dar conta (...). Porque tinha que dar certo a saúde mental. (C1T6)

Portanto, além de funcionar como retaguarda para os casos de vulnerabilidade social, os plantões eram responsáveis pelo atendimento das emergências em saúde mental ocorridas na cidade. Era o ponto de atenção às urgências porque “o *Pronto-Socorro recorria a essa pessoa que estava de plantão do serviço de saúde mental*” e também o hospital geral, quando ocorria “*qualquer problema com paciente internado*” (C1T3).

Os plantões também eram realizados com o objetivo de prevenir crises ou a agudização de sintomas.

Só que o trabalho não pára nunca, entendeu. (...) A gente tem plantões. Então (...) se o feriado é na quinta, por exemplo, feriadão quinta e sexta. Porque sempre a prefeitura costuma fazer feriadão. E a gente, opta por não parar. Então aí a gente faz uma escala. Fica um técnico, fica um psicólogo, fica um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um oficineiro de plantão aqui. (...) Geralmente quando as coisas estão mais tranquilas, que a gente vê que não tem nenhum paciente que esteja precisando daquele... aí a gente costuma, se a quinta é o feriado, a gente faz na sexta o plantão. Deixa um dia só eles em casa e não quatro seguidos. (...) Porque aí segunda eles voltam mais tranquilos. (C1T1)

No entanto, uma questão muito discutida em relação aos plantões era como “*normatizar isso para que fosse da estrutura do serviço, e não militância*”, pois “*chega um ponto que não tem quem mantenha e é difícil fazer, conseguir ter o entendimento que tem que fazer*” (C1P5). E devido à impossibilidade de normatizá-los, os plantões foram encerrados.

Proposta de encerramento do funcionamento do serviço no sábado e domingo (somente sobreaviso), faremos o levantamento do pessoal que vem no fim de semana para ver a possibilidade de ficarem em casa e trabalhar a família para nos ajudar nisso (ATA 03.03.1998).

Os plantões de sábado e domingo ficarão sob a responsabilidade da Assistente social, com esquema de acompanhamento do César Bairros no hospital... (ATA 26.05.1998)

Psicóloga coloca de como está sendo conduzido (o plantão) e de quanto é arriscado ficar só com o zelador arcando com tudo. Proposta: começar a trabalhar com os usuários o fato de não ter a medicação e a comida no SAISMA. Qualificar o plantão com celular (solicitar novamente a sec. De saúde) e resolver os problemas de leitos para usuários de saúde mental. Dificuldade para conseguir vagas (ATA 03.11.1998).

O fim do funcionamento do serviço nos fins de semana ocorreu devido às dificuldades de realizar os plantões decorrente do número diminuído de

peessoas e a insegurança, pois o plantão era realizado por um profissional e o zelador. Em uma reunião extraordinária (ATA 24.03.1998) para discutir o funcionamento dos plantões de fim de semana, os profissionais expuseram suas dificuldades e anseios. Falaram sobre a sobrecarga de trabalho advinda com o crescimento do serviço e sua abertura nos finais de semana, da exigência e comprometimento que um trabalho com foco na integralidade traz e da insegurança de não saber se estavam no caminho certo, se estavam produzindo mais cuidado ou tutela.

Essa insegurança vivenciada parecia decorrer do fato de se trabalhar em um modelo ainda incipiente, para o qual não se tinha princípios organizacionais definidos. Porém, foi esse trabalho dos profissionais de Alegrete e de outros profissionais de saúde mental, em diversos pontos do Brasil, baseado na experimentação e em princípios teóricos — estes sim, bem definidos e calcados na premissa de que a ‘liberdade é terapêutica’ —, que criou as condições favoráveis para a aprovação nacional da lei da Reforma Psiquiátrica e a construção da rede de cuidados em saúde mental que se tem hoje.

Em Alegrete, os profissionais decidiram, como forma de superar as dificuldades e a insegurança, que eram necessárias capacitação e supervisão para a equipe melhorar a estrutura e cuidar do cuidador a partir da análise da forma de trabalho, identificando os pontos de tensão e de limite do cuidado e como estes interferiam no desenvolvimento do trabalho e na qualidade de vida dos profissionais.

Coordenadora fala das dificuldades que se encontra para trabalhar. Está pensando em largar a coordenação. Oficineira acha que realmente ela tem que pensar na vida pessoal dela. Coordenadora expõe os problemas de plantões de fim de semana. Então ela sugere que o secretário venha até o serviço para uma reunião. A psicóloga também expõe da gente analisar a forma de trabalho. Falou-se da forma que foi crescendo o serviço. Primeiro era de forma ambulatorial somente um turno. Depois tempo integral, depois nos fins de semana. Só que foi aumentando o trabalho e não aumentou os funcionários. Sobrecarregou. A assistente social expõe que foi um ganho de funcionar o dia todo. Que o trabalho nas escolas é atendimento. É promoção de saúde. Ela acha que o serviço deve trabalhar o dia todo, mas não essa sugestão de atendimentos. “temos que limitar os atendimentos. Rever os plantões de atendimento”. Foi falado do clima de tensão (pressão) em que se trabalha. (...) Luiza fala que precisamos de uma estrutura. Falou-se que é uma loucura o grupo assumir tudo na vida de nossos usuários e a família deles? Assistente social fala que devemos saber lidar com o nosso limite, as vezes extrapolar e as vezes frear. Capacitar as famílias para lidar com seus familiares (doentes mentais). Foi comentado o pedido de socorro da

Coordenadora quando diz que está no seu limite. Assistente social fala que o plantão pode deixar de ser feito, mas em alguma urgência vai ter que funcionar. Fazer supervisão de seis em seis meses. (ATA 24.03.1998)

Essa enunciação pode ser analisada sob diversos aspectos, porém, frisam-se, aqui, duas questões. A primeira diz respeito ao entendimento de que o serviço de saúde mental é um lugar para o cuidado de todos, fato reforçado pela enunciação abaixo:

E eu acho que saúde mental é isso. É a gente cuidar da gente, cuidar dos outros, cuidar da vida, viver bem. E é isso que a gente quer que as pessoas cada vez mais vão tendo consciência. (C1T4)

Em relação ao profissional, o trabalho em saúde mental impõe uma rotina carregada com alto grau de tensão que envolve toda a equipe, devido à complexidade na organização da assistência e os impactos subjetivos nos profissionais, próprios do trabalho com a psicose (CAMPOS et.al., 2009). Por isso, manter espaços de diálogo, nos quais os profissionais possam expor suas dificuldades e angústias, em que um possa cuidar do outro, é uma estratégia fundamental em um serviço que visa a produzir saúde mental. Pensar conjuntamente formas de melhorar o processo de trabalho, de modo a diminuir a sobrecarga e produzir satisfação profissional, é uma atitude de cuidado que implica solicitude, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo (BOFF, 1999).

Essa forma de trabalho, na qual os profissionais também se sentem cuidados, constrói uma exterioridade cujas condições promovem modos de subjetivação que produzem sujeitos profissionais comprometidos eticamente com a produção de saúde e de vida, o que é fundamental em um trabalho que visa a romper com a cronificação e a exclusão social.

A segunda questão refere-se ao comprometimento ético dos trabalhadores com o atendimento da crise psíquica. Os profissionais tinham o entendimento de que as pessoas precisavam de um ponto de referência para a atenção às urgências, e dentre as propostas para continuar garantindo esse atendimento foi sugerido uma escala de sobreaviso; uma capacitação no HG e qualificação do acesso aos leitos; negociação com o Pronto Socorro para o atendimento dos casos acompanhados por profissionais do serviço sem aguardar na fila de espera, de modo a não expor esses sujeitos; e garantia de um número de telefone para as chamadas de urgência/emergência.

Para Barros, Tung e Mari (2010), as situações de crise raramente tiveram prioridade nas políticas de saúde pública no Brasil. Até o movimento de Reforma Psiquiátrica a maioria dos casos era atendida nas portas de entrada dos manicômios ou de forma improvisada nos diversos serviços de saúde não psiquiátricos, ou ainda em abordagens não médicas, como serviços de polícia e religiosos. Após, surgiram, em alguns centros universitários ou hospitais públicos, serviços de emergência psiquiátrica, porém, como iniciativas isoladas e principalmente nos grandes centros urbanos. E em cidades de pequeno porte, como Alegrete, foram os prontos socorros que ficaram responsáveis pelo atendimento às emergências psiquiátricas.

Cabe ressaltar que as mudanças propostas nas políticas de saúde mental, com ênfase no tratamento territorial, proporcionaram aos sujeitos em sofrimento psíquico a possibilidade de permanecer no território e vivenciar suas crises nesse espaço, e com isto aumentou a demanda para os serviços de emergência psiquiátrica (THORNICROFT, TANSELLA, 2002).

Por esses motivos houve a necessidade de instituir a atenção à crise a partir da organização das portas de entrada no sistema. Para tanto, a assistência em saúde passou a ser organizada a partir da implementação de Redes de Atenção em Saúde (RAS), que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado (Portaria nº 4.279, de 30.12.2010). Dentre as redes elencadas pelo poder executivo como prioritárias estão: a Rede Cegonha, Rede de pessoas com Deficiência, Rede de Urgência e Emergência, e Rede Psicossocial.

Com as diretrizes da atual Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria GM-MS n. 1600/2011), o direito ao atendimento universal e integral das urgências e emergências psiquiátricas está garantido na política de saúde. Esses atendimentos devem ocorrer a partir das diretrizes de ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos em todos os pontos de atenção; da garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento; e da articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre

os diferentes pontos de atenção. Ainda conforme o art. 4º dessa Portaria, os componentes da rede SUS para atender urgência e emergência são, em regra, as unidades básicas de saúde, os prontos socorros, as unidades de pronto atendimento (UPAs 24h), o serviço móvel Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica.

Com a Portaria n. 3088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, os CAPS foram incluídos como ponto de atenção às urgências e emergências em saúde mental, ficando responsáveis pelo acolhimento e cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, e pela articulação e coordenação do cuidado nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório. Dessa forma, para qualificar o cuidado, além do acompanhamento contínuo, é imprescindível garantir o acolhimento da crise e o acompanhamento desta em casos que exijam o atendimento por outro ponto de atenção.

Nesse sentido, para garantir o cumprimento de um dos objetivos do CAPS, que é a atenção à crise psíquica, o serviço de Alegrete manteve o funcionamento do plantão de sobreaviso por muitos anos até que a coordenadora do Sistema de Saúde mental, por determinação da Secretária de Saúde, disse não ser mais necessário, pois “*qualquer emergência é Pronto Socorro*” (ATA 31/10/2006). Porém, esse não era o entendimento de todos os profissionais do serviço, que consideravam importante ter um profissional da saúde mental como referência para o atendimento das urgências, nos horários em que o serviço se encontrava fechado.

Eu acho que nosso sistema de urgência e emergência, de plantão não é adequado. Nós não temos hoje. Quem faz isso é o pronto socorro. E quem conhece nosso pronto socorro sabe bem como é que funciona, sabe que o pronto socorro ele deixa muito a desejar. E realmente as pessoas, o pessoal de lá, por mais esforço que faça, não consegue da conta nem da rotina deles. (...) no meu ponto de vista, eu sei que não é o ponto de vista de todo mundo, mas eu acho que faz falta. Acho que o plantão fim de semana e a referência no, mesmo que sejam um sobreaviso. Que não seja aquilo de fica dentro do serviço. Ter alguém da saúde mental fazendo isso eu acho que qualifica. (...) para qualificar seria importante poder ter organizado como é que funciona esse sistema de urgência e emergência nos horários que o CAPS não está aberto. (C1T5)

A relação do serviço de saúde mental com o Pronto Socorro também se mostrou conflituosa desde o início da história do serviço. O discurso presente nas atas de reuniões de equipe mostra que a falta de capacitação dos

profissionais do Pronto Socorro e a discriminação por parte destes quando se trata de paciente do serviço de saúde mental são os principais fatores que dificultam o atendimento às emergências nesse local (ATA 07.08.2007).

Chamada urgente na sexta-feira santa. Psicóloga informou que quando recebeu a chamada, tentou transferir para o pronto socorro Municipal e que como foi devolvido novamente, conforme teria informado o diretor do PS de que nós teríamos uma equipe própria para urgências, Psicóloga informou que fez o atendimento às 20h30min. da noite. (ATA 06.04.99)

Dificuldade em dar resolatividade aos chamados de urgência fora do horário do serviço. Demora do Pronto Socorro em auxiliar-nos. (ATA 09.11.1999)

É a mesma coisa pronto socorro, eles têm dificuldade de atender paciente em surto, quando a gente leva é uma briga, tem que ficar junto lá, porque eles não... não tem manejo com os pacientes psiquiátricos. (C2T19)

Essa aparente falta de articulação e integração entre os pontos de atenção da rede, e, em consequência, a não oferta de ações e serviços a pessoas que deles necessitam, e que apresentam quadros agudos, possivelmente contribui para o agravamento da situação, prolongando a vulnerabilidade pessoal e social. Por isso, houve a necessidade de qualificar a relação com o Pronto Socorro e, para tanto, os profissionais da saúde mental pensaram estratégias de aproximação, como reuniões e capacitações, além de fornecerem suporte em situações de maiores dificuldades no atendimento.

Psiquiatra coloca que o Pronto Socorro tem que estar preparado para atender surto psicótico também. Marcar reunião com o PS. (ATA 23.03.99)

Se é alguma, alguma situação que por exemplo o Pronto Socorro não está sabendo lidar eles têm o telefone dos diretores. Eles podem fazer uma ligação e pedi um suporte, pedi uma orientação. (C2T7)

No início até o pessoal (no PS) se negava, ou discriminava, não aceitava recebe os casos de urgência psiquiátrica. Diziam, isso aí é caso da saúde mental, a saúde mental que tem que atender, depois de tanto nós conversar em reuniões o pessoal começou a perceber que a urgência mesmo sendo psiquiátrica também ela é do âmbito do pronto Socorro, onde que as pessoas devem procurar, até porque nós nunca tínhamos nos estruturado pra isso. Eu não tenho estrutura para urgência. Então tem que ter um ambulatório de urgência. Ou algum equipamento que nos desse suporte. Mesmo com mais colegas psiquiatras, tem que ser um outro Pronto Socorro. Então (...) depois que o pronto Socorro absorveu essa demanda. Na urgência psiquiátrica o pronto Socorro dá atenção. Eles têm uma realidade, os carros, o resgate, que vai buscar em casa (C1T25)

A assistência psiquiátrica na prática cotidiana do Pronto Socorro Geral foi tema abordado por Campos e Teixeira (2001), que, em relação ao atendimento da crise psíquica, descreveram dificuldades semelhantes às

vivenciadas em Alegrete, especialmente em relação ao desconhecimento e/ou despreparo para o atendimento; a influência do pensamento de segregação, ainda presente na sociedade, marcando o entendimento dos profissionais que passam a defender o atendimento das emergências em saúde mental em local específico; e o entendimento que a estrutura física do Pronto Socorro é deficitária, pois não há espaço físico exclusivo para o atendimento psiquiátrico, ou seja, a inadequação da estrutura física advém da influência conservadora da manutenção do 'louco' separado dos sujeitos que necessitam de assistência em outras especialidades.

Em Alegrete, a estratégia utilizada para vencer essas dificuldades foi a mesma utilizada na relação com o Hospital Geral: capacitações e corresponsabilidade no cuidado. Dessa forma, mesmo quando os usuários em crise necessitavam de atendimento no Pronto Socorro Municipal (PSM), os profissionais do serviço de saúde mental mantinham o acompanhamento, conforme se pode constatar na enunciação que segue:

Nós íamos de madrugada para o pronto socorro com as pessoas, enquanto a gente não resolvia o que ia ser feito com a pessoa a gente não saía da volta (...) deixa lá no pronto socorro e não quer saber o que vai acontecer com ela depois, conosco não! A gente ficava lá, se a gente via que a pessoa não tinha condição de ir de volta para casa, a gente esperava amanhecer, ligava para o psiquiatra, vamos baixar o fulano, a gente pode encaminhar aqui, ia atrás do leito, ficava ali naquele compromisso, não simplesmente largava a pessoa a o pronto socorro. (C2T3)

Assim, além do suporte para um atendimento conjunto, foram realizadas capacitações para o atendimento às crises para os profissionais do PSM e SAMU.

A coisa da urgência, SAMU e pronto socorro, tá na ordem de organização de oficina com esse povo, formação inclusive pelo NUMESC. Como cuidar da crise... (...) é Núcleo Municipal de Educação e Saúde Coletiva. E aí assim fazer uma formação para esses que vão ir na casa, que vão pegar na rua, que vão, que vão fazer esse acolhimento do sofrimento agudo difícil, as vezes, de violência. De fazer uma formação, porque eles fazem e solicitam a nossa ajuda quando tiver mal entendeu, a gente dá esse suporte. (C2T4)

Embora os CAPS sejam responsáveis pelo atendimento à crise, o CAPS sozinho não pode assumir essa responsabilidade por não funcionar durante as 24 horas. Por isso, a necessidade de organização de uma rede de atenção que contemple, além do CAPS e Pronto Socorro, outro ponto de atenção qualificado para atenção às emergências em saúde mental, que é o Serviço de

Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No entanto, em Alegrete, inicialmente, houve algumas dificuldades nesse atendimento:

Com o SAMU é muito difícil, porque eles não pegam pacientes psiquiátricos, os que tão no surto e os que não tão. (...) sabe que é paciente psiquiátrico não levam para o hospital, aí espera chegar na segunda-feira para vir aqui, mas nesse meio tempo o paciente já fez horrores, podia levar para o hospital, tomar uma medicação. (C2T6)

Conforme a legislação vigente, o SAMU tem como objetivo o atendimento precoce e/ou transporte adequado da vítima para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS, após a ocorrência de um agravo à sua saúde, que possa gerar sofrimento, sequelas ou mesmo a morte. E a ocorrência pode ser de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras (BRASIL, 2011).

Em Alegrete, o SAMU é pouco solicitado, devido à forma como o serviço de saúde mental se estruturou, se responsabilizando pela integralidade do cuidado mesmo que esse cuidado fosse prestado em outros pontos da rede.

Com a SAMU também, às vezes a gente precisa, por que aqui é difícil a gente chamar ele, por que quase sempre tem carro, então se dá qualquer problema aqui a gente leva para o hospital. (C2T15)

Porém, a aproximação efetuada a partir das capacitações demonstra o comprometimento dos profissionais de saúde mental com a organização de uma rede de atenção à crise articulada e resolutiva que não exclui nenhum serviço. Isso é importante porque o SAMU não é chamado somente pelo CAPS para auxiliar no deslocamento do sujeito em crise para outros pontos de atenção, pois a responsabilidade do SAMU é responder ao chamado da comunidade em geral, havendo maior solicitação nos momentos em que o CAPS não está em seu horário de funcionamento.

A história do serviço de saúde mental de Alegrete tem a marca da militância do movimento antimanicomial e com os avanços da Reforma Psiquiátrica e da legislação — que estabeleceram uma tipologia de serviços nos moldes CAPS para responder a necessidades específicas, como o uso problemático de drogas, e as necessidades decorrentes do sofrimento psíquico em diferentes fases da vida, como no caso de criança e adolescentes — se construiu o entendimento de que o serviço não daria conta sozinho das necessidades em saúde mental do município.

No contexto nacional, no sentido de regulamentação e reorganização institucional de novas práticas, foi publicada a Portaria nº 336/GM, que estabelece a distinção entre os CAPS, classificando-os segundo sua complexidade e abrangência, e definindo-os como serviços estratégicos de substituição ao modelo psiquiátrico manicomial. Assim, o discurso de reorientação do modelo de assistência, além de definir as modalidades de CAPS também instituiu outros pontos de atenção de modo a constituir uma rede integral de atenção ao sofrimento psíquico. Como efeito, os municípios passaram a se organizar para a constituição de suas redes de atenção psicossocial, e em Alegrete não foi diferente. Esse tema passou a ser pauta nas reuniões de equipe, e os profissionais de saúde mental se comprometeram a organizar os novos serviços: CAPS AD, CAPSi e o Serviço Residencial Terapêutico.

O Residencial Terapêutico foi um ponto de atenção muito almejado pela equipe de saúde mental. Isso devido ao grande número de usuários que traziam em suas histórias dificuldades de moradia. Assim, em muitas reuniões foi discutida a forma com que o serviço atenderia a necessidade de moradia, e a abertura de um Residencial Terapêutico foi proposto pela equipe, que se ocupou de elaborar o projeto, buscar o recurso, escolher o local e providenciar sua reforma, e montar e capacitar a equipe desse novo serviço que iniciou suas atividades em 2004.

Um dos primeiros movimentos para a abertura do Residencial foi uma conversa dos profissionais com a comunidade do entorno da casa onde seria instalado o serviço. Essa conversa contou com a presença de *“mais de oitenta famílias”* e tinha como objetivo solicitar o apoio dessa comunidade que, *“a princípio não queriam, não entendiam qual era a proposta”*. Então foi instalado *“um telão no meio do bairro e passamos uns slides em retroprojeter com toda a proposta para eles entenderem o que era a residência”* (C1T4).

Fiquei onze meses coordenando a residência terapêutica, organizando a equipe e adaptando os primeiros usuários. Na época existia muito medo das pessoas de participar, a gente teve dificuldade de ter funcionários lá porque um dos moradores, que ta morando lá até hoje, ele era agressivo, quer dizer, se mostrava agressivo, teve um ano e pouco morando no hospital, então as pessoas tinham muito medo de trabalhar lá por causa dele. (...) até hoje nunca deu problema, nunca houve isso. (C1T11)

A residência tem dois anos e meio. E foi também uma questão bem polêmica, porque a gente sempre quis ter uma residência, (...) quando eu assumi a coordenação da saúde mental existia esse desejo: nós temos que ter uma residência (...). Aí o que aconteceu. Nós tínhamos um paciente que o Ministério Público não conseguiu que a família assumisse ele. Então a gente colocou ele no hotel. Então ele ficava durante o dia aqui, e de noite ele ficava no hotel. E um dia ele saiu por aí e sei lá porque agrediu uma pessoa na rua. Aí levaram ele para o hospital e pessoa essa foi na promotoria pública e a promotora disse que o município era responsável por ele e, até que nós não tivéssemos, há... um resgate, ou da família ou do próprio município, um lugar para abrigar ele, ele não sairia de lá. Ele ficou quase dois anos no hospital. E aí a gente chegou para promotoria: olha, vocês consigam com que a família então, porque a gente não consegue com que a família assuma. Ele tem irmãos, tem mãe, tem tudo e a promotoria não conseguiu. Imagina, se a promotoria, que é a lei, não consegue... a gente já tinha tentado, mas aí a gente chegou a conclusão que a mãe adoecia mais ele e que não adiantava mandar ele para mãe. Como é que nós íamos mandar ele para mãe, se a mãe era uma pessoa que rejeitava ele, se os irmãos rejeitavam ele. Tinha que ter pelo menos um desejo. Não adiantava mais mandar. Aí foi que a gente pensou na questão das residências. E nessa época também o ministério da saúde lançou uma portaria que incentivava as residências. Aí a gente fez o projeto e mandou. Aí com o dinheiro a prefeitura não tinha como dizer: olha, nós não vamos fazer a residência para vocês. Aí nesse meio tempo tinha outro na Santa Casa também, que estava lá há quase um ano e também não tinha. (...) Bom, então vamos tentar um prédio público. Aí a gente conseguiu um prédio público... também estava sem porta, sem janela, sem vaso, sem pia, sem nada. Aí a gente foi para lá, com o dinheiro que a gente recebia daqui, o secretário nos liberou para fazer a reforma. Eu me lembro que na época saiu vinte e um mil a reforma da casa, e ele bancou. Nós fizemos uma licitação, fizemos a reforma e aí foram morar lá. (C1T3)

Está tramitando na câmara o projeto do Serviço Residencial Terapêutico, coordenadora sugere que se forme uma comissão para ir negociar as coisas deste serviço uma vez que este não faz parte do serviço de saúde mental, terá outra equipe técnica e outra coordenação. (ATA 18.03.2003)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos foram instituídos pela Portaria/GM n. 106, de 11 de fevereiro de 2000, que os define como moradias ou casas inseridas, preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares, e viabilizar sua inserção social.

A enunciação do profissional C1T3 demonstra que o serviço residencial terapêutico era um desejo dos profissionais antes mesmo da regulamentação por meio da Portaria. Na verdade, a portaria é um efeito das reivindicações do movimento de luta antimanicomial e Reforma Psiquiátrica que desde seu início observaram a importância desse serviço no resgate dos sujeitos moradores de instituições psiquiátricas por todo o país. Era necessário, a partir de uma

política de desinstitucionalização, dar uma resposta a essas pessoas que há anos estavam confinadas nos hospitais psiquiátricos, ou seja, garantir o 'direito de morar' e promover efetivamente a reinserção social. E a resposta ocorreu através das residências terapêuticas. Por outro lado, a Portaria, ao regulamentar esse serviço, colocou-o na ordem do discurso político e possibilitou o seu financiamento e a adesão dos gestores municipais.

Para Albuquerque (2006), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são dispositivos dentro da rede de saúde mental que assumem função de construir outro lugar social para a loucura, à medida que instituem uma nova dialética de cuidado, viabilizam outros acessos e possibilitam diferentes reconhecimentos no resgate da contratualidade dos sujeitos. Nesse sentido, é necessário compreender o projeto das residências como *“uma estratégia específica dentro da estratégia global de “inserção social” ou, nos termos da OMS, “reabilitação psicossocial”* (DELGADO, 2006, p.29).

Os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são, de fato, direitos fundamentais que se reconstituem com a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2005). Foi para garanti-los que os profissionais se envolveram com os processos para a abertura da Residência Terapêutica em Alegrete, fazendo com que esta ficasse vinculada ao CAPS e seu funcionamento fosse discutido nas reuniões de equipe. Desse modo, segundo registro em ata, os profissionais do serviço de saúde mental decidiam sobre a entrada e a permanência de usuários na casa, além da forma de acompanhamento e atenção dos moradores.

Foi solicitado que a equipe participe junto das decisões sobre a vida dos pacientes da residência. Referiu sobre o caso de uma usuária que está mais sério. Colocaram que ultimamente ela 'descompensa' totalmente, está usando fraldas, coloca terra nos ouvidos e boca. Psicóloga sugere um acompanhante permanente com esta usuária. (ATA 05.12.2006).

Mas é uma coisa importante que a gente vem conversando (...) de repassar todos os projetos terapêuticos inclusive do residencial terapêutico que tem um suporte diretamente nosso. (C2aT8)

Uma questão discutida em equipe sobre a Residência foi o seu caráter provisório. E, segundo relato, ao trabalhar com um usuário sua saída, ele *'surtou'*, mas outra profissional ressaltou:

Na lei a residência não aparece como 'local de passagem'. A questão é que o secretário quer que o usuário seja convidado a se retirar da residência. Algumas das alternativas: casa de uma usuária. A

proposta que será levada ao prefeito é que ele permaneça na residência até ter capacidade de 'andar com as próprias pernas' (ATA 14.11.2006).

Esse relato mostra que, mesmo sendo pressionada pelo gestor, a equipe discutia e tomava as decisões em conjunto pela equipe, que não se intimidava e mantinha como foco primeiro as necessidades do usuário.

Mesmo a legislação não considerando a Residência Terapêutica um local de passagem, foram várias as discussões da equipe no sentido de investir em projetos terapêuticos singulares dos moradores para o resgate da autonomia e construção de possibilidades de vida fora desse local 'protegido'. As vagas eram repassadas para as pessoas com maiores necessidades de proteção social, e essa forma de funcionamento fica evidente ao se analisar a rotatividade de moradores na Residência.

A Residência Terapêutica também era utilizada como local de moradia provisória para usuários que, em certos momentos, apresentavam relações conflituosas com os familiares. Estes permaneciam na residência por um período necessário para o trabalho com as famílias.

Outro instrumento para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização foi o Programa de Volta para Casa, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, do qual muitos usuários de Alegrete foram beneficiados. Trata-se de um auxílio-reabilitação psicossocial para ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas e sua aprovação concretizou a reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica, já formulada como proposta na época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992 (BRASIL, 2005).

O CAPS infanto-juvenil foi outro ponto de atenção almejado pela equipe do serviço de saúde mental para ampliar e qualificar a rede psicossocial de Alegrete. Esse serviço teve, em seus primeiros anos de funcionamento, uma demanda muito grande para atendimento de crianças e adolescentes, o que resultou em discussões de como *“frear a entrada de crianças. Faltando capacitação”* (ATA 23/04/1998). E a abertura de um serviço especializado para o atendimento infantil tornou-se necessário e passou a funcionar a partir de 8 de junho de 2004.

Aí o CAPSi, a ampliação da rede... o CAPS infantil também: Ah! Não pode. Tem que ter população com mais de duzentos mil habitantes.

Eu disse: Gente! Mas nós temos mais de cem crianças que a gente atendia aqui dentro. (...) e aí a gente estruturou, mostrou que a gente tinha um projeto e o secretário de saúde levou esse (...) aí ele foi lá e negociou e disse: Olha, nós já trabalhamos, nós já temos, nós já fazemos esse serviço. E aí, deram um CAPS para gente mesmo tendo população menor. (...)A gente provou que a gente já tinha equipe, que a gente já tinha... então a gente ganhou de outras cidades que não tinham nada. Porque a gente já fazia o trabalho. (C1T5)

Em relação às políticas de saúde mental para a infância e adolescência no Brasil, existe uma histórica omissão da saúde pública, o que possibilitou a criação de uma rede de assistência “*fundada em instituições filantrópicas e privadas, com forte componente tutelar, como educandários, abrigos, escolas especiais, institutos para deficientes mentais e clínicas para autistas*” (BRASIL, 2005, p.33).

Foi somente a partir de 2003 que o Ministério da Saúde passou a orientar a construção coletiva e intersetorial das diretrizes de uma rede de assistência de base comunitária e de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. E foi a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes que possibilitou a elaboração de propostas, construção e consolidação de uma política de saúde para essa população específica. Essa política buscou incorporar as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), importante documento legal e uma conquista do movimento pelos direitos humanos no Brasil, aprovado em 1990, e que tem o objetivo de assegurar os direitos de cidadania de crianças e jovens. Por seu caráter deliberativo e composição plural (que inclui representantes de instituições governamentais, setores da sociedade civil, entidades filantrópicas, agentes da justiça e promotoria da infância & juventude), o Fórum configurou-se um instrumento de gestão dando visibilidade e resolutividade a questões, relativas à saúde mental de crianças e adolescentes, que estavam em um segundo plano ou eram ignoradas (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, a expansão e a consolidação da rede de CAPSi tem se revelado fundamental para a mudança nos paradigmas de assistência à infância e à adolescência. E foi em articulação com o Fórum que se elaboraram as diretrizes para esses e outros serviços públicos de atenção à saúde mental dessa população. Fundadas na lógica da atenção em rede territorial, as diretrizes contemplam o acolhimento; a responsabilidade pelo cuidado e seu

agenciamento se necessário; a garantia à condição da criança ou adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, tomados em sua dimensão subjetiva e social; o comprometimento dos responsáveis pela criança ou adolescente a ser cuidado, situando-os, igualmente, como sujeitos da demanda; a garantia de um cuidado fundamentado nos recursos teóricos e técnicos estabelecidos pela política pública de saúde mental; e a articulação com outros equipamentos do território, de modo a operar com a lógica da rede ampliada de atenção (BRASIL, 2005).

A questão da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas também foi ignorado na política pública de saúde, produzindo uma lacuna que foi ocupada pela “disseminação” de *"alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência*” (BRASIL, 2005, p.40).

Nesse sentido, as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas do uso de drogas não foram consideradas, o que gerou uma percepção distorcida e esse tema foi associado à criminalidade e a práticas antissociais e à oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. Foi apenas em 2002 que o Ministério da Saúde implementou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, referendando as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, e reconhecendo o uso prejudicial dessas substâncias como importante problema da saúde pública. Esse programa situa-se no campo da saúde mental e visa a *“ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos”* (BRASIL, 2005, p. 41).

Nesse contexto político e social que o CAPSad (Álcool e drogas) foi gestado pelos profissionais militantes da saúde mental. Como já explicitado, o serviço de saúde mental de Alegrete iniciou com uma proposta de ser um serviço de atenção integral, ou seja, atender integralmente todas as demandas

da saúde mental da cidade, o que incluía as demandas das crianças e adolescentes e as necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O serviço não apenas garantiu o atendimento, mas também suscitou e participou de discussões sobre o tema, e numa conferência de saúde, realizada no final da década de 1990, foi aprovada uma proposta sobre o cuidado dos usuários de álcool e drogas e identificada a necessidade de realização de um seminário municipal para discutir essa temática. E nesse seminário foi discutida a construção de um Centro de Atenção ao Dependente Químico (CADEQ), sendo também realizada uma

[...] audiência pública para debater os princípios dos serviços para usuários de álcool e outras drogas e a partir do esforço conjunto entre Santa Casa, (...) CAPSi, CAPSII, CAPSad, Conselho de Assistência Social, Secretaria Municipal de Assistência e Educação, agentes comunitários. Foi construído um documento sobre os princípios e as diretrizes do cuidado para álcool e para outras drogas, que contém a história desde o princípio, a lei municipal da saúde mental (C1T5).

Dessa forma, o CADEQ passou a funcionar dentro do serviço de saúde mental. No entanto, a demanda de atendimento dos 'dependentes químicos' era muito grande e o serviço foi se tornando insuficiente. Então, os profissionais resolveram trabalhar em um projeto para a efetivação de um CAPS especializado, que foi inaugurado no dia três de julho de 2007.

Como se pode observar nos dados das entrevistas, o CADEQ nasceu de um processo coletivo de discussão, primeiro em uma '*conferência*', após em uma 'audiência pública' e, posteriormente, passou por uma reformulação que o transformou em CAPSad, também a partir de um processo de discussão com a comunidade.

Com todo mundo envolvido. Todo mundo fazia duas ou três folhinhas e levava para as reuniões do grupo de trabalho para inserir no documento. Então não tem a mão só de uma pessoa escrevendo, muita gente escreveu. Claro que depois um grupo juntou e sistematizou, mas ali tem a escrita de muitas pessoas. Eu acho que é isso que eu vejo que o álcool e drogas que é legal assim, que ele nasce realmente de uma demanda social da comunidade. (C1T5)

A atenção em saúde mental na Atenção Básica também foi um objetivo dos profissionais do serviço de saúde mental que, no início do trabalho, faziam grupos nas unidades básicas de saúde, com as equipes e com as famílias da comunidade. Depois, com o crescimento do serviço e formas de financiamento voltadas para a questão especializada, perdeu-se a inserção dentro dos bairros. Embora ainda exista um trabalho desse tipo na comunidade, os

profissionais consideram que não ele ocorre da mesma forma como era no início.

Na época de noventa e poucos a gente fazia muito trabalho, a gente sempre tinha alguém da equipe na unidade sanitária, e a gente fazia trabalho conjunto naquela comunidade. Por exemplo, numa comunidade lá chamada nova Brasília, que o posto e a creche era um ao lado do outro, a gente fazia com a equipe da creche e com a equipe do posto e com a comunidade. Então era muito legal. Quando começamos a ganhar mais estrutura e o serviço foi tomando mais corpo, nós ficamos mais dentro do serviço e aí a equipe não consegue dar conta (...) mas acho que o sistema pode pensar isso. Como ter gente trabalhando a saúde mental nas equipes básicas (C1T5).

Posteriormente, tentaram “*acessar a secretaria como um todo para fazer um trabalho de saúde mental na secretaria como um todo*”, discutir uma política municipal de saúde mental na qual as Unidades Básicas de Saúde fizessem parte da rede de atenção (C1T3). Trabalhar a “*questão de saúde mental num programa de saúde da família*”, de forma que fosse feito uma avaliação das situações e que somente as mais graves fossem encaminhadas para o serviço especializado (C1T4).

Os profissionais tinham o entendimento de que o trabalho conjunto com atenção básica “*qualificaria muito*” o trabalho em saúde mental e que era necessário “*a longo prazo pensar na cidade como um todo, mas a curto prazo, quem sabe fazer um projeto piloto nos dois PSFs*” (C1T5).

Posteriormente, houve um avanço nessa questão da saúde mental na atenção básica. Os profissionais da saúde mental utilizaram a estratégia do diálogo para mostrar os benefícios do cuidado em saúde mental no território e isso aconteceu a partir de alguns projetos:

Psicóloga fala sobre as oficinas nos postos da cidade para que o serviço possa entrar nos bairros e que também possamos contagiar as equipes dos postos com o nosso serviço. (ATA 07.08.2007)

Nós temos o grupo de ajuda e suporte mútuo que funciona no território, nós temos quatro oficinas terapêuticas na atenção básica cadastradas em bairros distintos, que vem atuando com a comunidade local e com usuários nossos que moram nesses territórios, a gente começou com um projeto de atividade física que a gente chamou de saúde mental em movimento e aí se transformou num outro projeto que foi o PET saúde, aí se espalhou atividades físicas em todos os bairros, mas começou com a saúde mental aqui em Alegrete, que é um projeto nosso; a gente começou a conversar muito mais com a atenção básica, inclusive esse processo avançou um pouco mais por a gente sentar mais vezes com a atenção básica, explicar do porque que nós gostaríamos que o nosso usuário fosse atendido no território. (C2aT8)

As oficinas terapêuticas de saúde mental na Atenção Básica são projetos financiados pelo governo do estado do Rio Grande do Sul a partir da Resolução nº 404/11 – CIB/RS e fazem parte da ‘Linha de Cuidado em Saúde Mental - O Cuidado que eu preciso’. E o Grupo de Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental é uma ação coordenada por Eduardo Mourão Vasconcelos, como parte do Projeto Transversões que visa construir novos caminhos coletivos de cuidado e saúde a partir da ‘própria vivência sofrida de crise mental’. A partir do entendimento de que essa vivência “*constitui uma experiência radical, como se um terremoto, vulcão e invasão da lava ardente das profundezas abissais do inconsciente aflorasse no terreno que sustenta nossas vidas concretas*” (VASCONCELOS, 2013, p.12) e pode levar a atitudes de risco, à insegurança, isolamento ou passividade, procura-se construir novas respostas coletivas a partir do compartilhamento das experiências individuais.

Eu acho que aos pouquinhos a gente está conseguindo tirar, no momento que tu começa a debater sobre o assunto, e até mesmo, essa coisa da ajuda mútua que existe hoje, então existe muita conversa, e isso é uma maneira de colocar a população a debater sobre o assunto. (C2aT2)

Os próprios usuários estão saindo do CAPS para os seus locais. (...) no grupo de ajuda e suporte mutuo, eles são os protagonistas, eu procuro ficar na minha, eles têm uma segurança comigo, mas eu digo, com aquilo que eles vão conseguir, um ajuda o outro e cada vez que eles conseguem se articular, eu valorizo aquilo e fortaleço aquele vínculo deles. (...) que eles não fiquem naquela dependência que eles tenham autonomia. (C2aT13)

O discurso político da reforma psiquiátrica coloca a atenção em saúde mental como tarefa de uma rede articulada de serviços, e essa articulação deve incluir os recursos da comunidade para se constituir em verdadeiros espaços de inclusão na cidade (BRASIL, 2005). Em Alegrete, o desenvolvimento do trabalho em saúde mental, com sua característica de tecer redes entre os serviços e a comunidade, e, principalmente, construir espaços no território para o protagonismo dos usuários, partindo da Atenção Básica, produziu sujeitos trabalhadores em saúde mental comprometidos com a atenção psicossocial, que se colocaram na posição de responsáveis pelo sucesso ou fracasso desse novo modelo na cidade.

Às vezes era duas da manhã, te chamavam em casa. A equipe ia. Independente da hora, se o hospital chamava, ou se alguém, a gente ia. Então respondia muito ao apelo da comunidade e eu acho que isso ajudou a comunidade a se sentir segura, poder ir implantando o serviço com uma sensação de maior segurança, de poder realmente

estar sabendo que vai ter quem banca o serviço. Acho que isso é uma das coisas que foi bem importante assim. (C1T5)

A história mostra que, nessa trajetória dos trabalhadores de saúde mental de Alegrete, muitos desafios foram superados. Porém, um desafio se mostra constante, pois com a constituição do discurso político que constituiu a Reforma Psiquiátrica no país e legitimou as práticas psicossociais é necessário que os serviços mantenham suas singularidades. As marcas do trabalho desenvolvido não podem ser apagadas ou borradas em função da burocratização que o cadastramento produz.

Hoje tem a portaria que está tudo bem especificado que que é um CAPS, e a preocupação sempre foi que isso não virasse, que o financiamento não fosse engessar o serviço. Que o serviço fosse para além do CAPS. Um CAPS é uma modalidade em função do financiamento. Mas a história dessa comunidade e o perfil que esse serviço nasceu, era para além de CAPS. Então a gente até brincava, dizendo assim: cuidado para gente não se encapsular. (...) a equipe de lá para cá, além de ter aumentado, ela também muda bastante. Então tu tens que fazer (...) toda essa resignificação, para que o povo entenda porque que não é só CAPS. Porque que é para além do CAPS o serviço de Alegrete. (C1T5)

Nesse sentido, além do diálogo com a comunidade, em um trabalho para fora do serviço foi necessário um olhar para dentro, para esses novos trabalhadores que foram chegando no decorrer do tempo, de modo que eles também pudessem se implicar e se singularizar a partir desse outro modo de cuidar do sofrimento psíquico.

Agora nós temos toda uma rede. Mas assim, a gente pressupunha que tinha que se fazer essa rede. E eu fui me preparar. Acho que a pessoa (...) que assume uma coisa, ela tem que se preparar. Então eu acho que os nossos funcionários também... cada um que chega a gente tem que conversar muito, tem que falar muito, tem que explicar como é que funciona, tem que contar a história, tudo isso. (C1T3)

O envolvimento social com a comunidade e com os outros serviços da rede de saúde é o que faz com que a atenção psicossocial se diferencie do tratamento técnico psiquiátrico e faz com que os trabalhadores não sejam apenas técnicos, mas agentes políticos na transformação cultural e construção de uma sociedade mais tolerante com as diferenças, na qual todos possam usufruir dos direitos de cidadania.

Mas a gente tem essa consciência de equipe de trabalho, importante. É..., buscamos ter esse diálogo, a gente procura integrar o político, o técnico e o administrativo, é o tripé da luta, da construção de alguma situação dessas na rede pública. (...) então o nosso serviço, ele tem um compromisso ético com o cidadão em sofrimento, seja ele qual for. (C1T4)

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. Então na verdade eu vejo que a gente pode ser uma lâmpada ou a gente pode ser uma escuridão nessa busca dessa cidadania, desses sonhos. Acho que 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. (C2aT11)

Essa última enunciação mostra o modo de subjetivação produzido pelo discurso psicossocial em determinado lugar que, por suas condições históricas, culturais, sociais, políticas, possibilitou a produção de sujeitos que reagiram às forças que lhe foram impostas, resistindo por muitas vezes ao discurso psiquiátrico e construindo novas possibilidades de viver o sofrimento e a crise psíquica.

Para Foucault, o sujeito é um efeito das relações de poder, à medida que ele é constituído pelas técnicas de sujeição, e das relações de saber, que o constituiu como objeto de conhecimento e, ao mesmo tempo, sujeito detentor desse conhecimento (CASTANHEIRA, 2012). Nesse sentido, passa-se a abordar, nos próximos capítulos, o saber e as estratégias de atenção à crise produzidas por esse sujeito trabalhador em saúde mental.

5 O saber sobre a crise e a crise no saber: as verdades produzidas no discurso da atenção psicossocial

A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder.

Michel Foucault⁴³

Foi o cenário de crise da ciência e, principalmente, a crise do saber psiquiátrico que possibilitou o desenvolvimento de experiências de Reforma Psiquiátrica em diversos países. Essas experiências proporcionaram uma ruptura epistemológica com o olhar psiquiátrico no contexto mais amplo de uma crise do paradigma da racionalidade científica (YASUI, 2010), pois o conceito de loucura e, conseqüentemente, de crise, determinados historicamente e culturalmente, passaram por diversas definições. Já foram reconhecidas como manifestação de sabedoria, possessão demoníaca, subversão da ordem social e, a partir do século XVIII, em uma sociedade calcada na racionalidade e no saber-poder psiquiátrico, como doença mental (FOUCAULT, 2010; PESSOTTI, 1995) que reduz o sofrimento ao comportamento e à sintomatologia.

