

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL
PROGRAMA INTEGRADO UFPB-UFRN

O DISPOSITIVO ALTA NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL/CAPS:
LOUCURA, VIDA COTIDIANA E ORGANIZAÇÃO SOCIAL



Frederico Leão Pinheiro

Natal
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Frederico Leão Pinheiro

**O DISPOSITIVO ALTA NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL/CAPS:
LOUCURA, VIDA COTIDIANA E ORGANIZAÇÃO SOCIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UFRN/UFPB, sob a orientação da Profa. Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Social.

Natal
2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

P654d Pinheiro, Frederico Leão
O dispositivo “alta” nos Centros de Atenção
Psicossocial/CAPS : loucura, vida cotidiana e
organização social / Frederico Leão Pinheiro. Rio
Grande do Norte, RN, 2009.
203 f.

Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Núcleo de
Pós-Graduação em Psicologia – Programa Integrado
UFPB-UFRN. Centro de Ciência Humanas Letras e
Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Rio Grande do Norte, RN, 2009.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Magda Diniz Bezerra
Dimenstein.

1. Psicologia social. 2. Psiquiatria. 3. Loucura –
Políticas públicas. 4. Assistência psiquiátrica – Saúde
pública. 5. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) –
Rede de atenção Psicossocial. I. Título.

CDU 159.9:316.6:616.89

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social

A tese intitulada “O dispositivo alta nos Centros de Atenção Psicossocial/CAPS: loucura, vida cotidiana e organização social”, elaborada por Frederico Leão Pinheiro, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Psicologia Social.

Natal, 25 de Junho de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Magda Diniz Dimenstein
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Orientadora)

Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Silvio Yasui
Universidade Estadual de São Paulo/UNESP - Assis

Dra. Liége Uchoa
Secretaria Estadual de Saúde/RN. Coordenadora Estadual de Saúde Mental

Prof. Dr. Maurício Macedo
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Ògún ié!!! Òké aro!!!

Capa: Marcelo Grassmann
Centauros e Pássaros, 1955
xilografia s/ papel
57 x 80,6 cm

Agradecimentos

À CAPES, à UFRN e a Magda.

Agradeço a Ariadne pelo incentivo e ajuda em tantos momentos.

Agradeço a Simone e à gestão da Rede de Atenção Psicossocial REAP-Aracaju, pela maravilhosa recepção e por toda a abertura do campo de pesquisa; também aos trabalhadores e usuários do CAPS Liberdade. Muito obrigado mesmo.

Agradeço a minha mãe que possibilitou esse trabalho em todos os sentidos, e do mesmo modo a meu pai, sempre aqui. A meus irmãos, nane e mago. A tia Marli, Deninho, Cidinho, Marlise e Denise. A minha vó Janice, meu tio Carivaldo e minha tia Tizah que se foram durante esse processo.

Agradeço a Manoel Ologunise, por toda a força necessária e carinho, também a Pretinha. Agradeço a todos os professores que participaram e me deram força em inúmeras ocasiões: Teresa, Liliana, Maurício, Marcelo, Cecília, Heliana, Eduardo.

A meu pai Toripé e meus irmãos do Òsògúnladé.

A Marcela pela força, acompanhamento e sugestões importantes.

Aos meus grandes companheiros e amigos do CONEP: Domenico (Domec), Marcelinho, Marcelo (loiro), Anna T, Flávia, Fê, Paulinha, Célia, Júnior, Fábio, Marcelo, Sal (simar), Ricardo, Tiago, Grace, Fernando, Maíra...

Agradeço aos meus grandes amigos-irmãos Bruno, que me salvou, Danilo, Tadeu, Alejandro e família pelo carinho, acolhimento e prazer da companhia, a Lalo, Edvan, Mauro, Fabão, Aroldo, Fábio, Fabiano, Alessandro, Bichinho, Mozart, Maria, Guilherme, Drica, Priscila (índiasseuscabêlu), Andréa, Júlia, Fernanda, Flory, minhas flores de Natal, Alex, Breno, Mariana, Marcel, Diogo, Thaise, JP, Clóvis, Felipe, Jader, Robertón, Ana, Danilo, Gil, seu Francisco, Cilene ...

A Rafael e a Kalliny que me salvaram.

Agradeço a Aline pela ajuda, companheirismo e amor.

Agradeço a Esmeraldo, Teresa e Luiz Manoel

Agradeço a tantos outros que eu não tenho tempo agora de citar porque tenho que enviar

logo isso para os leitores.