Em tempos contemporâneos⁴⁴, a filosofia, o conhecimento e a cultura ocidental têm passado por um processo de duras críticas e até de desconstrução de seus princípios e concepções fundamentais – Razão, Sujeito, Ordem, Verdade, Totalidade, Estado. Desde a Grécia antiga, de Platão, no século 4 a.C., “as filosofias são discursos globais, totalizantes, que

⁴³ Microfísica do Poder (FOUCAULT, 2012a).

⁴⁴ Para muitos autores presencia-se, hoje, um processo de transição, de rupturas e mudanças paradigmáticas que se colocam a partir das críticas ao movimento histórico-cultural da modernidade e a busca por sua superação pelo movimento denominado pós-modernidade. Embora, diversos autores tenham buscado definir pós-modernidade, não há um consenso sobre essa definição e vários são os termos que procuram definir o atual momento político, econômico, social e cultural, tais como: Pós-modernidade (LYOTARD, 2000; HALL, 2005), modernidade líquida (BAUMAN, 2001), neomodernidade (Rouanet, 1986); hipernovidade e modernidade tardia (GIDDENS, 1991, 2002), transmodernidade (DUSSEL, 1993) capitalismo tardio (JAMESON, 1997), sociedade pós-industrial (HARVEY, 1992). Para nos afastarmos de embates teóricos, usaremos neste trabalho o termo contemporaneidade (FRIDMAN, 2000). Este autor, buscando compreender a subjetividade contemporânea, abordou a ansiedade humana e sua relação com as mudanças que se estão processando no cenário mundial nas últimas décadas; propõe que as causas sociais das oscilações e vertigens que nos afetam remetem à cultura, trabalho, globalização e à constituição da ordem pós-moderna.

procuram os primeiros princípios e os fins últimos para explicar o ordenamento do Universo, a Natureza, o Homem” (SANTOS, 2006, p.72).

Entretanto, hoje se vivencia uma reflexão sobre a aceleração dessa queda do niilismo e dos discursos globais e totalizantes, “*o declínio das grandes filosofias explicativas, dos grandes textos esperançosos como o cristianismo (e sua fé na salvação), o iluminismo (com sua crença na tecnociência e no progresso), o marxismo (com sua aposta numa sociedade comunista)*” (SANTOS, 2006, p.72).

Para Santos, o desejo não é restaurar um saber com seus valores antigos, mas revelar sua falsidade e responsabilidade nos problemas atuais a partir da desconstrução dos princípios e concepções do pensamento ocidental e da valorização de temas antes considerados menores ou marginais em filosofia, como são os casos da loucura, sexualidade e linguagem, ora esquecidos ora marginalizados na Modernidade.

A modernidade apoia-se em quatro mitos: o conhecimento enquanto representação correta e confiável do mundo; o objeto como constitutivo desse mundo; a realidade independente do observador; e a verdade como critério decisório. Desse modo, reconhece o conhecimento como cumulativo, observável, verificável e universal, além de colocar o ser humano no centro, como dominador do universo, e reafirmar os conceitos cartesianos de objetividade, certeza, verdade, dualismo e hierarquia (GRANDESSO, 2000).

Entretanto, esses discursos da racionalidade, da objetividade e da verdade universal que sustentavam a ciência moderna foram criticados, e Gergen (1997) elaborou três principais críticas: ideológica, literária-retórica e social. Na primeira ele questiona a neutralidade científica do pesquisador e de seus trabalhos e, conseqüentemente, o estatuto de verdade universal almejado pela ciência. Na segunda ele problematiza a noção da linguagem como representacional, reveladora de uma verdade científica já dada e estabelecida. Para o autor, a linguagem não revela a verdade, mas a constrói, produzindo uma retórica socialmente legitimada. Por fim, na crítica social não há a noção de que o conhecimento e a pesquisa são processos a-históricos e transcendentais, pois reconhece que todo o pesquisador está inserido em um

contexto cultural e histórico e possui um arsenal linguístico que se refere as suas relações estabelecidas, as quais utiliza para organizar e produzir ciência.

É nesse contexto de crítica que se situa a filosofia de Foucault, que mostrou, na ‘arqueologia do saber’, como a descoberta da verdade é, na realidade, certa modalidade de produção da verdade, ou seja, como a demonstração científica não passa de um ritual e *“o sujeito supostamente universal do conhecimento na realidade nada mais é que um indivíduo historicamente qualificado de acordo com certo número de modalidades”* (FOUCAULT, 2006, p.305-306).

Assim, influenciado por Nietzsche, Foucault mostrará que o saber, a verdade, não tem origem; ao contrário: foi inventada. E assim o termo “*Irfindung*”, que significa “invenção” em oposição ao termo “*ursprung*”, que significa “origem”, passou a ser utilizado para negar o caráter natural do conhecimento ou a existência de uma “essência”, de uma “verdade” estática e imóvel à espera de ser encontrada. Ocorre que está implícita no termo invenção a ideia de rupturas e descontinuidades, e assim Foucault mostrou que a verdade, por ser um invento, tem um tempo e um lugar que lhe são próprios, um ponto de surgimento.

Um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um status científico; (...) um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso; (...) um saber é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam; (...) finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso (FOUCAULT, 2012a, p.220).

Os discursos de verdade são legitimados em uma dada sociedade a partir de seu regime de verdade. É essa ‘política de verdade’ que determina os mecanismos e instâncias que fazem funcionar como verdadeiros determinados discursos, as técnicas e os procedimentos para a obtenção da verdade, e o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (FOUCAULT, 2005).

Foucault (2006) mostrou como a verdade sobre a loucura foi construída ao fazer a análise de suas representações nos séculos XVII e XVIII, em relação ao medo que suscitava e ao saber que se formava. Assim, apontou a

coexistência e uma substituição progressiva, na época do Renascimento, de dois tipos de experiência da loucura: a experiência trágica⁴⁵ e a experiência crítica. A primeira exerce um poder de fascínio porque é considerada um saber exotérico, inacessível e temível, do qual o homem racional e sábio percebe apenas algumas figuras fragmentárias, enquanto “*o louco o carrega inteiro em uma esfera intacta: essa bola de cristal, que para todos está vazia, a seus olhos está cheia de um saber invisível*” (FOUCAULT, 2010, p.21). De tal modo, a loucura é valorizada por sua força primitiva de revelação: revela o onirismo como real, o delírio da destruição pura, o segredo profundo que vai abolir a verdade de nosso mundo de aparências. Essa experiência trágica está presente desde o século XV, nos quadros de Bosch, Brueghel, Thierry Bouts e Dürer, e que o Renascimento vai possibilitar tanto a Cervantes quanto a Shakespeare darem testemunho dessa loucura não submetida à verdade e à razão (FOUCAULT, 2010).

Com a experiência crítica, a loucura entrará em uma relação eternamente reversível com a razão e com os saberes racionais que passarão a dominá-la e a situá-la como ilusão, sonho e onirismo. A loucura será colocada no universo do discurso a partir de Brant, Erasmo e toda a tradição humanista, e mesmo que seja mais sábia do que a ciência ela nunca terá “*a última palavra da verdade e do mundo; o discurso com o qual se justifica resulta apenas de uma consciência crítica do homem*” (FOUCAULT, 2010, p.28).

No entanto, o que aconteceu no século XVI não foi uma destruição radical da experiência trágica, e esta reapareceu, como se estivesse sempre à espreita, nas obras de Freud, Artaud e “*foi ela que as últimas palavras de Nietzsche e as últimas visões de Van Gogh despertaram*” (FOUCAULT, 2010, p.29). A análise da obra e loucura em Nietzsche e Van Gogh demonstrou como

⁴⁵ Foucault utiliza a noção de trágico em uma perspectiva nietzschiana – que aniquila qualquer sentido determinante e afirma o vazio ontológico que a constitui – e assim tangencia a loucura e a define, em sua experiência trágica, como uma experiência da linguagem. É trágica no sentido de transgressão de toda ordem que restringe a experiência do possível e assim o projeto de Foucault consiste em resgatar uma potência trágica na linguagem e no pensamento, como um raio luminoso da desrazão. As questões discutidas por Foucault apontam para uma experiência trágica da loucura, indicando a possibilidade de um pensamento que, ao criticar a razão, opera um desvio importante, projetando-se na afirmação do novo, da diferença e da multiplicidade, na perspectiva da criação que se contrapõe à ordem da razão que está presa ao dualismo – bem e mal, verdade e erro, normal e patológico – e a exclusão do que lhe aparece estranho (SILVA, 2002a).

a ciência médica – com toda sua racionalidade – não aprisionou totalmente seu objeto de estudo, e que os métodos adotados pela psiquiatria estão longe de serem considerados eficientes.

Desse modo, percebe-se que a manifestação da loucura, na Idade Média e no Renascimento, ocorria no horizonte social como um fato cotidiano, existindo ainda um reconhecimento simbólico de que a loucura poderia dizer a verdade. Porém, esse reconhecimento e essa circulação social foram interrompidos no século XVII, com a internação da loucura, que perderá sua força de revelação e será excluída e silenciada, e a crítica de Foucault à psiquiatria, como ciência médica, é sobrepor a razão à loucura, arrancando sua verdade e instituindo-a como falta ou doença. Foi nesse período de valorização da razão que Pinel promoveu o nascimento da psiquiatria, trazendo à tona uma nova concepção de loucura, agora transformada em doença mental (AMARANTE, 2003a), e permitiu a constituição do saber e das práticas médicas de intervenção na loucura e na crise.

A psiquiatria se constituiu, no início do séc. XIX, buscando esquematizar um saber com pretensões científicas, e, para tanto, buscou embasamento no discurso clínico ou nosológico, constituído a partir das observações, e o anatomopatológico, produzido a partir da livre disposição dos cadáveres dos loucos. E, assim, passou a descrever a loucura como doença mental, a partir de sintomas categorizados, e a crise psíquica como o momento do surgimento e/ou agudização desses sintomas.

E foi a crise, passado o período da protopsiquiatria (1820 até os anos 1860-1870), que colocou a psiquiatria em relação com a verdade, pois um saber científico supõe que haja verdade, instrumentos para descobri-la, categorias para pensá-la e linguagem adequada para formulá-la em proposições, enfim, uma tecnologia demonstrativa da verdade. Um exemplo é que na *“velha medicina das crises (...) o momento para que a verdade da doença apareça; é precisamente o momento da crise”*, e essa verdade se produz como um acontecimento⁴⁶.

⁴⁶Foucault (2006, p.305) identificou duas séries na história ocidental da verdade: a verdade-conhecimento e a verdade-acontecimento. E foi esta última que ele buscou privilegiar, a “verdade-ritual, da verdade-relação de poder, em face da e contra a verdade-descoberta, a

Entretanto, a noção de crise desaparece no fim do século XVIII na medicina geral. E nesse período surge a vigilância das populações e a possibilidade de pôr em relação uma doença e um corpo autopsiado. Ou seja, é o nascimento da anatomia patológica e da medicina estatística “*a um só tempo, a assinalação da causalidade precisa pela projeção da doença num corpo morto e a possibilidade de vigiar um conjunto de populações (...) os dois grandes instrumentos epistemológicos da medicina do século XVIII*” (FOUCAULT, 2006, p.318).

Na psiquiatria, por não existir a necessidade da prova de verdade e nem mesmo de alguma verdade, seja esta exigida pela técnica da prova ou da demonstração, a crise, como um acontecimento da loucura e do comportamento do louco foi excluída por três razões. Primeiro, pelo fato de o hospital funcionar como sistema disciplinar, no qual não há lugar para o desencadeamento da crise. Segundo, porque houve, na prática asilar, com o desenvolvimento da anatomia patológica (a partir de 1825), a rejeição teórica da crise.

[...] se há uma verdade da loucura, ela certamente não está no que dizem os loucos, mas só pode estar nos nervos e no cérebro deles. Nessa medida, a crise como momento da verdade, como momento em que a verdade da loucura eclodiria, se encontra epistemologicamente excluída pelo recurso à anatomia patológica, ou antes, creio que a anatomia patológica foi a cobertura epistemológica atrás da qual se pôde rejeitar a existência da crise, negá-la” (FOUCAULT, 2006, p.319).

A terceira razão para a rejeição da crise foi o problema da relação entre a loucura e o crime⁴⁷, a partir da noção de monomania⁴⁸, introduzida no início do

verdade-método, a verdade-relação de conhecimento, a verdade que, por conseguinte, supõe e se situa no interior da relação sujeito objeto”.

⁴⁷A psiquiatria judiciária foi fundada por Lombroso (no século XVIII), a partir de uma pesquisa “pretensamente científica, com uma amostra composta somente por criminosos, vivos e depois de mortos”, na qual buscou as origens físicas da doença mental e, assim, descreveu características somáticas típicas (BASAGLIA, 1979, p. 54). Com isso, ele estreitou a ligação entre crime e loucura, legitimando a periculosidade da doença mental.

⁴⁸A monomania caracterizava-se por quadros, nos quais a doença mental permanecia insuspeita, porque todas as faculdades mentais estavam ilesas, até a ocorrência de um ato violento e irracional. A impossibilidade de se identificar um motivo racional para o crime colocou em questão a doutrina clássica do direito penal, que era baseada no livre-arbítrio, e chamou para o campo jurídico os alienistas, que ao atuarem nos tribunais como peritos tinham como função investigar a presença de um quadro de insanidade mental. Nesses casos, a identificação da loucura funcionava como um impeditivo à aplicação das sanções penais, pela ausência de responsabilidade do sujeito pelo ato praticado - base da escola clássica do direito penal. Isto porque a doença e a violência destes criminosos pediam tratamento, não a punição, e isto serviu à psiquiatria como justificativa para a criação dos hospícios e para demonstrar sua importância e especificidade. (PERES; NERY-FILHO, 2002).

século XIX, por Esquirol na nosologia psiquiátrica. E, assim, Foucault (2006) mostrou como a verdade acontecimento (crise) foi pouco a pouco, no decorrer do século XIX, recoberta por outra tecnologia da verdade, a demonstrativa, de constatação. Isto porque, embora a psiquiatria tenha tentado constituir um saber a partir da sintomatologia, da descrição das diferentes doenças, o que ocorreu foi uma justificação que se situava na *“decisão: realidade ou mentira, realidade ou simulação. É no ponto de simulação, no ponto de ficção, e não no ponto de caracterização que se situa realmente sua atividade* (FOUCAULT, 2006, p.322) e seu saber.

Desse modo, segundo Foucault (2006, p.348), a noção clássica de crise e a sua prática rendeu para o século XIX duas posteridades. A primeira, pela anatomia patológica, foi substituir a crise médica clássica como acontecimento por procedimentos de conhecimento e verificação na forma da constatação e da demonstração. A segunda posteridade, em relação à psiquiatria, foi *“instaurar e substituir a velha crise médica clássica por alguma coisa que fosse, como a velha crise clássica, uma prova, mas não uma prova de verdade, uma prova de realidade”*.

Na medicina orgânica, o médico formula obscuramente essa demanda: mostre seus sintomas e eu direi que doente você é. Na prova psiquiátrica, a demanda do psiquiatra é muito mais pesada, é muito mais sobrecarregada, é a seguinte: com o que você é, com a sua vida, com o que se queixa a seu respeito, com o que você faz e o que você diz, forneça-me sintomas, não para que eu saiba que doente você é, mas para que eu possa ser um médico diante de você (FOUCAULT, 2006, p.349).

A psiquiatria não utiliza o diagnóstico diferencial e sim o absoluto, e devido à ausência do corpo *“a psiquiatria não pôde prescindir do momento em que, segundo a medicina pré anatomia patológica, a verdade da doença seria revelada: a crise”* (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007, P.172). É, portanto, a crise que se constitui a prova que o psiquiatra precisava para comprovar a existência da doença mental e autorizar o internamento.

Frente à impossibilidade de *“fazer da psiquiatria uma ciência”*, esta se limitou a estabelecer um sistema empírico constituído a partir da descrição de comportamentos e diferenciá-los em fenômenos agudos ou subagudos, classificando-os em crises (ou ataques), episódios, reação vivencial anormal, fases e surtos (DALGALARRONDO, 2008).

Segundo o autor supracitado, “crise” ou “ataque” se caracterizariam pelo surgimento e término abruptos, com duração de segundos ou minutos e, muito raramente, horas. Como exemplo cita os ataques epiléticos, crises de pânico, de agitação psicomotora e histéricas. O episódio diferencia-se da crise apenas em sua dimensão temporal, pois teria duração mais longa, podendo perdurar por dias e até semanas. No entanto, a utilização dos termos é inespecífica por não ser possível precisar a natureza mórbida do fenômeno. Já, a “reação vivencial anormal” seria um fenômeno desencadeado por situações de vida altamente significativas para os sujeitos que o vivenciam: situações de morte, perda de emprego, divórcio, etc., sendo, portanto, psicologicamente compreensível, a não ser pela intensidade e a longa duração dos sintomas, o que caracterizaria a anormalidade. E, por fim, o “surto” seria a ocorrência aguda da eclosão de uma doença endógena, não compreensível psicologicamente, que produziria danos e sequelas irreversíveis à personalidade ou à esfera cognitiva: surtos de esclerose múltipla e surtos esquizofrênicos.

Deste modo, percebe-se como a crise da ciência e do saber psiquiátrico permitiram a invenção de outros saberes sobre crise psíquica, outras formas de nomeá-la e significá-la a partir das experiências de Reforma psiquiátrica instituídas. Assim, focamos na análise do saber sobre a crise presente no discurso psicossocial, as concepções sobre crise psíquica, a interdisciplinaridade e a intersectorialidade que envolve este saber.

Para tanto, destaca-se o conceito de crise, de Gerald Caplan, formulado em 1963, nos Estados Unidos, com a instituição do Movimento da Psiquiatria Preventiva ou Comunitária. Para esse autor, a crise ocorreria frente a “*situações novas que o indivíduo não foi capaz de enfrentar rapidamente com seus mecanismos existentes de defesa e interação*” (CAPLAN, 1980, p.49).

Para Caplan (1980), existiriam dois tipos de crise: as evolutivas e as acidentais. As crises evolutivas seriam desencadeadas por processos normais do desenvolvimento físico emocional ou social, e as crises acidentais, por serem imprevistas, seriam precipitadas por uma ameaça de perda ou uma perda real que gera uma perturbação emocional. Nos dois casos, quando os conflitos não são elaborados cria-se uma forma de desadaptação que poderia

conduzir à doença mental. Nesse sentido, a crise também era considerada uma oportunidade para a promoção da saúde (prevenção primária), pois quando tratada por técnicos psiquiatricamente orientados poderia tornar-se um meio de crescimento para o sujeito (BIRMAN, COSTA, 1994).

Outro movimento de reforma que trouxe importantes contribuições para o entendimento da crise psíquica foi a Psiquiatria Democrática Italiana. Basaglia radicalizou a crítica à psiquiatria e formulou um pensamento e uma prática assistencial inovadoras, voltadas para a ideia de desconstrução e superação do aparato manicomial. Para esse autor, a loucura diz respeito ao homem, à sociedade, à família, e por isso dotada de uma complexidade muito grande para que a psiquiatria sozinha dê conta de significá-la. Dessa forma, Basaglia considerava a crise uma subjetividade e não um diagnóstico:

[...] cada situação que nos é apresentada é uma crise vital e não uma esquizofrenia, uma situação institucionalizada, um diagnóstico. Víamos que aquela esquizofrenia era expressão de uma crise existencial, social, familiar, não importa, mas era uma crise. Uma coisa é considerar o problema uma crise ou um diagnóstico, porque o diagnóstico é uma coisa e uma crise é uma subjetividade. Subjetividade que põe em crise o próprio médico (BASAGLIA, 1979, p.19).

A Atenção Psicossocial no Brasil, muito influenciada pelo movimento italiano, reconhece que a atenção à crise consiste em um dos aspectos mais estratégicos no processo de Reforma Psiquiátrica, pois representa um momento de alta vulnerabilidade do sujeito e seus vínculos (KANTORSKI, 2007, AMARANTE, 2007). No entanto, é necessário conhecer como está sendo legitimado o discurso psicossocial a partir dos saberes produzidos em relação à crise psíquica, pois são esses saberes que determinam as estratégias de cuidado. Fontenelle (2010) demonstrou que o modo com que os profissionais de saúde mental lidam com a crise e definem as estratégias de cuidado está intimamente ligado à percepção desses profissionais.

Nesse sentido, o Movimento de Reforma Psiquiátrica vem produzindo uma nova perspectiva sobre a loucura, questionando não somente as instituições e as práticas de cuidado, mas os conceitos e saberes que as legitimaram, produzindo uma revolução teórico-conceitual. Dessa forma, a saúde mental se configura como um campo ou área de conhecimento marcado pela complexidade, simultaneidade e transversalidade de saberes, que envolve a compreensão de um conceito ampliado de saúde, da clínica ampliada, do

trabalho interdisciplinar e intersetorial, da noção de rede e de territorialidade, entre tantos outros (AMARANTE, 2007).

Assim, além da psiquiatria, na complexa rede de saberes da temática da saúde mental, estão a psicologia, a psicanálise, a fisiologia, a filosofia, etc., mostrando que se trata de um campo polissêmico e plural à medida que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que são condições altamente complexas (AMARANTE, 2007).

Esses saberes estão influenciando e produzindo efeitos nos serviços de saúde mental que passaram a incorporá-los em suas práticas. Abaixo, transcreve-se o entendimento do psiquiatra em relação aos saberes que atravessam seu fazer.

Nós tínhamos na década de 82, 83 um modelo tradicional hospitalocêntrico ainda bastante significativo e havia uma tendência da mudança do jeito de atenção (...) na nossa residência nós tínhamos tentado o hospital dia, uma novidade na época, já pensava numa internação de menor permanência, uma permanência mais curta, e foi na época um pouco antes o Franco Basaglia que teve aquelas palestras no Brasil. (...) eu estava sim, me integrando dessa ideia, a gente já começou a ter um olhar um pouco diferenciado (...) nós tínhamos um modelo praticamente tradicional, mas nós já tínhamos nossa leitura, na época nosso movimento assim da esquerda assim era muito intenso. (...) Então a gente já lia David Cooper, Ronald Lang. Então que são os que começaram mais ou menos essa ideia de modificar, então já nós começamos a olhar diferente. (...) e também impregnado por Morin do que é 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 todos. (...) eu tenho entendimento do adoecimento como biopsicossocial, acrescentado do histórico espiritual e cultural. (...) tem que levar em consideração no adoecimento, de pensar em todos os aspectos então é mais complexo, como diz Morin. (C2aP28)

A partir dessa fala percebe-se que o adoecimento psíquico passou a ser considerado algo complexo que envolve aspectos que vão além das noções de psicopatologia e sintomatologia psiquiátrica. Esse entendimento está acordado com o paradigma psicossocial, que tem como bases epistemológicas o Paradigma da Complexidade de Morin, o Paradigma Emergente de Boaventura Santos, e o Paradigma da Nova Aliança de Prigogine e Stengers. Portanto, busca ser um modelo de atenção que, através do diálogo entre as epistemologias e percepções de mundo, proporcione um olhar mais sensível à complexidade de vida do sujeito. Isso permite que os aspectos sociais e

psíquicos sejam considerados fatores fundamentais no processo de cuidado (YASUI, 2006).

No entanto, parte-se do entendimento de que a crise psíquica é o momento em que a loucura se torna mais incômoda, incompreendida e refutada pelos membros de uma comunidade, justamente pelo seu caráter de desprendimento dos limites impostos pelas normas sociais vigentes. Para analisar o saber sobre crise psíquica no discurso da atenção psicossocial, inicia-se mostrando as concepções de crise presentes nos dados analisados para, após, discutir o saber sobre a crise sob a ótica da interdisciplinaridade e, por fim, o saber da crise no campo intersetorial.

A concepção de crise psíquica já é demonstrada pela forma de nomeá-la, pois esta já reflete os saberes que conformam seu entendimento. Em Alegrete, as menções às situações de crise descritas nas atas de reuniões de equipe trazem muitas variações, não apresentando um conjunto conceitual bem preciso. Porém, a palavra ‘surto’ é constantemente utilizada para nomear o momento de uma crise psíquica. Nas atas, tais concepções estão descritas como segue:

Usuário em surto psicótico. Acompanhado pela psicóloga. Não está aceitando acompanhamento. (ATA 17.03.1998)

Usuária – 27 anos. Profissional do serviço fazendo acompanhamento. Internada. 1º surto. (ATA 1º.09.1998)

Usuário – profissional fez visita. Pessoas de difícil acesso. Em surto, medicação inadvertida. (ATA 20.01.1998)

Usuário – em surto psicótico, escreveu cartas confusas e sem tratamento. Solicitado pela psicóloga que os colegas façam VD e o levem ao psiquiatra ou PS para consulta médica. (ATA 30.03.2004)

Usuário – surto psicótico, bem desintegrado. Medicação pesada. Infecção de garganta. (ATA 05.01.1999)

O uso recorrente da palavra “surto”, entendido na psiquiatria como o momento da eclosão de uma doença endógena (DALGALARRONDO, 2008), revela o quanto a concepção de crise na saúde mental normalmente encontra-se associado ao desencadeamento, agudização e cronificação da loucura (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007). No entanto, percebe-se que são descritas outras estratégias de cuidado na crise para além do apregoado pela psiquiatria clássica que visa somente a supressão dos sintomas e a suspensão da crise.

O saber psiquiátrico se constituiu a partir da transformação metodológica introduzida por Pinel e Esquirol, fundamentada na observação clínica

sistemática e na delimitação de categorias psicopatológicas estáveis. Desse modo, Pinel organizou a primeira classificação nosográfica, e em seu Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou *Traité de Pinel*, delimitou as apresentações clínicas da loucura, concebendo-a como consequência de paixões exacerbadas e da imoralidade (AMARANTE, 2003b; PESSOTI, 1995).

A palavra crise também foi utilizada para descrever a existência de um sofrimento intenso, e sua utilização demonstra o mesmo significado dado à palavra surto.

Usuário que melhorou mas teve outra crise. Dificuldades na conversação. Profissionais farão visita. (ATA 08.06.1995)

Usuária – em crise, foi internada na Santa Casa pela assistente social e psicóloga. Psicóloga fará o acompanhamento. (ATA 17.03.1998)

Usuária- em crise. Fazer visita. (ATA 24.03.1998)

Em um excerto aparece a diferenciação do ‘surto’ e da ‘crise’, na qual a crise aparece como um momento decorrente de uma perda, aproximando-se do conceito de “crise acidental” da psiquiatria comunitária.

Usuária- família procura psiquiatra. Marido morreu repentinamente. Já tinha surtos antes. Está em crise. Orientou a família. (ATA 11.05.1999)

Apesar de existente e definido na literatura, o conceito de crise não se apresenta claramente delineado. Para Dell’Acqua e Mezzina (1991), a desinstitucionalização trouxe para os serviços substitutivos de saúde mental um problema prático, cotidiano e teórico que seria a compreensão da complexidade da crise, sem reduzir a experiência subjetiva a categorias diagnósticas ou a sinais e sintomas que fixam traços de homogeneidade.

No entanto, o saber psiquiátrico por vezes atravessa o campo da atenção psicossocial e influencia as formas de conceber o que nesta pesquisa foi denominado de crise psíquica. Esse atravessamento gera uma concepção distante da defendida nesta pesquisa — que coloca a crise psíquica como um momento complexo e difícil que resulta de um processo histórico-cultural –, pois remete aos parâmetros psicopatológicos de identificação do diagnóstico e descrição da sintomatologia psiquiátrica.

Usuária – psiquiatra e psicóloga relatam euforia e ambivalência. Vai se mudar na 6ª feira. Acompanhada. Medicação mantida. (ATA 27.07.99)

Usuário – atitudes delirantes e alucinatórias, deveremos tentar vínculo com o serviço. (ATA 10.08.1999)

Usuária – ansiosa e delirante. Internada. (ATA 29.06.99)

Usuário – da zona rural, egresso do hospital psiquiátrico, depressivo, chora muito. Fará acompanhamento individual com a assistente social. (ATA 26.08.1997)

Usuário – paciente esquizofrênico, com 50 anos. Faleceu a mãe e se encontra muito descompensado. Os surtos são de confusão. Pede visita. Trazer para a oficina. (ATA 09.09.1997)

Usuário – esquizofrênico em surto. Com sexualidade aflorada e sem controle. Hospitalizado. (ATA 23.02.2000)

Usuário – internado. Em fase maníaca (pensamento agitado sem dormir). Medicação intensa. Psiquiatra solicitou apoio a família. Tentativa autorizada para passar o dia no SAISMA. (ATA 27.12.1999)

Na modernidade, a história da loucura se confunde com a história do manicômio e de seu governante: o psiquiatra. Embora diversas tentativas humanizadoras tenham sido empreendidas a partir do final do século XVIII, o manicômio não se transformou em sua essência. E o desenrolar dos séculos XIX e XX continuou atestando o avanço de um saber racional e instrumental que cada vez mais ganha força para enquadrar uma vivência subjetiva em um diagnóstico.

Está na ordem do discurso médico a fragmentação do sujeito, e a divisão em partes se reflete em uma abordagem terapêutica voltada para a cura, ou simplesmente para a eliminação da sintomatologia, desconsiderando toda a complexidade implicada (CAMPOS, 2003). Assim, em muitos momentos, os profissionais de saúde mental são afetados pelo discurso psiquiátrico e o conceito de crise é aprisionado a categorias psiquiátricas de classificação patológica e de morbidade. Essa forma de interpretar, por um viés patológico, as respostas desencadeadas a partir de questões cotidianas da vida de qualquer pessoa vai ao encontro da indicação de Dell’Acqua e Mezzina (1991) de que haveria uma tendência nos serviços de saúde a uma patologização e simplificação, ao reduzir toda a complexidade do sofrimento do sujeito a um sintoma, desconsiderando os saberes implicados, o contexto histórico, a situação familiar, social, econômica, entre outras.

A conceituação de crise a partir de parâmetros patológicos também foi encontrada na pesquisa feita por Fontenelle (2010), na qual os profissionais fizeram referência aos sinais de alterações psíquicas e de comportamento: agitação psicomotora, discurso desconexo, alteração de sono, delírios, alucinações, pensamentos persecutórios, agressividade, ideação homicida,

risco para si e para terceiros, recusa ao tratamento, ações destrutivas em relação aos objetos.

Essa forma de conceituar a crise a partir de critérios diagnósticos é um reflexo da propagação do discurso psiquiátrico em nossa sociedade. A partir da segunda metade do século XIX emergiu um novo modo de classificar as doenças mentais e a psiquiatria passou a “*classificar um conjunto cada vez mais amplo de condutas e comportamentos cotidianos como patologias psíquicas*”, tornando-os objeto dos discursos e práticas médicas (CAPONI, 2012, p.19). Essa é uma realidade que precisa ser discutida e colocada em foco de maneira a avaliar seus efeitos na produção do cuidado em saúde mental e na constituição dos sujeitos na atualidade. Em Alegrete, alguns profissionais reconhecem a dificuldade dos trabalhadores em saúde mental de se desvencilharem dos saberes psiquiátricos no momento do cuidado da crise:

Eu acho que o tempo inteiro a gente conceitua o paciente enquanto um código de doença, ah ele é um bipolar, ele é um esquizofrênico. Então a gente ainda trabalha com uma lógica, que é uma lógica ultrapassada. (C2aT11)

Essa dificuldade aumenta diante de casos considerados de ‘difícil abordagem ou manejo’ e as discussões presentes nas atas demonstram o quanto a equipe recorre ao discurso psiquiátrico e ao modelo biomédico, que tem na medicação sua principal estratégia para responder a essas situações.

Usuária – surto com delírio religioso de muito difícil abordagem e medicação. Psiquiatra acha que está colocando fora a medicação. Internada. (ATA 03.08.1999)

Usuário – em surto psicótico grave de difícil manejo, com resistência a medicação e conduta de internação. (25.04.2000)

Usuário – muito difícil de lidar, medicação não surtindo efeito mesmo impregnado continua em surto. Indicado internação para rever a medicação. (ATA 25.07.2000)

Usuária- em surto. Psiquiatra relata agravamento do quadro psicótico, difícil manejo, agressiva e resistente à medicação. Foi tentado medicação de depósito com reações extrapiramidais. (ATA 12.09.2000)

Usuário – psicóloga diz que está muito agitado, resistente à medicação, é muito perigosa essa crise para ele e para a comunidade em geral. (ATA 16.12.2003)

Ao centrar-se no diagnóstico e na agudização da sintomatologia, reduzindo a complexidade do sofrimento vivenciado na crise, a intervenção só pode se limitar às queixas sintomáticas e à prescrição de medicamentos para eliminação de sintomas (FERIGATO et al., 2007; SOUZA, 2000). Nesse

sentido, a resistência à medicação⁴⁹, enquanto recusa ao tratamento ou como não resposta aos efeitos terapêuticos destas, parece estar intimamente atrelada aos casos difíceis. O último excerto traz ainda a questão relacionada ao risco para si e para outros. O conceito do risco em saúde mental assume a centralidade a partir do momento em que a crise é o prenúncio do agravo ou desencadeamento da loucura que ainda é vista como uma doença a ser prevenida. A partir desse entendimento, “*a lógica posta para circular nos serviços é de suprimir a crise, debelá-la e enquadrar o sujeito*” (JARDIM, DIMESNTEIN, 2007, p.180).

A categorização do diagnóstico é um risco, pois “*reduz as possibilidades da existência humana e social*” (AMARANTE, 2007, p.19). Por isso, a Reforma Psiquiátrica propõe uma transformação do processo de cuidado que não diz respeito apenas à transferência de um espaço para outro, mas sim ao rompimento com o paradigma centrado na doença, ao hospital e à destituição dos direitos dos sujeitos. Na mudança na forma de olhar a loucura, tendo como foco o sujeito e sua complexidade, passa-se a ver a crise como uma manifestação subjetiva da existência humana, que envolve as relações sociais do sujeito (AMARANTE, 1995).

No entanto, em Alegrete, às vezes, além da sintomatologia e do diagnóstico, a correlação da crise psíquica com mudanças abruptas de comportamento completa a forma de nomear essa experiência a partir de parâmetros do saber psiquiátrico. E é em relação às mudanças de comportamento que se encontra uma atenção à crise mais embasada na psiquiatria tradicional, como a centralidade na consulta médica, atendimento individual, medicação e internação.

Assim, foram descritos em ata comportamentos “*agressivos*”, “*dificuldades com regras do serviço*”, “*agitação*”, “*desejo sexual aguçado*”, além das enunciações referidas abaixo:

Usuária – precisa ser internada pois está com desvio de comportamento. (ATA 17.04.1999)

Usuário – em surto depressivo e agressivo. Foi feito visita. Conduta: fazer visita diária e medicar. (ATA 12.01.1999)

⁴⁹ A estratégia da medicação enquanto intervenção na crise psíquica será discutida no próximo capítulo.

Usuário – hospitalizado. Muito agressivo antes da internação. (ATA 15.06.99)

Usuário – ainda em surto. Fugiu do hospital. Mais organizado, mas dormindo pouco. Tem vindo na madrugada no SAISMA. (ATA 26.10.1999)

Usuário- em surto (2 meses). Será internado. Psiquiatra fará a internação. Está descuidado em relação a si mesmo. Caminha à noite. (ATA 06.10.1998)

A gente sabe que a primeira coisa que ele começa a não querer é o banho. (C2aP1)

O entendimento de crise ocorreu a partir da associação ao comportamento imprevisto, sobretudo para os aqueles que apontavam para a modificação de um padrão de comportamento ou uma ruptura no padrão de “normalidade”, entendendo a “anormalidade” como o comportamento desviante das condutas socialmente aceitas e culturalmente elaboradas (NOGUEIRA, 2009).

As noções de ‘normalidade’ e ‘anormalidade’ estão relacionadas à crise desde que a psiquiatria — para definir a natureza do seu objeto de acordo com o modelo de racionalidade que preside a ciência moderna (SILVA, 2009) —, a colocou como instrumento de efetivação da doença, como prova de realidade que estabelece o psiquiatra enquanto médico e a doença mental como o objeto de seu trabalho (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

Para Canguilhem (2006), a natureza, dentro ou fora do homem, é harmonia e equilíbrio e qualquer perturbação da ordem estabelecida que gere desequilíbrio ou desarmonia é o anormal, a doença. Nessa perspectiva, a prática médica se baseia em diagnosticar, tratar e curar para reinstaurar a normalidade, fundando uma definição de normal positiva, proveniente da fisiologia, que impede considerar a doença uma nova forma de vida. Nesse sentido, a doença mental, concebida como algo negativo, é vista como o avesso da ordem, como “anormalidade”. Assim, a agitação, a ausência de moderação, o desregramento, a impulsividade e a periculosidade seriam definidos como “*um excesso que é falta*” (CASTEL, 1978, p.111).

O entendimento da crise, portanto, se constituiu a partir da ideia de uma exacerbação dos sintomas, caracterizando-se por um padrão anormal da pessoa, e um risco social que precisa de um tratamento baseado em ações controladoras e normatizadoras.

A temática da normalidade é tratada desde a Grécia antiga, mas ganhou força com o movimento da Revolução Francesa, quando a burguesia fundou a ordem econômica capitalista com a pretensão de funcionar como norma para toda a sociedade. Com isso, a medicina adotou uma nova postura normativa, e o estabelecimento dos parâmetros do funcionamento social normal passou a ser tarefa da medicina mental, da psicologia e das ciências sociais aplicadas (FILHO, COELHO, PERES, 1999). No entanto, esses padrões de comportamento considerados normais passaram a ser questionados não somente pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, mas por outros movimentos que reivindicavam o direito à diferença, o respeito à diversidade e a produção de outras subjetividades⁵⁰.

O comportamento agressivo, além de ter sido muito citado nas atas, também apareceu nas entrevistas, mas com algumas mudanças no decorrer da história do serviço de Alegrete.

A crise psíquica, em Alegrete, era muito associada a episódios de agressividade, mas essa associação diminuiu no decorrer dos anos, fato constatado nesta pesquisa que utiliza dados de diferentes momentos (2006-2011-2014). Na análise das atas também se percebeu que a questão da agressividade estava mais presente até o ano de 2008. Dessa forma, houve, nos diferentes momentos de coleta de dados, uma mudança no entendimento e postura em relação à crise com episódios de agressividade. E essa mudança tem estreita relação com o acontecimento ou não de crises de agressividade.

Eu acho que tem uma certa preocupação nossa que é próprio da clientela que a gente tem. Então tem épocas que, que essa preocupação cresce um pouco mais, dependendo se teve alguma intercorrência maior ou não. (C1T5)

Em 2006, durante o período de coleta de dados do CAPSUL I, aconteceram algumas situações de crise, dentre as quais três apresentaram sinais de agressividade, e uma acabou sendo destacada nas entrevistas devido ao fato de a agressão física ter atingido os profissionais do serviço. A seguir descreve-se a cena vivenciada no serviço:

Retornei ao CAPS e quando estava conversando com uma usuária numa sala, ouvimos os gritos de outra usuária (vindos do pátio) e barulho de pauladas – ela xingava a profissional da higienização e

⁵⁰ A questão da subjetividade e dos modos de subjetivação dos sujeitos em crise são discutidos no capítulo 7.

ameaçava com um cabo de vassoura. Sentou-se num banco muito nervosa. A técnica de enfermagem disse que ela estava, na semana passada, supostamente namorando um usuário adolescente; (...) O fato é que agora estava furiosa porque ele tinha terminado o namoro com ela. Quando olhei pelo vitrô ela estava sentada, xingando e com o cabo de vassoura na mão. O usuário (namorado) sentou-se do lado dela e conversava alguma coisa. Ela se aquietou. Fui para a sala onde ficam os prontuários para olhar os prontuários de alguns usuários. Enquanto olhava os prontuários ouvi novamente os gritos da usuária e a profissional da higienização entrou depressa na sala e fechou a porta com a chave, disse que a usuária não podia vê-la porque queria agredi-la. Ficamos ali algum tempo e ouvíamos a usuária gritando muito, furiosa, a profissional da higienização disse que ela tinha acertado um pé nas suas costas. Ouvimos que ela estava no corredor e começou a bater nas coisas com o cabo de vassoura. A profissional da higienização abriu a porta havia crianças no CAPS (...) que acompanhavam seus pais na consulta. O motorista segurou no cabo da vassoura e tentava tirar da mão dela, ela puxava com força xingava-o de “velho desgraçado” e dava pontapés nele. Todos ficaram muito assustados com medo de um acidente e as gurias resolveram ligar para a Brigada Militar para auxiliar na contenção. Por fim o motorista não conseguiu tirar o cabo da vassoura. No tumulto não sei ao certo como conseguiram que ela fosse para fora. A enfermeira, a psicóloga e a técnica em enfermagem foram lá fora tentar manejá-la, ela chorava muito. Já tinha dado uma paulada na Kombi e atirado pedras. Os outros usuários que estavam na pracinha que há em frente do CAPS saíram de perto dela com muita apreensão. Ela estava no chão, a enfermeira, a psicóloga e a técnica em enfermagem conversavam com ela, ela se levantou e conduzida pela psicóloga sentou-se no banco da pracinha e chorava copiosamente como uma criança e seguia xingando o motorista que tinha sido levado pelos outros profissionais para dentro, longe dela. Nisso a Brigada chegou, mas ela já estava sentada sem o cabo de vassoura que (segundo me contaram depois) a psicóloga conseguiu tirar dela num momento em que ela se distraiu. Logo que a Brigada chegou ficou só observando enquanto a psicóloga tentava convence-la a ir para o hospital fazer a medicação. Entrei para fazer uma entrevista e o desfecho da situação foi contado pelas gurias da recepção. Ela puxou os cabelos da psicóloga, xingou, xingou e ficou naquilo, até que os policiais falaram para ela “chega”, que ela já tinha ido longe demais e que levariam ela presa por desacato à autoridade, algemaram-na e levaram. A psicóloga foi o comentário dos usuários durante a tarde. (DC3C1)

Essa cena produziu muitos efeitos e algumas questões foram levantadas. A primeira foi em relação à segurança dentro do serviço e alguns profissionais disseram se sentir “*inseguros*” (C1T16); (C1T20); (C1T19), “*vulneráveis*” (C1T7), “*desprotegidos*” (C1T12), que sentem “*medo*” (C1T3) em situações de agressividade intensa. Um trabalhador referiu “*correr risco de vida*”, principalmente ao abordar usuários agressivos em casa, devido à imprevisibilidade do que vai ocorrer dentro do domicílio (C1T23).

Eu acho que no caso que aconteceu naquele dia, o fato dela estar assim desencadeia um monte de medo. (C1T21)

Eu tenho experiência, já trabalhei no São Pedro, (...), e eu não me sentia tão insegura e, aqui no serviço eu me sinto. (C1T16)

A angústia e o medo são conteúdos que podem emergir no cotidiano do trabalho dentro da lógica antimanicomial, possivelmente em função do “*desconhecimento em lidar com pacientes psíquicos*” (SCARCELLI, 1999, p.196), pois, no manicômio, os profissionais trabalham não para responder ao sofrimento advindo da psicose, mas para reprimi-lo. No manicômio as ‘terapias’ de cura trazem um grau de repressão tão intenso que inibe o sujeito de exprimir sua própria agressividade (BASAGLIA, 1979).

Em Alegrete, uma das causas apontadas que promovem a insegurança é o fato de praticamente todos os trabalhadores do CAPS serem mulheres, e no setor da enfermagem somente mulheres. Isso reforça uma peculiaridade da reforma psiquiátrica brasileira destacada por Goulart (2014), ao ressaltar que, diferentemente do movimento democrático italiano, protagonizado por homens e psiquiatras, no Brasil a reforma é feita cotidianamente por mulheres não médicas. Essa característica, em episódios de crise com agressividade, traz certa vulnerabilidade de acordo com os entrevistados.

Para diminuir essa insegurança em situações de maior violência foi apontada por quase todos os entrevistados a necessidade de contratação de um “*segurança*” (C1T16), de um “*técnico de enfermagem homem*” (C1T2); (C1T8), um “*zelador*” (C1T20); (C1T4), enfim, de funcionários homens (C1T2); (C1T19). Isso porque entendem que o homem “*tem mais força*” (C1T8); (C1T10) para lidar com o usuário agressivo, que só a “*presença masculina já impõe respeito*” (C1T8); (C1T15), e que os homens “*têm mais habilidade para conter o usuário*” (C1T16). As atas também trazem a necessidade do acompanhamento ser realizado por terapeutas homens no caso de um usuário agressivo.

[...] são só mulheres, na maioria são mulheres, entendesse? E que faz falta às vezes a gente ter o acompanhamento de um rapaz, de um cara mesmo para estar junto com a gente. (...) na parte da tarde faz falta de uma pessoa do sexo masculino, não é que dê segurança, é que tem mais força, tem mais agilidade e dá respeito, a gente pensa assim, impõem respeito. (C1T26)

Às vezes tem uma vulnerabilidade, tem momentos que o pessoal, tem mulheres aqui. Não temos técnicos homens para lidar com essa situação, para nós dificulta um pouquinho. (C1T25)

Os próprios usuários ajudam a gente. Ontem, até quantos usuários ali tentaram, mas aí como daí como eu digo, parece que é

irresponsabilidade nossa não conseguir pegar, tomar o pau daqueles da mão de um usuário. Mas é ali, eu digo ah, mas tem que ter um homem forte não sei o que, mas daí, aí já me vem na cabeça as coisas do manicômio (C1T20)

Essa última enunciação mostra o quanto o trabalhador, às vezes, se vê em situação contraditória, pois ele se sente responsável e por isso precisa dar uma resposta à situação vivenciada e a resposta que ele pensa ser a mais rápida e eficaz lhe traz à lembrança '*coisas do manicômio*'. Isso gera duas questões para a discussão. A primeira refere-se ao fato de que o discurso psicossocial é atravessado pelo discurso psiquiátrico, porque traz uma exacerbação da noção de periculosidade (COSTA, 2007) e assim constitui o louco como um sujeito perigoso. A ideia de periculosidade, que nasceu associada ao conceito de alienação mental e às questões relacionadas à perda da razão e à animalidade, contribuiu para a construção do sentido social do medo e da necessidade de exclusão e discriminação dos sujeitos considerados perigosos (AMARANTE, 2007).

No entanto, no contexto da psiquiatria democrática italiana, o conceito de agressividade foi redimensionado, passando a significar o rompimento com o estado de apatia e desinteresse produzido não só pela doença, mas, sobretudo, pela institucionalização. Seria, portanto, o rompimento com a figura do demente⁵¹.

Desse modo, a agressividade surge como uma consciência do direito de viver a vida humana e a possibilidade de construção de uma relação autêntica e recíproca entre o sujeito em crise e o profissional de saúde. Nessa relação, a reciprocidade aparece como condição capaz de possibilitar uma ruptura com os vínculos de autoridade (BASAGLIA, 2005) e com os critérios de periculosidade e imprevisibilidade utilizados para a exclusão e segregação, portanto, sem nenhuma contribuição para o desenvolvimento da escuta do sofrimento psíquico (KANTORSKI, MIRON, 2001) e para a constituição de outros saberes acerca da crise psíquica.

⁵¹ Para Foucault, o hospital psiquiátrico fabrica a demência, à medida que o demente é o efeito da disciplina e do poder psiquiátrico: "O demente é portanto aquele que corresponde exatamente ao funcionamento da instituição asilar, já que, por via de disciplina, todos os sintomas em sua especificidade foram aplainados: não há mais manifestações, nem exteriorização, nem crise. E, ao mesmo tempo, o demente corresponde ao que quer o poder psiquiátrico, já que realiza efetivamente a loucura como realidade individual no interior do asilo. (...) O demente é na verdade o que foi fabricado pelo duplo jogo desse poder e dessa disciplina" (FOUCAULT, 2006, p.324).

A segunda questão é que, atualmente, a Reforma Psiquiátrica está na ordem do discurso político, e por isso está produzindo interditos, ou seja, muitas coisas não são ditas ou não se deve dizer dentro de um serviço de saúde mental que trabalha sob a lógica da atenção psicossocial. No entanto, algumas questões emergem após um episódio de crise com agressividade:

Teve um usuário que disse assim “Não, mas aqui não dá, tem que expulsar, tem que, ela tem que ficar um bom tempo sem vim”. Isso tu tens que falar sexta na reunião, na assembleia de vocês, porque de repente se eu funcionária dizer, vão dizer que a gente não quer cuidar. (...) eu digo, expulsar não, mas de repente ela vai ficar um mês ou uma semana, até ela refletir, elaborar o pensamento em casa, mas eu sempre procuro explicar para eles que faz parte do Serviço (...) e a gente vai se deparar com essas situações bem complicadas e até piores, da, daquela que aconteceu. Que aqui não é lugar de exclusão. E a pessoa é portador da doença, no caso a deficiência mental e outras psicoses, outros complexos, coisa assim. Se aqui ela se sentir rejeitada, aonde, se já são rejeitados na família, sociedade, e nós aqui expulsar. E o caso é o pensamento dele. Que eles estão bem, querem fazer os trabalhos, as oficinas, e aquilo perturba, e movimenta todo mundo. Mas é que naquele momento quem não estava bem era ela. Em todo caso movimentou toda a equipe, e aconteceu o que aconteceu. (C1T20)

Essa fala demonstra que o discurso da atenção psicossocial, embora dominante, está em um campo de disputas, no qual os sentidos de exclusão e punição ainda estão presentes, tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais. Por isso a necessidade de construir novas ressignificações para os saberes e fazeres antimanicomiais a partir do enfrentamento e superação dos *“conflitos advindos das contradições do modelo e impasses que se expressam nas relações intersubjetivas”* (SCARCELLI, 1999, p.197).

A postura de temer a crise psíquica com episódios de agressividade não é consenso entre os trabalhadores de Alegrete, os quais dizem que *“o risco é inerente”* ao trabalho desenvolvido, mas *“não é diferente”* do risco que se corre em outras unidades de saúde (T5C1) ou mesmo na rua, quando se está sujeito à violência (C1T3).

Eu acho que é normal. Acho que isso aí, eu acho que isso é uma coisa extremamente, é... inerente ao nosso trabalho, se a gente não quiser encarcerar é assim. (C1T11)

Para Lobosque (1997), é necessário pensar na desproteção relativa com a qual se trabalha em um serviço aberto, como é o caso do CAPS, sem menosprezar a gravidade que uma crise envolve. Porém, é necessário romper com o enquadramento manicomial e seu saber, que colocam o sujeito em sofrimento psíquico no espaço da exclusão. Isto porque a construção de uma

clínica desarmada não nega o risco que uma situação de crise pode acarretar, mas lhe sobrepõe o compromisso de construir um cuidado em liberdade, que respeite a diferença, e, acima de tudo, retire o sujeito do isolamento e exclusão e o coloque em espaços de vida. Esse entendimento permeia as falas de alguns trabalhadores.

Também não é consenso a questão do entendimento em relação à segurança em casos de agressividade, e essa postura, diante dessas situações, também é divergente entre os profissionais.

Aqui há uma diferença da conduta de cada profissional. Tem uns que acham que a gente não deve segurar a pessoa, (...) porque acha que agarrar também é uma agressão, eu... e tem outras pessoas que já acham que deve segurar. Não deve deixar bater, tem que chamar a Brigada, até para eles nos protegerem. A Brigada sempre, é só a presença deles já impõe respeito. Enquanto a maioria aqui são mulheres. (C1T23)

Nessa fala há duas questões relatadas nas entrevistas realizadas em 2006: a contenção física e o apoio da Brigada Militar.

Tem momentos que infelizmente a gente tem que fazer contenção. É uma situação muito difícil. Eu muitas vezes já fiz, porque se não o paciente ia se machucar ou machucar outra pessoa e a gente não tinha ninguém, aí nessa hora a gente toma cuidado para ver aonde que eu vou pegar, mas eu, é... nunca fiz isso sozinha. Não é, não é uma coisa eu acho que agradável para ninguém, mas a gente percebe que naquele momento a pessoa precisa do limite (C1T4)

Eu vou te dizer bem sincera, o que que acontece. A gente tem que chamar a polícia. Tu viste ontem a usuária agarrada nos cabelos da psicóloga. Deixando todo mundo em pânico (...) então eu acho que se tivesse uma pessoa, mais preparada, quando tiver uma situação assim ajuda. Porque tu viste, tem que conter. Não tem como deixar a pessoa solta. (...) para poder acalmar (...) até chegar o pronto socorro, levar essa pessoa, porque é esse o procedimento que a gente faz. Vai ao pronto socorro, toma uma medicação, acalma. Depois a gente faz o contato com a família, para ir até o pronto socorro. É isso. Não digo contenção de amarrar. Não é isso. Só para proteger, porque eles se machucam, acabam até eles se machucando. (C1T16)

Del Giudice, expoente do movimento da Psiquiatria Democrática italiana, escreveu um livro “... e tu slegalo súbito: sulla contenzione in psichiatria (2015)” no qual relata sua experiência como coordenadora do Departamento de Saúde Mental de Cagliari, de 2006 a 2009, e seu empenho para que fosse abolido o uso da contenção física. A atenção para esse tema ocorreu após um usuário internado no Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Cura (que corresponde à clínica psiquiátrica dentro do hospital geral) ter sido contido ao leito por sete

dias até a sua morte. Ao longo do livro, a autora conta os confrontos e conflitos vivenciados no período.

O livro de Del Giudice, em sua apresentação escrita por Borgna (2015), mostra como o uso da contenção física é uma modalidade desumana que coloca em jogo a dignidade dos sujeitos em agitação ou agressividade psicótica, uma forma de tortura e violação dos direitos humanos fundamentais. No entanto, a prática denominada por Del Giudice (2015) como contenção física é diferente da prática desenvolvida em Alegrete e que recebe o mesmo nome. A primeira refere-se à contenção prolongada ao leito, de pessoas internadas. Já, em Alegrete, é nomeada como contenção a prática de segurar a pessoa para que se acalme e consinta em ir ao Pronto Socorro fazer a medicação utilizada em casos de urgência psiquiátrica. Desse modo, o profissional faz a contenção com seu próprio corpo, responsabilizando-se por aquele sujeito, não o deixando a mercê de seus atos destrutivos.

Porém, diante de vários casos de crise de agitação ou agressividade é prudente pensar sobre a capacidade do serviço em se colocar em crise (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991), pois essas crises podem estar condicionadas a incapacidade dos profissionais de entrar em relação com o modo de ser e de se comportar dos usuários. Sem esquecer que muitos usuários entram em confronto com alguns profissionais e outros não, o que faz pensar sobre a importância da relação no trabalho em saúde mental (BORGNA, 2015).

A questão da intervenção da Polícia Militar também foi relatada, a qual é considerada um “apoio” nas visitas e atendimentos domiciliares, necessário principalmente em casos com risco de agressão. Segundo o relato de C1T10, os policiais acompanham os profissionais, mas não fazem intervenção a não ser em situações nas quais haja risco às pessoas envolvidas: profissionais, familiares ou ao próprio sujeito em crise.

Às vezes a paciente está muito agressiva, (...) para maior segurança da gente, é chamada a Brigada Militar. (...) Às vezes até os vizinhos passam a vir ajudar. Aí a gente coloca o paciente na Kombi e leva para o Pronto Socorro. (C1T2)

Ontem mesmo a gente chegou na casa de um usuário e ele estava em surto, tinha quebrado tudo, tudo que tu possas imaginar. Mas tudo mesmo. Ai então, a sorte foi que a Brigada estava lá, porque às vezes a gente não tem como chegar neles, então a gente tem que se afastar, chamar a Brigada para poder chegar, para não ficar tão vulnerável naquele momento ali. (C1T7)

Quando acontece esse tipo de coisa é chamada a brigada. (...) então esse momento que chega os brigadianos, tu pode até achar que é um pouco ingênuo isso aí, mas é incrível. No momento que chega o brigadiano para algemar e levar eu acho que aumentou um pouco mais a violência é uma cena tão feia sabe, tão feia. (C1T17)

Fico louca de medo, aí depois quando vem a Brigada eu fico arrasada, que a Brigada leva eles e aí eu fico bem para baixo. (C1T21)

Para Miron (1998), a periculosidade, imprevisibilidade e incurabilidade aproximaram os policiais dos loucos porque representavam a instituição responsável por garantir a segurança. Assim, a loucura e outras situações que destoavam no cenário social consistiam em casos de polícia, pois o comportamento do louco era considerado socialmente perigoso à manutenção da ordem pública. Pode-se dizer que, inicialmente, a relação entre policiais militares e os loucos era marcada pelo poder e violência, produzindo sentidos negativos que reverberam nas duas últimas falas, nas quais, mesmo considerando necessária a intervenção da Brigada Militar, os trabalhadores se sentem constrangidos em precisar desse apoio.

Portanto, para romper com esse modelo é preciso produzir relações que promovam espaços de consenso a partir não de critérios de verdade, mas de vontade afetiva de conviver (KINOSHITA, 2008). Desse modo, o apoio da Brigada Militar em uma situação de crise não deve acontecer como forma de intimidação, mas de construção de novos sentidos sociais para essa atuação, sem recorrer à violência (WILLRICH, 2009; WILLRICH et al., 2014).

Em 2011, quando houve o retorno ao serviço para coleta de dados da pesquisa CAPSULII, em Alegrete, o entendimento em relação à crise psíquica havia se modificado e isto porque as situações de agressividade não aconteciam com tanta frequência, e quando aconteciam não apresentavam a mesma gravidade que as crises ocorridas no passado.

Hoje é tranquilo, graças a Deus, bem tranquilo. Eles não têm aqueles surtos violentos. (C2T22)

Quando abordados em relação às crises atendidas não foi relatado medo ou insegurança por parte dos profissionais. No entanto, a ocorrência de uma situação de crise psíquica, como o denominado caso do 'homem das facas' fez com que aparecessem algumas questões nas entrevistas. Abaixo está a descrição de discussões em equipe que abordam o caso de um sujeito que fabricava facas artesanais e no momento de crise psíquica, por ter

agredido o pai, um homem de idade avançada, precisou ser internado no Hospital Geral. No momento da discussão do caso em equipe, ele já estava com alta hospitalar e a equipe considerou necessário retirar as facas antes do retorno dele a casa.

O primeiro caso discutido era de um senhor (por volta de 45 anos) muito agressivo, que está internado no hospital geral e já pode dar alta, mas a família está com medo que ele volte para casa. Ele mora com os pais que são idosos e um sobrinho. Disseram que quando chegaram na casa, que fica na zona rural do município, ele estava com duas facas e expulsou os profissionais do CAPS que foram até lá. Contaram que ele agrediu o pai com as facas (fez um corte no rosto). A equipe decidiu que antes do usuário voltar para casa deviam ir lá e pegar as facas e que esta família deveria ser visitada mais frequentemente. Não ficou decidido quem iria na casa. (DC2C2) Discutiu-se então que condutas tomar em relação a isso e quem seria a pessoa responsável pelo encaminhamento, discussão que se estendeu e não teve um encaminhamento muito claro, percebia-se claramente uma certa transferência de responsabilidade entre a equipe. (DC3C2)

Discutiram novamente o caso do “homem das facas” (senhor internado no HG, que mora no interior e agrediu o pai com uma faca). Esse caso havia sido discutido semana passada e tinham feito o encaminhamento de irem até a casa e recolher as facas já que o médico disse que ele teria alta. No entanto, nada foi feito. O coordenador ficou sabendo que ele estava de alta e ninguém tinha ido conversar com a família e retirar as facas. Tinha medo que ele ficasse agitado ao chegar em casa e não encontrar as facas, por isso tinha ficado decidido que a psicóloga do HG falaria com ele enquanto ele estivesse hospitalizado. Explicaria que as facas não estariam em casa quando ele voltasse. Como nada do combinado havia sido feito o coordenador pediu ao médico que ele deixasse o usuário mais um dia internado para que se conseguisse fazer o que tinha sido acordado (DC2C2). A partir daí a equipe se mobilizou, a enfermeira foi até o hospital e teve a tal conversa com o usuário, que foi levado para casa no transporte do CAPS (DC3C2).

Após fui acompanhar o coordenador, o Acompanhante Terapêutico e a Técnica de enfermagem na casa de um usuário na zona rural, que está internado no HG. (...) fomos até lá para retirar as facas, conforme decisão tomada em reunião de equipe. Ao chegar, fomos recebidos pelo sobrinho do usuário que relatou que os pais do usuário tinham ido a cidade. O coordenador avisou que tínhamos ido pegar as facas. O rapaz abriu o quarto do usuário e retirou de baixo do colchão as 3 facas. Disse que foi o usuário que fabricou as facas. (DC2C2)

Tem aquela unidade na equipe (...) mas, às vezes tem pacientes que são bastante difíceis e que aí uns não querem, só um tem que assumir, geralmente é a enfermagem que acaba assumindo tudo (...). Se esquivam, não por, não por talvez não querer, realmente, às vezes, é problemático demais, o manejo é difícil (...) até eu tive uma situação na semana passada que eu fiquei sozinha para resolver, porque ninguém quer se dispor, ninguém quer se incomodar... tu viu, tu estava na reunião, pedindo ajuda dos outros, mas acham que a enfermagem pode resolver. (C2T6)

A dificuldade em estabelecer quem se responsabilizaria por conversar com o usuário no hospital, e com a família no domicílio, e os desdobramentos que o caso teve demonstra que, em situações mais difíceis, nas quais a crise oferece risco, a enfermagem é chamada a assumir a responsabilidade. Fato afirmado no relato da enfermeira (C2T6). Essa questão será discutida mais adiante quando se discute o saber interdisciplinar.

Essa situação trouxe novamente a questão da necessidade de ter funcionários homens na equipe e a solicitação do suporte da Brigada Militar nos casos de crise que oferecem risco.

Esse pedido sempre fica cruzando nas reuniões da equipe, tem que ter mais funcionários homens, tem que ter suporte da brigada militar, algumas situações necessita o suporte da brigada, por exemplo um usuário está com faca, está superagressivo, necessita mesmo (...) Então é uma parte do serviço que tem que melhorar bastante essa questão do atendimento da crise, nesse sentido quando a crise oferece risco. Tem a crise que não oferece risco, alguns vão oferecer outros não. (C2T7).

Em relação à Brigada Militar (BM), os profissionais do serviço dizem que esse auxílio não é solicitado com tanta frequência por causa da diminuição dos episódios de crise (C2T12) e da burocratização para solicitar o acompanhamento da BM (C2T14), (C2T17), (C2T19).

Contaram (coordenador e o motorista) que a BM não quer mais acompanhar os profissionais nas situações de crise, pois mudou o comando da BM e devido aos diversos processos que a BM está respondendo por entrar nas casas, algemar usuários o novo comando só vai se tiver uma autorização do Ministério Público. Daí disseram que foi feita uma reunião do CAPS II, CAPS AD com a BM, polícia civil para afinar essas questões. Daí eles foram orientados a pedir ao Ministério Público o acompanhamento da BM. Por enquanto, ele disse que a BM está acompanhando, mas fica ao lado para proteger o profissional, e se houver um caso de agressão ao profissional eles fazem intervenção. (DC2C2)

Constata-se que a BM não era chamada somente em situações de crise psíquica, mas também para acompanhar os profissionais da enfermagem em casos de usuários 'resistentes' ao tratamento.

A gente está trabalhando bem menos com a Brigada, que a brigada era toda semana praticamente. Agora mudou (...) bá, diminuiu bastante (o número de crises), toda a semana a gente estava envolvida com a brigada até para fazer as medicações injetáveis, que tem pacientes aqui que eu tinha que ir com a Brigada junto. Hoje esse que está vindo aqui, não precisa mais ser acompanhado pela brigada (C2T11).

Outro avanço apontado em relação à atenção à crise psíquica foi a diminuição das divergências existentes na equipe quanto à abordagem.

Olha, a gente já teve muita dificuldade com a questão da crise aqui dentro do CAPS, de trabalhar, muita divergência de colegas na equipe, de achar que uns a gente tem ir lá, tem que segurar, tem que pegar, para outros ah tem que chamar a polícia, tem que não sei o que, outro ah tem que se esconder sabe, então isso até teve um trabalho sobre como agir em situação de crise, mas é, é... bem diferente a postura de cada um frente a isso, eu acho que hoje até a gente já está mais integrado, quando acontece alguma coisa que tem uma crise todos se mobilizam, faz isso, faz aquilo, a gente tenta, assim é... conter aqui. (C2T1)

Dessa forma, os dados coletados em 2011 demonstram que a concepção de crise passou a ser redimensionada pelos trabalhadores de Alegrete que passaram a vinculá-la não mais à questão da agressividade e do risco. A fala, a seguir, demonstra que os trabalhadores passaram a olhar para a crise como um momento que pode acontecer mesmo com usuários em tratamento. E, além disso, não é somente a medicação e supressão dos sintomas que irão garantir que os sujeitos não passarão por momentos de angústia e sofrimento. Isso indica a necessidade de olhar para o sujeito em seu contexto de vida, para a ‘situação’ na qual está inserido e avaliar a melhor forma de ajuda, apoio e cuidado.

Eu ouvia muita queixa no começo logo que cheguei aqui, de que o tratamento tem que dar certo, não pode dar errado, se o paciente entrou em crise, porque que entrou em crise se está sendo tratado. Então eu coloquei que embora sendo tratado ele vai ter crise e a gente tem que entender isso, a gente tem que trabalhar com a crise do usuário. Tem que entender a doença, tem que entender que existe um problema que tem que ser tratado e que não vai ter aquela a melhora, aquela que todo mundo acha, que um milagre vai acontecer e que se está sendo medicado não pode ter crise ou que a medicação vai ter um efeito permanente. O porque que está assim, se hoje ele está mais agitado porque que está mais agitado, ter essa compreensão, (...) e vamos ter que lidar com a agitação dele hoje. Eu percebia bastante que é aquela coisa que tem que estar bem, não pode estar agitado não pode estar angustiado, não pode falar mais alto. A gente, tem dias que a gente acorda que não está bem como é que eles vão estar bem sempre, lidar com essas mudanças, hoje o usuário está tranquilo, amanhã ele chega aqui super agitado, o que a gente faz, vamos lidar com isso, saber lidar. Então, isso é uma coisa que a gente via muito, agora de meio ano para cá acho que de tanto a gente falar, olha é assim mesmo, tem que entender que hoje ele não está bem, vamos ver o que a gente pode fazer para acalmar a situação. (C2T5)

Dessa forma, corrobora-se o dizer de Souza (2000), de que os CAPS, para serem realmente novos serviços, precisam romper com a ordem ética, política e epistemológica que representa o *status quo* do modelo psiquiátrico hegemônico. Para tanto, é necessário um atendimento comprometido em operar mudanças, não se apoiando em esquemas preestabelecidos, pois existe

uma tensão constante entre o saber universal e a especificidade de cada caso, o que exige um tratamento desigual ou não padronizado. “*O reconhecimento da diferença possibilita a emergência do novo, da invenção de soluções diferenciadas*” (SOUZA, 2000, p.56), de acordo com a exigência de cada situação.

Em 2014, quando novamente se retornou ao serviço de saúde mental de Alegrete, a mudança em relação à forma de conceber a crise foi evidente, e haviam poucos resquícios da relação com a agressividade e risco. Desse modo, a crise começava a ser enunciada de outra forma, e a mudança não era somente entre os profissionais da área psi, como mostra a segunda fala a seguir, que traz a concepção de crise da profissional responsável pela oficina de beleza.

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, 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. (...) a crise é um momento para lembrar a gente, de que a gente é um ser humano e que a gente não é igual a todo mundo. (...) acho que essa dimensão da crise, de crescimento a gente não pode deixar, tem que voltar a falar muito. (C2aP16)

(a crise) É um momento de mexer, e normalmente é o momento que tu, pra tu evoluir, porque normalmente, é o momento que tu tens para reflexão é o momento que tu faz escolhas, tu vê eu, se eu não fosse, se eu não tivesse, com uma coisa, porque tu parando de fumar, tu entra em crise depressiva, quantas escolhas e quando é que eu ia pensar em ser cabelereira? (...) eu era formada em administração, eu mudei toda a minha vida, foi todo um questionamento porque, porque tu tens um momento de crise, de reflexão. (...) então a crise justamente, às vezes, um momento dá um UP na tua vida. (C2aP2)

A partir dessas falas percebe-se que não há mais a intenção de conter a crise psíquica, mas de tentar situá-la em um contexto existencial singular, superando um olhar que vê essa experiência como negativa, passando a enxergá-la como um momento de crescimento. Esse entendimento vai ao encontro da Teoria da Crise e sua compreensão de crise como um momento estratégico para a intervenção preventiva, podendo transformar-se em situação

de crescimento e de promoção à saúde (AMARANTE, 2007). Assim, enfrentar novos conflitos pode ser proveitoso desde que o sujeito receba algum tipo de intervenção, em determinado momento.

Outra questão que emerge na primeira fala é sobre a capacidade de o profissional suportar a expressão de algo que talvez não conheça, mas que é importante o sujeito poder viver, pois o modelo psicossocial ainda trabalha no sentido de sufocar o incompreensível e o imprevisível. Nesse sentido, surge a importância de olhar para o sofrimento gerado por uma crise não para identificar ou caracterizar uma doença, mas para problematizar e interrogar o seu sentido na história do sujeito. Uma orientação que pretenda romper com a equação doença=doente confere um estatuto positivo à fala do sujeito em crise, que passa a ser acolhida como expressão de sua condição existencial, ou seja, *“a clínica, afirmada nesses termos, admite a tipificação das manifestações da doença unicamente como estratégia para alcançar plenamente a especificidade dos casos”* (GOLDBERG, 1994, p. 59). Isto não significa recusar o saber acumulado da clínica, mas reside aí o enfrentamento entre a universalidade do saber científico e a singularidade de cada caso.

Entendo que esse redimensionamento na concepção de crise, reconhecido no CAPS de Alegrete, ocorreu devido à capacidade que o serviço teve em se colocar em crise. Identificada como uma das fragilidades, a atenção à crise passou a ser discutida e iniciativas foram tomadas, entre as quais as capacitações e a educação permanente a partir da discussão e avaliação dos casos de crise atendidos. Isso contribuiu para a qualificação do saber e fazer em relação à crise psíquica e fez com que os profissionais pudessem elaborar, de forma mais ampla, o que seria o conceito de crise.

A gente fala da reunião de equipe sobre, o aconteceu, tudo isso, próxima reunião da equipe nós sentamos e horas ficamos conversando sobre o que aconteceu (...) a equipe poder repassar todos os momentos daquela crise e poder entender aonde que o processo de cuidado ficou confuso, então além do atender a crise é importante que depois da crise a gente conversa sobre aquela crise e o que que ela nos mobilizou e poder aprender também quando dá certo o que que garantiu (risos) dar certo, (...) para gente aprender com aquilo que a gente fez, no que a gente conseguiu acertar, onde que a gente conseguiu transformar a agudização do sintoma em algo continente de cuidado. (C2T4)

A gente só aumentou de lá para cá, as capacitações, os encontros, a gente busca trazer vários profissionais de outros lugares, de outras cidades, que tem um conhecimento também, que tem experiência em

saúde mental, mas eu vejo assim também ho! Muitas vezes tu faz uma capacitação (ri) e tu não utiliza aquela capacitação, porque cada usuário reage de uma forma. Então eu acho que, acaba te capacitando muito no dia a dia, a troca de experiências com pessoas que já estão a mais tempo que tu no serviço que vão te falando de que forma agir. (C2T7)

Naquela época tinha muita internação (...) muita crise (...) eu acho que o suporte foi muito importante nisso, as equipes se implicarem mais, com uma nova forma de atender, de tratar esse usuário, eu acho que foi muito isso, das equipes entenderem um novo processo de atenção psicossocial, da gente trabalhar não só as equipes fechadinha, mas a gente reunir todos o sistema de saúde mental e procurar falar uma mesma linguagem em relação a essa atenção aos nossos usuários, eu acho que isso foi muito importante, as equipes se qualificaram muito mais, a gente estuda muito mais, de fazer contato com outros profissionais e ver esse novo modelo de atenção, que a gente acha muito mais interessante (...) eu acho que o nosso trabalho ficou muito mais qualificado, a gente acaba pegando muito mais experiência, e a gente sabe como lidar em situações de crise, no dia a dia do trabalho. (C2aT8)

Uma questão que chama muito a atenção é que nas entrevistas, momento no qual cada trabalhador falou individualmente sobre como o serviço cuida da crise psíquica, aparece nitidamente essa transição na forma de conceber a crise: primeiro, com uma vinculação forte com a agressividade e o risco; depois, entendida como um momento que vai acontecer independente de estar em tratamento e acompanhamento, e, por fim, como uma experiência subjetiva, um ‘momento pedagógico’.

No entanto, nos registros em atas, enquanto forma de descrever modos de atenção à crise, discutidos e decididos coletivamente pela equipe, observa-se que, desde o início da história do serviço, existe um atravessamento entre o discurso psiquiátrico e o discurso psicossocial, impondo seus saberes e influenciando o modo de conceber crise, enquanto fissuras na ordem discursiva originadas a partir de pequenas revoltas diárias. Embora, nas atas, haja concepções de crise ligadas ao diagnóstico, sintomatologia e comportamento ‘anormal’, que refletem o saber psiquiátrico tradicional, também está presente a crise psíquica, sendo nomeada a partir de outros parâmetros que se distanciam do paradigma psiquiátrico, mas que situam a crise no contexto de vida e de relações sociais e familiares do sujeito, próximo do discurso da atenção psicossocial.

Usuária- a filha de 7 meses está internada na pediatria com meningomieloceli. Dificuldade de lidar com a ansiedade. Fazendo acompanhamento. (ATA 11.08.1998)

Usuário – sensibilizado neste período (natal). Profissional irá na casa conversar. (ATA 23.12.1997)

Usuária – dificuldades de relacionamento com a filha que mora. Situação provisória com necessidade urgente de encaminhar benefício e moradia. (ATA 19.05.1998)

Usuária – alteração de comportamento. Problemas familiares e de moradia (relacionamento). Dificuldade de lidar com o filho. (ATA 19.05.1998)

Usuário- dificuldades em relação às mudanças do dia-a-dia como organização do quarto... dificuldades familiares... medicar. (ATA 16.06.1998)

Nesses relatos pode-se vislumbrar uma concepção de crise vinculada às dificuldades do dia-a-dia, um olhar que considera os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido, demarcando a saúde mental como um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais (TENÓRIO, 2002).

Esses novos saberes se refletem nas práticas de atenção à crise que denotam a responsabilização do serviço com esses casos, especialmente para aqueles considerados de difícil manejo para os quais é discutida uma abordagem domiciliar, mesmo no fim de semana, com o apoio da família.

Usuária – em surto de difícil manejo. Profissional acompanhou no fim de semana. Pai chamará quando necessário. (ATA 15/06/99)

Usuário – em surto. Tratado a domicílio. Psicóloga fazendo seu acompanhamento. Comportamento regressivo (retenção de fezes, urinando na cama, ciúme da mãe). (ATA 08/02/2000)

Nas falas, observa-se uma maneira de relacionar-se com o sujeito em crise que interroga o ‘saber psiquiátrico absoluto’, ensaiando uma porosidade cada vez maior entre os diferentes saberes, entre o que está ou não instituído. É uma relação balizada por uma postura ética e compromissada com os ideais da reforma psiquiátrica de restituição da cidadania.

Para conceituar a crise psíquica pode-se observar, nas descrições das atas e em algumas entrevistas realizadas em 2014, que existe uma busca pelos antecedentes ou motivadores destas.

Usuário – surto. profissional atenderá no hospital. História de alcoolismo e convulsões. Situação emocional difícil (suicídio na família). (ATA 16.03.1999)

Usuária – usando sonda nasogástrica, com oscilação de comportamento e de melhoras. Muitos transtornos familiares que se refletem no seu estado de saúde. (ATA 22.09.1998)

Usuário – ansioso, delirante. Psiquiatra avaliou e está entrando em surto. Maltratado pela família? Revisão da medicação. Circe falou que

família fica com um pouco do dinheiro para a alimentação e o resto ele usa. Casa em péssimas condições. (ATA 04.05.99)

Eu penso que tem que ter o cuidado, o que desencadeou ele a ter aquele surto, acho que ninguém surta do nada, se a pessoa está sendo irritada, está sendo contrariada as vezes, as vezes até maus tratos eles apanham, sofrem e acabam surtando e ninguém sabe o que aconteceu. (C2aT19)

Então eu vejo que tem muita questão das fases que as pessoas vivem, então aqueles que as crises são mais graves elas estão sempre associadas a perturbações do ambiente, perda financeira, casa. Essa parte eu acho que faz a pessoa sentir muita dor, e aí aquele enlouquecimento desencadeia mais. E tem também, que é uma concepção minha, o que adoece é o isolamento e a indiferença que as pessoas, familiares, trabalho, causa quando vê uma pessoa em surto, por exemplo, então esse distanciamento, essa falta de cuidado de preocupação. (...) acho que o serviço pode estar provocando (crises) por indiferença, por não conseguir uma consulta, por não buscar. (...) Eu vejo sempre, fazendo uma retrospectiva da crise, sempre tem alguma coisa que precede a crise, por exemplo, uma evasão do tratamento, um abandono da medicação. Eu acho que tem muita coisa que o serviço evita, que ajuda a não ter crises, mas tem algumas falhas, por falta de pessoal, por falta de profissionais, às vezes não tem no dia, daí a pessoa piora, porque daí ela não vem, aí o CAPS não liga para o paciente e o paciente surta. (C2aT11)

Dentre os fatores relacionados, como motivadores para a crise, o relacionamento familiar⁵² aparece muito fortemente marcado, o que demonstra que a crise seria compreendida como um momento no qual emergem “*questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis singulares, que afetam em graus diversos a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio*” (COSTA, 2007, p.96). Portanto, a situação de crise, ao incluir aspectos relativos ao contexto familiar, socioeconômico e à própria singularidade do sujeito, resiste à simplificação do próprio sintoma (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991).

A última fala traz o saber da psiquiatria preventiva ao associar a crise psíquica aos fatores ‘*perturbações do ambiente, perda financeira, casa*’, além da indiferença e o isolamento em que ainda se coloca o sujeito em sofrimento psíquico. Também chama a atenção, nessa fala, o fato de o trabalhador responsabilizar o serviço por este ser, às vezes, o fator desencadeante de crises, por ignorar, ou ‘*não buscar*’, os usuários que se evadiram do tratamento ou abandonaram a medicação.

⁵² Essa questão será tratada no próximo capítulo, ao se discutir as estratégias de governo da crise.

Para que a Reforma Psiquiátrica possa estabelecer uma nova relação saber-poder é necessário, segundo Amarante e Torres (2001), o rompimento fundamental com, ao menos, quatro referenciais: o método epistêmico da psiquiatria; o conceito de doença mental enquanto erro, desrazão e periculosidade; o princípio pineliano de isolamento terapêutico e, finalmente, os princípios do tratamento moral que embasam as terapêuticas normalizadoras. Nesse sentido, o saber da saúde mental e saúde coletiva se aproximam para a constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas (SOUZA, 2000) que acolhem os princípios e ideais da Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial.

Acho que uma das coisas que nos ajuda hoje a estar no padrão que a gente está, porque desde o início a gente começou trabalhando com uma proposta de planejamento e já o enfoque voltado para questão da saúde mental coletiva e da reforma psiquiátrica (...) a gente começou a planejar o serviço, então já bem de acordo com os princípios, e com as propostas da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. (C1T5)

As atividades desenvolvidas em saúde mental têm por objetivo a intervenção imediata e abrangente na realidade, de maneira a produzir qualidade de vida e possibilidades de espaços para os sujeitos se colocarem com suas diferenças e singularidades. Isto implica que o saber de cada disciplina seja orientado para a busca de soluções para problemas concretos existentes na realidade social, e que esses saberes se relacionem em uma atuação interdisciplinar.

A interdisciplinaridade foi tema de “*discussões sempre muito interessantes, tanto na roda do saber quanto na equipe*” de “*que algumas coisas fossem atribuição de toda equipe, que não ficasse num setor*”. Porém, a questão do campo e núcleo dos saberes passou por momentos diferentes no serviço, “*teve uma época que foi muito bom, que todo mundo tinha o fazer que era da saúde mental e que podia estar compartilhando entre as diversas profissões*”, e, posteriormente, isso mudou e o trabalho centrou-se na “*questão da perícia profissional*”, com cada profissão centrando seu fazer no seu núcleo de saber. E essa questão tornou-se um desafio a ser superado nos processos “*de discussão e de capacitação*” para o entendimento daquilo “*que é do campo da saúde mental que a gente pode estar fazendo de forma conjunta*” (C1T5).

Eu acho que o nosso desafio aqui, nessa questão de como conseguir sair da perícia de uma profissão para o fazer da saúde mental

coletiva, é o que nos mantém com esse oxigênio. E é um desafio, porque tu tens que estar sempre aprendendo a fazer e sem perder o norte da tua profissão, do eixo, poder ter o eixo da profissão, mas saber que tu és muito além da tua profissão, tu estás numa equipe de saúde mental. (C1T5)

Esse realmente é um desafio a ser superado, pois a análise dos dados demonstrou que em Alegrete existe uma organização do trabalho de forma multidisciplinar, na qual cada disciplina ou profissão é responsável por uma parcela do cuidado ao sujeito em crise, conforme se observa na fala a seguir:

O paciente vem ou encaminhado quando dá alta do hospital ou por um familiar que vem, ou alguém nos liga porque está em surto, daí vai... passa primeiro pelo médico... o médico vai encaminhar para psicóloga e depois a psicóloga vai encaminhar para o terapeuta ocupacional, daí é ela geralmente, vai definir que tipo de atividade ele pode fazer. Depois ela, daí ela nos passa para a enfermagem, olha ele vai fazer tantos dias, só para gente saber. Quem geralmente define é a terapeuta... (C2T19)

Não é somente a atenção à crise que acontece de forma parcelar, refletindo a multidisciplinaridade e a não interdisciplinaridade, mas a organização do serviço também ocorre de forma que cada setor seja responsável por uma parte do atendimento: a psicologia pelo atendimento de questões psicológicas, que envolve angústia, ansiedade, etc.; a psiquiatria pelo atendimento psiquiátrico e prescrição de medicação; o serviço social pelas necessidades decorrentes da vulnerabilidade social; e a enfermagem pela administração da medicação e controle da ordem, sendo considerada responsável pelo atendimento dos usuários 'alterados'.

A primeira coisa que a gente faz é que tem um horário que é de urgência com as psicólogas. Então a primeira coisa que é feito, chama a pessoa, a pessoa chega e pede uma psicóloga. Diz: "olha, eu quero uma psicóloga, eu não estou bem, é urgente". (...) essa pessoa não sai daqui sem ter uma conversa com elas. (C1T9)

Ali na frente é muito conflito, (...) eles chegam contanto as coisas para mim, eles começam a chorar e não param mais, aí eu tenho que passar para a enfermagem (...). Depende de quem está aqui se é uma coisa, porque as psicólogas me "ensinaram" a ter uma ouvidoria para saber para quem encaminhar, aí se é uma coisa muito copiosa, que me fere bastante aí eu passo direto para a psicóloga que está aí, caso contrário se é alguma coisa que não é tão emocional assim eu passo para enfermagem, para a assistente social. (C2aT23)

A pessoa que está aqui, se surge uma situação de emergência ela tem que fazer o acompanhamento. (...) mas assim o nosso porto seguro é a enfermagem. Porque tem uma enfermeira de manhã e outra de tarde. Então as gurias dão conta disso. (...) se tu vês que o paciente chegou alterado, está aqui a enfermagem, sempre tem duas, três pessoas. (C1T3)

A enfermagem é a que mais fica de olho, por que a gente está sempre pra lá e pra cá, a gente sai faz medicação na rua, nos

pacientes que não vem ao CAPS, fizemos visitas domiciliares. (C2T12)

Profissionais de outros setores, além da enfermagem, também são responsáveis pela observação e identificação dos sinais de crise, conforme se pode observar na fala da profissional de higienização e da merendeira:

E hoje então a gente mesmo cuida, eu mesmo sou uma que estou sempre cuidando, eu vejo um que já está diferente, eu corro na enfermagem converso com as gurias e elas já acham que tem que ser com um psicólogo conversar, acham que é para o médico já trouxemos e já levamos para o médico para trocar a medicação ou aumentar é assim. (...) a gente procura ajudar aquela pessoa que chega sufocada, então nós somos autorizadas a acolher aquela pessoa qualquer um dos funcionários pode acolher, enquanto não chega uma pessoa que seja qualificada para aquele tipo de atividade (C2T22).

Aqui no refeitório eu escuto bastante eles, (...) as vezes eu detecto alguma coisa daí eu já passo para elas. Gurias, a fulana está assim, o beltrano não está bem, ele está mais quieto, está desorganizado. E aqui eu consigo, não sei se é porque é o refeitório ou porque eu sou muito falante, a comida acaba que chama eles então aqui eu fico sabendo de tanta coisa, às vezes coisas que nem a psicóloga sabe, e eu acabo fazendo o papel de uma psicóloga. (...) a gente acolhe, escuta, tenta ver a melhor maneira, a gente não incentiva a fazer isso ou aquilo, a gente escuta os problemas deles (C2aP20).

No entanto, essas profissionais (responsáveis pela higiene e a merenda) são responsáveis por ouvir, observar e relatar para a enfermagem o que acontece no serviço, como os usuários estão se sentindo e se comportando, mas não de intervir, pois não possuem conhecimento ou a 'qualificação' necessária para isso.

Para Japiassu (1976), a interdisciplinaridade é um remédio adequado à cancerização e ao esfacelamento do saber. Isto porque uma ciência multifacetada seria a falência do conhecimento, pois o desmembramento das ciências humanas faz com que as especialidades se refugiem em seus feudos intelectuais, se apropriando de um saber fragmentado que se distancia de um conhecimento em totalidade e dificultando a busca de soluções para os problemas concretos da realidade social (OLIVEIRA, RIBEIRO, 2000).

Conforme Campos (2000), se admite, hoje, a inevitável existência de determinada sobreposição de limites entre as disciplinas, de modo que quase todo o campo científico ou de práticas seria interdisciplinar e multiprofissional. Para escapar ao paradoxo entre o isolamento paranoico e a fusão esquizofrênica foi sugerida a institucionalização dos saberes mediante a

conformação de núcleos e de campos. “O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (Campos, 2000, p.220). Dessa forma, a saúde mental é um campo de saber que comporta diversos núcleos profissionais, mas este saber é mais do que a soma dos núcleos, pois comporta o saber e o fazer interdisciplinar.

Os problemas presentes na realidade dos sujeitos que sofrem psiquicamente, em geral transcendem os limites e definições formais de um campo profissional. Para Yasui (2010) existe a transição paradigmática entre o "modo asilar" e o "modo psicossocial" que pressupõe a mudança em relação ao objeto, que deixa de ser a doença mental para ser a complexidade da existência de sofrimento de um sujeito; e em relação às estratégias de intervenção, que deixam de centrar-se no isolamento/exclusão e tratamento medicamentoso para uma intervenção baseada na inclusão/solidariedade e na diversificação dos atos de cuidado. Por isso, o autor retoma alguns conceitos que, em meio à heterogeneidade teórica, vêm norteando a práxis da atenção psicossocial, e um deles é a intersectorialidade, como se observa nas falas a seguir.

E cada pessoa tem o projeto terapêutico, a gente chama de singular porque é singular esse processo, é de cada um... mesmo que parece que tem sete, oito que se aproxime do teu, a vivência daquilo ali é diferente, porque a história de família é uma, porque a biografia é outra. Então, o... a gente tem esse olhar que é diferente de uma pessoa para outra. E isso é acordado com a pessoa, às vezes ela está querendo assim: Ah, eu quero a ajuda de vocês para voltar a estudar. Então a gente vai na escola, a gente vê o EJA, ou a classe regular, a gente conversa com o professor, (...) 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 um, é uma política que se mescla com as outras. Então a assistência, a educação, a cultura, a gente trabalha muito forte e tenta montar a intersectorialidade, dessa atenção, desse cuidado... (C1T6)

Porque a gente faz redes com todo mundo. (...) A saúde mental é um, como é que eu posso dizer é uma política que (...) Transpassa por todos os outros setores, tanto da justiça, saúde, educação. (C2aT8)

Em Alegrete, os dados demonstram uma organização de saberes e a composição de um conjunto de conhecimentos intersectoriais para se lidar com a crise psíquica. Além do setor da educação e assistência social, outro setor da

sociedade, com a qual os profissionais de saúde mental buscaram estabelecer um diálogo, e que foi de suma importância para a constituição do serviço e do modo de ser sujeito trabalhador responsável pela construção da política municipal de saúde mental, foi o judiciário.

A relação com a Promotoria iniciou com a solicitação de pareceres por parte desta. Em 1997 foi acordado que o serviço faria dois laudos/mês, e logo aumentaram os casos vindos com ordem do juiz (ATA 26.10.1999). E além dos laudos, a relação estabelecida possibilitou uma abertura para a discussão das internações compulsórias fora do município em instituições psiquiátricas.