Resumo

O presente trabalho propõe uma análise da Reforma Psiquiátrica no Brasil, tendo em vista sua configuração atual de política pública, a partir de uma pesquisa realizada com trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS) e junto ao coletivo gestor da Rede de Atenção Psicossocial (REAP) do município de Aracaju. Tal análise se desenvolve como uma investigação da “alta” nos referidos serviços, não como um procedimento, mas como um dispositivo a partir do qual podem ser articulados diferentes elementos: usuários, saberes, quadros e procedimentos técnicos, medidas de polícia, decisões jurídicas, leis, edificações de serviços. Isso sob o pano de fundo da articulação entre a alienação mental e a alienação do sujeito de direito, nos modos como tal articulação se desdobra nas relações entre loucura, cidadania, práticas de internamento e práticas substitutivas. Nossa investigação sobre o dispositivo “alta” desenvolveu-se pela construção de narrativas, como uma análise do discurso de inspiração foucaultiana, tendo em vista a perspectiva de alguns dos principais operadores do dispositivo, os trabalhadores e gestores. Os principais aspectos que pudemos observar foram: As articulações do dispositivo alta em duas grades discursivas, a Reforma como proposição de tratamento em substituição ao internamento e a Reforma como proposição de inserção jurídica e exercício de direitos dos usuários; o exercício dessas duas grades discursivas tendo em vista as práticas de trabalhadores e gestores; destacou-se a transferência de limitações e contradições desses dois discursos para os operadores do dispositivo, ora responsabilizados pelas limitações e dificuldades encontradas, ora coagidos pelo seu papel institucional a colocar em andamento relações de dominação articuladas pelo dispositivo; finalmente, alguns aspectos nos quais os operadores do dispositivo, ao serem convocados a exercer certas relações de poder, foram capazes de resistir, articulando outras relações de poder a partir do próprio dispositivo, ao que chamamos, com Agamben, de profanação do dispositivo.

Palavras chaves: Dispositivo Alta; Reforma-política pública; louco; trabalhadores e gestores.

Abstract

The present paper proposes an analysis about the Brazilian Psychiatric Reform as a public policy and deriving from a research developed with the workers of a Psychosocial Attention Centre III (CAPS III) and the managers of the Psychosocial Attention Web (REAP) in Aracaju. This analysis is developed as an investigation of the “discharge” at those services, understood not as a procedure, but as a dispositive from which different elements can be articulated: users, knowledge, technical procedures, police measures, juridical decisions, laws, services edifying. This, from the background of the articulation between mental alienation and the subject of right alienation, in the ways through which this articulation develops to the relations between madness, citizenship, internment and substitutive practices. Our investigation about the “discharge” as a dispositive was built with some narrative constructions, as a discourse analysis inspired by Michel Foucault’s method, from the perspective of some of the main dispositive operators: workers and managers. The main aspect observed were: the articulations built by the discharge as a dispositive based on two discursive grade, the Reform as a new treatment substituting internship, and the Reform as juridical insertion and users rights practice; the exercise of these discursive grades based on the workers and managers perspective; the transference of limitations and contradictions of these grades to the competence of the dispositive operators, emerged in an outstanding way, as sometimes those operators are liable for the emergent limitations and difficulties, and some other times they are restrained by their institutional role, which is to maintain the domination relations articulated by the dispositive; finally, some aspects extracted which the dispositive operators - when they were expected to act in a way to maintain certain power relations - were capable to resist, managing other power relations from the dispositive, that we call, as Agamben, dispositive profanity.

Key words: Dispositive discharge; Reform-public policy; madman; workers and managers.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1. PRELÚDIO: A Reforma Psiquiátrica brasileira como política pública e seu cotidiano entre a reedição e a transformação dos “novos velhos” temas da “cidadania universal”.....	34

CAPÍTULO I

PERSPECTIVA METODOLÓGICA.....	52
1.1. O saber.....	56
1.2. História.....	63
1.3. Prática e discurso.....	70
1.4. A Rede de Atenção Psicossocial (REAP) Aracaju.....	75
1.4.1. Inserção em campo.....	77

CAPÍTULO II

ALIENEISMO E REFORMISMOS: EMERGÊNCIA E MANUTENÇÃO DO DISPOSITIVO ALTA.....	87
2.1. O louco na intercessão da experiência moderna de indivíduo enquanto ser social e o sujeito de direito.....	90
2.1.1. O internamento.....	91
2.1.2. A experiência crítica da loucura e a loucura internada.....	98
2.2. Psiquiatria e doença mental: <i>aggiornamento</i> , interdição e alienação.....	107
2.2.1. Institucionalização e alienação.....	114
2.2.2. Reformismos e segundo <i>aggiornamento</i> x transformação social?.....	125