Pedidos da Promotoria de internação para 5 pessoas, mas não há leito. Simone foi visitar e diz que o paciente estava aparentemente bem e já estava aguardando leito. Marcar audiência com as promotoras a fim de acertar as internações, ver realmente quem necessita de internação compulsória. (ATA 05.09.2006).

Aí nós fomos até a promotoria, conversamos, porque sempre que tinha que internar fora vinha da promotoria pra internar fora, porque eles não acreditam no trabalho da Santa Casa e, realmente, eu também não acreditaria. Aí nós fomos até a promotoria e conversamos (...) e fico determinado que a Santa Casa teria que indicar a pessoa responsável pelos leitos e a equipe técnica que iria trabalhar. (C1T3)

As internações compulsórias foram um ponto de conflito entre os profissionais de saúde mental e o judiciário, e também com a gestão municipal em alguns casos. Para a resolução desses conflitos foi utilizada a estratégia da responsabilização e convencimento. Os profissionais demonstravam que era possível o tratamento dentro do município, com internação em hospital geral, e se responsabilizavam pelo atendimento e o acompanhamento desses casos. Além disto, em algumas situações os profissionais de saúde mental utilizavam o fato de estarem em uma posição de saber, pois, nessas relações (com o judiciário e gestão) estes eram os detentores do saber psiquiátrico/psicossocial, para demonstrar a desnecessária intervenção judicial.

ENCAMINHAMENTO PARA FORA DO MUNICIPIO - o vice-prefeito solicita que o usuário seja encaminhado para fora do município (Pelotas). Motivo a comunidade cobra providências para o caso. A comunidade Conviver aceita o mesmo, mas somente depois de uma desintoxicação. Psicóloga sugere que seja feito um vínculo e que seja encaminhado para a promotora e o vice-prefeito um ofício explicando o caso, ainda hoje. Outra psicóloga sugere que o serviço dê uma resposta para a comunidade nos meios de comunicação. Coordenadora sugere que o serviço agende um horário para falar com o vice-prefeito. (...) foi conversado com profissional do CADEQ e ela sugeriu que se internasse o usuário hoje na Santa Casa, caso contrário ele será internado em Pelotas amanhã. Ficou acertado que

a psicóloga entraria em contato com a Santa Casa. (ATA 14.10.2003).

Notícia – na semana passada houve um problema com a usuária do CAPSi que foi encaminhada ao Hospital Psiquiátrico. A promotora deu 24 horas para o município conseguir vaga no H. Psiquiátrico ou ficar para tratar numa clínica psiquiátrica. A coordenação entrou com um mandato junto a promotoria e a manteve na Santa Casa. (ATA 21.12.2004)

Psicóloga fala que ficou chocada com a notícia de que uma usuária foi internada numa clínica psiquiátrica especializada na cidade de Rio Grande via judicial, sob pena de multa caso não a internassem. Psicóloga também pede para que mandem uma carta para o Sr. Juiz dizendo que a usuária não estava surtada. (ATA 23.10.2007)

Foi no momento em que houve “ *muitas internações compulsórias*” que os profissionais do serviço se aproximaram do judiciário, a partir de “ *reuniões mensais durante um ano com a promotoria e todos os serviços de saúde mental para esclarecer os atendimentos que cada serviço fazia, que era necessário que o judiciário considerasse a avaliação técnica feita pelos profissionais*” (C2DC2). No entanto, os profissionais de saúde mental tinham o entendimento de que as pactuações feitas deveriam ser constantemente discutidas, avaliadas e refeitas, pois a cada mudança de profissionais no judiciário era necessário iniciar novas relações e sensibilização.

Essa relação mais próxima com o judiciário permitiu aos trabalhadores discutirem com esse setor a necessidade ou não de uma internação compulsória:

[...] e muitas vezes a gente recebe essa compulsória e devolve para o judiciário, ou por documentação ou por telefone, porque a gente conseguiu um acesso muito legal com o judiciário, teve uma época que só tinha o cumpra-se e acabou, mas nós buscamos o judiciário, nós tivemos, já perdi as contas de quantas reuniões com todos os juízes, os promotores, com a equipe de saúde mental, com a rede, a gente conseguiu reunir. Isso partiu da saúde mental, e daí nós buscamos outras redes e fomos para essas reuniões, a gente fazia mensal, depois trimestral, e depois foi para seis meses e depois nós mantemos uma relação com o judiciário, de quando tivesse uma demanda nós buscaríamos eles e agendaríamos uma nova reunião, ou o judiciário nos chamariam, então eles passaram a entender que nós somos os técnicos, e que nós temos entendimento e conhecimento da saúde mental e não eles, então a partir daí eles começaram a pedir a nossa opinião, e mesmo quando tem uma compulsória, se a equipe entrar em contato com o judiciário e expressar que não é necessário se fazer aquela compulsória, eles (...) acatam e muitas vezes eles têm audiências com uma questão ou outra da saúde mental, ele já chamam alguém da equipe para naquela audiência, ele ter uma opinião do profissional, já para tomar uma decisão em cima disso, então a gente conseguiu manter uma relação muito respeitosa por parte do judiciário. (C2aT8)

Isso facilitou muito o nosso serviço, a gente recebia pilhas e pilhas de documentos de cumpra-se, hoje a gente não recebe, se chegou uma compulsória, pega o telefone, falo direto com a secretária ou secretário do juiz ou da juíza tal, eu recebi uma compulsória “assim, assim assado”, mas a gente entende que não é necessário nesse momento fazer uma compulsória, porque às vezes o usuário está em crise, o familiar busca o judiciário e não acontece naquele exato momento, daí passou uns dias, daqui a pouco chegou a compulsória e a pessoa está bem, a gente diz olha a familiar tá “assim, assim assado”, o usuário está bem, e a gente acha que não é interessante se fazer essa compulsória no momento porque o usuário está bem, a gente já conseguiu agilizar isso, isso e isso, daí muitas vezes o juiz ou a juíza dizem assim ‘então tu me faz um relatório de tudo isso que vocês já fizeram e me manda’, que daí eu vou fazer um documento aqui, tá ok eu vou cancelar essa compulsória. (C2aT8)

O princípio da intersetorialidade refere-se às estratégias que perpassam os setores sociais como um todo, como o campo da saúde mental e saúde em geral e das políticas públicas. Em outras palavras, os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede dos serviços e buscar estabelecer vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes: articulando-se com os outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (cooperativas, residências de egressos ou outras pessoas em situação de precariedade social, ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais); com outros pontos de atenção à saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, ambulatório, hospitais gerais e especialização etc.); e também no âmbito das “políticas públicas em geral (Ministério Público, previdências sociais, delegacias, instituição para crianças, idosos, desassistidos em geral, igrejas, políticas educacionais, de esporte, lazer, cultura e arte, turismo, transporte, ação e bem-estar social etc.); e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se” (AMARANTE, 2007, p. 86).

Essas relações foram estabelecidas pelo serviço de saúde mental de Alegrete, tanto na saúde mental, na saúde em geral, quanto nas políticas públicas, conforme se mencionou no capítulo anterior. Aqui, chama a atenção o estabelecimento de uma relação de respeito mútuo, cooperação e reconhecimento da existência de dois campos do saber que precisavam se aproximar: saúde mental e judiciário. Essa relação tem se mostrado importante na construção de práticas que respeitem os sujeitos em sofrimento psíquico e reconheçam seus direitos, pois as internações compulsórias muitas vezes não

têm indicação ou finalidade terapêutica, mas sim moral, com finalidade de excluir a diferença.

E tu sabe, uma coisa interessante que aconteceu agora há pouco, tem uma juíza que recebeu título de cidadã Alegretense, e ela fez questão que a nossa rede de saúde mental fosse na (...) na homenagem, e aí teve um almoço depois no clube cassino, e ela disse eu faço questão de que vocês vão no almoço comigo, e na hora que ela fez o discurso dela, ela exaltou a saúde mental, bah foi muito bom, parece que a homenagem era para nós e não para ela, toda hora ela falava em CAPS II, CAPS AD e CAPS I. (...) 'eu posso citar aqui uma rede que é exemplo, é uma rede que funciona, eu gosto de trabalhar com esse povo da saúde mental', bah para nós foi. A homenagem era para ela, mas nós nos sentimos homenageados. (C2aT8)

Uma outra juíza que chegou, veio de Santa Maria, ela chamou toda a rede de saúde mental eu disse opa, chegou uma juíza aí e chamou todo mundo, o que que será que houve, aí ela disse assim: 'minha colega me falou muito bem da rede de saúde mental e eu já trabalhei com a rede de saúde mental em Santa Maria muitos anos atrás, eu queria conhecer vocês, porque eu quero trabalhar com vocês', ah foi muito bom. (C2aT8)

A intersectorialidade na saúde mental é uma estratégia que contribui para colocar o usuário em uma nova concepção, não como doente, mas como pessoa que precisa viver e ser reconhecida dentro da sociedade e, para isso, é preciso fortalecer as redes, as políticas sociais e públicas que intervêm visando à integralidade do cuidado. Desse modo, *“serviços e políticas públicas norteadas pela atenção psicossocial devem priorizar a intersectorialidade como uma estratégia fundamental na construção de projetos de saúde, de solidariedade e de participação social, tornando os sujeitos ativos na produção de saúde”* (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011, p. 650).

Trata-se de articular saberes e experiências visando à superação de problemas complexos, de forma a produzir desenvolvimento social. Foucault, nas obras *A ordem do discurso* e *Microfísica do poder*, expôs a relação entre o saber e o poder enquanto relação recíproca que influencia ativamente a constituição das relações sociais, políticas e econômicas. Poder produz saber e o saber legitima as relações de poder. Sendo assim, após analisar o saber sobre a crise psíquica no discurso da atenção psicossocial, torna-se fundamental discutir suas imbricações com as estratégias de poder utilizadas para o governo dos sujeitos em crise.

6 Estratégias biopolíticas de governo na/da crise

[...] enquanto a soberania capitaliza um território, colocando o problema maior da sede do governo, enquanto a disciplina arquiteta um espaço e coloca como problema essencial uma distribuição hierárquica e funcional dos elementos, a segurança vai procurar criar um ambiente em função de acontecimentos ou de séries de acontecimentos ou de elementos possíveis, séries que vai ser preciso regularizar num contexto multivalente e transformável.

*Michel Foucault*⁵³

Neste capítulo foram analisadas algumas estratégias de atenção à crise psíquica desenvolvidas em Alegrete. Inicialmente, analisam-se aquelas desenvolvidas no modelo manicomial — a medicação e a internação —, a fim de discutir o modo com que essas práticas estão sendo produzidas no modelo psicossocial. Posteriormente, analisou-se outras estratégias de atenção à crise psíquica como o acolhimento da crise, no serviço e nos espaços da comunidade; a prevenção da crise psíquica; o envolvimento da família no cuidado; a atenção domiciliar, realizada a partir da visita/acompanhamento e internação domiciliar; e a produção de liberdade, que ao mesmo tempo em que permite aos sujeitos em crise expressarem suas necessidades e singularidades, regula seu modo de viver e fazer parte nessa sociedade de segurança.

A sociedade de segurança ou biopolítica foi analisada por Foucault no terceiro eixo de suas investigações. Nesse eixo, o autor continuou trabalhando a questão do poder, e se apoiou no funcionamento do poder pastoral e biopoder para a análise do funcionamento de uma governamentalidade, de uma biopolítica da população. Esses temas foram discutidos em seus cursos biopolíticos: Em Defesa da sociedade (1999a); Segurança, território, população (2008) e Nascimento da biopolítica (2008a).

O biopoder e a biopolítica surgem na segunda metade do século XVIII. O biopoder, enquanto nova tecnologia de poder, não descartará a técnica

⁵³ Segurança, Território, População. (FOUCAULT, p.27).

disciplinar e sim a integrará, à medida que a técnica disciplinar se dirige ao “homem corpo” e o biopoder se dirige ao “homem-espécie”. A disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens para instituir a individualização e uma repartição do espaço que será construído artificialmente visando à perfeição. Já, o biopoder também trabalha com a multiplicidade para instituir uma totalização e vai organizar o espaço apoiado em dados materiais para maximizar os elementos positivos e minimizar os riscos e inconvenientes (roubos, doenças), sabendo que nunca serão suprimidos, ou seja, vai trabalhar com probabilidades e planejamento para um futuro não controlado, nem controlável (FOUCAULT, 2008).

A disciplina é centrípeta porque concentra, centra e encerra, regulamentando tudo, não deixando escapar nada; dividindo as coisas entre o permitido e o proibido para estabelecer a ordem e o que deve ser feito a cada instante. Já, o dispositivo de segurança é centrífugo e integra novos elementos o tempo todo; deixa fazer (“*laissez faire*”), não que deixe fazer tudo, mas deixa fazer até um limite que é indispensável, ou seja, não proíbe e nem obriga, mas se distancia o suficiente para apreender o ponto em que as coisas vão se produzir, sendo desejáveis ou não (FOUCAULT, 2008). Com isso, haverá, por parte da biopolítica, a preocupação com as relações entre a espécie humana e o meio em que ela vive. E nesse sentido a questão da arte de governar se tornará central, mas não para olhá-la a partir do Estado, porque o Estado, em si, não é uma fonte autônoma de poder e sim nada mais do que o efeito móvel de múltiplas governamentalidades (FOUCAULT, 2008a). A governamentalidade é assim definida por Foucault (2008, p.143-144):

Conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo (e, por outro lado), o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade”, creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco “governamentalizado”.

Partindo de uma análise do pastorado cristão e sua crise no século XVI, período em que surge essa nova prática política definida pelo conceito de governamentalidade, Foucault passa a falar da manifestação do poder no sentido de governo. A noção de governo dos homens, dentro do pensamento foucaultiano, teve sua origem no Oriente pré-cristão e, posteriormente, em todo o território no qual o Cristianismo estabeleceu sua influência no Oriente e no Ocidente. O governo foi estabelecido de duas formas: primeiro, a partir da organização de um poder de tipo pastoral, e, segundo, sob a forma da direção de consciência e das almas. O poder pastoral é exercido pelo pastor sobre o rebanho, sobre um conjunto de elementos heterogêneos e não sobre uma unicidade coesa e superior, como a cidade, o território ou o Estado. É um tipo de poder que visa a todos e cada um e, por isso, é ao mesmo tempo totalizante e individualizante, pois o pastor devia cuidar de todo o rebanho e em particular de cada uma das ovelhas. (FOUCAULT, 2004).

Herdeiro direto da tradição hebraica, o cristianismo foi o principal divulgador do poder pastoral. E seu desenvolvimento, ocorrido ao longo da Idade Média, no interior das complicadas relações da sociedade feudal, se fez mais intenso com a Reforma Protestante e a Contrarreforma católica no século XVI. A reflexão levantada por essas revoltas, acabou incitando uma profunda reorganização e intensificação do pastorado religioso, ao fornecer maior poder de comando sobre os indivíduos, seja por meio do aumento das condutas devocionais, da majoração dos controles espirituais ou de um maior desenvolvimento das relações existentes entre os fiéis e seus guias. Assim, o pastorado passou a influenciar e intervir sobre questões da vida material e cotidiana, não somente para obrigar determinada conduta, mas para conhecer e fazer aparecer a subjetividade e estruturar a relação de si para consigo e com sua própria consciência (FOUCAULT, 2008)

Para realizar a segunda forma de governo dos homens — a direção de consciência e o cuidado das almas —, a pastoral cristã faz uso de diversas práticas: desde o exame da consciência até a confissão das faltas e pecados mais escondidos da alma, em uma relação de si para consigo que se estrutura sobre a busca da verdade de si, que se esconde nos discursos que cada um é obrigado a pronunciar sobre si mesmo.

Na modernidade, a partir da crise do pastorado, com a emergência dos movimentos de contraconduta, das resistências às práticas de governo, das revoltas pastorais dos séculos XV-XVI houve um processo de ressignificação do poder pastoral e de sua expansão de um sentido religioso e moral para uma concepção político e social. E esse poder temporal tomou sob o seu encargo questões relacionadas à vida material e temporal dos indivíduos, problemas ligados aos seus bens e propriedades e à educação de suas crianças (FOUCAULT, 2008).

Entretanto, não ocorreu uma passagem entre o pastorado e o governo, entre a Igreja e o Estado no limiar da modernidade, pois, apesar da similaridade das técnicas de conduta usadas, Foucault ressaltou a existência de diferentes modos de aplicação desses procedimentos de condução no campo das práticas governamentais. O que, de fato, aconteceu foi uma intensa proliferação generalizada das questões e técnicas da condução a partir do século XVI, quando se entra na era das condutas, das direções e dos governos; em suma, na era da busca da melhor e mais constante forma de governamentalidade (FOUCAULT, 2008).

Para Foucault (2008), as práticas de governo são múltiplas, uma miríade de tipos de governos, na qual se entrecruzam e convivem três esferas que atravessam a ordem micro e macro da sociedade. A primeira diz respeito ao campo individual e subjetivo do governo e das práticas de si como regra de conduta pessoal. A segunda está ligada às tecnologias políticas aplicadas ao corpo, seja através de técnicas disciplinares ou através de interferências na ordem da vida de um conjunto populacional. A última esfera é a mais generalizada e ligada à soberania política que administra e gerencia uma nação, uma população ou uma sociedade.

Esses campos de ação do governo revelam que o que se governa são os homens, os indivíduos ou as coletividades e não um Estado ou um território, ou mesmo uma estrutura política. Dessa forma, é do casamento entre a disciplinarização dos corpos e o governo das almas que nasceu a concepção moderna de política e que mais tarde irá formar a razão governamental neoliberal que significa, do ponto de vista econômico, a reativação das velhas teorias econômicas; do ponto de vista sociológico, a instauração das relações

mercantis na sociedade; e, do ponto de vista político, a cobertura para uma intervenção generalizada e administrativa do Estado. Desse modo, percebe-se que, na contemporaneidade, o objetivo não é estabelecer um governo econômico e sim da sociedade, de uma política de sociedade que fará desta o alvo e o objetivo da prática governamental (FOUCAULT, 2008a).

E essa sociedade neoliberal, regulada com base no mercado, tem como princípio regulador não a troca de mercadorias, mas os mecanismos de concorrência que invertem a noção de *Homo oeconomicus* do liberalismo. Desse modo, o que se quer reconstituir não é o homem da troca e sim o homem da empresa e da produção, o empresário de si mesmo, o homem do consumo, mas não em termos da troca, pois à medida que consome é um produtor, produz sua própria satisfação (FOUCAULT, 2008a).

É nesse momento de multiplicação da forma da ‘empresa’ no interior do corpo social que a sociedade vai se assumir o problema da melhoria do capital humano. O indivíduo, visto como empresa, isto é, como investimento/investidor, vai fazer com que suas condições de vida sejam consideradas a renda de um capital. Trata-se de desdobrar o modelo econômico (da oferta e procura) e fazer dele um modelo das relações sociais, da existência, uma forma de relação do indivíduo com ele mesmo, com o tempo, seu futuro, seu grupo e família.

Por outro lado, essa ideia de fazer da empresa o modelo social generalizado serve de suporte para a reconstituição de toda uma série de valores morais e culturais, “valores quentes”, que se apresentam como antitéticos do mecanismo frio da concorrência. Trata-se de fazer com que o indivíduo não seja alienado em relação ao seu meio de trabalho, ao tempo de sua vida, de sua família e seu meio natural, de reconstruir os pontos de ancoragem concretos em torno dele.

É necessário, portanto, ao mesmo tempo em que se implanta uma política tal que a concorrência possa agir economicamente, organizar um quadro político e moral que assegure uma “*comunidade não desagregada*”, que garanta uma cooperação entre os homens. E a organização desse quadro não ocorre pela utilização da tecnologia disciplinarização-normalização e sim pela ação sobre o ambiente, uma tecnologia ambiental que visa não “uma

individualização uniformizante, identificatória, hierarquizante, mas uma ambientabilidade aberta as vicissitudes e aos fenômenos transversais” (FOUCAULT, 2008a, p.356).

[...] o que aparece não é em absoluto o ideal ou o projeto de uma sociedade exaustivamente disciplinar em que a rede legal que encerra os indivíduos seria substituída e prolongada de dentro por mecanismos, digamos, normativos. Tampouco é uma sociedade em que o mecanismo da normalização geral e da exclusão do não-normalizável seria requerido. Tem-se, ao contrário, no horizonte disso, a imagem ou a ideia ou o tema-programa de uma sociedade na qual haveria otimização dos sistemas de diferença, em que o terreno ficaria livre para os processos oscilatórios, em que haveria uma tolerância concedida aos indivíduos e às práticas minoritárias, na qual haveria uma ação, não sobre os jogadores do jogo, mas sobre as regras do jogo, e, enfim, na qual haveria uma intervenção que não seria do tipo da sujeição interna dos indivíduos, mas uma intervenção do tipo ambiental (FOUCAULT, 2008a, p.354-355).

Desse modo, a partir do objeto de análise econômica, como um conjunto de respostas sistemáticas do indivíduo às variáveis do meio, pode-se integrar a economia a uma série de técnicas comportamentais, não para analisar o significado das condutas, mas para “*saber como um dado jogo de estímulos poderá, por mecanismos ditos de reforço, acarretar respostas cuja sistematicidade poderá ser notada e a partir da qual será possível introduzir outras variáveis de comportamento*” (FOUCAULT, 2008a, p.368); e introduzir uma governamentalidade que vai agir sobre o meio e modificar essas variáveis de forma a tornar o *homo oeconomicus* manejável, à medida que responde às mudanças introduzidas artificialmente no meio.

Assim, surge um sujeito definido não pela sua liberdade, nem pela oposição entre corpo e alma, nem marcado pela queda ou pecado, mas como sujeito de interesse, no sentido de uma forma de vontade imediata e absolutamente subjetiva. Assim, o governo passa a ser regulado pela racionalidade dos governados, enquanto sujeitos econômicos e como sujeitos de interesse, à medida que para a satisfação dos interesses utilizam como querem certo número de meios.

A biopolítica, dirigida à espécie humana, no sentido de melhorar as condições do ambiente para preservar sua existência, vai se ocupar da vida para extrair o conhecimento necessário para definir sobre qual área ela deve intervir com seu poder. O exercício de um poder, que surge a partir do século XVI, “*bastante singular a que os homens não podem escapar, ou a que só*

escapam em certos momentos, instantes, processos singulares e atos individuais ou coletivos” (FOUCAULT, 2008a, p.422).

Surge, então, a questão do governo do outro e a liberdade. Isso porque a biopolítica afastou-se da ideia clássica de governar por meio da lei, mas por indução de vontades, mantendo a aparência de que o outro é livre. Nesse sentido, o objetivo da governamentalidade é conduzir a verdade para governar a liberdade, inclusive produzindo os desejos, através das técnicas governamentais, de modo que o interesse individual, longe de ser uma verdade autônoma, pode ser um desejo coletivo. O sujeito age como se fosse indivíduo, mas está inserido em um modelo em que é conduzido a agir de determinada maneira.

Para tanto, é necessário entender o poder como governo e sua articulação com a resistência de maneira positiva e produtiva, pois o “*governo é um local de ação aberto entre o exercício do poder e tudo o que escapa ao seu domínio (...) é um jogo estratégico entre as liberdades*” (BAMPI, 2002, p.129).

É em função desse jogo de liberdades que o governo se difere de estados de dominação, ou seja, governo são formas de conduzir a conduta de maneira que o outro se sinta livre em suas escolhas e não formas de dominação ou cerceamento da liberdade. Em relação à atenção à crise psíquica pode-se dizer que não há, na psiquiatria clássica, a possibilidade de expressão do poder na forma de governo, pois não se trata de relações de força, mas de violência.

Na atenção à crise psíquica pode-se dizer que também houve essa passagem de um poder estritamente disciplinar, exercido dentro da instituição psiquiátrica, que organiza o espaço, controla o tempo e as atividades, enfim, estabelece o permitido e o proibido, para um poder na forma de governo, que utiliza questões disciplinares em conjunto com outras estratégias, de forma a conduzir as condutas dos sujeitos em crise na sociedade.

A psiquiatria clássica instituiu na sociedade o dispositivo do poder psiquiátrico. Essas relações de poder, próprias da prática psiquiátrica, produzem certo número de enunciados que se apresentam como legítimos. O poder psiquiátrico demonstra que, na verdade “*o essencial não é a instituição com sua regularidade, com suas regras, mas sim, precisamente, esses desequilíbrios de poder*” que falseiam e, ao mesmo tempo, fazem funcionar a

regularidade do asilo. Portanto, antes de analisar as instituições é preciso lidar com “*as relações de força nessas disposições táticas que perpassam as instituições*” (FOUCAULT, 2006, p.20).

Nesse sentido, os serviços de saúde mental abrigam relações de poder que podem ser tanto de poder psiquiátrico, no qual há um desequilíbrio que coloca o doente em posição inferior ao trabalhador em saúde mental, quanto do biopoder que age buscando conduzir a uma conduta aceita socialmente. Não se trata de avaliar qual relação de poder é melhor ou pior, certa ou errada, mas mostrar que os discursos psiquiátrico e psicossocial convivem e disputam espaço na sociedade, afetando diferentemente os profissionais e produzindo efeitos na vida dos sujeitos em crise.

Trata-se de tomar a Reforma Psiquiátrica no sentido de uma transformação que impacta e ressoa na sociedade. 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 esse processo está inserido, se concretiza, e ganha materialidade. Por isso, nas estratégias de atenção à crise psíquica interpenetram-se aspectos discursivos e não discursivos, os quais não operam um sem o outro, em um movimento incessante de chamamento dos sujeitos para que se tornem sujeitos de certas verdades, de determinados discursos (FISCHER, 2013).

Na psiquiatria moderna, a cena reconhecida como sua grande fundadora, protagonizada por Pinel, em Bicêtre, na libertação dos loucos furiosos que estavam acorrentados no fundo de uma masmorra, estabeleceu entre eles uma dívida de reconhecimento a ser paga de duas formas: pela obediência e pela cura. A cena da libertação não é uma cena de humanismo. É uma cena na qual se desenrola a transformação de uma relação de poder, que era de violência e que pertencia ao poder de soberania, para uma relação de sujeição, que é uma relação de disciplina, a partir da qual a psiquiatria clássica fez funcionar um discurso verdadeiro que produziu a necessidade da instituição asilar e do poder médico. Por isso a necessidade de problematizar esse poder de disciplina e a verdade de um discurso sobre a loucura, porque a psiquiatria é sempre opressiva, pois, embora tenha nascido como elemento de libertação do

homem, a partir do gesto de Pinel, instituiu o manicômio como nova prisão do louco (BASAGLIA, 1979).

Percebe-se, assim, que na prática asilar do início do século XIX não se trata mais *“de reconhecer o erro do louco, mas de situar muito exatamente o ponto em que a força desencadeada da loucura deflagra sua insurreição”*. A tática do asilo, aplicada pelo médico, será então ajustada *“à caracterização, à localização, ao domínio de aplicação desta explosão de força e do seu desencadeamento”* (FOUCAULT, 2006, p.11). E a cura acontecerá a partir da submissão dessa força, de uma terapêutica que visa a subjugar e a domar *“o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja capaz de exercer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa das suas ideias”* (FOUCAULT, 2006, p.11).

A operação terapêutica, que se formula desde os anos de 1810-1830, é uma cena de enfrentamento e possui dois aspectos, um incompleto, exercido pelo vigilante e *“consiste em quebrar a força descontrolada do alienado por essa espécie de violência astuciosa e súbita”* (FOUCAULT, 2006, p.13); o outro aspecto da operação terapêutica é a cena de cura, que é complexa e envolve cinco pontos: primeiro, que ela ocorre não pelo reconhecimento, operado pelo médico, das causas da doença a partir de um trabalho diagnóstico ou de um discurso de verdade; segundo, que se trata do choque de duas vontades, a do médico e a do doente, que se desenrola em uma batalha ou relação de força; terceiro, que a relação de força tem como efeito suscitar uma segunda relação de força dentro do doente que visa a vitória da vontade do médico sobre a do doente; o quarto ponto importante nessa cena é a manifestação da verdade que ocorre a partir do relato do doente; e o último ponto é quando se efetua o processo de cura, quando a verdade é adquirida (FOUCAULT, 2006).

Nesse sistema, o hospital é uma máquina panóptica de cura *“de exercer o poder, de induzir, de distribuir, de aplicar o poder”*. A cura é produzida pelo próprio hospital, por sua disposição arquitetônica, sua *“organização do espaço, a maneira como os indivíduos são distribuídos nesse espaço, a maneira como se circula por ele, a maneira como se olha ou como se é olhado nele, tudo isso é que tem em si valor terapêutico”* (FOUCAULT, 2006, P.127). São os

elementos panópticos que têm a função de cura: a visibilidade permanente; o princípio da vigilância central capaz de garantir a vigilância piramidal dos olhares; o isolamento; e a punição, “*o asilo age pelo jogo da incessante punição*”, a partir de uma série de instrumentos (FOUCAULT, 2006, P.130).

Na Aula de 19 de dezembro de 1973, Foucault (2006, p.180) dedica-se a explicar a terapia psiquiátrica que, segundo ele, se desenvolvia a partir da combinação de quatro elementos: o isolamento, as medicações, as restrições da vida asilar (disciplina, obediência a um regulamento, alimentação definida, horas de sono e de trabalho, instrumentos físicos de coerção) e medicação psicofísica, ao mesmo tempo punitiva e terapêutica (ducha, cadeira rotatória, etc.). “*Eram esses elementos combinados que definiam o âmbito da terapia, da qual se esperava, sem nunca dar uma explicação nem uma teoria, a cura*”.

A terapia psiquiátrica se desenvolvia de acordo com procedimentos táticos e elementos estratégicos, nos quais é possível identificar algumas manobras. A primeira consiste em desequilibrar o poder, fazendo-o passar somente para o lado do médico, fazendo essa marcação do poder no primeiro encontro.

[...] o primeiro episódio entre o médico e seu enfermo é esse cerimonial, essa demonstração inicial de força, isto é, a demonstração de que o campo de forças no qual o doente é posto no asilo é desequilibrado, que não há compartilhamento, reciprocidade, troca, que a linguagem não vai circular livre e indiferentemente de um a outro (FOUCAULT, 2006, p. 183).

Essa diferença de poder, que nunca vai se apagar na vida asilar, é o que tornará possível o processo de terapia, o qual tem o objetivo de estabelecer a docilidade necessária ao tratamento a partir da submissão da vontade do doente, da onipotência da loucura, da vontade onipotente do médico, dotada de poder superior: “*contra a onipotência do delírio, a realidade do médico, com a onipotência que lhe é dada precisamente pelo desequilíbrio estatutário do asilo*” (FOUCAULT, 2006, p. 185).

A segunda manobra é a reutilização da linguagem a partir da aprendizagem dos nomes e a atribuição que a cada nome convém, que, na verdade, é a aprendizagem da hierarquia e o engendramento do mecanismo da ordem e da obediência. É a linguagem das ordens que visa “*recolocar o sujeito, por um jogo de ordens, de comandos dados, em contato com a linguagem como portadora de imperativos; é a utilização imperativa da linguagem que se*

refere e que se ordena a todo um sistema de poder” (FOUCAULT, 2006, p. 188).

A terceira manobra é o arranjo ou organização das necessidades a partir de uma relação tática que envolve cinco termos: a comida, a defecação, o trabalho, o dinheiro e o poder do médico. Trata-se “*de instituir um estado de carência cuidadosamente mantido para o doente: é preciso manter o doente abaixo de certa linha média da sua existência. Daí certo número de táticas*”: a tática da indumentária asilar que serve para moldar as vaidades pueris da loucura; a tática da comida ou racionamento geral da comida; a tática da obrigação do trabalho que é imposto por ser um fator de ordem, de disciplina, de regularidade e, principalmente, porque vai possibilitar a introdução de um sistema de retribuição, que deve ser suficiente para satisfazer certo número de necessidades produzidas pela carência asilar.

O poder psiquiátrico, nessa forma asilar é, portanto, criador de necessidades, gestor das carências que ele estabelece. (...) enfim, a grande carência organizada pela disciplina é a carência de liberdade. O isolamento tem a vantagem de estabelecer a ruptura entre o ambiente familiar e o terapêutico, assim protege a família, mas, sobretudo, ‘provoca no doente uma nova necessidade, que ele não conhecia antes e que é a necessidade de liberdade’ (FOUCAULT, 2006, p. 194).

A institucionalização das carências produz alguns efeitos identificáveis, como a percepção da realidade daquilo de que se necessita pelo jogo da carência; o desenho de uma realidade do mundo exterior que a onipotência da loucura tendia a negar, realidade esta que vai se impor como realidade inacessível, principalmente durante o tempo da loucura. “*Portanto, o mundo exterior é real como o mundo da não penúria em oposição ao mundo de carências do asilo e como o mundo a que a penúria do asilo vai servir de propedêutica*” (FOUCAULT, 2006, p. 194). O terceiro efeito dessa política de carência é fazer o doente reconhecer seu estatuto diminuído, “*que ele não tem direito a tudo e que, se lhe falta um certo número de coisas, é simplesmente porque ele está doente*” (FOUCAULT, 2006, p.195). Enfim o quarto efeito é a sujeição à disciplina, pois o doente precisa reconhecer que os cuidados que lhe são dispensados não lhe são devidos, mas que é sua obrigação obtê-los mediante a obediência e disciplina.

A última manobra é o dispositivo do enunciado da verdade, a necessidade de que o doente diga a verdade, não necessariamente a verdade que ele

percebe. “*É preciso, não que a coisa seja percebida, mas que seja dita, mesmo que seja dita sob coerção*” (FOUCAULT, 2006, p.198). Além disso, é preciso que o doente se vincule a sua história a partir da enunciação de sua biografia, da confissão de sua identidade.

A máquina asilar garante a sua eficácia a partir do enquadramento ininterrupto, da dissimetria de poder, do jogo da necessidade e da vinculação a uma identidade administrativa,

[...] em que se deve reconhecer-se por uma linguagem de verdade. (...) essa verdade não é a verdade da loucura falando em seu próprio nome, é o enunciado de verdade de uma loucura que aceita reconhecer-se em primeira pessoa numa certa realidade administrativa e médica, constituída pelo poder asilar; e é no momento em que o doente se tiver reconhecido nessa identidade que a operação de verdade será consumada. (...) ele tem de se identificar se quiser se curar” (FOUCAULT, 2006, p. 201).

É a utilização imperativa da linguagem, por meio do desprazer da terapia, que visa a aniquilar o prazer dos sintomas e a onipotência da loucura.

[...] a loucura é ligada a um prazer; o tratamento pode, por intermédio do prazer, ser integrado à própria loucura; a incidência da realidade pode ser neutralizada por um mecanismo de prazer intrínseco ao tratamento; e, por conseguinte, a terapia deve trabalhar não apenas no nível da realidade, mas também no nível do prazer, e não apenas do prazer que o doente tem com sua loucura, mas no nível do prazer do doente com seu tratamento mesmo (FOUCAULT, 2006, p. 203).

Resumindo, pode-se dizer que o asilo, tal como faz funcionar sua terapia, é um dispositivo de cura que incorpora a ação do médico à da instituição, dos regulamentos, dos edifícios, em uma espécie de corpo único, que tem a função de exercer um efeito de conjunto, embora cada um — enfermeiros, vigilantes e o médico —, tenha diferentes funções a desempenhar. E de acordo com “*a tônica principal, o excesso de poder vai ser posto ora no sistema geral de vigilância, ora no médico, ora no próprio isolamento espacial*” (FOUCAULT, 2006, p.205).

Assim, o poder psiquiátrico é discreto, repartido, e funciona em rede cuja visibilidade encontra-se “*na docilidade e na submissão daqueles sobre quem em silêncio, ele se exerce*” (FOUCAULT, 2006, p.28). É um poder “*meticuloso, calculado, cujas táticas e estratégias são perfeitamente definidas; e, no interior mesmo dessas estratégias, vê-se muito exatamente quais são a posição e o papel da violência*” (FOUCAULT, 2006, p.19).

No entanto, é importante o destaque de Foucault (2006) de que o poder psiquiátrico não está centrado na instituição asilo, mas na prática que se estabelece entre quem tem o saber da loucura e o louco, e por isso pode ser exercido em outros espaços, inclusive naqueles que se organizaram para superar a ciência psiquiátrica.

No final dos anos de 1970, quando se começou a questionar a psiquiatria no Brasil, Foucault passou a analisar a tecnologia do biopoder, a partir do deslocamento teórico, no qual a noção de poder de inspiração nietzschiana (como relação de forças), foi substituída pela concepção de poder como governo, orientada para uma teoria da ação que consiga fugir da fundamentação circular do poder e da resistência em direção a práticas subjetivadoras que visem à liberdade. O biopoder é o conjunto de mecanismos que vão fazer entrar em uma estratégia política, em uma estratégia geral do poder, aquilo que constitui as características biológicas fundamentais da espécie humana (FOUCAULT, 2008); centra-se no corpo-espécie e em todas as condições que podem fazê-los variar, como a natalidade, mortalidade, nível de saúde, duração da vida, longevidade, buscando controlar e regular essas variáveis a partir de uma biopolítica da população (FOUCAULT, 1999).

É nessa sociedade biopolítica que se insere a Reforma Psiquiátrica e o discurso psicossocial, que expressam as estratégias de atenção à crise psíquica. Foucault distingue estratégias a partir de três sentidos.

1) Designa a escolha dos meios empregados para obter um fim, a racionalidade utilizada para alcançar objetivos. 2) Designa o modo em que, em um jogo, um jogador se move de acordo com o que pensa acerca de como atuarão os demais e do que pensa acerca do que os outros jogadores pensam acerca de como ele haverá de se mover. 3) Designa o conjunto de procedimentos para privar o inimigo de seus meios de combate, obrigá-los a renunciar à luta e, assim, obter a vitória. Esses três sentidos se resumem na ideia da estratégia como “escolha das soluções ganhadores” (CASTRO, 2009, p.151).

Dessa forma, as estratégias de atenção à crise psíquica no discurso psicossocial utilizam meios, como a medicação, que têm por objetivo a supressão dessa crise e de tudo que emerge junto com ela. A medicalização e a influência do modelo biomédico — em que o médico é a figura central, com a responsabilidade pela prescrição da medicação, e a enfermagem aparece como coadjuvante responsável por garantir que as decisões médicas sejam

cumpridas —, ainda marcam o fazer na saúde mental e se constituem, às vezes, em um processo central para o governo dos sujeitos em crise.

Pessoas que a gente precisa ter um controle maior, que tem que vir toda semana, que a gente tem que ver se está tomando a medicação direitinho. (...) Alguns que a gente sabe que não tomam direito em casa, tomam aqui, às vezes até eles começam tomando aqui com a gente, depois que a gente vê que eles tão mais independentes, a gente começa a dar para eles tomarem em casa, daí a gente faz um controle. Faz visitas, ah, tem pacientes que a gente entrega medicação em casa porque eles não vêm buscar. Então a gente entrega em casa, já faz uma visita toda semana, de 15 em 15 dias, faz uma visita, vê se está tomando a medicação. Pede para ver o envelopezinho para ver se estão tomando, já aproveita e já vê a casa, a família, como é que estão. Ah, tem uns que a gente faz injeção também de 15 em 15 dias ou de mês em mês. (...) A gente tem uma listagem dos pacientes que fazem injeção. Os que não vem fazer a gente tem que ir na casa, é claro, a gente vai na casa a gente já combina, “oh, a tua próxima injeção é tal dia” se eles não vêm no dia, a gente tem que ir na casa fazer para não atrasar. (C1T23)

A gente vai na casa entregar também, a gente já tem a relação daqueles quem não podem vir até o serviço. (C1T2)

Até implantamos a prestação de serviço domiciliar para os pacientes que não vem aqui, ou muito resistente ao tratamento, que não aceitam tratamento, nós fizemos o plano de tratamento da medicação injetável, de longa duração, de 15 em 15 dias ele vai ser medicado. Alguns até vem aqui, mas a grande maioria tem que ir na casa fazer a visita e aplicar a injeção. (C2T9)

Geralmente quem faz injeção é quem não toma medicação. Que são os casos mais difíceis. Então tem uns usuários nossos que vem fazer injeção, tem outros que não vem que são os casos mais difíceis. Então a gente vai em casa e faz o controle com a medicação, a injeção. (C1T7)

Usuária- vai tomar medicação oral pela manhã aqui no serviço e as 17h em casa. A Kombi vai lá nos primeiros 10 dias, até agilizsar isto junto a família (ATA 03.08.1999).

Os excertos acima demonstram como o serviço de Alegrete se organizou para garantir o uso da medicação e essa organização condiz com a realidade vivenciada em uma sociedade de controle que garante o convívio das liberdades. A denominada ‘monitoração’, que no sentido foucaultiano significa a vigilância no corpo individual de cada sujeito, vai agora para dentro da casa do sujeito em crise, controlando-o, ou tentando controlá-lo, até em seu âmbito privado. Se, antes, ele era coagido a determinado comportamento intramuros, na instituição total, agora, em espaço aberto, são necessárias estratégias que garantam a segurança diante das crises da loucura, suprimindo “*o que há de anormal para trazer o louco a uma realidade controlada, previsível, que deve investir nas mudanças, mas primando a ordem estabelecida*” (JARDIM,

DIMENSTEIN, 2007, p.181). Ou seja, repensar as práticas de forma a redimensionar suas bases manicomiais, mas garantindo a legitimidade social do serviço responsável por garantir a ordem social.

É sob essa lógica que entram as visitas domiciliares dos profissionais do CAPS; a obrigação de frequência ao tratamento; e adesão ao tratamento medicamentoso como manobras que buscam capturar o sujeito, mesmo aquele mais resistente ou mais 'difícil', e garantir a não ocorrência da crise ou 'recaída':

Eu acho que as pessoas que tem essas crises não aceitam, ou pelo menos não tomam a medicação e não vem ao CAPS não fazem terapia. Acho que por isso a tendência de ter uma recaída. (C2aT18)

A gente bate muito na questão dos remédios, tomarem direitinho, não deixarem de tomar, que é melhor para eles, poderem vir aqui, para oficina, para conviver com os outros, não vejo, os que vem aqui diariamente. Quase não tem nossos lá na Santa Casa, a gente acompanha eles e faz um trabalho focando nisso, exatamente para isso, para não deixar eles terem recaídas e nem terem esse sofrimento de terem que parar lá no hospital (C2aT20).

O uso dessas manobras, às vezes, se torna tão rotineiro e central no fazer dos serviços que nem ao menos são questionadas ou discutidas:

Se um paciente está em crise aqui o máximo que tu faz é passar para o médico e (...), fora daqui geralmente é essa a deficiência, a gente não tem como, as vezes a gente vai na casa tenta trazer para cá e se tu não consegue trazer tu pede para polícia vir junto. O pronto socorro não atende então a gente tem que atender, isso aí que é complicado, geralmente a gente vai e traz, mas aqui dentro a gente também não tem muito não, é o mesmo, mesma ação tu vais passa para um médico tentar acalmar, conversar, rever o plano terapêutico. (C2T6)

Dentro do serviço o paciente em crise, a gente primeiro vê se o doutor está aí, para gente rever a medicação dele (...) que as vezes a gente vai ver a paciente a muitos dias não está tomando a medicação, sem medicação, então no primeiro momento a gente revê medicação (C2T19).

Usuária – em crise. Necessitando de acompanhamento. Psiquiatra aumentou a medicação (ATA 1º.08.2000).

Usuária – mãe da usuária veio ao serviço dizendo que ela consultou no PS e receitaram medicação. Psiquiatra acha que ela vai descompensar em breve. E que realmente ela não quer tomar nada (ATA 11.01.2000).

Para Foucault (2006), frente à concepção de crise como momento da verdade – a “verdade da doença” que se deixa ver na crise – o médico deveria participar dessa situação por considerá-la a ocasião mais favorável para estabelecer uma ação terapêutica para combatê-la. Em tal direção, a prática

médica considerava a crise como um momento estratégico para a intervenção, e o discurso psiquiátrico posicionou o médico do asilo como o detentor da verdade sobre a doença e o responsável por submetê-la através da determinação de tratamentos-punições na “*produção da verdade*”.

Os relatos demonstram que em Alegrete a atenção à crise se organiza tendo como centro a prática médico-clínica, enfatizando as consultas psiquiátricas e o estabelecimento do plano medicamentoso. Nesse sentido, a medicação surge como estratégia imprescindível no tratamento psiquiátrico, pois sua correta utilização diminui o número de crises enquanto a sua falta pode ser um fator indutor de novas crises, como se observa nas falas a seguir:

A maioria dos pacientes estão sendo medicados, os que realmente entraram em surto e tem um atendimento continuo, eles estão medicados, eles não têm mais, diminuiu o número de crises. (C2T12)

A gente sabe que agrava o quadro de risco a pessoa estando sem a medicação. (C1T4)

Tem pacientes aí que se atrasa um dia de fazer a medicação deu, já começa, surta, então eu até olho para a planilha de medicação que tem que ser feita no dia o nome dos usuários e aviso as colegas: “oh hoje tem fulano, beltrano, fazer as injeções para evitar que entrem em surto”. Se entra em surto depois é muito mais difícil. (C2T14)

Na psiquiatria tradicional a crise é definida como uma disfunção, uma ruptura com o princípio da realidade que leva o indivíduo à desorganização e, a partir desta concepção, as intervenções visam à doença e à supressão dos sintomas de modo a trazer o sujeito para a realidade (WILLRICH, 2009). Nesse contexto, a medicação é considerada uma estratégia fundamental para aplacar as manifestações da crise. Em Alegrete, os trabalhadores relataram a necessidade que, às vezes, surge de se fazer uma contenção medicamentosa, a qual não ocorre no serviço e sim no Pronto Socorro Municipal (PSM), pois o CAPS não apresenta, segundo entendimento do psiquiatra e enfermeira, estrutura para tal ação, como mostram os relatos a seguir.

É um pouco complicado as crises, a gente tenta manejar de certa forma aqui, mas a gente não pode ter remédios aqui, eu não uso até porque não temos estrutura para isso, porque se der uma parada ou alguma coisa assim não tem um ambú não tem oxigênio não tem nenhum material para um atendimento em caso de uma complicação (...). Na situação de crise, conduzir o paciente ao Pronto Socorro, o Pronto Socorro dá essa atenção, faz a injeção que precisa, faz a contenção química necessária naquele momento, o Pronto Socorro nos dá esse suporte. (C2T9)

(Atenção à crise) aqui é diferente porque a gente não tem medicação de emergência aqui (...) então se tiver que fazer alguma medicação de emergência (...) é levada para o Pronto socorro, então o que que a gente atende a situação de crise aqui, a gente atende o paciente quando está em crise, se não consegue resolver, a gente leva pro Pronto Socorro. (...) A gente faz uma intervenção na base de conversa. Não medicamentosa, porque a gente não tem como fazer aqui. (C2aT4)

A centralidade da medicação na atenção à crise passou a ser interrogada nos dados coletados em 2014. Nesses dados aparece a percepção dos trabalhadores em saúde mental de que o discurso da medicalização é muito forte na sociedade e influencia diretamente os sujeitos em sofrimento psíquico. “*A sociedade é muito medicalizada, precisa mudar a cultura*” (C2T12), que não aceita vivenciar o sofrimento decorrente de perdas ou dificuldades, mesmo que estes sejam fatos inerentes à vida.

Isso que é uma das grandes dificuldades porque às 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 quando eu falo que a sociedade não ajuda porque hoje a medicação é que vai ajudar. (...) o paciente já vem aqui querendo medicação. (...) E tu fala isso aí coíbe um sofrimento que é normal e se tu falas que não deve, tu argumentas, às vezes o paciente aceita, mas outras vezes ele não aceita, e vai procurar um outro profissional para tentar medicá-lo, ele quer impedir aquilo ali. (...) trabalhar com essa questão na sociedade, melhora muito saber que sofrimento é normal (...) igual quando tu tá num período de felicidade nunca vai ser eterno, aquele sofrimento também não é eterno. (C2aT10)

No entendimento de Caponi (2012) isso é um reflexo da atuação da psiquiatria ampliada que protagonizou a proliferação de diagnósticos, definindo e classificando quase todos os sofrimentos e condutas em termos médicos. Assim, se tornaram cada vez mais ambíguas e imprecisas as fronteiras entre o normal e o patológico, naturalizando e estendendo a medicalização dos comportamentos a quase todos os domínios da existência. Aliás, a norma é um conceito central para se pensar as estratégias biopolíticas desenvolvidas no século XIX, especialmente aquelas direcionadas às populações consideradas de risco (para si e para os outros) (CAPONI, 2012). É no interior dessa sociedade moderna, na qual funciona o biopoder, que o poder psiquiátrico se instala e muda radicalmente o objeto de estudo e as estratégias de intervenção da psiquiatria. “*Seu interesse já não será restabelecer a saúde perdida, mas antecipar todo e qualquer tipo de anomalia*” (CAPONI, 2012, p.119).

É nessa esteira que parece se encaixar o uso abusivo de medicamentos enquanto um dos *“traços significativos de nossa cultura ocidental, na qual impera a convicção de que o mal-estar, bem como o sofrimento de todo o gênero, deve ser abolido a qualquer preço”*. A medicalização da vida tornou-se o caminho mais rápido e eficiente para amenizar os sofrimentos e problemas cotidianos, tornando o psicofármaco uma solução técnica para eliminar as inquietações de uma sociedade que se *“impõe a necessidade de estar na condição de felicidade permanente”* (DANTAS, 2009, p.564).

A cultura, o espírito da nossa época é de adquirir uma solução rápida para o problema, então acho que o remédio vem trazer esse benefício, e ele maquia a dor, o sofrimento, ele tira a pessoa de risco, um antipsicótico vai ajudar muito num paciente bipolar, vai ajudar ele a não delirar, ajudar um deprimido a não ficar ouvindo vozes, entende. Então a gente tem esse arsenal de remédios, cada vez mais sofisticados, com menos efeitos colaterais, então a gente acaba ainda usando isso muito (C2aT11).

Eu acho que a gente medica muito, muito remédio sabe e não é uma questão nossa aqui de Alegrete, não é uma questão de saúde mental é do SUS, sempre que tem uma dor primeira coisa é dá um remédio, em vez de tenta ouvir, conversar, pensar outras soluções outras alternativas, mas as gurias tem muito controle sobre isso, primeiro elas tentam convencer o usuário a fazer outras coisas para depois dar o remédio, mas as vezes e por isso, as vezes eles não gostam do setor da enfermagem porque parece que elas querem negar o remédio, mas não é isso é tentar construir uma outra cultura só que se nós não tiver os médicos trabalhando com isso, com essa ideia também fica difícil porque daí parece que a enfermagem mesmo que não quer dá ou a psicóloga que acha que tudo é mental que não precisa nada orgânico, que eles nos dizem. (C2T4)

Só naquele ato de ser medicado, eu vejo que isso gera neles uma dependência química, que se tu não dá a medicação eles já dizem- Ai eu estou agitado- mas na verdade eles não estão, eles estão dependendo daquela medicação ali. (...) mas o usuário chega aqui para uma primeira acolhida o que eu sempre digo: Olha o que eu quero te proporcionar é algo diferente, eu não quero te proporcionar te drogar, te dar medicação de início já para ti - 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 último caso. (C2aT25)

As falas demonstram os reflexos do discurso da medicalização tanto na ‘construção das necessidades’ dos usuários, que já procuram o serviço moldados enquanto sujeitos que ‘precisam’ da medicação, quanto no fazer dos trabalhadores que buscam deslocar a centralidade da medicação ofertando outras formas de cuidado. No entanto, a fala a seguir demonstra que o discurso

biomédico, com sua centralidade na figura do médico e da medicação, é tão forte na sociedade, ‘moldando’ as necessidades em saúde, que mesmo quando médicos comprometidos com a atenção psicossocial oferecem uma terapêutica diferente daquela tradicional enfrentam a resistência por parte dos usuários. Assim, do mesmo modo que o psicólogo é acusado de ver só a parte “*mental que não precisa nada orgânico*”, ou os enfermeiros que querem “*negar o remédio*”, (C2T4), a resistência do usuário aparece, conforme se observa na fala do profissional.

O que eu tenho visto, que mesmo a nossa palavra, quando vem o paciente para o atendimento médico, mesmo a gente falando que não, a maioria das vezes não é necessário [o medicamento??], precisava de um atendimento psicossocial, mas ainda falta forças eu acho, falta força da comunidade, ainda falta. (C2aT10)

O discurso de reorientação do modelo em saúde mental tornou-se o discurso dominante, e ao produzir determinados significados oculta outros, busca colocá-los à margem, como é o caso dos significados relacionados à terapêutica medicamentosa.

O modelo histórico de Foucault preconiza que as mudanças de discursos são, na verdade, rupturas ligadas a determinadas condições sociais vigentes, então a questão que aparece em algumas falas e se materializa no excerto a seguir, diz respeito à centralidade que ainda é dada à medicação para aplacar os sintomas da crise e evitar sua recorrência, mas que essa centralidade está sendo deslocada e que outras formas de terapia estão sendo produzidas, as quais não visam à redução da sintomatologia da crise, mas investem no aumento da qualidade de vida, embora estas vidas ainda estejam sob vigilância de instituições desta sociedade de controle.

Eu acredito assim que cada caso é um caso, mas se essa pessoa estiver com acompanhamento, assistida integralmente, tomando suas medicações tudo eu acho que sim, eu creio que sim, mas isso também parte dele, da pessoa de querer (...) se ajudar e também das pessoas que estão ao redor, para tentar resgatar essa pessoa. (...) eu acredito muito no diálogo, acredito muito em técnicas alternativas que não sejam somente a medicação, prova essa são as oficinas que a qualidade de vida deles melhorou, o bem-estar, eles gostam, de repente a gente nunca parou para pensar de repente se as pessoas não têm uma atenção, um carinho, de repente essas pessoas precisam de um algo a mais que não sejam só se entupir de medicamento. (C2aT9)

A loucura, ou mesmo a crise, ao ser percebida como algo relativo à instabilidade, contradição e imprevisibilidade, “*como desordem na maneira de*

agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre” (FOUCAULT, 2012a, p.121), insere-se na sociedade como algo que precisa ser normatizado. E nessa perspectiva da conduta regular e normal, instituiu-se a prática do internamento, inserindo o hospital psiquiátrico como um espaço de diagnóstico e de classificação. E, além da medicação, a internação também aparece como uma estratégia de atenção à crise utilizada no modelo psicossocial, mas que tem uma história que inicia muito antes desse modelo e, por isso, é marcada por significados que se busca superar, como a exclusão e o cerceamento da liberdade de escolha que ocorrem pela internação involuntária.

A prática de internamento dos loucos, no começo do século XIX, coincide, segundo Foucault (2012a), com o momento em que a loucura passa a ser concebida menos como perturbação de julgamento, forma de erro ou de ilusão — que, enquanto tal, permitiu a convivência com o louco sem grande perigo — e mais como perturbação no eixo paixão-vontade-liberdade. Ou seja, perturbação das afeições morais. É precisamente isso que a torna perigosa para a sociedade e passível de confinamento.

Conforme se discutiu no primeiro capítulo desta tese, a reforma psiquiátrica ressignificou a internação hospitalar, passando-a de um lugar fechado que é o hospital psiquiátrico, no qual a terapia tem características de tratamento-punição, para o hospital geral, no qual, a partir de certo controle, se pode circular, ter a presença de um acompanhante, usar as próprias roupas, etc. Desse modo, a internação em hospital geral é uma estratégia utilizada para o governo do sujeito na crise psíquica em Alegrete.

Conforme já se mencionou, o serviço de saúde mental de Alegrete, desde o início de sua história, buscou estabelecer relações com os profissionais e administradores do hospital geral da cidade, de modo a garantir o acesso para internação psiquiátrica nesse local. Além disso, durante muito tempo realizou acompanhamento hospitalar dos usuários internados no intuito de manter o vínculo com o usuário e fornecer apoio à equipe hospitalar. Com os mesmos objetivos, também foi utilizada, durante algum tempo, a estratégia da internação parcial que é quando o usuário em crise passa a noite no hospital geral e durante o dia participa das atividades do CAPS.

(...) acompanhamento hospitalar quando a gente tem algum paciente intensivo hospitalizado (...) E o acompanhamento no hospital é, é um acompanhamento de apoio, a gente vai lá, fica um tempinho com eles. (C1T1)

E a gente pode dizer que tem uma ligação muito boa, nós temos leitos cadastrados no hospital geral e sempre que possível a gente, conversa com o hospital geral e consegue uma internação, faz um cuidado lá dentro do hospital se necessário. (C2T7)

O acompanhamento do usuário no momento da internação e o estabelecimento do diálogo entre os serviços que compõem a rede de atenção psicossocial são importantes à medida que possibilita “*saber o que acontece nos diferentes momentos do cuidado para que ele não se torne segmentado e sem sentido*” (WILLRICH, 2009, p.131). A importância da relação construída com o hospital geral, e a existência dos leitos psiquiátricos nesse espaço, marcaram consideravelmente a fala dos trabalhadores em saúde mental de Alegrete. No entanto, nos relatos de 2014, do mesmo modo que a centralidade da medicação, a estratégia da internação também aparece redimensionada, conforme os relatos a seguir transcritos:

Um dos nossos objetivos é esse que ele não interne no hospital geral, que era a grande (...) a gente chamou uma briga gigantesca para não internar fora de Alegrete (em hospital psiquiátrico), e agora a gente comprou uma briga grande para que ele não interne em Alegrete, mas que fique em casa. (...) que a gente consegue dar esse suporte, se a gente não conseguisse ainda, mas a gente tem condição para isso (...) a gente tem experiência de ter internado direto o usuário e ter dado um transtorno muito maior na internação no hospital geral..(...) Tanto para ele quanto para outros usuários que lá estão, ou pra equipe que também está trabalhando lá, e que se nós tivéssemos tomado a atitude de fazer um tratamento domiciliar, não teria acontecido tudo isso, não teria dado o transtorno muito maior para o usuário, porque a gente tem que pensar em primeiro lugar no usuário. (...) a gente vê que tem muitos profissionais, que diz interna, vou me livrar dessa bomba, e vou passar para o hospital agora, mas a gente tem que pensar que isso pode, como é que eu posso dizer, causar um dano muito maior na vida desse usuário, se tu fizeres essa internação, do que se tu fizeres um tratamento em casa, domiciliar (C2aT8).

Antes se considerava a crise somente em ambiente hospitalar, hoje não, hoje pode-se lidar com a crise em domicílio se tiver o auxílio (...) da família, mas aí o grande problema que eu ainda vejo, essa questão familiar, essa questão de vizinhança, até mesmo alguns profissionais da saúde, às vezes o agente comunitário que está mais próximo da casa, às vezes não sabe muito lidar com isso, tem certos preconceitos (C2aT10).

As falas reafirmam a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo (ROTELLI, 2001; YASUI, 2010) que, analisada a partir da dimensão técnico-assistencial, demonstra a proposta de uma nova práxis, uma nova

organização dos serviços, na qual o CAPS se configura como "*o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental*" (YASUI, 2010, p. 115). Para Yasui, mais do que um serviço, o CAPS implica a tessitura de uma rede para um cuidado no território, a partir da responsabilização e acolhimento de forma a propiciar certo diálogo entre os profissionais e a produção de consensos provisórios em torno de certas condutas de tratamento. Não de forma a negar ou demonizar certos recursos terapêuticos, como é o caso da medicação, mas de colocá-la como uma possibilidade dentre tantas outras capazes de responder as necessidades advindas de uma crise psíquica.

Às vezes a pessoa chegou naquele momento, no ápice, digamos assim, daquela crise porque não teve anteriormente uma pessoa que parou, que deu atenção, que conversou, e às vezes é tudo que eles precisam (...) não concordo, que não possa ter a medicalização, acho que é importante, tem casos que são extremamente necessários, mas tem que haver esse outro lado, buscar humanizar. (...) ter toda uma conversa, um carinho, um cuidado, acho que essa palavra é importante, cuidado. (C2aT3)

Eu acho que na maioria dos casos é falta de atenção mesmo (...) é só tu conversar, é só tu dar atenção. (...) porque às vezes não é já ir entrar com a medicação, se eu conseguir tentar acalmar ele entendeu? (...) eu não acredito que seja só através da medicação, minha opinião. (...) a medicação a gente só pode se fazer através do médico, então e se o médico não está na hora? Tu tens que tentar e tu tem que abordar, tu não podes deixar ele fugir, tu não podes deixar ele ficar pior, tem que tentar e se tu vês que aquele método não está adiantando, muda, não adianta insistir, porque se a pessoa não te deu entrada, então não é daquele jeito, então tem que achar outra forma. Eu acho que tem várias formas não é só um ou dois entendeu? Têm pacientes que te ouvem mais com a pessoa falando mais alto, têm outros que é com calma, então tu tens que ver qual é a entrada que ele vai te dar. (C2aT19)

Essas falas mostram um 'olhar estrangeiro' para a questão da crise psíquica, pois são pronunciadas por profissionais que não são da área psi. A primeira fala é da profissional de arteterapia, e a segunda é de uma jovem de Alegrete, de aproximadamente 17 anos, que trabalha como estagiária na recepção do serviço. E a fala dela faz pensar que está existindo uma mudança cultural na sociedade de Alegrete, possibilitada pela Reforma Psiquiátrica que permitiu o convívio com a loucura. Isso demonstra que o discurso psicossocial está permitindo aos jovens esse convívio e isso está abrindo a possibilidade para uma reconfiguração da imagem que se tinha do louco como alguém que precisava ser medicado e excluído em um local que garantisse a segurança da sociedade.

Outra questão suscitada nas falas é que, por não serem da área e, por isso, não estar atravessada pelo discurso médico psiquiátrico, por não terem sido capturados por ele no processo de formação profissional, esses profissionais não estão na posição de sujeitos responsáveis por responder às questões da crise psíquica e manutenção da ordem, pois só “*os especialistas têm a função de aplacar o risco, analisar os erros na conduta anterior do sujeito e ditar seus novos direcionamentos, a fim de prevenir falhas futuras, assegurando a “saúde”*” (JARDIM, DIMENSTEIN, 2007, p. 181). Isso poderia gerar uma postura de não saber e não querer se comprometer com a atenção a crise. No entanto, a postura demonstrada na fala (C2aT19) é de comprometimento e reconhecimento de que existe a singularidade dos sujeitos no momento de crise, a qual gera a necessidade de experimentar várias formas de abordagem, ou seja, não existe receita pronta.

Para Lobosque (1997, p.22), a singularidade é um dos princípios da clínica antimanicomial que precisa “*operar no sentido contrário ao da exclusão*”. Entretanto, a autora ressalta que singularidade não é apenas entender que cada caso é um caso, mas “*perceber que o sujeito não é único nem idêntico a si mesmo, residindo o singular de cada qual não em sua unidade suposta, mas numa discordância fundamental*”. Trata-se, portanto, de convidar o sujeito a sustentar sua singularidade ao seu estilo, sem excluí-lo do social.

No intuito de garantir essa singularidade, o serviço de saúde mental de Alegrete organizou a atenção à crise psíquica a partir de outras estratégias que visam a superar um fazer centrado no diagnóstico e na sintomatologia psiquiátrica de modo a responder às multidimensionalidades do ser humano. Assim, o fazer em saúde mental em Alegrete passa pelas estratégias do acolhimento da crise, no serviço e nos espaços da comunidade; da prevenção da crise psíquica; do envolvimento da família no cuidado; da atenção domiciliar, realizada a partir da visita/acompanhamento e internação domiciliar; e da produção de autonomia, a partir de um fazer centrado nas necessidades apresentadas pelos sujeitos em crise.

No processo de organização do trabalho em saúde mental em Alegrete, o acolhimento do sofrimento psíquico se mostrou fundamental para o estabelecimento de vínculo e de um cuidado que respeitasse a singularidade e

os direitos dos usuários. Em um curso de capacitação em saúde mental, o princípio da acolhida foi discutido e tomado como referência para o desenvolvimento do cuidado, como mostra o fragmento a seguir.

CURSO DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL– (...) a equipe de saúde mental deve ter uma “atitude acolhedora” para com as pessoas que procuram o serviço. A escuta é fundamental no trabalho, de acolher através de olhar, conversa, escuta. Evitando que a situação se transforme em uma problemática maior. (ATA 23/06/2001)

O acolhimento é uma estratégia importante no processo de trabalho em saúde mental, pois permite olhar para as questões de saúde para além da dimensão da doença, valorizando a subjetividade do sujeito e privilegiando a escuta de suas necessidades, desejos e dificuldade (COIMBRA, 2003). Conforme as falas a seguir, o acolhimento permite redimensionar o ‘olhar’ e o ‘fazer’ em relação à crise psíquica.

Dá uma acolhida, dá um afeto, uma palavra de carinho, uma atenção, não é simplesmente só olhar com um olhar ‘torcido’, não te quero perto de mim, não. (...) nós aqui nós tentamos fazer isso, se a pessoa já chega, assim já o primeiro contato ali já ter uma acolhida, uma coisa que dê uma palavra de conforto de carinho. (C2aT9)

Eu já senti isso daí já, uma boa conversa, você consegue contornar. (...) que não é o que se precisa, lá no tempo de antigamente, tipo o conter o amarrar, acho que agora não há mais necessidade, mas tem que ter um modo, uma maneira para chegar. (...) tem alguns casos que são bem mais difíceis, mas eu acho que numa boa conversa, num bom entendimento, tendo preparo tu consegues fazer um contato. (C2aT5)

Para garantir o acolhimento em Alegrete foi necessário manter a ‘porta aberta’, atendendo não somente os encaminhamentos, mas a todos que procuravam o serviço. E a orientação da coordenadora do serviço era para que as urgências fossem acolhidas pelas psicólogas ou a enfermeira que encaminhariam o usuário ao profissional que tivesse vaga (ATA 08/03/2005). Posteriormente, devido à demanda reprimida e à existência de ‘lista de espera’ para atendimentos com as psicólogas, e a grande demanda por atendimento com o psiquiatra, reflexo da organização do trabalho a partir do saber multidisciplinar⁵⁵, ficaram responsáveis por acolher a crise “*a enfermeira da manhã e a assistente social, se uma das duas não tiver, muitas vezes foi o coordenador mesmo quem fez*” (C2T12).

⁵⁵ A questão do saber multidisciplinar foi discutida no capítulo 6.

Desse modo, foram designados profissionais específicos para acolher os casos novos. Entretanto, em casos de crise de usuários que já frequentam o serviço, esse acesso é diferente, pois os trabalhadores de todos os setores (recepção, refeitório, higienização) são responsáveis por esse acolhimento, conforme se pode observar nas falas a seguir, da técnica de enfermagem, merendeira e profissional da higienização:

Às vezes só na conversa, já muitas pessoas vieram aqui, só na conversa com elas, a gente fala com elas e marca uma consulta já resolve, muitas vezes as pessoas não tem é com quem falar, e aí chegam desabafam tudo o que tem e parece que tirou o problema todo deles. A maioria das vezes é a enfermagem que faz, por que eles vêm direto, as vezes eles não passam nem na secretaria vem direto aqui, eles sentam ali a gente já, eu acho que o acolhimento já é sabe, sem dizer que é um acolhimento, por que eles sentam ali e (...) a toda hora aqui é acolhimento. (C2T12)

Eles vêm muito conversar comigo, as vezes eu passo a manhã com um chorando aqui, se exclamando, (...) eu ofereço um café ou uma água (...) É um acolhimento, e eles vem aqui até mim. (...) porque as vezes eles querem apenas que alguém os escute, só deles conseguirem despejar aquilo para gente eles saem daqui e falam assim- Aí tirei um peso das minhas costas- e eles ficam tão gratos e eu fico tão feliz quando depois eu vejo daqui uns dias eles vem e me abraçam e me beijam tem umas pessoas que veem assim – Aí eu gosto tanto de vir conversar contigo- A gente faz, às vezes, um vínculo tão bom com eles. (C2aT20).

(...) oferecemos um chá, uma água, um doce, procuramos tirar essa pessoa desse ambiente levamos lá para baixo das árvores, porque as árvores são uma coisa muito boa, aconchegante, senta, ali que tem um banco e segue conversando quando tu vê aquela pessoa já está bem tranquila ela já não está mais com aquele choro ela já está conversando e rindo junto com a gente (...) tem muitas coisas que a pessoa está carente, que está precisando de uma pessoa que converse com ela, que escute ela. (C2T22)

Uma questão importante, presente nos relatos, diz respeito à disponibilidade para uma escuta imediata ou pronto acolhimento como principal tecnologia para transpor as barreiras que costumam impedir o acesso e a inserção dos sujeitos em sofrimento psíquico (FRANÇA, 2005). Entendendo, assim, o acolhimento como a capacidade de estar disponível para escutar e dialogar com o outro que procura ajuda, incondicionalmente, oferecendo atendimento imediato (Guia de Serviços de Saúde Mental, 2002).

A acolhida demarca o lugar da escuta, da possibilidade de expressão da singularidade e o estabelecimento de relações de confiança e aceitação, nas quais a diferença possa ser reconhecida como um valor que permite resgatar o

pertencimento e a solidariedade. Escutar esconde uma intencionalidade ética que distingue ‘nós dos outros’. É, portanto, um ato psicológico que busca alcançar algum registro que permita um campo de trocas, “*que não se contenta com os signos classificados, determinados, e admite um espaço intersubjetivo*” (PITTA, 1996, p.156).

Acolher a crise é estar aberto à escuta, ao diálogo e ao afeto como forma de continência ao sofrimento, mesmo quando é necessária uma postura que restrinja os atos do outro. Essas questões foram encontradas nos relatos transcritos a seguir, nos quais se visualiza o comprometimento em dar conta das situações de crise psíquica.

Aqui dentro a gente procura acalmar eles, conversar com eles, (...) muitas vezes a gente pega eles, senta ao lado deles, conversa com eles, por que tem gente que tem medo, entra aqui eles estão em crise, então ficam com medo, então a gente procura mostrar para aquelas pessoas que entram aqui e que veem eles em crise que não é como pensam, que tem que sentar, conversar e acalmar. (C2T18)

depende da crise, não tem um método, a gente faz, a gente procura primeiro não responder com violência, se é uma crise por agitação psicomotora e violento, procura ter firmeza, segurança para pessoa, (...) A gente procura conter com palavras, com carinho, as vezes, isso não é possível ai tem que agarrar, mas não é para te judiar, para te fazer calar a boca é para tu não te judiar e nem me judiar, nem judiar os outros, então a gente sempre deixa isso muito claro, a continência ela depende muito do que tu quer com ela e a atenção a crise também, o que tu vai fazer depende muito de como tu quer cuidar, como é que tu vê o outro. (...) nunca tivemos caso grave que a gente não desse conta de atender, acho que a gente sempre teve muito afeto, é um serviço muito afetivo, a gente consegue conter com afeto, com a conversa, com o abraço, chamando outro para ajudar (...)a gente constrói essa solidariedade também na equipe. (C2T4)

O acolhimento dos casos de crise não ocorre somente no espaço do serviço, mas em qualquer espaço da comunidade, onde acontecer a crise e surgir a necessidade de atendimento. A ‘porta aberta’ para o atendimento, ou ao menos uma escuta dos usuários que procuram o serviço, e a disponibilidade para atender as chamadas urgentes da comunidade demonstram que o processo de trabalho dessa equipe está calcado na diretriz fundamental para a atenção a crise: a responsabilização pelas demandas do território.

Sempre existe aquele horário de atendimento de urgência (...) e, mesmo quando não tem esse horário de atendimento de urgência, as pessoas são sempre recebidas. (...) está na rua ou alguma, alguma coisa de acolhe a pessoa, de ver, de encaminhar de repente até, situação de encaminha para o pronto socorro, pra ver se toma uma medicação, acalmar até poder intervir com algum outro tipo de tratamento, mas sempre é acolhido. Sempre, sempre. Até de

telefone, liga: ah, o que que a gente faz. Vai a equipe da enfermagem até a residência. Sempre, sempre atendido. (C1T16)

A gente sai de dentro do consultório, o 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 (C2T3)

Seja pobre, rico tenha convenio, se chama a gente vai, não interessa, está em surto, está precisando a gente vai. (...) olha, todas as vezes que nos chamaram foi difícil nós não ir, a não ser que seja fora do nosso horário, que agora tem o terceiro turno, mas aqui toda vez que eu vi que eu estava, ah o paciente de vocês está em surto, está perdido não sei aonde, eu cansei de ir lá para dar injeção, uma usuária tentou se matar, eu atravessei a cidade para buscar ela. (C2T12)

A “tomada de responsabilidade” consiste na disposição em apreender as diversas formas e momentos do sofrimento, o “que diz respeito à disponibilidade do serviço sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo na sua promoção” (DELL’ACQUA, MEZZINA, 1991, p.62).

O acolhimento se relaciona a outra estratégia de atenção à crise psíquica, a qual foi encontrada em Alegrete: a prevenção da crise.

O modo que a gente recebe eles, conta muito, porque ai eles se sentem acolhidos, então quando eles vem que estão entrando em surto, eles vem aqui e que aqui vão estar os profissionais que vão escutar, que vão acolher eles, 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. (C2aT20)

A gente já conhece mais ou menos aqueles que internam de tempo em tempo, então antes, quando eles começam a se sentir mal, às vezes o familiar procura, mas muitas vezes o próprio usuário vem e diz eu não estou muito bem (...) então a gente faz uma rede de proteção para esse usuário para ele não internar. (C3P8)

A gente dá um jeito de não deixar eles desassistidos para evitar o surto, que gera um transtorno para nós, gera um transtorno para família, e principalmente para o usuário que sofre muito. (C2aT25)

A estratégia que eu sempre penso e que eu sempre falo para o grupo é a estratégia da prevenção. Porque se eu sei que um usuário está entrando em crise e eu sei, porque ele está todo o dia aqui com a gente, desde lá da recepção até aqui. Se eu sei que um usuário está com um problema mais sério, eu tenho que antecipar isso. (...) as gurias vão visitar (...) vamos ver como está o projeto terapêutico dele. Se começa a ter problemas a gente tem que intervir. Porque tem um x de pacientes que são pacientes graves. Então a gente tem que estar sempre de olho para prevenir o surto. (C1T3)

A convivência com eles todos os dias, então tu sabes o dia que a pessoa está bem, (...) o dia em que a pessoa está triste, então já vai ali e pergunta “o que que houve? O que que tu tens hoje? (...) as 6 horas que eu estou aqui com eles, eu estou sempre observando um ou outro. (C1T91)

Para Dell’Acqua e Mezzina (1991, p.57), a crise psíquica coloca-se em uma prática que articula prevenção, cura e reabilitação, pois o serviço precisa ter a capacidade de “*reconhecer os sinais de sofrimento, as passagens que, de uma crise muda, sem possibilidade de escuta, conduzem a um comportamento transgressivo ou alarmante*”. A partir disso poderá organizar diferentes modalidades de contato, não para evitar a crise, mas para encurtar o tempo de latência, tornando mais precoce a intervenção e, assim, evitar um comportamento ‘transgressivo ou alarmante’. E é ao encontro desse sentido que as falas revelam a questão da prevenção.

Outra estratégia de atenção à crise que se coloca como um recurso terapêutico para além da remissão da sintomatologia psiquiátrica é a abordagem e envolvimento da família. Conforme mencionamos no capítulo dois, o relacionamento familiar foi apontado como um dos principais fatores relacionados como motivadores para a crise psíquica. Por isso, a importância de incluir a família no processo terapêutico e a necessidade de o CAPS incluir ações dirigidas a esse público.

A gente vem discutindo muito isso, de se chamar a família, de se dar uma orientação, de fazer uma escuta dessa família, de orientar e ter um melhor manejo, desse usuário em casa, na vida pessoal e familiar, de fazer com que essas pessoas se integrem muito mais com o Posto de Saúde com os profissionais daquele território. (C2aT8)

A gente sempre teve essa lógica, essa preocupação que precisava comprometer o familiar no tratamento, o familiar era o colega mais próximo para nos ajudar a garantir que aquela pessoa demorasse o máximo de tempo possível para voltar a ter um uma crise, só que sempre foi muito difícil ter o apoio de familiar, é muito difícil, então no meu ponto de vista eles normalmente quando nos procuram eles já tão com uma relação bem comprometida, bem prejudicada com o paciente. (...) acho que tem que melhorar isso aí, a gente fazer uma reunião com o familiar de quinze em quinze dias, uma vez por mês, poder ter uma efetividade poder ser mais (...) para poder a gente ter essa parceria e essa cumplicidade deles, na hora que o paciente tiver um surto, eles saberem que a gente vai ajudar, dá um suporte (C2T3)

Como se pode observar nos relatos, o serviço de saúde mental de Alegrete buscou organizar ações que envolvessem a família que passou a ser

incorporada no processo terapêutico, contribuindo para a reabilitação psicossocial do usuário. Isto porque a família é, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo, residindo aí a importância de torná-los parceiros no cuidado (BRASIL, 2004), porque podem ser considerados “*unidade cuidadora e de cuidado*”, um espaço social de interação, de trocas e de apoio mútuo em caso de enfermidades, mas que também vivencia conflitos e dúvidas, podendo, muitas vezes, ser atingida pelo processo do adoecimento (BIELEMANN, et. al., 2009, p.133).

Por isso, na atenção psicossocial é necessário olhar para a unidade familiar em toda sua complexidade, sendo imprescindível acompanhar a família e buscar acolher suas necessidades (MIELKE; et. al., 2010, p.762). Em Alegrete, as ações em saúde mental visam a constituir a família como parceira no cuidado e não como o agente responsável pelo adoecimento psíquico.

Usuária – está em acompanhamento terapêutico com a família. Bem melhor. (ATA 19.01.1998)

Usuário – dificuldades familiares e sem responsabilidades. A prima dele ficará responsável por ele. Mas solicitou auxílio do SAISMA. Vai morar perto da prima. (ATA 23.11.1999)

Usuário- mais tranquilo e acolhido pela sobrinha no bairro ibirapuetã. Este apoio tem favorecido sua recuperação. (ATA 27.12.1999).

Usuária – irmã informa que veio busca-la para morar com a família em POA. Terá um quarto só para ela. Estava feliz (ATA 06.06.2000).

Usuária – está sedada. Família questionado a medicação e o diagnóstico. A família está mais presente. Já teve tentativa de fuga. Família está com bom vínculo com o psiquiatra (ATA 19.09.2000).

Usuária – a mãe veio pedir ajuda há mais de uma semana, pois a filha recusa a aceitar acompanhamento terapêutico. Psicóloga informou que esteve em VD e não conseguiu encontrar a usuária. Retornará na próxima quarta-feira (ATA 24.09.2002).

Para o governo do sujeito em crise é fundamental implicar as pessoas que fazem parte de suas relações sociais e, nesse sentido, a família ocupa um lugar estratégico, e o seu envolvimento no tratamento a partir do estabelecimento de relações de confiança com o serviço é de suma importância. A fala de C2T3 demonstra a preocupação do serviço em ser um ponto de referência e suporte nos momentos de crise também para os familiares. As descrições de atas a seguir reforçam essa questão.

Usuário – adolescente, agressivo, recebeu visita da psicóloga devido solicitação da mãe. Isto aconteceu a 5 meses atrás. A

família voltou a procurar o serviço devido nova agressividade. A família somente procura o serviço no momento de crise. Será feito um trabalho com a família para que não aconteça a procura somente no momento de crise. (ATA 27.06.2000)

Usuário – recebeu alta hospitalar na 6ª ferida. Mais organizado, mas ainda sob efeito da medicação. Mãe veio pegar medicação no serviço e diz que não sabe como administrar a medicação. Serviço fazer visita domiciliar e comprometer os irmãos na administração da medicação. (ATA 05.12.2000).

No entanto, muitas vezes não há essa possibilidade de envolvimento da família, pois a convivência familiar é tão conflituosa que gera mais sofrimento. Na análise das atas, que relatam a discussão das reuniões de equipe no período de 25 anos (1989-2014), são inúmeros os relatos de casos de maus tratos familiares, o que fez com que os profissionais se aproximassem de outros setores, entre os quais o judiciário, através da promotoria, Conselho do Idoso, Conselho de Assistência Social, de modo a garantir os direitos de cidadania desses usuários.

Usuária – Sra de idade, mora no bairro Novo Lar. Maus tratos do filho em relação aos cuidados básicos. Mora com outra família. Passado ao Conselho do Idoso. (ATA 25.04.2000)

Usuário – doente mental, sem medicação por mais de um ano. Mora num galinheiro. Será encaminhado benefício continuado. Já consultou com o psiquiatra. Família não quer comprometer-se. (ATA 25.04.2000)

Usuário – deficiente físico e mental. Recebendo maus tratos da família que dá banho gelado de mangueira. Psicóloga formará equipe para ir até lá pois a denúncia foi encaminhada para o conselho de assistência Social. (ATA 28.11.2000).

Usuária – profissional relata que a situação é muito grave, ela está há mais de um mês sem banho. Relata ainda que a família quer que a usuária saia. Deliberado em reunião que será solicitada uma baixa hospitalar e contatado a promotoria. (ATA 22.05.2001).

Usuário – síndrome de Down, 33 anos. Mora no Passo Novo. Fica atado, muito agressivo. Fazer orientação familiar. (ATA 1º.06.1999)

Usuária – vivia como bicho, maltratada. Atualmente melhorou conduta familiar. Profissional continuará fazendo acompanhamento e tentará trazê-la ao SAISMA. (ATA 06.10.1998)

Usuária- está no albergue. Companheiro se apossou das coisas dela. Bateu nela. (ATA 11.08.1998)

Usuária- problema familiar grave. Companheiro alcoolizado, agride fisicamente. Chamou o plantão (do serviço de saúde mental) que tomou algumas providências. Saiu de casa e foi para a casa da irmã. Foram até a promotoria. Retornará para terapia com psicóloga. (ATA 10.10.2000)

Estão sendo encaminhados ao serviço várias denúncias de maus tratos a doentes mentais na zona rural. Vamos solicitar ao secretário da saúde carro para realizar visitas. (ATA 02.12.1997)

A família é produtora de maus tratos quando pratica atos de agressão, mas também o é a partir de ações de abandono, desinteresse, rejeição, uso indevido da renda do usuário e exclusão doméstica. No entanto, essas ações devem ser observadas com cautela para que não *“impliquem uma relação de imposição ou distanciamento dos profissionais de saúde para com essas famílias, pois elas não são as únicas responsáveis pelo cuidado”*, e, por isso, deve-se buscar uma postura que possibilite o compartilhamento dos problemas e experiências para a construção de convivências saudáveis (SOUZA, SCATENA, 2005, p.178).

Usuária – continua com dificuldades de relacionamento familiar, sem casa, tem dormindo na rua. (ATA 12.06.1997)

Usuário – mais calmo querendo voltar para a casa. Tem vindo as tardes para o SAISMA. Deve continuar hospitalizado. Situação familiar muito complicada. (ATA 30.03.99)

Usuária – está internada no hospital de clínicas há 6 meses. Com alta já há 3 meses e a família não tem condições de cuida-la. Assistente social do hospital de clínicas diz que a situação está insustentável e pede que verifiquemos a possibilidade de um lugar para ficar ou que o Ministério Público obrigue o pai a ficar com a filha. Ligou também representante da Saúde mental do Estado. 1º providencia: VD e encaminhamento para benefício continuado. (ATA 17.10.2000)

Usuária – entrou em surto. Psicóloga e técnico em enfermagem fizeram o acompanhamento no final de semana e foi internada. Dona da casa no pátio onde mora não quer mais ela lá. Família abandonou-a, mas tem certa condição financeira para acolhe-la. Tem briga familiar (questões de herança). Serviço fará visita hospitalar e tentará contato com a família. (ATA 28.03.2000)

Os relatos demonstram o grave problema do abandono familiar e o quanto este abandono marca a vida do sujeito em sofrimento psíquico. No modelo asilar, o abandono ocorria no interior da instituição, sendo essa prática favorecida pela organização da assistência psiquiátrica que afastava o sujeito da família, rompendo os laços afetivos sustentados pela convivência. Porém, essa prática também ocorria, e ainda ocorre, a partir de propósitos financeiros decorrentes de *“questões de herança”*, por falta de condições para o cuidado ou *‘dificuldades de relacionamento familiar’*.

A discussão, aqui, não se atém às motivações, mas ao fato de que os casos de abandono no contexto da atenção psicossocial exigem ações complexas que deem conta de uma multiplicidade de fatores que compõem a

vida em sociedade. Os relatos das práticas e as ações de trabalho realizadas em Alegrete demonstram que estas são norteadas por um modelo de atenção à saúde baseado no princípio da integralidade, mantendo o foco da intervenção no indivíduo e em sua condição de vida social, de modo a construir uma vida fora da instituição, atentando para todas as necessidades daí decorrentes. Esse fazer exige profissionais atentos e comprometidos com a reinserção social e não a exclusão.

Esse tipo de comprometimento se observa no relato (ATA 17.10.2000) da situação de abandono no Hospital Geral de Porto Alegre, pois mesmo sendo pressionados pela assistente social do hospital e pela Secretaria de Saúde do Estado, os profissionais não buscaram o caminho do descomprometimento, passando para o judiciário a responsabilidade de resolver a situação, *'obrigando o pai a ficar com a filha'*. A atuação foi no sentido de melhorar as condições financeiras, a partir do encaminhamento de solicitação do benefício, o que, em um cenário biopolítico, no qual o modelo econômico se desdobra e institui o homem do consumo, responsável por produzir sua própria satisfação, se torna uma ação fundamental para o resgate do poder contratual do sujeito em sofrimento psíquico.

Os profissionais de saúde mental de Alegrete construíram iniciativas que visam a melhorar a convivência familiar a partir do envolvimento da família no tratamento a partir de ações de apoio e suporte, pois a família é, muitas vezes, o principal elemento de sustentação, pertencimento e apoio afetivo. Entretanto, os dados de 25 anos de trabalho em saúde mental, em Alegrete, demonstram que essa construção de 'família ideal', nos casos de sofrimento psíquico, está longe de ser uma realidade e que o 'desejo' da exclusão no interior dos hospitais psiquiátricos ainda está presente.

Usuária – em surto grave. Foi internada no Hospital Psiquiátrico de Pelotas. Família autorizou a internação por não poder cuidar dela. Trabalhar a família. (ATA 23.11.1999)

Usuária – família deseja que a saúde mental interne ela fora do município. Foi colocado que este processo não será através do serviço. Foi oferecido o serviço para que ela fique o dia. Foi combinado que será proposto a família que ela venha neste primeiro momento a tarde, pois vão dar um suporte mais próximo para facilitar a adaptação e poder ficar o dia inteiro. (ATA 11.01.2000)

Usuária – internada com surto bem grave. Resistente a medicação. Psicóloga conversou com familiares que mostraram

ilusão de “cura” no SAISMA. Usuária tem lesão cerebral, deficiência mental e psicose. Família fantasiosa e com desejo de livrar-se dela levando para o hospital Psiquiátrico. (ATA 08.08.2000)

Usuário – está mais calmo. Família quer leva-lo para Santiago com a possibilidade de encaminhá-lo para o H. Psiquiátrico em POA. Psiquiatra conversou com a família para mantê-lo aqui. (ATA 08.08.2000)

Usuário – no Hospital Psiquiátrico em Pelotas. Recebeu alta. Quando vier conforme as condições de saúde, proposta de ficar no hotel, pois a família não quer ficar com ele. (ATA 08.02.2000)

Às vezes quando se consegue um contato familiar, o familiar muitas vezes não quer mais, quer institucionalizar mesmo (C2aT10)

A maneira como tu acolhe, a maneira que tu recebes e muito mais numa crise, porque na crise a gente sempre tem aquele trabalho dobrado, que é com o usuário e com a família, por que a família também dependendo, quer se ver livre (C2aT14).

Os relatos demonstram que, para superar a exclusão do sofrimento psíquico exercido pela família, as ações desenvolvidas visavam manter o sujeito na cidade em internação hospitalar ou em acompanhamento mais intensivo no serviço. Para tanto, os trabalhadores se responsabilizavam pelos casos e se colocavam como um ponto de apoio e suporte familiar.

Nesse sentido, uma estratégia utilizada desde o início da história do serviço de saúde mental foi a atenção domiciliar, a qual acontecia a partir do acompanhamento ou visita domiciliar, conforme descrição dos trabalhadores.

Quando eu digo que a gente não faz visita domiciliar no serviço de saúde mental, eu falo não é só de discurso. É a minha compreensão. Na saúde mental a gente faz acompanhamento terapêutico. E isso passa por entrar na casa, saber como é que as pessoas vivem e, isto é uma outra visão, de ir até a residência. (C1T6)

A visita domiciliar é para gente enxergar ele como um todo, porque é muito complicado... as vezes tu trabalhas aqui de uma maneira, mas tu não sabes como é que é essa estrutura em casa, (...) então a visita domiciliar é isso aí, é para gente enxergar eles como um todo, é para gente organizar a vida deles. Ajudar a família, organizar. (...) a gente vai fazer essa visita domiciliar, exatamente isso, para saber como é que está a qualidade de vida deles lá... e para ver essa família, porque geralmente a família também está doente (C1T1)

As visitas são para aqueles que a gente sente que estão precisando mais. Não é todos os dias que a gente faz visita domiciliar. Então o que a gente tem a enfermagem, aí a gente trabalha em equipe, aí é a enfermagem. Por exemplo, de manhã eu atendi alguém que está acontecendo alguma coisa em casa. Porque eu não pude ir de manhã, não deu tempo aí o que que eu faço, eu passo para enfermagem(...) fazer essa visita. (...) no outro dia eles me passam e a gente tenta resolver o que está acontecendo. (C1T1)

Percebe-se que a visita/acompanhamento domiciliar é uma forma de capturar o sujeito em seu espaço mais íntimo: o domicílio. É uma estratégia que, no jogo de poder, pode implicar controle, resistência e, enfim, o que se pode denominar de governo da população. A visita domiciliar, ao longo de sua história, foi utilizada como instrumento impositivo, com o objetivo de intimidar, inspecionar e fiscalizar os modos de viver da população, fruto do desejo da ordem estabelecida. Assim, atravessada pelo discurso higienista sobre os modos de vida da população, a visita tornou-se uma prática policalesca para o fortalecimento dos códigos sociais de poder, reprodução dos padrões de comportamento policial na vida heterogênea da população, e imposição de um modelo de vida que desconsiderava os arranjos familiares, as histórias e as concepções do viver (RIBEIRO, 2010).

Entretanto, cabe reconhecer que, mesmo se tratando de um instrumento de governo que visava capturar o sujeito para que este se conduzisse da forma esperada, a visita/acompanhamento domiciliar é realizada a partir de uma postura ético-política que reconhece o potencial da família/grupo. Para Ribeiro (2010), a partir dessa postura a visita pode ser um instrumento que propicia espaços de troca de conhecimento para que os componentes possam participar e se verem em outro processo, que não se legitima em uma relação autoritária e dogmática, mas em um processo coletivo que consegue garantir o exercício micropolítico do poder.

Ao pensar a visita como um espaço aberto para o exercício do poder, tanto do trabalhador quanto do sujeito e da família visitados, e não como forma de coerção, na qual o trabalhador impõe um estilo de vida, podem ser encontrados alguns limites e até contradições nesse fazer.

Quando a gente vai visita, a gente tem que ter muito cuidado, porque alguns se sentem invadidos. Tem outros que adoram a visita da gente, mas tem uns que se sentem invadidos. (C1T1)

Como eu disse hoje de manhã, até que ponto nós podemos ir, (...) E se diz: daqui tu não passa. Como é que tu vais fazer e invadir uma casa. Nem a brigada faz isso, não é... Então é por isso que eu perguntei, até que ponto a gente pode fazer isso. (C1T10)

Reinventar esse instrumento, retirando-o de uma perspectiva invasora para fazer proliferar dimensões capazes de considerar as singularizações que pulsam em cada espaço do habitar, torna-se um desafio da atenção

psicossocial, pois a visita domiciliar é *“um dispositivo que pode irromper territórios cristalizados, verdades instituídas, escapando dos saberes constituídos para produzir saberes constituintes, produzindo conexões entre o cotidiano da vida familiar, por exemplo, e as expectativas dessa família”* (RIBEIRO, 2010, p.218).

Assim, Ribeiro põe em questão a Visita Domiciliar como possibilidade de se desviar dos atravessamentos instituídos pela moral da homogeneidade a partir da implicação dos trabalhadores, que significa o movimento contra a cópia/modelo e o reconhecimento da potência existente nos diferentes modos de vida encontrados, e da possibilidade de encontros que podem proliferar na dimensão criativa de seus agentes.

Eis, portanto, a importância de se pensar a estratégia da atenção domiciliar no modelo psicossocial. Isto porque, embora o sujeito em crise necessite de um cuidado que poderá se traduzir em necessidade de proteção social, de modo que sua conduta, naquele momento, não gere mais sofrimento, essa proteção não pode ser exigida da família, mas precisa fazer parte do envolvimento e pertencimento desse grupo ao processo terapêutico.

Na estratégia da atenção domiciliar, outro recurso terapêutico que vem sendo instituído nos últimos anos, e que visa envolver a família no cuidado e manter o vínculo familiar, é a internação domiciliar.

A gente procura conversar muito com os familiares para que eles entendam essa defesa que a gente faz, que é muito melhor ele ser tratado em casa do que no hospital, muitos familiares não entendem isso (...) porque eu acho que quando tu ficas só na internação hospitalar, acaba rompendo com esses vínculos (...) tem muitos familiares que não frequentam o hospital, não fazem as visitas, então aquele usuário acaba ficando isolado naquele espaço. (...) então se ele estiver essa atenção psicossocial, tiver esse acompanhamento dos profissionais, eu acho que ele não corta esses vínculos, por exemplo, tem muitos usuários que quando eles estão em crise, eles vêm para o CAPS, alguns familiares querem internar, não eu vou lá no CAPS primeiro. (C2aT8)

Assim, a internação domiciliar surge como possibilidade de atenção ao sujeito em crise e sua família, como um recurso para a aproximação e o estabelecimento de relações de confiança.

A gente precisa ter um envolvimento muito maior com o usuário no momento de crise, para que ele não tenha só essa atenção hospitalar, muitas vezes esse usuário pode estar em crise, mas se a gente der uma atenção melhor para ele, muitas vezes ele não precisa nem internar, mesmo estando em crise, a

enfermagem vai na casa, a assistente social vai na casa, eu muitas vezes vou na casa dos usuários, esses que precisam de atenção muito maior, como eu tenho muito tempo no CAPS e conheço todos eles, eu sei onde todos eles moram, quem são os familiares, muitas vezes, eu vou na casa, não precisa internar tu senta, vai na casa da pessoa, tu conversa, tu escuta ele, tu faz algumas orientações para ele e pra família, toma a sua medicação lá, faz essas orientações, (...) então, a gente vem conversando com a equipe, muitos colegas já estão implicados com isso, da gente fazer um acompanhamento (...) internação domiciliar (C2aT8)

Mesmo considerando-se importante o envolvimento da família no processo de cuidado psicossocial, é imprescindível repensar o papel da família na vida dos sujeitos, enquanto principal elemento de sustentação, pertencimento e apoio afetivo, pois, em muitas situações, a família está adoecida e para a reestruturação dos laços familiares é necessário investir no sujeito em sofrimento psíquico, na produção de sua autonomia para que ele possa se colocar de uma outra forma nas relações familiares. Assim, é necessário investir no sujeito para que ele possa ter condições de cuidar de si e qualificar suas relações e se reinserir socialmente.

A defesa da necessidade de se repensar o papel da família tem relação com a experiência vivenciada em Trieste (out/2014-fev/2015), durante o estágio do '*Doutorado Sanduiche*'. Lá, participei de inúmeras reuniões de equipe de um dos Centros de Saúde Mental da cidade, que aconteciam diariamente. Nessas reuniões eram discutidos o *percurso terapêutico* de usuários novos, que chegavam em crise, e daqueles que já estavam em acompanhamento, no intuito de avaliar as ações desenvolvidas. E uma questão que me chamou a atenção naquelas discussões foi a construção do percurso focado no sujeito em sofrimento, na produção de sua autonomia para que ele pudesse decidir o seu modo de andar na vida, modo que passa por decisões que envolvem a família (manter ou não a convivência, continuar ou não residindo na mesma casa).

A psiquiatria democrática experienciada em Trieste mostrou que os 'loucos' têm necessidades semelhantes às de qualquer indivíduo: moradia, trabalho, estar em relação e de manifestar "*seu modo singular de estar no mundo*" (DELL'ACQUA, 2014, p. 134). Esse fazer centrado nas necessidades dos sujeitos, com a finalidade de melhorar o viver e a convivência em sociedade que norteou a psiquiatria democrática, foi encontrado no princípio de

trabalho do Serviço de Atenção Integral em Saúde Mental de Alegrete (SAIS-Mental).

Então esse é o nosso objetivo, a integralidade (...) a gente trabalha isso como conceito de dia-a-dia de vida. De o que que a pessoa está precisando. De atendimento médico, psicológico, comida, é, habitação... é... qual é a necessidade dela naquele momento. O que está adoecendo ela. Porque que está adoecendo. Porque que ela não está conseguindo viver na sua comunidade. Então, o nosso objetivo de trabalho é atender as pessoas dentro das suas necessidades, sejam elas quais forem. (C1T3)

A gente senta quase que diariamente para falar essas questões de moradia, o bem estar desse usuário na comunidade onde ele vive, nossos colegas estão mais preocupados com isso, de não ficar só focado na internação, na medicação, na doença e da gente propor para família e para comunidade outras formas de tratamento que não só essas que a gente conhece tradicionalmente, eu vejo que os colegas estão mais implicados com isso, tanto da enfermagem, psicologia, serviço social, a gente vem já construindo, não sei se falaram, que a gente vem fazendo uma revisão de todos os projetos terapêuticos dos nossos usuários. (C2aT8)

De acordo com a leitura das atas percebe-se que a falta de um modelo, politicamente organizado, de atenção psicossocial no país, permitiu que se estruturassem, localmente, outras formas de pensar e agir em saúde mental. Nesse sentido, em Alegrete foram implementadas ações para além da doença e dos limites da clínica psiquiátrica, que visam a pessoa em crise a partir de sua subjetividade e suas necessidades de vida e não somente para seu diagnóstico ou sintomas de sua crise.

Cada pessoa tem uma demanda. Tem pessoas que são do atendimento não intensivo principalmente, elas vêm, recebem o acompanhamento psicológico, consultam com o psiquiatra e tem a vida delas, e se gerenciam. Por sua conta ou o familiar ajuda quando tem alguma dificuldade. Enfim não requer uma demanda maior. E os portador de sofrimento psíquico, é..., na sua maior parte são 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 muitas vezes porque ele não tem onde morar, não tem aonde se alimentar. Tem questões básicas que não tem, que são necessidades imediatas, então a gente tem que se envolver mais. (...) a gente costuma fazer o projeto de acordo com a necessidade da pessoa, centrado na pessoa. (C1T4)

Para Dell'Acqua e Mezzina (1991), a denominação de crise aplicar-se-ia apenas em relação às estratégias de intervenção do serviço, o que tornaria fundamental a permanente reflexão sobre as práticas desenvolvidas no serviço como resposta à situação de crise, pois seu impacto pode transformar essa crise em um “evento histórico” desencadeador de uma ruptura ou de uma busca de resposta. Dessa forma, a crise pode ser “*superada se o serviço*

conseguir abrir ou deixar aberto ao sujeito um espaço social de manobra, contrastando a limitação do contexto em torno dele, a progressão dos mecanismos de controle, o estabelecimento dos círculos viciosos de reprodução da “doença” (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991, p.191-2).

Para garantir esse espaço de manobra foi necessário trabalhar a partir da estratégia da liberdade, de forma a produzir possibilidades para que os sujeitos em crise pudessem expressar suas diferenças e singularidades, construindo respostas possíveis para as necessidades advindas da crise psíquica. Emprega-se o conceito de liberdade entendendo-a, assim como Henning (2008), como uma invenção moderna gestada pelas disciplinas e que só se efetua por processos de sujeição e normalização; e não como um elemento redentor e emancipador. Desta forma, defende-se que a liberdade vivenciada no contemporâneo é paradoxal, pois ao mesmo tempo que regula nossas ações, possibilita espaços de resistência.

É neste espaço de manobra e resistência oferecido pelo jogo das liberdades que entra a possibilidade de o sujeito em crise gerenciar sua vida. E um dos aspectos da vida que é necessário assumir é o financeiro. Nesta questão, uma das necessidades que apareceram com muita frequência na história do serviço de saúde mental de Alegrete, e que tem relação com os casos de vulnerabilidade familiar, diz respeito à moradia. Para garantir o direito ao ‘morar’ foi estabelecida uma rede de apoio junto ao albergue e hotéis da cidade, que eram pagos com o valor recebido do benefício, junto à família, para a construção de casas no terreno de um familiar, junto a outros usuários que, em alguns momentos, residiram em uma mesma casa. Essas ações estavam embasadas no princípio da autonomia, conforme se pode analisar na fala a seguir:

Geralmente quando o usuário nos procura com um problema, digamos... vamos usar um exemplo: um problema com a família, não estou mais conseguindo conviver com pai e mãe porque eles não respeitam o meu jeito, eles querem que eu viva do jeito deles. E aí é identificado, é... é adulto, tem condições de viver sozinho, tem condições de ser autônomo, que nível de autonomia que ele está? É... essa autonomia ela pode, tem que ser construída a partir de uma aliança terapêutica com o serviço, ou ela pode ser construída com uma aliança terapêutica do serviço com a família e com o usuário, isso tudo é medido na avaliação. (...) quando a gente constrói com um usuário, é... meios dele conseguir constituir a sua própria casa, ou no terreno da família, ou, hã... junto a uma pensão ou no próprio hotel como tem vários

aqui, que são, é... moradores do hotel... a gente construir isso com eles é um diálogo permanente e também a gente precisa estar discutindo com o pessoal do hotel, a gente precisa estar discutindo com os do bairro, porque senão ele vai ir pra lá e vai ser visto como peixe fora d'água, que é o que a gente não quer. (C1T6)

Trabalhar focando a liberdade e a produção de espaços de participação dos sujeitos em sofrimento psíquico demonstra o modo com que a clínica e a política se articulam nos serviços de saúde mental. A clínica da Reforma é uma clínica da inclusão social (DELGADO, 2006), e para que os sujeitos sejam incluídos é necessário que eles possam fazer parte do processo de trocas, que tenham liberdade para escolher seu modo de andar na vida.

A inserção social do sujeito passa pelo direito a uma casa e assim poder modificar e refazer sua vida. O morar em uma casa é um dos pontos primordiais para transformar e qualificar a vida dessas pessoas, dando sentido ao seu existir como sujeitos sociais. Para tanto, é necessário compreender o processo saúde-doença como uma experiência de sofrimento que ocorre na vida, e, por estar relacionado aos sistemas simbólicos, tem um significado para o sujeito que o vive e para o contexto em que está inserido (DALMOLIN, 2006). Nesse sentido, a reestruturação no viver do sujeito em sofrimento psíquico passa pelo restabelecimento do seu poder contratual, levando em conta sua rede social.

Usuário – a mãe queria internar, mas profissionais vão atender. Está morando no expresso hotel pois a família o rejeita (ATA 30/09/1997).

Usuária – está muito bem no hospital, com alta, mas sem local para ir. Foi reservado um quarto no hotel Hollywood provisoriamente até se organizar. (18/04/2000). Está no hotel Hollywood bem adaptada com acompanhamento do serviço. Passando um período no SAISMA. (ATA 25.04.2000)

Usuária – está fragilizada, morando no albergue. (ATA 02.05.2000)

Usuário – feito visita a família e conversado com irmão para construir algumas peças para ele morar. Irmão disse que a irmã resolverá. Disse que o usuário fantasiava bastante. O serviço ajudará a gerenciar o dinheiro do usuário para a construção. (ATA 06.06.2000)

Usuária – Circe relatou que ela já está com conta no banco e juntando dinheiro para a casa. Levantada a questão dos depósitos que ficaram a cargo da senhora responsável pela Tutela do dinheiro da usuária. (ATA 24.06.2003)

Usuária - Psicóloga fala em fazer uma rifa para ajudar a usuária a terminar sua casa. A rifa será de um telefone celular e será sorteado no fim do ano. (ATA 05.09.2006).

Ainda em relação ao morar, os dados demonstram o envolvimento político dos trabalhadores em saúde mental de Alegrete também nos projetos assistenciais, como é o caso do “Programa Minha casa, Minha vida” que visa garantir o direito à moradia. Nesse sentido, o coordenador do serviço de saúde mental procurou “*incluir o máximo de usuários do CAPSII nesse projeto*” (ATA 30.11.2010).

Foram entregues algumas casas. (...) quando tem os cadastros desses projetos habitacionais, a gente entra em contato direto com a habitação, inclusive agora na última entrega a gente conseguiu colocar 5 ou 6, (...) usuários nossos, que a gente já tinha discutido conversado com os familiares, conversado com os usuários e a gente já tinha percebido que eles tinham condições de morar sozinhos de ter a sua própria moradia, que não tinham ainda condições de terem esse. (...) esse bairro já é asfaltado. (...) tem uma zona de tratamento de esgoto e de água, tudo direitinho, o bairro modelo da cidade. (C2aT8)

Eu vejo que a gente vem numa evolução boa, a gente está cada vez mais dando autonomia para eles, eu sinto que tem usuários que jamais a gente penso que poderiam morar sozinhos e hoje estão morando receberam habitação as casinhas. (C2aT14)

Trabalhar a partir das necessidades dos sujeitos em sofrimento psíquico e não do diagnóstico. Considera-se este o principal legado de Basaglia e da Psiquiatria democrática porque essa premissa faz com que se olhe para o sujeito, sua vida, seu contexto social, sua rede de relações, enfim para tudo o que de um ou outro modo interfere na forma de viver desse sujeito. E este reconhecimento da diferença possibilita a emergência do novo, da invenção de soluções diferenciadas, que exigem um fazer múltiplo que aproxime a política de saúde mental a outras políticas sociais, conforme se pode observar nos relatos a seguir:

Usuária- alugou casa. Teve problemas, alagou, sem condições para morar. Locatário não quer devolver o dinheiro. Encaminhar a defensoria pública. (ATA 14.04.1998)

Usuária com dificuldade de aceitar o albergue. O SAISMA vai insistir com essa possibilidade pois com a família não há condições. (ATA 29.07.1997)

Usuário – está no asilo. Denuncia de maus tratos com apreensão de bens. Psicóloga verificará. (ATA 20.01.1998)

Usuária – a mãe procurou a profissional do serviço para internar a usuária no hospital fora da cidade. Psicóloga pediu para o pessoal dos direitos humanos verificar a denúncia que recebeu de abuso com a usuária. (ATA 27.01.1998)

Usuária – não se dispõe a fazer nada. Mãe falou que ela não quer fazer nada e por isso não quer ficar com ela. Então existe a possibilidade de ver material para construção de casa no terreno

de outro usuário. Outra usuária ofereceu a casa para que esta possa parar uns dias. (ATA 03.02.1998)

Usuária- está faltando na casa o reboco e a luz para poder se mudar. Psicóloga vai tentar com a Ação Social uma cama e um colchão, assistente social vai fazer contato com a prima da usuária para conseguir a luz. Outra profissional vai tentar conseguir o cimento... conseguimos material para instalação da luz na casa nova e o chá foi um sucesso (no sábado). (ATA 17.02.1998)

Usuário – irmã mais velha acolheu em seu terreno, com a SSMAAS conseguimos pedreiro. Psiquiatra verá banheiro com o PROSAN. Verificar com a mãe a possibilidade de ficar com ele até construir a peça. (ATA 12.08.1997)

Usuária – falar com a defensoria pública sobre sua pensão alimentícia. (ATA 20.05.1997)

Assim, além da aproximação com as políticas sociais, a questão financeira é um ponto importante por possibilitar aos sujeitos a participação no mundo das trocas e exercitarem seu poder contratual. Um dos fatores que contribuem para esse processo é a possibilidade de administrar seus recursos financeiros. As atas demonstram que essa possibilidade vem sendo produzida no serviço de saúde mental de Alegrete desde o início de sua história.

RELAÇÃO COM O BENEFÍCIO - usuários que recebem benefício vários deles estão administrando seu próprio dinheiro. (ATA 09.11.1999)

Usuária – está bem abriu uma poupança para mais tarde ampliar sua casa. (ATA 17.08.1999)

Usuário - está recebendo benefício continuado. Poupança Bamerindus. Está sendo trabalhado em seu atendimento a possibilidade que ele possa gerenciar seu próprio dinheiro daqui a algum tempo. Está sendo providenciado luz. (ATA 22.07.1997)

Usuária – vive como um bicho e se comporta como tal. Providenciaremos o benefício continuado. (ATA 1º.06.99)

Essa produção de liberdade que permite um espaço para manobras e resistências, possibilita uma convivência que ressignifique a experiência da loucura. Isto porque o cuidado, centrado nas necessidades dos sujeitos e produção da qualidade de vida, coloca em circulação o discurso psicossocial e sua forma de governo da crise psíquica nessa sociedade de controle que trouxe a exigência de novos dispositivos e mecanismos de dominação, ou seja, formas contemporâneas de governamentalidade.

Com o conceito de biopoder, o poder sobre a vida, Foucault problematiza os novos processos que incidem sobre o indivíduo, constituindo-o, produzindo-o, impondo-lhe uma sujeição. O antigo direito de "causar a morte

ou deixar viver" do poder soberano é substituído pelo novo direito de "causar a vida ou deixar morrer". Essa inversão na lógica do poder inaugura uma nova relação entre o poder e a vida, do controle da vida pelo poder, no investimento nos corpos para torná-los objetos de controle político, manipulação cultural e instrumentalização econômica.

Pode-se observar que as estratégias de governo da crise psíquica buscam produzir outro lugar que não é o da exclusão, mas colocar o sujeito em crise em relação, reinseri-lo socialmente. E esta reinserção os torna sujeitos às estratégias e táticas de condução da conduta instituídas pelo biopoder que, ao reatualizar o poder psiquiátrico, institui formas de ser sujeito em crise na contemporaneidade.

7 A crise do sujeito ou o sujeito em crise: os modos de subjetivação na atenção psicossocial

No curso de sua história, o homem não cessou de se construir a si mesmo, ou seja, de trasladar continuamente o nível de sua subjetividade, de se constituir numa série infinita e múltipla de subjetividades diferentes que nunca alcançam um final nem nos colocam na presença de algo que pudesse ser o homem.

*Michel Foucault*⁵⁶

Com as estratégias biopolíticas desenvolvidas no serviço de saúde mental de Alegrete é possível pensar os processos de subjetivação que visam superar os mecanismos de dominação e de exclusão, característica da relação instituída dentro dos manicômios e que conduzem a uma relação com o outro que é de indiferença. São esses modos de subjetivação e as posições para os sujeitos em crise constituídos pelo discurso psicossocial na sociedade contemporânea que serão analisados neste capítulo.

Um dos traços inovadores do pensamento político de Foucault, no livro ‘Segurança, Território, População’, foi a de problematizar as marcas da governamentalidade, demonstrando como na sociedade Ocidental, a partir do século XVI, e, especialmente no século XVIII, o poder político passou a realizar a gestão da vida das populações. A partir do poder disciplinar, que incide no corpo humano como uma máquina otimizável, passando a integrá-lo aos demais sistemas de controle, de caráter educacional, político e econômico sobretudo, e da ‘biopolítica da população’ que se centrou no corpo-espécie, capaz de suportar intervenções e regularizações, o biopoder buscou obter o assujeitamento dos corpos e o controle das populações (FOUCAULT, 2007a).

Nessa sociedade, na qual se convive com o poder enquanto tecnologia de governo das condutas de indivíduos e coletividades, existe uma interligação entre as ações subjetivas de uma pessoa com a ordem política responsável pelo bom ordenamento da coisa pública. Essa é uma das razões pela qual

⁵⁶ As palavras e as coisas (FOUCAULT, 2007a).

qualquer reflexão sobre a formação do homem moderno deve, no pensamento foucaultiano, passar pela análise das maneiras com as quais, desde a Antiguidade até os dias atuais, o homem se relaciona consigo mesmo e com os outros. Nesse campo de problematizações urge que se efetue uma analítica de como nos constituímos como sujeitos, como fomos subjetivados a ponto de sermos o que somos hoje.

A trajetória moderna e contemporânea do pensamento ocidental é marcada pela questão sobre o que é o sujeito. Foucault questionou o sujeito cartesiano-kantiano visto como indivíduo, como substância que existe a priori, com uma essência ou intenção a ser descoberta. Questionou também o sujeito individual, responsável por dar sentido as suas escolhas existenciais, fabricado pelo existencialismo de Sartre e pela fenomenologia de Husserl e Merleau-Ponty (NARDI, RAMMINGER, 2007).

Foi no contexto de domínio desses pensamentos que Foucault lançou suas contundentes críticas ao sujeito e à figura moderna do homem. Para Foucault (2007a), o homem é uma triste figura inventada na modernidade por um processo de sujeição e adestramento pela razão dita emancipadora, ou seja, pelas práticas discursivas, e também pela ação das disciplinas na fabricação de corpos dóceis. Distante da liberdade anunciada pelas luzes, essa forma histórica de homem *“nasce a partir dos saberes modernos que demarcaram a rígida separação entre o normal e o patológico, inventaram a loucura e o enclausuramento dos diferentes em categorias mentais hierarquizadoras”* (RAGO, 2005, p.42).

Deste modo, o que Foucault (1998, p.16) quis mostrar, ao problematizar as práticas que atravessam a História da Sexualidade, foi a maneira na qual, na Antiguidade, *“a atividade e os prazeres sexuais foram problematizados através de práticas de si, pondo em jogo os critérios de uma “estética da existência”*. Em relação ao progresso dos conhecimentos, sua análise levou à interrogação sobre as formas de práticas discursivas que articulavam o saber, escapando do dilema entre ciência e ideologia; já, em relação à manifestação do poder, a análise de seu exercício permitiu a interrogação sobre suas relações múltiplas, estratégias abertas, tecnologias e técnicas, escapando da alternativa entre um poder concebido como dominante ou denunciado como

simulacro. Para analisar o que é designado como “sujeito de subjetividade”, Foucault empreendeu um terceiro deslocamento teórico, a fim de *“pesquisar quais são as formas e as modalidades da relação consigo através das quais o indivíduo se constitui e se reconhece como sujeito”* (FOUCAULT, 1998, p.11).

Para além dos jogos de verdade considerados entre si nas ciências empíricas dos séculos XVII e XVIII, e dos jogos de verdades referidos nas relações de poder, Foucault pretendia estabelecer uma genealogia dos *“jogos de verdade na relação de si para si e a constituição de si mesmo como sujeito, tomando como espaço de referência e campo de investigação aquilo que poderia chamar-se “história do homem de desejo”*” (FOUCAULT, 1998, p.11).

Para tanto, Foucault (1998) vai se ocupar do discurso da sexualidade, abordando a questão da moral⁵⁷ que, em seus dois aspectos, se refere aos códigos de comportamento e às formas de subjetivação. Primeiro, uma moral orientada para a sujeição⁵⁸ devido à importância dada ao código, como no caso da moral cristã que produz uma subjetivação quase jurídica, *“em que o sujeito moral se refere a uma lei ou a um conjunto de leis às quais ele deve se submeter sob pena de incorrer em faltas que o expõem a um castigo”* (FOUCAULT, 1998, p.29).

Já, no caso da moral na Antiguidade greco-romana, orientada para a ética, o elemento forte está ao lado das formas de subjetivação e práticas de si, e a ênfase é dada às formas de relação consigo, às práticas, sejam elas procedimentos, técnicas ou exercícios, que permitem a transformação no seu próprio modo de ser; relação consigo que permita dominar os prazeres, se manter livre da escravidão interna das paixões e atingir uma soberania de si sobre si mesmo (FOUCAULT, 1998).

A preocupação com as tecnologias de si apareceu nos últimos livros escritos por Foucault (*“O uso dos prazeres”* e *“O cuidado de si”*). O projeto foi escrever a história da sexualidade como uma história do pensamento, por

⁵⁷ Foucault (1998) descreve dois conceitos de moral que dizem respeito aos dois aspectos da moral: códigos de comportamento e formas de subjetivação. Moral como um conjunto de valores e regras de ação proposta aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos, como a família, as instituições educativas, as igrejas, etc. Moral como o comportamento real dos indivíduos em relação às regras e valores que lhes são propostas: maneira pela qual se submetem ou não ao um princípio de conduta, obedecem ou resistem a uma interdição/prescrição, rejeitam ou negligenciam um conjunto de valores.

⁵⁸ Foucault (1998) conceitua modo de sujeição como a maneira pela qual o indivíduo estabelece sua relação com a regra e se reconhece ligado à obrigação de cumpri-la.

oposição à história dos comportamentos ou das representações, e enquanto experiência histórica e culturalmente singular - a experiência na correlação “*entre os campos do saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade*” (FOUCAULT, 1998, p.10). Assim, buscou problematizar as condições nas quais o ser humano tenta definir o que ele é e o mundo em que vive, mediante um conjunto de práticas refletidas e voluntárias, através das quais o homem se fixa regras de conduta, se transforma e se modifica em seu ser singular, de modo a fazer de sua vida uma obra portadora de certos valores estéticos e com certos critérios de estilo (FOUCAULT, 1998).

Por isso, considera-se que problematizar a experiência da crise psíquica envolve um olhar sobre os saberes que a ela se referem, os sistemas de poder que a regulam e normatizam, e especialmente sobre as formas de subjetividade engendradas, as formas pelas quais os indivíduos podem e devem ser reconhecidos como sujeitos “em crise”.

A ciência tem uma vontade de poder/verdade muito grande. E isso se pode constatar no campo da saúde mental, no qual a ciência moderna foi utilizada para legitimar as verdades fabricadas pela psiquiatria clássica, que considerou seu objeto de estudos incompreensível e perigoso, e as práticas de exclusão e reclusão dos ditos diferentes, daqueles cujo sofrimento não se conseguia compreender (BASAGLIA, 2005). Portanto, é necessário problematizar a questão do saber e da verdade, reconhecendo que a verdade é desse mundo, é fruto de acordos e consensos sociais situados temporalmente.

A partir desse entendimento, é necessário problematizar o movimento de Reforma Psiquiátrica, questionar o conhecimento psiquiátrico, seus efeitos de verdade e de poder, interrogando a questão do sujeito e os diferentes processos de subjetivação, e buscando reconhecer nesta nova política de saúde mental as possibilidades para a construção de práticas potentes para a produção de saberes e relações de poder que promovam outros modos de subjetivação.

A hipótese levantada é pensar a formação da subjetividade a partir de uma constituição criativa/criadora que acontece por meio de uma práxis, da realização das virtudes. Para tanto, Foucault (1998) reorganizou seu estudo em

torno da formação da hermenêutica de si na Antiguidade, no qual trabalhou o conceito de cuidado de si, discorrendo sobre subjetividade e verdade.

A partir de conceitos: *heautoû* (cuidado de si); e resgatando a prática das virtudes *enkrateia* (autodomínio), a *phronesis* (discernimento) e a *sophrosune* (prudência), Foucault problematiza a construção de uma existência prazerosa e feliz, que pressupõe uma constante luta e tensão para consigo mesmo, pois, de acordo com os gregos, somente através de práticas de autodomínio e de exercício das virtudes o indivíduo será capaz de discernir aquilo que é desejo seu daquilo que lhe é induzido e formatado como desejo.

As relações construídas em torno de si próprias, que resistem aos códigos do saber e do poder, criam novos estilos de vida como princípios éticos. Com Foucault, a ética não está desvinculada da estética e a subjetivação é uma dobra ontológica, por questionar o saber, o poder e o si. Ontologias entendidas não como universais, mas históricas, porque se restringem à condição de luminosidade e de enunciado de cada época (DELEUZE, 2005).

Por isso, falar em sujeito como produto de subjetivação, seguindo o pensamento de Deleuze (1992, p. 116-117), tem a ver com “*uma individuação operando por intensidades, campos individuados e não pessoas ou identidades*”. Não se trata de universalidade, unidade, interioridade, trata-se de um processo de subjetivação, ou de um Si, no sentido de relação consigo mesmo e com sua exterioridade. Exatamente porque não há um sujeito prévio, a subjetivação deve ser produzida. Esse Si é operado como forma de vergar a força, como realizaram os gregos; e significa, por conseguinte, constituir novos modos de existência, novas subjetividades.

Subjetivar é, portanto, curvar a força, resistir e sobressair ao poder. E o ser-si é determinado pelo processo de subjetivação, ou seja, pelos locais onde passa a dobra. Foucault se servirá da cultura helênica para demonstrar o movimento de dobrar a força, sem que ela não deixe de operá-la. Em *O uso dos prazeres*, Foucault elegeu a conduta sexual dos gregos como objeto de conhecimento para entender como se constitui uma “experiência” interligadas na relação consigo e a relação com os outros. E nesse sentido, visualizar

dentro da busca da experiência de si o aspecto da liberdade, noção que empreende a beleza como fundamento da própria existência.

Na Antiguidade não existia uma moral unificada, autoritária e imposta a todos da mesma forma, mas um suplemento, com origem em diferentes movimentos filosóficos ou religiosos, que propunham, mais do que impunham, estilos de moderação ou rigor. A austeridade sexual nessa moral não se traduz por proibições, mas por uma estilização de uma atividade garantida a partir do exercício do poder e na prática da liberdade. Ao invés de preocuparem-se com questões morais e proibições, ocupam-se de questões éticas a partir das práticas de si que sinalizam para uma estilização do comportamento.

A questão da liberdade e do poder é muito presente na obra de Foucault, principalmente quando se reporta à problemática do sujeito. E o autor situa essa relação não no sentido de um antagonismo, mas em referência a um “agonismo”, isto é, que *“a relação de poder e a insubmissão da liberdade não podem ser separadas. Ao invés de um ‘antagonismo’ essencial, seria melhor falar de um ‘agonismo’ – de uma relação que é ao mesmo tempo de incitação recíproca e de luta”* (FOUCAULT, 2004, p. 264-274).

Assim, no plano da subjetivação, a relação agonística se produz entre homens livres, do mesmo modo que os gregos a protagonizaram.

Os gregos fizeram muito menos e muito mais, como quiseram. Eles dobraram a força, descobriram a força como alguma coisa que podia ser dobrada, e isso unicamente por estratégia, porque eles inventaram uma relação de forças que passava por uma rivalidade dos homens livres (governar os outros com a condição de governar a si próprios...). Mas, a força entre as forças, o homem não dobra as forças que o compõem sem que o próprio lado de fora se dobre e escave um Si no homem. (...) na medida em que a dobra do lado de fora constitui um Si e o próprio fora constitui um lado de dentro coextensivo. (DELEUZE, 2005, p. 121).

Deleuze (2005) identifica quatro dobras ou pregas de subjetivação: a primeira diz respeito à parte material de nós mesmos que irá ser presa na dobra (os prazeres e aphrodisia para os gregos, a carne e o desejo para os cristãos); a segunda dobra é a relação de forças que é vergada para tornar-se relação consigo; a terceira dobra é a do saber ou da verdade *“por constituir uma ligação do que é verdadeiro com o nosso ser”*, subjetivação que não ocorre da mesma forma entre os gregos e cristãos; por fim, a quarta dobra é a do próprio lado de fora, *“é dela que o sujeito espera, de diversos modos, a*

imortalidade, ou a eternidade, a salvação, a liberdade, a morte, o desprendimento...” (DELEUZE, 2005, p.111-112). Essas dobras são variáveis e constituem os modos irreduzíveis de subjetivação.

As condições ontológicas do Ser-saber, determinado pelas duas formas que assumem o visível e o enunciável em determinado momento, como a luz e a linguagem não separáveis da “existência singular e limitada”; o Ser-poder, determinado nas relações de forças, nas quais passam elas próprias por singularidades variáveis, conforme a época; e o Ser-si, determinado pelo processo de subjetivação, pelos locais por onde passam a dobra, variam com a história.

O que elas apresentam, com efeito, é a maneira através da qual o problema se coloca em tal formação histórica: o que posso eu saber, ou o que posso ver e enunciar em tais condições de luz e de linguagem? Que posso fazer, a que poder visar e que resistências opor? Que posso ser, de que dobras me cercar ou como me produzir como sujeito? (DELEUZE, 2005, p.122).

Foucault parte dessas três questões para ver que o “eu” não designa um universal, porém um conjunto de “*posições singulares ocupadas num Fala-se/Vê-se, Combate-se, Vive-se*” (DELEUZE, 2005, p. 122), abrindo espaço para um pertencimento de fala cuja experiência de si está implicada.

Em *A vida dos homens infames*, Foucault (2003) relata a experiência de homens avessos ao regime disciplinante, encontrando suas linhas de fuga na incitação do gesto de fala, criando-se, com isso, a possibilidade de existir um estilo capaz de ver e de dizer.

[...] faz parte desse grande sistema de coação, através do qual o Ocidente obrigou o cotidiano a se pôr em discurso; mas ele ocupa um lugar particular: obstinado em procurar o cotidiano por baixo dele mesmo, em ultrapassar os limites, em levantar brutal ou insidiosamente os segredos, em deslocar as regras e os códigos, em fazer dizer o inconfessável, ela tenderá, então a se pôr fora da lei ou, ao menos, a ocupar-se do escândalo, da revolta. Mais do que qualquer outra forma de linguagem, ela permanece o discurso da ‘infâmia’: cabe a ela dizer o mais indizível – o pior, o mais secreto, o mais intolerável, o descarado (FOUCAULT, 2003, p. 221).

A experiência do infame é a condição sobre a qual nasce a necessidade de refletir o presente no momento em que rompe as idealizações fixadas pelo homem ocidental dos últimos séculos e cuja imagem o fazia sentir-se seguro com a sua origem e proveniência. O infame é reflexo da relativização da experiência de si, do questionamento da metafísica da origem absoluta, imagem primeira dos sentimentos e do próprio ser.

Um dos aspectos da experiência de si descrita na moral pagã diz respeito à relação com a verdade. Entretanto, embora a relação com o verdadeiro seja constitutiva do modo de ser do sujeito temperante, essa relação não conduz a uma hermenêutica do desejo como acontece na espiritualidade cristã, mas, em compensação, ela se abre para uma estética da existência, entendida como “*uma maneira de viver cujo valor moral não está em conformidade com um código de comportamento nem em um trabalho de purificação*”, mas depende de princípios gerais no uso dos prazeres (FOUCAULT, 1998, p.82).

Nessa moral, o domínio de si não é orientado para a obediência do outro, pois o domínio contempla a relação com o corpo e a saúde, a relação com as mulheres e a esposa, a relação com os rapazes. Em todas essas relações o indivíduo mostra-se capaz de conduzir a si, ser senhor de si e senhor do outro, visando tornar cidadãos livres. São visões estratégicas operadas dentro do discurso foucaultiano, por se valer da subjetivação, aspirando à ética, aos chamados de poder, enfim, às disposições de liberdade pelas quais o sujeito está voltado.

Não existe a constituição de sujeito moral sem “modos de subjetivação”, sem uma prática de si que a apoie, sem uma “ascética”. Assim como não existe, em Foucault, sujeito fora da história, da linguagem, do discurso e das relações de poder, ele está imerso em uma sociedade de controle que tende a moldar e produzir as subjetividades a partir de enunciados que buscam o status de verdade e produzem constantemente modos de ser que nem sempre é o desejado, mas induzido.

Desse modo, o sujeito é um efeito das relações de poder e de saber, mas isso não significa que ele está submetido a uma força incontornável que o predispõe aos acontecimentos. O sujeito é aquele que está sendo sujeitado, porém possui um campo de possibilidade para várias condutas e diversos comportamentos, porque, para Foucault, só se pode exercer o poder sobre sujeitos livres e à medida que sejam livres, pois, se não há possibilidade de resistência e de reação não há possibilidade de exercício do poder — apenas violência e domínio completo.

Assim, surge a importância de problematizar os modos de subjetivação do sujeito em crise psíquica produzido na sociedade contemporânea, e como esse sujeito está preso a uma norma de existência, e, aprofundando-se a problematização, analisar de que modo a atenção psicossocial pode ser uma possibilidade para uma prática discursiva de busca e de construção de si, isto é, de relações de poder nas quais o sujeito tenha a possibilidade de constituir uma subjetividade criadora de si, considerando a noção de ética e estética da existência; dar visibilidade às resistências cotidianas, espontâneas e imediatas produzidas na atenção psicossocial por múltiplos e heterogêneos sujeitos contra um “*poder difuso que tem seu epicentro no saber racional*” da psiquiatria (RODRIGUES, 2006, p.14).

Para tanto, cabe, inicialmente, identificar quem é esse sujeito produzido pelo discurso psicossocial. Para Fernandes (2011), os modos de subjetivação produzem sujeitos singulares a partir de uma exterioridade que se apresenta como uma construção histórica e ocorre na relação com o discurso, pois o sujeito é produzido nas relações discursivas. Parte-se, então, do entendimento do discurso como soberano à medida que faz o homem ceder e o conduz, ditando os enunciados necessários e autorizando os possíveis. Mas também é prisioneiro de uma “*exterioridade selvagem que precisa ser dominada por sistema de interditos e domesticada por fórmulas de legitimação, a fim de conjurar sua imprevisibilidade e fixá-la numa ordem*” (ROUANET et al., 1996, p.14).

Cabe, portanto, assinalar as relações entre poder e posição-sujeito e seus efeitos na produção da subjetividade, pois os modos de subjetivação produzem sujeitos singulares, e a análise dos discursos possibilita ver os processos mobilizados nessa produção (FERNANDES, 2011). Em Alegrete, os atravessamentos do discurso psicossocial colocam o indivíduo em crise em posições diversas de sujeito, duas destas apresentadas nas falas abaixo:

Na crise psicótica não tem a possibilidade. Claro que a primeira coisa que a gente tenta, é isso aí, a gente tenta baixar a ansiedade, conversar, tentar ver essa maneira de acolher, mas agora realmente se a gente vê que não está surtindo efeito. (...) na minha experiência, que eu tenho, todas as crises fortes que eu vivenciei ali, a maioria delas eles não tinham capacidade de insight, entendeu. (...) na experiência que eu tive, não é possível assim, conversar, deixar tu te aproximar. (C2aT14)

Agora a pouco que eu sanei esse receio de caminhar pelos corredores, de não saber porque tem muitos aqui que são esquizofrênicos, eu não sei como é que eles iriam reagir, de repente eles estarem inquietos, eu não dar um bom dia ou dar um bom dia e talvez não responder, talvez não gostassem do meu jeito, entende, tem toda essa preocupação, o receio de algum deles também, principalmente da parte masculina, às vezes assim vem de um jeito diferenciado para ti, mas isso pode acontecer até na rua. (C2aT9)

No movimento da psiquiatria democrática italiana entende-se que o cancelamento da liberdade individual, embasado na suposição de que a pessoa é incapaz de entendimento e de desejo, significa o cancelamento das características de sujeito, ou seja, ao dizer ou rotular uma pessoa como *‘incapaz de’* faz com que ela deixe de ser uma pessoa, de ser um sujeito (ROVATTI, 2013, p.40). Esse entendimento é expresso na primeira fala que coloca o indivíduo em crise psicótica como um não sujeito por não ter a capacidade para entender os acontecimentos, de conversar ou de entrar em relação.

Já, a segunda fala coloca o indivíduo *louco* na posição de sujeito perigoso. Essa posição foi construída pela psiquiatria tradicional que, ao considerar o comportamento do louco como incompreensível e imprevisível, despertou certa dose de temibilidade e o colocou como um sujeito perigoso para si e para seu grupo social (KANTORSKI; MIRON, 2001).

Nesse contexto, a agressividade contribuiu muito para a construção desta posição de sujeito à medida que despertou o medo na sociedade e legitimou a psiquiatria como responsável por manter a ordem social a partir de práticas de exclusão, de violação de direitos e de sujeição. Por isso, a responsabilidade dos serviços de saúde mental em oferecer outras respostas em casos de crise com manifestações de agressividade.

Usuária – em surto persistente. Já foi internada na Santa Casa e atenuado a sintomatologia. Recebeu alta e família solicitou baixa para internação fora. Voltou a aumentar a agitação, certa agressividade na vila onde mora. Invadiu a escola, levou tesoura e banhou-se nua na pia. No mercado fez estragos. Foi conseguido leito na Santa Casa e conduzida sua internação. Familiar deverá acompanhar. (ATA 28.11.2000).

Essa situação vai ao encontro dos parâmetros descritos por Dell’Acqua e Mezzina (1991) para caracterizar uma crise psíquica: grave e aguda sintomatologia psiquiátrica; grave ruptura de relacionamento no âmbito familiar e/ou social; recusa aos tratamentos psiquiátricos (remédios, programas

terapêuticos, internação) ou mesmo à necessidade do tratamento, embora permaneça a aceitação do contato; recusa veemente do contato psiquiátrico; e casos de confusão no contexto familiar e/ou social e incapacidade pessoal de lidar com essas situações.

É nos casos que geram confusões e alarme social que reside a maior necessidade de intervenção imediata, pois a crise é o momento em que a sociedade enxerga a loucura e, em casos de agressividade, pode ocorrer de o usuário criar confusão pela rua, assustar, ameaçar as pessoas, e gerar uma situação de desordem pública. Por isso, o serviço de saúde mental, que trabalha sob a lógica do modelo substitutivo, precisa responder a essas situações de forma a ganhar legitimidade social e desconstituir a psiquiatria enquanto detentora do saber e responsável pela vigilância e controle da ordem pública (WILLRICH et al, 2014). Essa *'tomada de responsabilidade'* pelos casos que podem gerar *'situações de confusão familiar e/ou social'* e a construção de respostas que se diferenciam da psiquiatria clássica contribui para a construção de outro lugar para a loucura e de outra posição de sujeito para o louco.

Para Basaglia qualquer coisa que possa ser a loucura ela faz parte da subjetividade (ROVATTI, 2013), e é na relação que se estabelece no momento do cuidado à crise que o sofrimento é subjetivado e, por vezes, se produz o rótulo de sujeito incapaz.

E quando eu falo assim de ter, saber os limites, até os limites do sofrimento, o sofrimento também é subjetivo, a gente está subjetivando o sofrimento alheio, mas, no entanto, é a partir daquele momento eu vejo que o paciente tem sofrido. (C2aT10)

Eu acho que a gente produz muita loucura, a gente rotula a pessoa que ela é incapaz de trabalhar, a gente dá um laudo para ela, dizendo que ela é incapaz. É eu acho que a nossa dificuldade de ser neutro, dificuldade dá gente ter uma resposta objetiva nos nossos laudos, acho que o psicólogo tem que cuidar muito quando ele atesta uma coisa que pode ser muito definitiva para aquela pessoa (C2aT11).

A preocupação em relação ao poder exercido pelo saber técnico, que pode considerar o outro um sujeito incapaz, referida na última fala, também é encontrada na leitura das atas das reuniões de equipe, nas quais se discutiram casos de interdição ou solicitação desta, por motivos diversos, mas principalmente em função do benefício. No entanto, os relatos demonstram uma postura ética e comprometida dos profissionais com o sujeito em

sofrimento psíquico que tem o direito de amparo social garantido na Constituição⁵⁹. Esse direito é garantido por um benefício previsto pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), nomeado de “benefício de prestação continuada” (BPC).

Falaram sobre o parecer da psicóloga para ser cancelada a “tutela” da usuária, o juiz não aceitou. Diz que é necessário ser de um psiquiatra, já que quem pediu a interdição foi um psiquiatra. Será passado para o psiquiatra. (ATA 30.09.2003)

Usuária – assistente social pede que alguém acompanhe a usuária no INSS para organizar a questão do benefício continuado. Protocolar a solicitação do BPC e ela tem que estar junto e explicar que ela não precisa ser interditada porque não é o caso. Encaminhamento: designado o profissional que vai junto. (ATA 1º.11.2005)

Psiquiatra fala que usuário compareceu em consulta com sua tia que pediu para que interdite o usuário senão o mesmo perderá o benefício. O dr. Fala que o usuário é bem autônomo para ser interditado. (ATA 25.01.2013)

A postura dos profissionais de Alegrete está em consonância com o previsto em lei porque para ter acesso a esse benefício não é necessária a interdição e a consequente curatela. Essa é uma medida extrema, recomendada somente quando o beneficiário não tem a menor condição de exercer qualquer dos seus direitos civis; quando está, em síntese, em uma situação extrema de incapacidade, o que não é a realidade da grande maioria dos sujeitos em sofrimento psíquico que, embora incapacitados para o trabalho, podem ter uma vida normal em muitos outros aspectos e decidir, por si mesmos, o que é melhor para o seu futuro.

Portanto, para enfrentar a psiquiatria do diagnóstico, da medicação e da objetivação (DEL GIUDICE, 2015) é necessário restituir o poder de decisão aos sujeitos, mesmo nos momentos de crise para que eles possam participar do seu processo terapêutico.

Tem crises e crises, mas a gente procura dialogar com a equipe, sempre pensando que por mais que o usuário esteja em crise ele tem

⁵⁹ O benefício de prestação continuada foi assegurado pela Constituição Federal de 1988, e está previsto em seu artigo 203. Diz esse artigo que: “A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família”. Para saber mais recomendo a leitura da Cartilha “O benefício de prestação continuada e o portador de transtorno mental” do Conselho Federal de Psicologia.

um certo discernimento de discutir o seu caso, (...) ele tem noção do que está acontecendo com ele. (...) então a gente procura sempre dar esse espaço para o usuário, da gente sentar tanto quanto a equipe quanto com esse usuário para ver o melhor procedimento a ser tomado, a internação ou não, ou rever medicação ou buscar os familiares, discutir se é melhor ele ficar no tratamento domiciliar ou se é melhor ele internar. (C2aT8)

Também a gente não pode banalizar a situação de crise. (...) não dá, não quer ir, não vai, tem toda uma...: 'mãe ele não vai ir, mas vai fazer isso, isso e isso e amanhã nos vamos avaliar de novo e se ele não fizer tu vais ligar para esse número'. (...) mas tem como fazer. E o usuário decidir. (C2aT16)

Eu acho que sim, mas depende muito da crise, eu acho que o paciente entende o que está sendo feito (...) tem um discernimento de si mesmo, tem como a gente é (...) respeitar a opinião, mas se ele não tem discernimento e se está com risco de auto ou heteroagressão acho que não tem condição (...) acho que primeiro vê sempre a possibilidade do paciente. (C2aT10)

Certamente, uma relação estruturada a partir de uma postura de respeito favorece o redimensionamento da temida periculosidade que envolve os sujeitos em sofrimento psíquico, especialmente nos momentos de crise, e a mudança nos modos de lidar com essas situações tornam possível a produção de subjetividades. Entendendo-se, portanto, subjetividade como produto coletivo e histórico de determinada sociedade e cultura, que define “os modos de existência regulados pelas leis, verdades e crenças” e que modelam as maneiras de sentir e pensar dos indivíduos. Dessa forma, a subjetividade não está no interior dos indivíduos, mas é produzida por mecanismos e estratégias presentes na coletividade (TORRE; AMARANTE, 2001), e aqui se ressaltam àquelas que dizem respeito à atenção à crise psíquica.

Nesse sentido, a necessidade de “*ver o outro de uma maneira diferente, mas não distante*” (C2aT13), pois o respeito à decisão do outro não pode significar indiferença ou não responsabilização do profissional e do serviço de saúde mental com o sofrimento do outro. A redefinição do lugar de sujeito da diferença na sociedade, aquele que tem a possibilidade de constituir modos de vida singulares, passa pela superação dessa redução clínica individualizante e pela desmontagem político-social da construção do lugar da diferença como um lugar inferior e do papel social destinado ao alienado para constituição do protagonismo, transformando o lugar de paciente, demente, alienado, tutelado e dependente em lugar de sujeito político, de direito, que debate o tratamento e

a instituição, que participa e interfere no campo político (TORRE; AMARANTE, 2001).

Assim, houve o incentivo por parte dos trabalhadores de Alegrete para o envolvimento dos usuários nesse movimento de Reforma Psiquiátrica, colocando-os em uma posição de sujeitos militantes, de agentes políticos. Conforme relatos presentes nas atas, os usuários passaram a participar dos eventos, por exemplo o III Encontro Nacional dos Usuários de Saúde Mental, realizado em São Paulo, em dezembro de 1993, para o qual organizaram um jantar beneficente para custear as despesas para participar desse evento.

E ele é super contra o Hospital Psiquiátrico, embora ele nunca tenha ido para o hospital psiquiátrico. Mas assim, ele participou muito com as gurias desses seminários, foi para o encontro nacional e... ah ele já viajou por todo lado com o movimento da saúde mental, ele já viajou por tudo que é lugar. Então ele sempre foi muito engajado. (C1T3)

Os usuários, também começaram a participar junto com os técnicos de fóruns, de encontros, seminários, começaram também é lendo estudando e debatendo essa clínica que a gente foi construindo. Isto gerou participação social e muitos dos nossos usuários tiveram em mesas estratégicas (...) nós tivemos uma familiar que foi representante do Rio Grande do Sul na comissão da Reforma Psiquiátrica nacionalmente. Ela era daqui de Alegrete e representava todos os familiares do Rio Grande do Sul. E isso, por essa construção, da politização do usuário, da defesa de seus direitos. Quer dizer, não passa só por um processo técnico. (C1T6)

A Reforma Psiquiátrica pretende construir um novo estatuto social para o sujeito em sofrimento psíquico, que lhe garanta cidadania, respeito a seus direitos e sua individualidade, ou seja, restituir os direitos que lhes foram negados pela psiquiatria e fazer do sujeito em sofrimento psíquico um cidadão.

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, respeitando a 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 estava legal, agora pensamos que podemos ser diferentes (...) 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 anormalidade acho até que foi intensa a situação foi o movimento homossexual da diversidade sexual que hoje em dia progrediu e todo mundo entende como normal é um direito de cada um ter a expressão de si, tem gente que acha que é adequado, subjetivo, a gente pensa mais no sujeito hoje em dia. (C2aT28)

A atenção à crise psíquica no campo das subjetividades anuncia relações de poder-saber que modelam, alteram, e, em suma, dobram e desdobram o

indivíduo e rompem com a concepção intimista de self, pois para Foucault não existe subjetividade e sim processos de subjetivação. Assim, nossa personalidade, o mais íntimo desejo e a própria necessidade de acreditarmos que temos coisas que nos são particulares e que nos diferenciam do resto do mundo é uma produção própria do momento que vivemos. Somos atravessados por uma complexa teia de aspectos desejantes, políticos, econômicos, científicos, tecnológicos, familiares, culturais, afetivos e televisivos, que fazem com que cada um de nós tenha uma história de vida que é singular, mas que não é interior (SOUZA; MACHADO; BIANCO, 2008).

Essa percepção da mudança cultural e da necessidade do intersubjetivo na constituição das subjetividades está presente na fala de C2aT28, a dizer que no modelo manicomial o sujeito construído era o anormal, e hoje a partir da luta de movimentos que visam garantir o direito a diferença percebe-se uma mudança cultural, certa abertura para as subjetividades.

Na Itália, o movimento da Psiquiatria Democrática empenhou-se na luta para que qualquer um tivesse a possibilidade de se tornar sujeito, o que não significava que esse sujeito fosse o sujeito da normalidade. Foi e é uma luta para construir as condições necessárias para a produção de uma subjetividade desconhecida que resultará em um sujeito não uniforme, completo, mas atravessado de tensão e contradição (ROVATTI, 2013). Por isso, a implicação da Reforma Psiquiátrica brasileira em ampliar o olhar para o sujeito louco, no sentido de admitir sua pluralidade, suas diferenças e diversidades, colocando-o no mesmo patamar de sociabilidade e dando-lhes o real direito ao cuidado para que possam receber ajuda em seu sofrimento, levando em consideração suas potencialidades e possibilidades como sujeitos de desejos e de planos (AMARANTE; et.al., 2003).

É eu vejo que o nosso fazer ele é ainda bem manicomial, porque a gente tem uma ligação muito forte com a doença mental, com o remédio, então eu acho que a gente se perde bastante na rotina por que a gente aprendeu na faculdade, (...) a gente está muito centrado 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, de desconstruir esse paciente adoecido e construir ele como cidadão, e acho que é muito mais cômodo para a gente tratar a doença e o sintoma (...) eu sou bem consciente dessa parte, que a gente tem que todos os dias não se institucionalizar, não se encapsular. (C2aT11)

Olhar para o indivíduo como um sujeito ativo no processo. Tratar o doente mental como pessoa. (ATA 23/06/2001)

E sempre com o objetivo de que as pessoas não discriminassem o portador de sofrimento psíquico. Que elas pudessem identifica-lo, porém, entende-lo como alguém que está passando por um período de desorganização. E que isso não é incapacitante e não é algo, (...) que não é algo que desmereça ele enquanto cidadão. (C1T6)

Percebe-se nas falas o quanto a atenção psicossocial construída em Alegrete está calcada no conceito de Cidadania. E este foi muito debatido e defendido no processo de Reforma Psiquiátrica. Já, em 1992, na II Conferência Nacional de Saúde Mental, discutiu-se a cidadania e ratificou-se a crítica ao modelo hospitalocêntrico no enfoque ético, técnico e político. A cidadania foi reafirmada na III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) e na Lei de nº 10.216/01, de abril de 2001, que relaciona os direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, reforçando a importância da inclusão social e regulamentando uma nova política de assistência psiquiátrica no país.

No entanto, chama-se atenção para o perigo de pensarmos que a garantia dos direitos de cidadania seria uma forma de libertação dos sujeitos, uma vez que a cidadania é uma marca moderna utilizada na sociedade como forma de condução das condutas, já que a posição de cidadão coloca aos sujeitos deveres e comportamento esperados daqueles que buscam esta posição.

Por isso, é importante frisar que no discurso e na prática da Psiquiatria Democrática, o conceito de cidadania não significa apenas a ampliação dos direitos sociais, jurídicos e políticos dos sujeitos em sofrimento psíquico, com base na ideia de cidadania como valor universal extensivo a todos, mas é ampliado e diversificado “*no sentido de admitir a pluralidade dos sujeitos, com suas diversidades e diferenças num mesmo patamar de sociabilidade*” (AMARANTE, 2003a, p.115). E esta sociabilidade é estabelecida e garantida a partir de regras e consensos sociais, que precisam ser discutidas com os usuários, como se pode observar no relato a seguir:

Uma coisa que eu acho muito importante que a gente procura não ficar passando a mão na cabeça do usuário. (...) mostrar para eles a realidade que eles vão enfrentar ali fora. Porque aqui fica passando a mão na cabeça, aqui tudo pode lálá, mas ali fora não é assim. (C2aT8)

Costa-Rosa (2000) considera a subjetividade do sujeito em sofrimento psíquico, e sua existência singular, uma vez que a luta em favor da

desospitalização e da desmedicalização recoloca o usuário como sujeito de sua vida. E o discurso psicossocial se produz a partir de outros saberes e outras relações de poder, pois, segundo Foucault, o poder é um efeito de verdade e a verdade produz efeitos de poder. E essa imbricação entre poder e verdade, presente na exterioridade do discurso, repercute nas formas de subjetivação, isto é, as verdades colocam em prática determinados modos de comportamento que produzem as subjetividades dos sujeitos.

Por isso, após essa breve discussão sobre as posições de sujeito produzidas pelo discurso psicossocial, analisa-se a relação estabelecida entre o trabalhador de saúde mental e o sujeito em crise, entendendo essa relação como um encontro de subjetividades que, no processo de cuidar o sofrimento psíquico, se objetivam em ações concretas a partir de palavras e de escuta.

Para Amadigi et.al., (2009), as escolhas no processo de cuidar são determinadas socialmente e sob a égide de dimensões subjetivas e culturais à medida que a relação do profissional de saúde com o usuário seja um encontro de culturas, com valores, saberes e fazeres diversos que possam superar o modelo biomédico ou psiquiátrico que trabalha sob a lógica do reconhecimento de manifestações sintomáticas, equivalendo doença e doentes e desconsiderando qualquer sentido ou manifestação de subjetividade na fala do sujeito.

O processo de Reforma Psiquiátrica em Alegrete demonstra que o serviço de saúde mental visa superar as estratégias tradicionais de atenção à crise da Psiquiatria Clássica, como é o caso da medicação e da internação, a partir da oferta de outros recursos terapêuticos que ocorre em uma relação que tem por finalidade construir o vínculo entre usuários, trabalhadores e serviço.

Usuária com alta hospitalar e dificuldade de criar vínculo com o serviço. Sobrinha se comprometeu em levar a usuária todos os dias (ATA 09.12.1997).

Usuário – está muito judiado, caminha muito na rua, comendo lixo. Vamos tentar fazer vínculo e convidá-lo para o serviço. (ATA 20.01.1998)

Usuária – está de alta serviço vai realizar VD para tentar o vínculo (ATA 24.08.1999)

Usuária – em surto. Resistente a medicação (a usar), mais agressiva nos últimos tempos. Revista a medicação e vincular ao SAISMA. Kombi vai pega-la de manhã. (ATA 23.11.1999)

Usuário – vai dar alta. Vinculando-se ao SAISMA. Tem vindo todas as tardes. (ATA 23.11.1999)

Usuária – veio ao serviço. Psicóloga iniciou a fazer o vínculo para possibilidades de tratamento. (ATA 25.04.2000)

Usuário – esquizofrênico. Internado. Dificuldade em aderir ao tratamento. É alcoolista. Psiquiatra solicita visita para tentar vinculá-lo ao SAISMA. (ATA 02.05.2000)

A proposta de vincular o usuário ao serviço se mostra uma estratégia que implica o trabalhador a se conduzir de uma forma ética e a produzir uma relação terapêutica a partir da revisão de seu entendimento sobre loucura, transformando a ideia de "cura" em ideia de "cuidados", da ideologia do "reparo" na de "direitos" (SARACENO, 1999). Assim, a Reforma Psiquiátrica é um convite para a desconstrução de saberes e certezas, e exige um novo trabalhador, que não irá trabalhar com "loucos de todo gênero" sob a proteção dos muros dos hospitais, mas com sujeitos em seus locais de vida. Trabalhadores que irão circular pela cidade em uma transição que não é somente do local da intervenção terapêutica, mas de conhecimento, da legislação, dos serviços, dos usuários, dos trabalhadores (NARDI; RAMMINGER, 2007).

Por isso, o tema da Reforma Psiquiátrica não pode ser tratado apenas no âmbito assistencial, jurídico, pedagógico ou ideológico, porque a desinstitucionalização se inscreve no plano dos processos de subjetivação, em um *“interstício recheado por angústias, dúvidas, sofrimentos e resistências, mas também por possibilidades de criação e vida”* (NARDI; RAMMINGER, 2007, p.268).

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, essa energia, essa força, a gente busca junto na nossa própria, da equipe, do, do, com o próprio usuário, as pessoas que vêm aqui, que, que vêm, que confiam no nosso trabalho. (C1T4)

Quando a gente defende uma sociedade sem manicômios, a gente está fazendo uma opção política pela vida. (C1T6)

Esses relatos demonstram sucintamente a implicação dos trabalhadores de Alegrete com a questão da Reforma Psiquiátrica, como eles estão sendo afetados pelo discurso psicossocial e o quanto podem construir de vida a partir de relações firmadas no vínculo.

Essas relações iniciam, na maioria das vezes, em situações de crise. É nesse momento que há o encontro entre trabalhador e usuário, e essa pode ser a ocasião de estabelecer uma relação de vínculo e confiança. Para tanto, é

necessário olhar para as '*características positivas*' do sujeito, além da possibilidade de usar várias estratégias como as citadas nos relatos a seguir:

Eu acho que dialogar com o delírio, falar e entender aquela fantasia que ele está te trazendo. Usar o humor, usar a história dele, então fazer um, como a gentealaria no psicodrama, fazer um duplo com ele, fazer um espelho, fazer um ego auxiliar. Eu acho que o terapeuta, o psicólogo, o enfermeiro, enfim, o profissional ele tem que "colar os caquinhos do usuário", ele não está bem ali, então ele tem que ajudar a integrar, a humanizar. (...) não conceituar, não achar que a pessoa tem uma doença, e tratar todas as características positivas da personalidade. Então a pessoa gosta de cozinhar, de música, de internet, então a gente tem. Eu tento valorizar o que o usuário tem de positivo e não ver ele como um esquizofrênico. (C2aT11)

Trabalhar com o paciente (...) de uma forma que ele se sinta acolhido. Se for um paciente em crise tomar um cuidado, mas tentar ajudar ele a ver que a gente não está ali para fazer mal, pelo contrário e a gente sabe que com algumas técnicas a gente consegue. Porque no hospital as vezes em surto, agressivo, já me chamavam, porque eu já vinha com calma, olhava no olho, chegava perto (...)da gente passar uma segurança, eu digo isso vai passar tu ficas tranquila. (...) eu tento pensar com ele mesmo que ele esteja numa situação (de crise), eu tento pelo menos que ele sabia ao menos o que está acontecendo com ele e que eu estou ali. Porque quando eles estão saindo da crise, até mesmo os catatônicos, eles ouviam a minha voz às vezes chegando e já sabiam, e as gurias falavam 'olha parece até que ele já te conhece', mas eu digo realmente ele deve, porque quando ele chegou eu disse: Olha tu está vindo para cá, aqui nós temos isso e temos aquilo, nós vamos cuidar de ti com carinho. Ele ouvia minha voz parece que expressava alguma coisa. (...) A gente não trabalha com a doença e sim que a gente procura trabalhar com a saúde. (...) com o que eles têm de saúde. (C2aT13)

Eu acho que a gente olha muito mais em primeiro lugar para o ser humano, para a pessoa em si que muitas vezes a gente nem trabalha em cima do CID entendeu?. Ah! Aquele bipolar, aquele esquizofrênico, aquele depressivo, aquele obsessivo, não a gente acaba nem trabalhando em cima do CID, dos diagnósticos. (C2aT14)

As falas apontam uma postura profissional ética e comprometida com os ideais da Reforma Psiquiátrica, à medida que não se propõe a calar o sintoma, mas a escutá-lo enquanto tentativa de inscrição do sujeito em sua rede de sociabilidade. Para tanto, a escuta do delírio é importante para a reinvenção do sujeito, pois é uma escuta que não procura suprimir o sintoma por meio de prescrições, mas parte dele para encontrar a singularidade e alguma possibilidade de operação com a vida a partir desta (BRASIL, 2004).

A atenção à crise mostra-se um eixo estratégico do cuidado em saúde mental, que ao se colocar fora do circuito das internações nos hospitais psiquiátricos garante a permanência dos usuários em seus territórios familiares, sociais, afetivos, possibilitando espaços de contratualidade e cidadania

(BRASIL, 2004). Assim, os serviços que trabalham com a lógica da desinstitucionalização precisam se constituir como pontos de apoio para os sujeitos em intenso sofrimento psíquico e em dificuldades para o exercício integral de suas vidas a partir do cuidado-acompanhamento à crise, oferecendo suporte psicossocial dirigido ao reposicionamento subjetivo do sujeito (SILVA, DIMENSTEIN, 2014).

A desinstitucionalização, que significa não só a abertura das portas do manicômio, mas a abertura para o entendimento daqueles que buscam o serviço, está pautada na transformação da relação trabalhador-usuário, pois não se tem mais *“respostas institucionais prontas a priori, mas devem criar alternativas concretas dentro da própria relação tensa, (...) entre aquele que procura o serviço e aquele técnico que recebe uma demanda* (KINOSHITA, 1987, p.75). No entanto, talvez devido a essa imprevisibilidade, a maioria dos trabalhadores entrevistados considera que cuidar a crise de um usuário conhecido, com o qual já estabeleceram um vínculo, é mais simples e é possível estabelecer relação durante a crise.

Sim, porque como a gente já tem um vínculo, eu acho, então é mais fácil da gente, de conversar com eles, pior é se for algum um paciente novo, mas esses nossos pacientes que a gente já tem um vínculo de convivência todo o dia, é bem mais tranquilo, eu nunca tive problema assim de ser agredida. (...) conseguem manter ainda uma relação, mesmo num paciente em crise a gente ainda consegue, dos nossos pacientes, que são nossos conhecidos. (C2aT4)

Tem, tem porque comigo já aconteceu, de eu chegar assim, na crise, e eu chegar e a pessoa me reconhecer, chegar, falar, me abraçar e começar a chorar, então eu acho que tem muito essa relação (...) tem profissional (...) que tem mais aquele vínculo, aquele jeito, porque o paciente em surto tem que ter um jeito para chegar, conversar. (C2aT15)

No caps, a gente pega o plano terapêutico, e a gente tenta ir lá conversar e vai, sempre tem ligação com um de nós, e aquela pessoa é mais fácil da gente colocar ali, conversar e tirar e levar (C2T12)

E casos que já estão aqui, que a gente já sabe mais ou menos quem são os mais difíceis de abordar em surto. O nosso maior desafio é para aqueles que a gente não conhece. (C1T5)

Para Merhy (2007b, p.56), os Centros de Atenção Psicossocial, por serem serviços substitutivos, responsáveis por produzir críticas às formas hegemônicas e construir práticas antimanicomiais, estão no *“olho do furacão antimanicomial”*. Isso significa que esse é um lugar de grandes conflitos e desafios, e *“ousar dar conta dessas missões gigantescas é estar aberto a operar no tamanho da sua potência e governabilidade”*. Nesse sentido, não ter

uma resposta a priori devido ao fato de não conhecer o usuário não deveria ser um fator limitador da atenção à crise, pois a vivência de uma crise é uma experiência singular, e mesmo sendo um usuário conhecido isso não garante uma resposta pronta. A singularidade desse momento exige um cuidado que singularize e contextualize “*o campo de possibilidades e de significados no qual se inscrevem*” (NICÁCIO; CAMPOS, 2004, p.76).

Portanto, em uma situação de crise o trabalhador em saúde mental precisa usar sua clínica e perspicácia para acolher, escutar e expor-se a vínculos e jogos transferenciais de modo a gerar intervenções singulares (MERHY, 2007). Esse cuidado da crise em liberdade, pautado em uma relação de contratualidade, na qual o outro é um sujeito de direitos e poder, não possui respostas prontas, sendo, portanto, fundamental se entender a crise como potencialidade de transformação e localizá-la no contexto da pessoa que a vive (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007).

O vínculo aparece em outros relatos como uma estratégia importante para o sujeito em crise, pois o cuidado oferecido por um trabalhador conhecido, com o qual já se estabeleceu laços de confiança, gera segurança, abre a possibilidade de diálogo e compromete o usuário com seu tratamento.

Um paciente por mais que ele esteja na crise ele reconhecer alguém é muito importante, ele consegue ter alguma coisa que puxe ele, e a medicação eu acho que também tem o seu lugar, mas eu acho que com certeza muda completamente. (...) isso até porque a medicação leva um tempo até fazer efeito, e aí antigamente, na forma antiga tu só trancava mesmo (...) e assim tu consegues manter algum contato algum diálogo que ela possa ficar mais tranquila e não sofrer tanto. (...) ele tem essa possibilidade e o vínculo que se cria prévio é muito importante, porque ali que ele vai identificar a pessoa que já cuidava dele. (C2aT6)

Eu acho que faz muito, é muita diferença ser atendido por um profissional que ele já conhece, que ele tem confiança. (...) muitas vezes, o paciente diz aí, olha tu me levas lá, eu vou só consultar, e tu me traz de volta? E se a pessoa fechar aquele compromisso, tem que cumprir, porque aí depois, ele não vai confiar mais. (C2aT1)

Usuária hospitalizada, ingressando no serviço. Precisa de uma referência terapêutica no serviço. (ATA 16/09/1997)

Os momentos críticos vivenciados pelos sujeitos em sofrimento psíquico, às vezes coincidem com o desencadeamento de uma situação de crise, o que pode gerar ações confusas e incompreendidas por eles próprios e pelas pessoas que o circundam. É, portanto, uma situação que “*difícilmente se resolve com uma intervenção pontual, pois o momento da crise revela uma*

tentativa de elaborar um acúmulo existencial e histórico de sofrimento que necessita de uma estratégia ampliada de cuidado” (ALMEIDA et al., 2014, p.709). A relação de vínculo e responsabilização estabelecida entre trabalhador-usuário é considerada um fator que ajuda a evitar a crise psíquica.

Onde tu chegas e é bem tratado eu acho que depois tu sentes prazer em voltar e eu acho que se tu chegas em um lugar, e te levam a força para aquele lugar, tu ficas com aquele trauma, te obrigaram. Agora se chegar em um local aonde te tratam bem e te acolhem bem quando tu precisas, tu nem chegas a ter uma crise, quando eles percebem que estão saindo do normal eles pensam ‘eu vou lá no CAPS, porque eu sei que lá as gurias vão me ajudar’. A gente vê muito disso aqui, deles falarem para nós isso, eu nunca vejo eles, a maioria em crise, mas as vezes tu vê que eles chegam meio descompensados – Ai eu vim porque eu não estou me sentindo bem- eles vem e buscam o CAPS. (C2aT20)

Basaglia (1985) já enfatizava que não é a instituição estabelecida e definida a partir de parâmetros distintos da Psiquiatria Clássica que vai garantir o caráter terapêutico das ações, mas sim o tipo de relação estabelecida no interior dessas novas organizações assistenciais. Portanto, construir uma relação de vínculo e confiança, a qual possibilite espaços para o exercício da liberdade e produção de singularidades, contribui para a produção de subjetividades, ao permitir que o sujeito em crise se coloque nessa relação como alguém com poder de decisão. O vínculo também aparece como um fator que contribui para a construção do projeto de vida no momento posterior à crise.

Claro porque a gente entende que ele tem discernimento para discutir essa relação mesmo em crise. (...) porque no momento, ele está em crise, tu fizeste uma negociação legal com ele, quando ele volta e passou aquela crise, ele vai perceber, ah eu estava mal, eu estava em crise eu recebi o suporte, as pessoas me entenderam, bah pessoal da enfermagem foram 100% comigo. (...) tu ganhas o usuário com isso, do que tu levar simplesmente a força. (C2aT8)

Fazer esse vínculo, porque a pessoa sempre vai gostar de quem cuida dela, então depois vai ser mais fácil para eu chegar nele e resgatar um projeto de vida para ele. (...) é um apoio, é um cuidado, naquele momento e que aquilo vai passar, vai fazer uma diferença no sentido da pós-crise, no sentido de ele não desistir, para ele não se cronificar. (C2aT11)

Eu acho que o trabalho com a crise, a maneira como tu lida com ela no início, é o efeito no final, (...) então a gente muitas vezes acolhe, para as pessoas sair, ter que internar, as vezes não tem como voltar para casa, e aí fica uns dias, descansa, faz aquele acompanhamento lá e depois, aí dependendo da abordagem que ele teve aqui na crise, ele volta para o CAPS e senão ele não volta. (C2aT14)

Na atenção à crise psíquica, a partir de uma relação entre duas subjetividades, o vínculo também se mostra como estratégia de convencimento, como uma possibilidade para a condução da conduta do sujeito em crise, de forma que aceite e participe das propostas terapêuticas que lhe são destinadas.

Muitos dos usuários aqui se dão muito bem comigo. Os que estão nas casas, a gente conversa com eles e eles atendem, eles ficam, ah eles fazem o que a gente diz: “olha que tem que ir lá, tem que consultar, tem que fazer injeção” muitos só na conversa dá, tem outros que não. É, mas é bem poucos esses, é bem poucos. (C1T8)

A contribuição daqueles que a gente já cativou eles, tem uns quantos que conseguimos cativar, que eles viessem até a enfermagem para ser medicado, dessas ações todas aqui temos uns quantos que tinham surtos bem acentuados e que hoje estão vindo para, para ser medicado aqui, acho que é um sucesso para nós, para eles também. (C2T11)

Mas se eles chegam direto aqui com a crise o que acontece, os profissionais todos estão aqui e nenhum vai amarrar, agarrar eles vão conversar com ele, a gente vai acolher, tentar de um modo mais delicado, vamos dizer, fazer com que talvez ele tome, tome um remédio (...) que eles possam dizer eu quero e não enfiar a goela abaixo, tentar convence-los com a conversa e com o argumento. (C2aT20)

Eu percebo assim logo que cheguei em Alegrete há 30 anos atrás, esses pacientes agitados que tinham que segurar a força não está tendo mais, segurar a força para fazer um monte de injeção, está amenizando, o paciente chega em crise a gente conversa, acolhe ele e até está conseguindo controlar essas situações, mas num convencimento num trabalho mais ou menos nesse tipo. (C2aT28)

Percebe-se como é profícua as noções de governo e biopoder problematizadas por Foucault para pensar o vínculo construído entre profissionais e usuários dos serviços de saúde mental. Embora este vínculo seja potente na produção de relações que respeite a singularidade e que dê espaço para a construção de novos modos de vida para os loucos na contemporaneidade, também é utilizado como estratégia para o governo dos sujeitos em crise. Nesta perspectiva, a produção intelectual de Foucault possibilita pensar e reconhecer o modo com que os indivíduos são conduzidos e conhecidos por outros indivíduos e como se conduzem e conhecem a si mesmos a partir da técnica de governo que não considera apenas as tecnologias de dominação, mas também as tecnologias de si e a interação destas, ou seja: *“os pontos em que as tecnologias de dominação dos indivíduos uns sobre os outros recorrem a processos pelos quais o indivíduo*

age sobre si mesmo e, em contrapartida, os pontos em que as técnicas do eu são integradas em estruturas de coerção” (FOUCAULT, 1993, p.207).

Essa passagem mostra o quanto a singularidade individual pode ser capturada pelos valores vigentes em uma cultura e, ao mesmo tempo, o quanto pode afetar essa estrutura e isto a partir da relação na qual se inscreve o saber-poder e o jogo das liberdades. A análise da subjetividade em Foucault revela o exterior e o social atuando na produção da subjetividade e determinando as formas de comportamento dos sujeitos na atualidade.

E o sujeito foi tema geral da pesquisa empreendida por Foucault (1995, p.231) durante sua carreira, na qual pretendeu fazer a *“história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos”*, ou seja, fazer a história do saber e poder e seus entrecruzamentos no sujeito (DREYFUS; RABINOW, 1995), e saber como, em alguns instantes, o sujeito escapa do poder e por quais processos singulares de subjetivação isso acontece (FOUCAULT, 2008a).

Para Bampi (2002, p.130), *“a noção de resistência acompanha os movimentos teórico de Foucault em direção a sua conceitualização de poder”*, e que a ideia foucaultiana de liberdade aponta para *“a produtividade analítica que a noção de governo oferece para a afirmação de algo diferente”*.

Assim, a noção de governo substitui o entendimento de poder como relação de forças para pensá-lo como ação sobre a ação do outro, em uma região intermediária que não é liberdade nem dominação, não é consenso nem coerção, pois a resistência acompanha esse deslocamento no eixo do poder, e o governo é entendido como jogos estratégicos entre liberdades. Portanto, o governo difere dos estados de dominação, embora seja na relação entre ambos, estado de dominação e jogos de poder, que se encontram as tecnologias governamentais (FOUCAULT, 1999).

Para compreender melhor a relação entre os tipos de governamentalidade e as formas de resistência que lhes correspondem, é necessário analisar a concepção foucaultiana da palavra *“conduta”*, que, para o autor, se refere a duas coisas: a atividade que consiste em conduzir, a condução em si, mas é também *“a maneira como uma pessoa se conduz, a maneira como se deixa conduzir, a maneira como é conduzida e como, afinal de contas, ela se*

comporta sob o efeito de uma conduta que seria ato de conduta ou de condução” (FOUCAULT, 2008, p. 255).

Para Foucault, jamais somos aprisionados pelo poder, sendo sempre possível modificar a dominação que a relação de poder tenta exercer, pois onde há poder, há resistência. Se não houvesse essa possibilidade não haveria relações de poder, sendo, portanto, necessário reconhecer o caráter estritamente relacional das relações de poder. E os pontos de resistência são, na maioria das vezes, móveis e transitórios, e introduzem, na sociedade, *“clivagens que se deslocam, rompem unidades e suscitam reagrupamentos, percorrem os próprios indivíduos, recortando-os e os remodelando, traçando neles, em seus corpos e almas, regiões irreduzíveis”* (FOUCAULT, 1999, p. 91.)

Contra as técnicas de condução da conduta, de gestão racional e calculada da vida e dos comportamentos das pessoas, surgem movimentos de resistência, nas quais apareceram as contracondutas que se diferenciam das lutas políticas e econômicas, pois elas ocorrem no campo da insubordinação diante da tentativa de controle dos comportamentos e das singularidades das pessoas, característica do pastorado e da ‘conduta das almas’ (GRABOIS, 2011).

As lutas do pós-guerra buscavam se desvencilhar não simplesmente do Estado e suas instituições, mas, principalmente, do tipo de individualização que se liga ao Estado moderno para *“promover novas formas de subjetividade através da recusa deste tipo de individualidade que nos foi imposto há vários séculos”* (FOUCAULT, 1995, p.239). São lutas que questionam o que somos hoje, tais como a da antipsiquiatria, dos ataques ao sistema penal, da liberdade e direitos das minorias étnicas, sexuais, dos ataques à medicina e aos saberes “psi” etc., que puseram em xeque não somente as críticas ao sistema político, social e/ou econômico, mas o modo de ser, a subjetividade que foi produzida (FOUCAULT, 1999a, p. 8).

Na atenção psicossocial pode-se dizer que houve uma atualização das técnicas do poder pastoral. Não se trata mais da relação do pastor que é responsável por suas ovelhas, mas da relação entre profissionais que estão na posição de especialistas e, portanto, responsáveis por *“aplar o risco, analisar os erros na conduta anterior do sujeito e ditar seus novos direcionamentos, a*

fim de prevenir falhas futuras, assegurando a “saúde” (JARDIM; DIMENSTEIN, 2007, p.181). Para tanto, não se trata mais de exigir uma confissão dos pecados para a direção das almas, mas ainda é necessário, para se conduzir a vida, conhecer a singularidade dos sujeitos e para isso é necessário que eles falem de si.

No entanto, essa relação, que não é de dominação como no modelo manicomial, abre a possibilidade para contracondutas. Alguns exemplos de contracondutas são encontrados na recusa de participar de guerras; na criação de sociedades secretas ou herméticas; na recusa de práticas médicas (como a transfusão ou a vacinação); na dissidência política, práticas heréticas e defesas radicais da vida comunitária, e que são apresentadas no livro ‘O nascimento da Biopolítica’, no qual Foucault analisa o poder pastoral como tecnologia da governamentalidade. Em Alegrete, as contracondutas dos sujeitos em crise, enquanto resistência ao modelo psicossocial, são diversas, mas se mostram como formas de decisão sobre suas vidas e seus tratamentos.

Usuária – ela mesma se internou no hospital deitando-se num leito e forçando a baixa hospitalar. Melhorou, pois estava muito agressiva. (ATA 11.04.2000)

Usuária- evadiu do hospital no domingo e foi para a casa. Psicóloga e psiquiatra atenderam e optaram por mantê-la em casa com medicação. (ATA 09.05.2000)

Usuário – sumiu do serviço há 1 semana. Visita para ver o que aconteceu. (ATA 13.06.2000)

Embora o discurso psicossocial se coloque na ordem de uma sociedade biopolítica e suas práticas de governo, às quais todos estão submetidos, ele abre espaço para o jogo das liberdades, e diferentemente do discurso manicomial, no qual predominam relações de opressão e dominação, permite movimentos de resistência e contracondutas e a produção de modos de subjetivação e novos modos de vida possíveis. Neste sentido, a atenção à crise aparece como *“um compromisso que torna a desinstitucionalização mais real, é uma luta cotidiana pela garantia do direito à singularidade, à subjetividade e à diferença”* (WILLRICH, 2009, p.150).

Com isso, emerge a importância de olhar para as relações estabelecidas no encontro entre trabalhador e sujeito em crise, para que essas relações não remetam à relação estabelecida entre o ‘homem e a serpente’. Portanto, finalizo este capítulo fazendo referência à analogia que Basaglia indicou entre

uma fábula oriental sobre a liberdade e a condição institucional do doente mental no manicômio. Basaglia narra a história de um homem que foi privado de sua liberdade por uma serpente que, alojada em seu estômago, passou a ditar-lhe suas vontades. Um dia ela partiu e o deixou livre, mas ele não sabia o que fazer de sua liberdade.

Basaglia (1985, p.133), em sua trajetória de luta contra a institucionalização, percebeu que, na sociedade em que vivemos *“somos todos escravos da serpente: assim sendo, se não tentarmos destruí-la ou vomitá-la, chegará o momento em que nunca mais poderemos recuperar o conteúdo humano de nossa vida, isto é, nossa faculdade de desejar, querer e atuar com autonomia”*.

Posteriormente, Basaglia cria uma metáfora no livro “La nave que afonda”, dizendo que quando o manicômio sai de cena (com a aprovação da Lei 180, na Itália), uma nave é afundada, mas outras aparecem no horizonte, pois a lógica manicomial não é superada com o fechamento das estruturas manicomiais, podendo ser reapropriada nas novas instituições, na nova psiquiatria e em tantas manobras para o disciplinamento dos indivíduos (ROVATTI, 2013) que se materializam nas relações entre os sujeitos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De homem a homem verdadeiro, o caminho passa pelo
homem louco.

*Michel Foucault*⁶⁰

A análise da história do Serviço de Atenção Integral em Saúde Mental de Alegrete SAIS-Mental demonstrou os atravessamentos do discurso psiquiátrico e do discurso psicossocial em relação ao saber, poder e modos de subjetivação nele presentes, respondendo ao **objeto de estudo** desta pesquisa, buscando-se discutir as materialidades discursivas referentes à crise psíquica no discurso da atenção psicossocial.

Para análise destas materialidades tinha-se como **pressuposto** que a atenção psicossocial tem produzido condições de possibilidade para a irrupção e engendramento de outros saberes e outras relações de poder que se materializam nas estratégias de atenção à crise psíquica. Em relação ao saber sobre crise psíquica observou-se que a forma de nomeá-la, às vezes, se aproxima do discurso psiquiátrico, centrando-se na descrição do diagnóstico, sintomas e comportamento, e outras vezes se distancia, o que denota a construção de outros saberes pelo discurso da atenção psicossocial. Além disso, ficou evidente que houve uma mudança na concepção de crise ao longo do tempo, desvinculando a crise das questões de agressividade e risco e situando-a como uma experiência subjetiva que precisa ser ouvida e colocada no contexto de vida dos sujeitos. Embora, de acordo com registro em atas, desde o início do serviço voltado à atenção à crise, a atenção psicossocial tenha envolvido questões que vão além da remissão dos sintomas.

Por se entender que o saber constituído na Atenção Psicossocial é um saber interdisciplinar que dialoga com saberes de outros setores discutiu-se a questão da interdisciplinaridade e intersetorialidade do saber sobre a crise psíquica. Essa discussão demonstrou que, em Alegrete, há fragilidade na

⁶⁰ História da Loucura na Idade Clássica (FOUCAULT, 2010).

articulação dos saberes demonstrada pela organização do trabalho de forma multidisciplinar. Já, em relação à intersectorialidade, os dados mostraram que o serviço de saúde mental de Alegrete construiu relações fortes com outros setores, como o setor da educação e do judiciário, estabelecendo parcerias que contribuem positivamente para a organização da atenção à crise, especialmente em relação às internações compulsórias.

Dessa forma, a discussão direcionada ao saber sobre a crise psíquica, realizada nesta pesquisa, demonstrou que na atenção psicossocial não cabe mais a explicação simplista, de causa única, que determina uma proposta objetiva e restritiva de tratar, com base em apenas um referencial ou modelo. E isso implica a construção de relações em que a loucura passe a ser percebida como pura diferença, não mais como erro moral, defeito orgânico ou negatividade.

Em relação ao poder, ficou evidente que, dentre as estratégias de governo da crise, existem aquelas que foram desenvolvidas a partir do modelo biomédico, como a medicação e internação e outras que se constituíram a partir do discurso psicossocial: o acolhimento, a prevenção da crise, a abordagem e o envolvimento da família, a atenção domiciliar e a estratégia de produção de autonomia.

A partir dos dados foi possível problematizar a influência do discurso da medicalização e do modelo biomédico na atenção à crise psíquica, e como o uso da medicação responde às necessidades produzidas em uma sociedade de controle que garante o convívio das liberdades desde que monitoradas. No entanto, essa influência é percebida pelos trabalhadores em saúde mental que, muitas vezes, centram a atenção no uso da medicação, de forma a aplacar os sintomas da crise e evitar sua recorrência, mas também produzem outras formas de terapia que investem no aumento da qualidade de vida. Nesse sentido, a discussão aponta para a necessidade de se repensar as práticas de internação e medicalização de modo a redimensionar suas bases manicomiais, dando vez à singularidade dos sujeitos, mas sem desconsiderar a importância de garantir a legitimidade social do serviço de saúde mental enquanto responsável por atender a crise e manter a ordem social.

Quanto ao acolhimento, este se mostrou uma estratégia de governo dos sujeitos em crise que permite redimensionar o 'olhar' e o 'fazer' em saúde mental. Os resultados mostram que a acolhida foi discutida e tomada como diretriz para o desenvolvimento da atenção integral que o serviço de Alegrete se propunha a oferecer. Para tanto, os profissionais do serviço mantiveram a 'porta aberta', atendendo a todos que os procuravam, demonstrando disponibilidade para uma escuta imediata ou pronto acolhimento, e também garantiram a "tomada de responsabilidade" pelos casos de crise, acolhendo-os em qualquer espaço do território onde surgisse a necessidade de atendimento, evidenciando comprometimento em dar uma resposta às situações de crise psíquica. A estratégia do acolhimento se mostrou potente em possibilitar a expressão da singularidade e o estabelecimento de relações de confiança, pertencimento e a solidariedade, nas quais a escuta, o diálogo e o afeto aparecem como forma de continência ao sofrimento vivenciado em uma crise.

A estratégia de prevenção da crise se coloca não no sentido de evitar a crise, mas de evitar um comportamento 'transgressivo ou alarmante' a partir de uma intervenção precoce, o que demonstra que a atenção dispensada no serviço de saúde mental de Alegrete não visa suprimir a crise, pois ela foi reconhecida pelos trabalhadores como um momento que pode ser 'pedagógico'.

Já, a abordagem e o envolvimento da família se mostraram uma estratégia importante porque o relacionamento familiar foi apontado como um dos principais motivadores para a crise. Por isso, o governo do sujeito em crise requer a implicação da família, constituindo-a como parceira no cuidado e não como o agente responsável pelo adoecimento psíquico. Nesse sentido, o serviço de Alegrete se organizou de modo a ser um ponto de referência e suporte nos momentos de crise também para os familiares, e isso se tornou realidade com a estratégia da atenção domiciliar, a partir do acompanhamento ou visita domiciliar, e a internação domiciliar.

No entanto, os dados evidenciam que, muitas vezes, não houve possibilidade de envolvimento da família, pois esta se mostrou, em alguns casos, produtora de maus tratos, abandono, desinteresse, exclusão, rejeição e uso indevido da renda do usuário. Nesses casos, as práticas e ações

desenvolvidas em Alegrete demonstram que o trabalho se organizou a partir de um modelo de atenção à saúde baseado no princípio da integralidade, focando no indivíduo e na sua condição de vida social para a construção de uma vida fora da instituição, atentando para todas as necessidades que decorrem da reinserção social dos sujeitos em crise.

Constata-se que o trabalho em saúde mental desenvolvido em Alegrete se organizou para produzir qualidade de vida e a estratégia a produção de espaços de participação dos sujeitos em sofrimento psíquico se mostrou potente para responder às necessidades concretas da vida, as quais envolvem questões de moradia e financeira. O direito ao ‘morar’ foi garantido por diferentes formas. No início do trabalho, quando não havia, na rede, a residência terapêutica, era muito frequente a acomodação dos usuários em albergues, o aluguel de vagas hotéis da cidade e a construção de casas no terreno de um familiar. Posteriormente, os dados demonstram o envolvimento político dos trabalhadores em saúde mental nos projetos assistenciais de garantia da dignidade e dos direitos, como é o caso do “Programa Minha casa, Minha vida” que visa garantir o direito à moradia. Em relação à questão financeira, a possibilidade de os sujeitos administrarem seus recursos financeiros foi um ponto trabalhado pelo serviço de Alegrete desde o início de sua história, propiciando aos sujeitos participarem do mundo das trocas e exercer seu poder contratual.

Nesse sentido, percebe-se que a atenção à crise psíquica está produzindo outra relação trabalhador-usuário, na tentativa não de negar ou anular as relações de saber/poder, mas de posicionar-se nessas relações, buscando diminuir a dominação a partir da garantia do exercício da liberdade, permitindo uma convivência que ressignifique a experiência da loucura e possibilite uma mudança cultural.

Deste modo, os achados da pesquisa vão ao encontro do **segundo pressuposto** que defende que as estratégias biopolíticas de governo da crise psíquica possibilitam ao indivíduo se desvencilhar do processo de objetivação desenvolvido pela psiquiatria, e inventar modos de subjetivação e de fabricação de resistências enquanto substâncias éticas de autoprodução de subjetividade.

Em relação aos modos de subjetivação dos trabalhadores ficou evidente o comprometimento político e afetivo com esse projeto, demonstrado pela diversidade de papéis desempenhados: o político, o administrativo e o assistencial. E foi esse comprometimento que permitiu que a política de saúde mental avançasse na cidade, tornando possível a constituição do serviço de saúde mental e, posteriormente, de uma Rede de Atenção Psicossocial com os diversos pontos de atenção necessários para um cuidado integral.

Percebe-se que o trabalho em saúde mental exige muito do trabalhador, especialmente na crise psíquica, pois este é o momento de dar espaço para o outro expressar sua singularidade e diferença, e, muitas vezes, o sofrimento causado por uma crise é intenso e gera muita angústia tanto no usuário quanto no trabalhador. Assim, ser um laço que sustente o sujeito em crise exige comprometimento ético com os ideais da Reforma Psiquiátrica por parte dos trabalhadores.

Destaca-se, portanto, a importância de olhar para a atenção à crise a partir da perspectiva do trabalhador, pois, com isso, foi possível identificar as condições que possibilitaram ao discurso psicossocial reverberar seu saber, poder e modos de subjetivação em nível local, afetando não somente os trabalhadores, mas usuários, familiares e sociedade em geral.

Por sua vez, a diferença em relação ao modelo de trabalho dos hospitais psiquiátricos ou outras instituições totais foi afirmada pelos trabalhadores de saúde mental de Alegrete, que se envolveram na construção da Rede de Saúde Mental do município e se dispuseram a tecer redes com instituições de outros campos e outras políticas, como é o caso das políticas sociais. As ações desenvolvidas, voltadas para a cidadania, para os sujeitos em sofrimento psíquico, demonstram o modo com que a clínica e a política se articulam.

Quanto aos modos de subjetivação dos sujeitos em crise percebeu-se que as posições de sujeito construídas pelo discurso psicossocial estão caminhando para a produção de subjetividades e novos modos de vida daqueles que sofrem psiquicamente, de modo que possam ser agentes políticos e militantes do movimento de luta antimanicomial. Além disto, ficou evidenciado que a relação de vínculo construída entre trabalhador-usuário vai ao encontro das necessidades de uma sociedade de controle que precisa

produzir formas de conduzir a conduta dentro de parâmetros aceitáveis. Assim, o vínculo é uma forma de estímulo para que os sujeitos em crise realizem o tratamento e se conduzam, conhecendo seus direitos e respeitando os deveres exigidos pela organização social.

Desse modo, o discurso psicossocial em Alegrete está reverberando, em seus vinte e cinco anos de funcionamento, e produzindo novas formas de se relacionar com a loucura e a crise psíquica. Está rompendo com o estigma construído e perpetuado durante séculos pelo discurso psiquiátrico, em que o louco era visto estritamente como alguém que gerava perigos para o bem-estar das pessoas, colocando-o, agora, no mesmo patamar de sociabilidade. Esse discurso também afeta os trabalhadores em saúde mental que são convidados a abandonar o ideal higienizador representado pelo asilo, e concentrar seus esforços na integração social dos sujeitos catalogados como loucos, a partir da escuta e de uma perspectiva de construção conjunta de um laço social que não violente a singularidade.

Os achados vão ao encontro da **tese** defendida de que a atenção à crise psíquica pautada na Atenção Psicossocial, embora busque se afastar de uma lógica manicomial, se apropria do corpo e da vida produzindo o governo de uma população a partir de saberes e estratégias potentes para a produção de subjetividades e outros modos de vida para os indivíduos em crise na contemporaneidade. Não é pretensão desta pesquisa esgotar o debate sobre o tema da atenção à crise psíquica, mas colaborar para seu avanço. Espera-se, com os resultados aqui apresentados, não buscar a verdade, sequer a verossimilhança, mas afetar nossa passividade diante dos discursos ou construções discursivas estabelecidas sobre a crise psíquica, problematizando seus saberes, relações de poder e modos de subjetivação. A intenção não é prescrever ou instituir a forma certa de ser, fazer ou agir em relação à crise psíquica, mas, acima de tudo, buscar implodir e radicalizar a crítica àquilo que já foi significado na psiquiatria, e procurar fazer aparecer o que ainda não está significado.

Por fim, situa-se este estudo não na posição que reflete um otimismo ingênuo ou uma posição romântica, que deseja acreditar que a reforma psiquiátrica já é uma realidade, tampouco de um pessimismo paralisante que,

diante dos problemas, não consegue avançar na construção de possibilidades de mudanças. O ponto de vista adotado aqui foi o de buscar conhecer as fragilidades, os limites e os atravessamentos discursivos, reconhecendo que a Reforma Psiquiátrica não é um ponto de chegada, mas um longo caminho que é necessário percorrer, mesmo que esse caminho seja tortuoso e difícil. Nesse contexto, a experiência de Alegrete mostrou que é possível construir uma sociedade sem manicômios e, neste sentido, concorda-se com Basaglia: o testemunho é fundamental.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Adriano Amaral de. **Da Medicalização da Psiquiatria à Psiquiatria da Vida: Uma Cartografia Biopolítica do Contemporâneo** 2002. 123f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense (Psicologia), Rio de Janeiro.

ALMEIDA, Alexsandro Barreto. **Atenção pré-hospitalar ao sujeito em crise psíquica**. 2011. 101f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina (Enfermagem), Florianópolis.

ALMEIDA, Francis de Moraes. **Heranças Perigosas** - Arqueogenealogia da periculosidade na Legislação Penal Brasileira. 2005. 201f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Sociologia), Porto Alegre.

ALMEIDA, Alexsandro Barreto; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; RODRIGUES, Jeferson; SCHWEITZER, Gabriela. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Rev Bras Enferm**. V.67, n.5, set-out, 2014, p.708-14.

ALVARO, Gilberto. **A Arqueologia como Metodologia de Análise do Discurso**. 2006. 101f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Letras – Linguagem e Sociedade), Cascavel.

ALVIM, Davis Moreira. **Foucault e Deleuze: deserções, micropolíticas, resistências**. 2011. 158f. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Filosofia), São Paulo.

AMADIGI Felipa Rafaela; GONÇALVES Evelise Ribeiro; FERTONANI Hosanna Patrig; BERTONCINI Judite Hennemann; SANTOS Silvia Maria Azevedo dos. A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. **REME - Rev. Min. Enferm**, v.13, n.1, jan./mar., 2009 p.139-146.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Amarante, Paulo (org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 491-494, jul/set, 1995.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES et. al. (org.) **Fim de Século: ainda manicômios?**. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003a.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde mental e atenção psicossocial**. São Paulo: Fiocruz, 2007. 117p.

AMARANTE PDC, SOUZA WS, MOREIRA MCN, ANDRADE EA, LYRA JP, PEREIRA RC. **Saúde Mental, Políticas e Instituições**: programa de educação à distância. A constituição do paradigma psiquiátrico e as reformas. Rio de Janeiro (RJ): FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

AMARANTE P, TORRES EHG. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. **Saúde Debate**, v.25, n.26, p.26-34, 2001.

ANGELI, Daniela. **Uma análise arqueológica do discurso do Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil**. 2006. 166f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina (Psicologia), Florianópolis.

AREJANO, Ceres Braga. **Reforma Psiquiátrica**: uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental. 2002. 171f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BARROS, Fernanda Otoni de. **Gênese do Conceito de Periculosidade**. 2009. 285f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais (Sociologia e Política), Belo Horizonte.

BASAGLIA, Franca Ongaro. **Mario Tommasini**: vida e efeitos de um democrata radical. São Paulo: HUCITEC, 1992, 105p.

BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa**: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferencias no Brasil. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 1.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985 (2 ed.1991, 3 ed. 2001).

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASTOS, Cléa Natalina Rocha. **Família, Subjetivação e Loucura em Michel Foucault**. 2006. 130f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador (Família na Sociedade Contemporânea), Salvador.

BATISTA, Giceli Carvalho. **A Gestão da Rede de Atenção Psicossocial e o Processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica no Município de Aracaju**: Práticas Instituídas e Ensaio Instituintes. 2010. 138f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Universidade Federal do Sergipe (Psicologia Social), Sergipe.

BAUMAN, Zigmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: ed. Zahar, 2001.

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado; KANTORSKI, Luciane Prado; BORGES, Luana Ribeiro; CHIAVAGATTI, Fabieli Gopinger; WILLRICH, Janaina Quinzen; SOUZA, Afra Suelene de, HECK, Rita Maria. A inserção da família nos

centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n.1, p. 131-9, Jan-Mar, 2009.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 41-71.

BIRMAN, Joel. Descartes, Freud e a Experiência da Loucura. **Nat. hum.** vol.12, n.2, pp. 5-21, 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302010000200001&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 27 fev. 2014.

BLIKSTEIN, Izidoro. **Kaspar Hauser ou a Fabricação da Realidade**. São Paulo: Cultrix, 1995.

BOMTEMPO, Juliana Soares. **Loucura e cultura: cartografias da extensão de uma clínica poética**. 2008. 139f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia (Psicologia), Uberlândia.

BONFADA, Diego. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Assistência às Urgências Psiquiátricas**. 2010. 147f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Enfermagem), Natal.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216** de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visualizar-texto.cfm?idtxt=12038>. Acesso em: 03/10/2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 3088** de 23 de Dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html> Acesso em: 10/08/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466** de 12 de dezembro de 2012 – Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 27 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 224** de 29 de janeiro de 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: A clínica ampliada**. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Laços - saúde mental em rede**. Caderno eletrônico da reforma psiquiátrica. Brasília (DF): MS; 2004.

BRÊDA, Mércia Zeviani. **A assistência em saúde mental: os sentidos de uma prática em construção**. 2006. 157f. Tese de doutorado – Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CAMPOS, CJG; TEIXEIRA, MB, O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n. 2, p. 141-9, jun. 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6 ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.sup.2, p. 2029-40, 2008.

CASTANHEIRA, Marcela Alves de Araújo França. **Processos de sujeição e dessujeição**: a constituição do sujeito em Michel Foucault 2012. 96 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Filosofia (Fafil), Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Goiânia.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade do ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault** – um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte : Autêntica Editora, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) [homepage na Internet]. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução COFEN 311/2007**. [acesso em 2009 Jun 13]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>

CORBANEZI, Elton Rogerio. **Sobre a razão do Mesmo que enuncia a não-razão do Outro**: Às voltas com a História da Loucura e O Alienista. 2009. 239f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas (Sociologia), Campinas.

COSTA, Monica Silva da. **Reforma Psiquiátrica, Transformações e Limites nos Modos de Lidar com as Situações de Crise**: análise a partir das experiências de dois Serviços de Atenção Psicossocial do Rio de Janeiro. 2006. 178f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz (Saúde Pública), Rio de Janeiro.

COSTA, Mônica Silva. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. **Archivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.59, n.1, p. 94-108, 2007.

COSTA-ROSA, Abílio da. O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.), Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p. 12-25, maio/ago. 2003.

DADALTO, Carolina Fonseca. **Cuidado de si e a produção de artesãos de vidas: narrativas no campo da saúde mental**. 2011. 90f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo (Psicologia Institucional), Espírito Santo.

DALMOLIN BM. **Esperança equilibrada**: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 243p.

DELGADO, Jaques, M.F. (org). **A Loucura na Sala de Jantar**. São Paulo: Resenha, 1991.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **As razões de tutela**: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992, 284p.

DELGADO Pedro Gabriel Godinho. Papel estratégico das unidades psiquiátricas em hospital geral na reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos IPUB**, v.6, p.9-19, 1997.

DELL'ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise. In: DELGADO, Jaques (Org.) **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: editora Resenha, 1991.
DELEUZE, Gilles. **Foucault**. 2ª ed., São Paulo: Brasiliense, 2005.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Trad. De Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 167 p. (Coleção Loucura & Civilização).

DIAS, Carmen Gomes de Sá Giralddi. **Da Patologização da Loucura à Domesticação do Sujeito**: Uma Leitura do Esquadrinhamento da Subjetividade Moderna na Perspectiva de Foucault. 2003. 178f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Brasília (Psicologia), Brasília.

DINIZ, Talita Rampazzo. **A Movimentação dos Enunciados em Torno do Acontecimento Discursivo**. 2009. 161f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco (Comunicação).

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma Trajetória Filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

DUSSEL, Enrique. **1492: O encobrimento do Outro (a origem do “mito da modernidade”)**. Petrópolis: Vozes, 1993.

DUTRA, Maria Cristina Bechelany. As relações entre psicose e periculosidade: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato. **Rev. Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v.III, n.4, p. 48-58, 2001.

ERIBON, Didier. **Michel Foucault e seus contemporâneos**. Trad. Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

FERNANDES, Cleudemar Alves. Discurso e produção de subjetividade em Michel Foucault, (UFU-CNPq), Uberlândia - MG, ano 2, artigo n.1, 2011 LEDIF - Laboratório de Estudos Discursivos Foucaultianos.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a Análise do Discurso em Educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, novembro, 2001.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault revoluciona a pesquisa em educação?. **Perspectiva** (Florianópolis), Florianópolis (SC), v. 21, n.2, p. 371-389, 2003.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Sobre Discursos e a análise enunciativa. **In:** FISCHER, Rosa Maria Bueno. *Trabalhar com Foucault: arqueologia de uma paixão*. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

FISCHER Rosa Maria Bueno. Foucault. **In:** OLIVEIRA, L. A. *Estudos do discurso: perspectivas teóricas*. São Paulo: Parábola Editorial, 2013.

FONTENELLE, Aléssia Silva. **Sujeitos em crise:** estratégias de intervenção de profissionais em centro de Atenção Psicossocial – CAPS II. /2010. 120f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo (Psicologia), Espírito Santo.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. 2º ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

FOUCAULT, Michel. O Sujeito e o Poder. **In:** DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. *Michel Foucault, uma Trajetória Filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 2:** o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1:** A vontade de Saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **A Verdade e as Formas Jurídicas**. 3º ed. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos. Ética, estratégia, poder-saber**. MOTTA, Manoel Barros da (Org.). Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. v. 4.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos. Ética, sexualidade, política** (vol. V). Rio de Janeiro: Forense universitária, 2004.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. Curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. O que é um autor?. **In:** Ditos e escritos III – Estética, Literatura e Pintura, Música e Cinema. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a, pp.264-298.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 3:** O cuidado de si. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2007.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as Coisas.** São Paulo: Martins Fontes, 2007a.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura.** 5º ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2010.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso.** 22º ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2012a.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir:** o nascimento da prisão. 25º ed. Petrópolis, Ed. Vozes, 2012b.

FOUCAULT, Michel. Verdade e subjetividade. **Revista de Comunicação e linguagem.** n. 19. Lisboa: Edições Cosmos, 1993. p. 203-223.

FOUCAULT, Michel. Então é importante pensar? "Est-il donc important de penser?" Entrevista com Didier Eribon. **Libération**, nº 15, 30-31 maio de 1981, p. 21. Traduzido a partir de FOUCAULT, M. Dits et écrits. Paris: Gallimard, 1994. v. IV, p. 178-182, por Wanderson Flor do Nascimento.

FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade.** São Paulo: Martins Fontes, 1999a.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, Território, População.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica.** São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FRAYSE-PEREIRA, João. **O que é Loucura.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1982.

FRIDMAN, Luís Carlos. **Vertigens pós-modernas:** configurações institucionais contemporâneas. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 2000.

GAMA, Jairo Roberto de Almeida. **Um Estudo Histórico e Conceitual sobre a Clínica da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** 2008. 237f. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Saúde Coletiva), Rio de Janeiro.

GATTI, B. A. Pesquisa, educação e pós-modernidade: confrontos e dilemas. **Cadernos de Pesquisa**, v.35, n.126, set./dez. 2005, p.595-608.

GERGEN, Kenneth. **Realities and relationships**. Soundings in social construction. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

GIDDENS, Anthony. **As Consequências da Modernidade**. 2.ed. São Paulo: UNESP, 1991.

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e Identidade**. 1.ed. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 2002.

GOLDMAN, Marcio. Uma categoria do Pensamento Antropológico: A Noção de Pessoa. *Revista de Antropologia*, v.39, n.1, pp83- 109,1996

GONDIM, Denise Saleme Maciel. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrico no município de Campos**: inovação ou reprodução do modelo assistencial 2001. 190f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

GONDIM, Maria de Fátima de Novais. **Os Sentidos dos Vínculos na Crise Psíquica Grave**. 2007. 322f. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília (Psicologia Clínica e Cultura), Brasília.

GRABOIS, Pedro Fornaciari. Resistência e revolução no pensamento de Michel Foucault: contracondutas, sublevações e lutas. **Cadernos de Ética e Filosofia Política**, v.19, n.2, 2011, p.07-27.

GRANDESSO, M. **Sobre a reconstrução do significado**: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. 422 p.

HALL, Stuart. **A Identidade Cultural na Pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2005.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 02 mai. 2014.

JAMESON, Frederic. **Pós-Modernismo**: A Lógica Cultural do Capitalismo Tardio. 2. ed. São Paulo: ed. Ática, 1997.

JARDIM, Katita; DIMENSTEIN, Magda. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007.

JARDIM, Katita Figueiredo de Souza Barreto. **O Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência (SAMU) no contexto da reforma psiquiátrica**: em análise a experiência de Aracaju/SE. 2008. 165f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Psicologia), Natal.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n.2, p. 11-22, mar/abr, 1998.

KANTORSKI, Luciane Prado. **CAPSUL – Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil**: relatório. Pelotas, 2007. 437p.

KAPLAN, Harold I. SADOCK, Benjamin J. **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

KINOSHITA Roberto Tykanori. O cuidado da crise nos Centros de Atenção Psicossocial. Aula aberta do Curso de Especialização em Atenção Psicossocial no Âmbito do SUS. Pelotas: [s.n]; 2008.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001, p.55-59.

KHALIL, Marisa Martins Gama. Teorias e Alegorias da Interpretação: no theatrum de Michel Foucault. In: SARGENTINI, Vanice; NAVARRO-BARBOSA, Pedro (Org.). Foucault e os Domínios da linguagem: discursos, poder, subjetividade. São Carlos: Claraluz, 2004.

LOMBROSO, Cesar. **O Homem Delinquente**. Porto Alegre: Lenz, 2001.

LYOTARD, Jean-François. **A condição pós-moderna**. 6. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2000.

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

MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder In: FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 2012a.

MARAZINA, Isabel Victoria. **A saúde mental pública na América Latina. Estudo comparativo dos sistemas de saúde mental de Argentina e Brasil**. 2012. 267f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo (Saúde Pública), São Paulo.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. As contradições das medidas de segurança no contexto do Direito Penal e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Revista de Direito UPIS**, Brasília, p. 97-111, janeiro, 2003.

MARSAGLIA, Regina Giffoni. Os cidadãos e os loucos no Brasil. A cidadania como processo. In: MARSAGLIA, Regina Giffoni et. al. Saúde mental e cidadania: Plenário de Trabalhadores de Saúde Mental do Estado de São Paulo. 2º Ed. São Paulo: Mandacaru, 1987.

MARTINS, Aline Gomes. **A Noção de Crise no Campo da Saúde Mental**: saberes e práticas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). 2012. 89f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais (Psicologia), Belo Horizonte.

MARTINS, Anderson Luiz Barbosa. **Biopsiquiatria e Bioidentidade: política da subjetividade contemporânea**. 2005. 129f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz (Saúde Pública), Rio de Janeiro.

MARUCCI, Fábila Dos Santos. **As Construções Discursivas dos Sentidos da Loucura na Mídia Impressa Depois da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2003. 100f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense (Letras), Rio de Janeiro.

MAURÍCIO, Jaques. Apresentação. In: DELGADO, Jaques (Org.) **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: editora Resenha, 1991.

MIELKE FB, KOHLRAUSCH E, OLSCHOWSKY A, SCHNEIDER JF. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. V.12, n.4, out/dez, p.761-5, 2010.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11.ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HICITEC-ABRASCO, 2010.

MIRANDA, Fabiana Ferreira Santos. **Sob a máscara da (in)sensatez: loucura e poder em crônicas e contos machadianos**. 2009. 110f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia (Letras), Uberlândia.

MIRON VL. **Loucos, nervosos e esquisitos: memórias da loucura em Ijuí (RS), 1890-1990**. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 1998.

MOTTIN, Lucia Maria. **Elaboração do plano municipal de saúde: desafio para os municípios: um estudo no Rio Grande do Sul**. 1999. 159f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

NABI, Maria Rita Simões. **Perfil Epidemiológico do Usuário do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência por Transtornos Psiquiátricos na Cidade de Bauru**. 2012. 81f. Trabalho (Profissionalizante) – Universidade Est. Paulista Júlio de Mesquita Filho/Botucatu (Enfermagem), Botucatu.

NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. **Physis**, v.17, n.2, Rio de Janeiro, 2007.

NICARETTA, Marcelo Moraes. **A Emergência de uma nova Psicoterapia na Era de Ouro Estadunidense: Uma História Inspirada nas Arqueologias de Michel Foucault**. 2010. 388f. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília (Psicologia Clínica e Cultura), Brasília.

NOGUEIRA, Conceição. Construcionismo social, discurso e gênero, **Psicologia**, v. XV, n.1, p. 43-65, 2001.

OJEDA, Beatriz Sebben. **A Tecedura das Relações Saber-Poder em Saúde: Matizes de Saberes e Verdades**. 2004. 128f. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Psicologia), Porto Alegre.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2002.

OLIVEIRA, Luiz Carlos de; RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. O Campo da saúde mental: algumas reflexões sobre interdisciplinaridade e trabalho integrado. **Salusvita**, Bauru, v. 19, n. 2, p. 89-100, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Caracas, 14-17 de novembro de 1990.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo: Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. 2001.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil**: as contradições dos anos 1970. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em: 19/02/2005.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY-FILHO, Antônio; LIMA-Jr. Alberto Soares. A estratégia da periculosidade: psiquiatria e justiça penal em um hospital de custódia e tratamento. **Psychiatry On-line Brazil** – Current issues, v.3, n.8, 1998.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. 2º ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

PETERS, Michael. **Pós-estruturalismo e Filosofia da Diferença**: uma introdução. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

PITTA, Ana M, F. Cuidando de Psicóticos. In Pitta, Ana M, F. (org.) Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996.

PICHÓN-RIVIÉRE, Henrique. **Teoria do Vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

PONTAROLLI, Bernadette Simas Nascimento. **Por estas mal(bem) traçadas linhas**: leitura da carta do encarcerado AJS sob a perspectiva foucaultiana de análise de discurso. 2004. 180f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina (Linguística), Florianópolis.

PORTOLESE, Darci Antônio, FIGUEIREDO, Gabriel Roberto; MASCARENHAS, Pedro. Apresentação. In: BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa**: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferencias no Brasil. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

PRANDONI, Raul Fernando Sotelo. **Loucura e complexidade na clínica do cotidiano**. 2005. 290f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RAGO, Margareth. Rir das Origens. In: SILVEIRA, Rosa Maria Hessel. Cultura, Poder e Educação: um debate sobre estudos culturais em educação. Canoas, ed. ULBRA, 2005, 244p.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde mental no Brasil**. São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

RIBEIRO, Cristine Jaques. Problematizando o instrumento visita domiciliar. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.16, n.1p. 209-221, jan.-jun./2010.

RIO GRANDE DO SUL. Lei da Reforma Psiquiátrica. Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992.

RIO GRANDE DO SUL. Guia de serviços de saúde mental, Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul: 2002.

RODRIGUES, Mavi. **Michel Foucault sem Espelhos**: um pensador proto pós-moderno. 2006. 252f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ROTELLI, Franco. Desinstitucionalização. In: NICÁCIO, M. F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990, p.17-59.

ROTELLI, Franco et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001 a, 2ªed.

ROUANET, Paulo Sérgio. A Verdade e a Ilusão do Pós-Moderno. **Revista do Brasil**, v.2, nº 5, p. 28-53, 1986.

SAMPAIO, J.J. Saúde Mental. In Rouquayol, M. Zélia. Epidemiologia & Saúde. 4 ed, Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SANTOS, Jair Ferreira dos. **O que é pós-moderno**. 24º impressão da 1º ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.

SANTOS, YF. **O ambulatório de Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica em Natal/RN**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

SARACENO, Benedetto, et. al. **Manual de Saúde Mental**. São Paulo: Hucitec, 1997.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Cora, 2001.

SARGENTINI, Vanice; NAVARRO-BARBOSA, Pedro (Org.). **Foucault e os Domínios da linguagem**: discursos, poder, subjetividade. São Carlos: Claraluz, 2004.

SEVERO, Cristine Gorski. **Um olhar foucaultiano sobre a loucura e a família: análise de práticas discursivas que constituem o discurso anti-manicomial**.

2003. 99f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina (Linguística), Florianópolis.

SEVERO Ana Kalliny. **Cronificação nos serviços substitutivos na rede de saúde mental de Natal/RN**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

SEVERO, Ana Kalliny; DIMENSTEIN, Magda. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.

SILVA, Ana Tereza; BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida ferreira de. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 36, n.1, p. 4-9, 2002.

SILVA, Flaviana Mara da. **Assistência aos Paciente em Crise em um Centro de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte**. 2009. 288f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz (Saúde Pública), Rio de Janeiro.

SILVA, Márcio Sales Da. **Foucault e a Experiência Trágica da Loucura**. Dissertação de Mestrado. 2002a. Programa de Pós-Graduação em Filosofia | Instituto de Filosofia e Ciências Humanas | Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de Identidade**: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

SILVA, Vitor Lima da. **Um estudo arqueológico da IVª Conferência Nacional de Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 2012. 135f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina (Psicologia), Florianópolis.

STROILI, Maria Helena Melhado. **Saúde Mental no Brasil**: Uma Análise da Estruturação e do Desenvolvimento do Campo. 2002. 303f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas (Ciências Médicas), Campinas.

SOUZA, Eloisio Moulin de. Pós-modernidade nos estudos organizacionais: equívocos, antagonismos e dilemas. **Cad. EBAPE.BR**, v. 10, n. 2, p.270-283, Jun. 2012.

SOUZA, E. M; MACHADO, L. D; BIANCO, M. F. O homem e o pós-estruturalismo Foucaultiano: implicações nos estudos organizacionais. **Revista Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 15, n. 47, p. 71-86, out-dez, 2008.

SOUZA, Ernei de. Reforma Psiquiátrica: um grande desafio. **Psicologia em Estudo** DPI/CCH/UEM, v.5, n.1, p. 45-63, 2000.

Souza RC, Scatena MCM. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, vv.13, n.2, março-abril; p.173-9, 2005.

TEMPLE, Giovana Carmo. **Poder e resistência em Michel Foucault: uma Genealogia do Acontecimento**. 2011. 165f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Carlos (Filosofia), São Carlos.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002.

TILIO, Rafael de. “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. **Paidéia**, Ribeirão Preto, vol. 17, n. 37, mai.-ago. 2007.

TOLEDO, Luiz Celso Castro de. **A loucura na ordem do discurso de familiares de pacientes de um Hospital-Dia**. 2003. 148f. Dissertação (Mestrado) –Universidade de São Paulo (Psicologia Social), São Paulo.

TONI, Gilmar José de. **Leituras Deleuzianas das Relações Foucaultianas de poder**. 2010. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas (Instituto de Filosofia e Ciências Humanas), Campinas.

THORNICROFT G, TANSELLA M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. **World Psychiatry**, v.1, n.2, p.84-90, 2002.

THORNICROFT G, TANSELLA M, Law A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. **World Psychiatry**, v.7, n.2, p.87-92, 2008.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **A Reforma Psiquiátrica como Empresa Social: um estudo sobre a reorientação do Modelo Assistencial nas Políticas Públicas de Saúde Mental**. 2004. 199f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz (Saúde Pública), Rio de Janeiro.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental**. Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013.

VEIGA-NETO, Alfredo da; FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault, um diálogo. **Educação e Realidade**. 2004, vol.29, n.1, p. 7-25.

VEIGA-NETO, Alfredo da. Teoria e método em Michel Foucault (im)possibilidades. **Cadernos de Educação | FaE/PPGE/UFPel**, vol.34, p. 83-94, setembro/dezembro 2009.

WILLRICH, Janaína Quinzen; KANTORSKI, Luciane Prado. **CAPS Castelo: um pouco da história da loucura em Pelotas**. EDUFPeL, 2008.

WILLRICH, Janaína Quinzen. **Os sentidos atribuídos a atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial**. 2009. 190f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

WILLRICH, Janaína Quinzen et al. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis [online]**. 2011, vol.2, n.1, pp. 47-64. ISSN 0103-7331.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. A estratégia Atenção Psicossocial: desafios na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate Saúde mental*, v.32, n. 78-79-80, jan-dez, 2008, p.27-37.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Cartografia e Genealogia: Aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, 2011, vol.23, n.3, pp. 454-463.

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. S^a. 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 **“A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial: um acontecimento de saber, poder e cuidado de si”**

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, capítulo 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.

Enf^a Dda. Janaína Quinzen Willrich
Pesquisadora

Contato: E-mail: janainagwill@yahoo.com.br (53)99558706

Ciente. De acordo _____ Data ____/____/____



Apêndice B



Carta de autorização à Secretaria Municipal de Saúde de Alegrete

Ilma Sra. _____
M.D. Secretária Municipal de Saúde

Pelotas, ____ de _____ de 2014.

Prezada Senhora

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio desta solicitar a V. S^a. a autorização para desenvolver meu projeto de Tese de Doutorado, junto ao Centro de Atenção Psicossocial CAPS II do município.

O Projeto de Tese Intitulado: intitulada “**A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial: um acontecimento de saber, poder e cuidado de si**” faz parte do requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências, área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Tal investigação tem como objetivo geral: Analisar criticamente os enunciados sobre crise psíquica no discurso da atenção psicossocial, suas condições de emergência e o modo como as relações de poder, saber e cuidado de si estão engendrados.

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, capítulo 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.

Enf^a Dda. Janaína Quinzen Willrich
Pesquisadora

Enf^a Dra Luciane Prado Kantorski
Orientadora

Contato: E-mail: janainagwill@yahoo.com.br (53)99558706
E-mail: kantorski@uol.com.br (53)99832430

Ciente. De acordo _____ Data ____ / ____ / ____



Apêndice C



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: **A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial: um acontecimento sobre saber, poder e cuidado de si**

Orientadora: Luciane Prado Kantorski

E-mail: kantorski@uol.com.br

Co-orientadora: Ana Paula Müller Andrade

E-mail: psicopaulla@yahoo.com.br

Orientanda: Janaína Quinzen Willrich

E-mail: janainaqwill@yahoo.com.br

Tel: (53) 8428-8068

Eu, Janaína Quinzen Willrich, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, estou desenvolvendo a pesquisa que tem como objetivo geral: Analisar criticamente os enunciados sobre crise psíquica no discurso da atenção psicossocial, suas condições de emergência e o modo como as relações de poder, saber e cuidado de si estão engendrados.

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 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.

Benefícios: A pesquisa prevê como benefícios a possibilidade de discussão e ampliação do conhecimento dos sujeitos acerca da crise psíquica.

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. 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

Janaína Quinzen Willrich
Pesquisadora

ANEXO



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-Fabrizi

Alunna: Janaina Quinzen Willrich

Tutora: Prof.sa Dott.sa Luciane Prado Kantorski (UFPEL)

Tutora aggiunta: Dott.sa Ana Paula Muller de Andrade (UFPEL)

Tutora All'estero: Prof.sa Dott.sa Elisabeta Pascolo

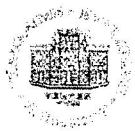
PARERE ACCADEMICO

L'allieva, sotto la mia supervisione, durante lo stage di quattro mesi, ha svolto un percorso esperienziale e di riflessione inerente il suo tema di ricerca, in coerenza con quanto stabilito nel piano di studio presentato al CAPES e concordato con l'Università degli Studi di Trieste.

Ha partecipato in qualità di osservatore delle attività sviluppate nel Centro di Salute Mentale Via Gambini quali: colloqui, visite domiciliari, attività di gruppo, distribuzione di terapie farmacologiche e cure infermieristiche, riunioni d'équipe e riunioni distrettuali, discussioni di casi, in particolare di nuovi casi (persone in crisi). Tali attività sono svolte dall'équipe multi professionale che è costituita da psichiatri, infermieri, psicologi, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica.

Ha partecipato anche ad attività svolte in altri luoghi di lavoro in modo da poter conoscere il funzionamento della rete di salute generale e salute mentale di Trieste, come ad esempio: corso di formazione per gli utenti (sviluppato in quattro CSM Trieste), visita al Distretto 2 e alla Microarea Zindis (per conoscere il funzionamento della rete salute generale), visita alle cooperative, partecipazione alle attività del Centro Diurno di Aurisina e del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura/SPDC, partecipazione alle riunioni dell'articolo 32 (associazione che sviluppa il protagonismo degli utenti), agli incontri del Progetto "Qualcosa è cambiato" (che si occupa della prevenzione e cura della salute mentale dei soggetti giovani), agli incontri (Agoras) del Dipartimento di Salute Mentale svolta nei diversi servizi (tali incontri avevano il fine di discutere la situazione attuale della rete e progettare linee organizzative e progettuali).

Sulla base degli obiettivi proposti, che prevedevano tra altro, di seguire un gruppo di ricerca, ha partecipato alle riunioni settimanali dell'Associazione CoPerSaMM (Conferenza Permanente per la Salute Mentale nel Mondo - Franco Basaglia).



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-Fabrizi*

Ha partecipato anche alle riunioni di orientamento da me coordinate per gli specializzandi in psichiatria, agli incontri di orientamento e discussione delle attività da sviluppare, ha frequentato una lezione tenuta da me al corso di laurea per infermieri, ha frequentato una lezione sulla emergenza in salute mentale nell'ambito del Master in emergenza, a cura di Giuseppe Dell'Acqua e Roberto Mezzina.

Ha inoltre partecipato a eventi come:

- Workshop "Mental Health and Rights and International Cooperation Perspective" tenutosi a Trieste 18-20 Novembre 2014;
- International Meeting/Incontro Internazionale. "Franco Basaglia's vision: mental health and complexity of real life. Practice and research" (La Visione di Franco Basaglia: salute mentale e complessità della vita reale. Pratica e ricerca). Incontro organizzato da DSM di Trieste (OMS Collaboratore Center) in collaborazione con: WHO Geneva and Copenhagen; Trimbos Instituut, the Netherlands; International Mental Health Collaborating Network (IMHCN); COPERSAMM/ConBasaglia; Fondazione Fiocruz e ABRASME, tenutosi a Trieste 09-12 Dicembre 2014.

Ha fatto visita tecnica e scientifica della Scuola Infermieri di Porto e visita la città di Gorizia per conoscere la rete di salute mentale locale.

Ha tenuto una lezione al CSM Via Gambini, in cui ha parlato della riforma psichiatrica in Brasile e presentato i dati di ricerca quantitativa e qualitativa Capsul I e II nella riunione dell'Associazione CoPerSaMM (Conferenza Permanente per la Salute Mentale nel Mondo - Franco Basaglia).

Per quanto sopra esposto, ritengo che lo stage della dott.ssa Janaina Quinzen Willrich sia stato un'esperienza importante e soddisfacente in relazione al suo percorso studio. Ritengo altresì opportuno segnalare l'ottima preparazione, iniziativa e la grande attitudine dimostrato nel campo dello studio e della ricerca.

Prof.ssa Elisabetta Pascolo-Fabrizi

Trieste, 23 febbraio 2015

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial: um acontecimento de saber, poder e cuidado de si.

Pesquisador: Janaina Quinzen Willrich

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32292014.7.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 774.329

Data da Relatoria: 15/09/2014

Apresentação do Projeto:

Este projeto de Tese tem como objetivo geral “Analisar criticamente os enunciados sobre crise psíquica no discurso da atenção psicossocial, suas condições de emergência e o modo como as relações de poder, saber e cuidado de si estão engendrados”. Nesse sentido, e com o apoio teórico de Michel Foucault, que escrevo este trabalho, me aventuro no desafio de perscrutar o ínfimo detalhe sobre a crise psíquica no discurso da Atenção Psicossocial, na intenção de demorar-me sobre o visível e o enunciável acerca da loucura produzidos a partir do movimento de Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica que questionaram o enunciado da desrazão e o asilo/manicômio como forma de ver e fazer ver a loucura. O projeto aborda no Capítulo I a temática da crise psíquica no discurso da atenção psicossocial e procura transformar este tema em objeto de estudo. Paratanto, trago os aportes teóricos ou condições de possibilidade de fabricação do objeto/acontecimento, que são as ferramentas conceituais da arqueologia e genealogia de Michel Foucault; especialmente os conceitos de discurso, saber, poder e cuidado de si. De maneira a problematizar o tema deste trabalho, que refere-se as complexas relações entre discurso, saber, relações de poder e modos de subjetivação, procuro aproximar os conceitos de Foucault de conceitos operacionalizados na reforma psiquiátrica brasileira e italiana de maneira a dar sustentação aos pressupostos da pesquisa. No Capítulo II é apresentado os objetivos da pesquisa.

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

Continuação do Parecer: 774.329

O Capítulo III enuncia as perspectivas teóricas e a discussão está estabelecida a partir de três eixos: Pós-estruturalismo e a questão da linguagem e do sujeito, Michel Foucault e os conceitos de discurso, saber, poder e cuidado de

si; e, por fim, Loucura e crise no discurso da Psiquiatria e no discurso da Atenção Psicossocial. Para discutir o tema da crise psíquica e atenção psicossocial utilizarei como principais autores: Michel Foucault, Basaglia, Rotelli, Saraceno, Kantorski. No Capítulo IV, denominado “Perspectivas Investigativas” trago as técnicas escolhidas para a produção dos dados da pesquisa. O caminho escolhido para a aproximação com a realidade e

para a produção dos dados foi a realização de entrevistas e a observação participante. Para análise dos dados será utilizado as ferramentas teóricas-investigativas propostos por Foucault. Os conceitos de saber, poder e cuidado de si serão utilizados como ferramenta teórica que ajudarão na conversão do olhar para o objeto de estudo e como ferramenta investigativa será realizada uma análise de Discurso de inspiração Foucaultiana.

Para tanto discute-se a noção de enunciado trabalhado por Foucault, especialmente no livro Arqueologia do Saber e no texto A Ordem do Discurso. Para finalizar este projeto trago o cronograma da pesquisa e a planilha orçamentária. A intenção deste trabalho não é prescrever ou instituir a forma certa de ser, fazer ou agir em relação à crise psíquica, mas, acima de tudo, buscar implodir e radicalizar a crítica àquilo que já foi significado na psiquiatria, e procurar fazer aparecer o que não está ainda significado

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Analisar criticamente os enunciados sobre crise psíquica no discurso da atenção psicossocial, suas condições de emergência e o modo como as relações de poder, saber e cuidado de si estão engendrados.

Objetivos Secundários:

- Analisar a irrupção de saberes e as relações de poder que atravessam os enunciados sobre crise psíquica no discurso da atenção psicossocial;

- Analisar o modo de funcionamento do discurso da atenção psicossocial nas práticas de atenção à crise psíquica no que concerne aos efeitos produzidos nos indivíduos, isto é, na produção de outra estética da existência e práticas de cuidado de si.

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

Continuação do Parecer: 774.329

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Na pesquisa não será incluído nenhum tipo de procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento. Também não apresenta riscos

físicos aos sujeitos, mas pode ocasionar desconforto durante a coleta de dados, devido às abordagens durante a entrevista, ou a presença da pesquisadora durante a observação participante. Neste caso, a coleta será interrompida e o participante será indagado quanto à continuação do processo de investigação, dando prosseguimento em outro momento ou sendo cancelado.

Benefícios:

A pesquisa prevê como benefícios a possibilidade de discussão e ampliação do conhecimento dos sujeitos acerca da crise psíquica. E, devido ao fato dos sujeitos fazerem parte de vários seguimentos, a pesquisa prevê uma aproximação entre o conhecimento científico e o conhecimento da experiência vivida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância a área da saúde mental. A autora aborda a temática da crise psíquica no discurso da atenção psicossocial, se utiliza das ferramentas conceituais da arqueologia e genealogia de Michel Foucault, especialmente os conceitos de discurso, saber, poder e cuidado de si. Está em consonância com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos da Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto - adequada

Cronograma - adequado

Orçamento- adequado

TCLE - adequado

Carta de Anuência - adequada

Referências - adequadas

Recomendações:

Ao término do estudo, os resultados deverão ser apresentados nos serviços de saúde.

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



Continuação do Parecer: 774.329

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 01 de Setembro de 2014

Assinado por:
Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br