CAPÍTULO III

GOVERNAMENTALIZAÇÃO DO ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS: MATURIDADE DA ALTA COMO DISPOSITIVO DE GOVERNO.....	147
3.1. Poder soberano e bio-poder.....	152
3.2. Governamentalidade.....	161

CAPÍTULO IV

PROFANAÇÕES DO DISPOSITIVO ALTA.....	174
4.1. Sacralização e profanação do dispositivo “alta” – internamento e governo x restituição ao uso das pessoas.....	175
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	193
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	190

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho propõe uma análise da Reforma Psiquiátrica no Brasil, tendo em vista sua configuração atual de política pública, a partir de uma pesquisa realizada com os trabalhadores em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III e junto ao coletivo gestor da Rede de Atenção Psicossocial (REAP) da Secretaria de Saúde do município de Aracaju. Tal análise se desenvolve como uma investigação da “alta” nos referidos serviços, enquanto dispositivo a partir do qual podem ser articulados diferentes elementos que exercem a Reforma: delimitação de usuários, saberes, quadros e procedimentos técnicos, medidas de polícia, decisões jurídicas, leis, programas, edificações de serviços, discursos etc. (Agamben, 2007a). Como campo histórico-conceitual para nossa discussão, situamos a proveniência do dispositivo alta sob o pano de fundo da articulação entre a alienação mental e a alienação do sujeito de direito, nos modos como tal articulação se desdobra nas relações entre “louco”, cidadania, práticas de internamento e práticas substitutivas.

Cabe ressaltar, de início, dois pontos, um a respeito da Reforma Psiquiátrica e outro referente ao dispositivo alta. Em primeiro lugar, nossa análise se constitui de fato sobre a Reforma enquanto política pública, a partir de seus equipamentos e das práticas de seus agentes – no caso, trabalhadores de um serviço e gestores de uma rede de atenção psicossocial considerada modelo (Brasil, 2007). É a política pública em andamento hoje no Brasil que nos referimos quando falamos em Reforma Psiquiátrica brasileira (ou simplesmente Reforma ou Reforma Psiquiátrica). Em segundo lugar, é necessário esclarecer a distinção entre “alta como um procedimento” em um serviço, em um CAPS, e “alta como um dispositivo” em um serviço, na Reforma ou mesmo (de maneira ampliada) no modelo de organização social. Nossa investigação se desenvolve

sobre a alta como um dispositivo, um articulador de diversos elementos que são a Reforma em exercício e que têm no “procedimento alta” apenas um de seus efeitos. Detenhamo-nos um pouco nesses dois pontos.

Para situarmos a Reforma Psiquiátrica no Brasil, como política pública, é importante a referência ao final da década de 1970, quando surge e ganha peso o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Esse movimento merece destaque, pois demarca o tempo-espaço no qual se deu a intensificação e organização de questionamentos em relação ao modelo alienista de tratamento à loucura, do qual partiam de diferentes instâncias de movimento social, profissional e político (Amarante, 1995). Essas iniciativas estabeleceram-se, na época, como uma força que influenciou as instâncias político-institucionais, que desembocaram em uma política pública, a qual não podemos desvincular do que entendemos hoje como Reforma Psiquiátrica brasileira.

Consideramos importante que se estabeleça uma distinção entre a Reforma Psiquiátrica, como um movimento social instituinte, e a Reforma Psiquiátrica, como política pública de saúde institucionalizada. A primeira encontra-se imbuída dos valores da luta antimanicomial e dos desejos de mudança que almejam o desaparecimento de tudo que subjaz ao modelo asilar em suas múltiplas facetas, conectada a amplos embates políticos que não podem ser facilmente delimitados. A segunda se refere à maneira pela qual um movimento social, em suas diferentes perspectivas, foi sendo estabelecido e instituído como direcionamento de governo, definindo políticas que normatizam funções de novos serviços de Saúde Mental a partir da organização estatal.

Vale destacar que, nas atuais circunstâncias, há um forte e talvez necessário atravessamento dessas duas características, tendo em vista o fato de que se, por um lado, a Reforma é hoje – como política pública – a “posição do sistema”, isso não quer dizer

que esteja totalmente estabelecida e firmada e que não sofra pressões para que retrocedam suas pretensões de substituição ao modelo asilar, até mesmo de segmentos vinculados aos aparelhos de Estado. Como bem salienta Dimenstein (2008), não se pode admitir que as mudanças requisitadas pelo movimento da Reforma foram alcançadas pela simples institucionalização de uma política pública que se declara ideologicamente fundada no mesmo movimento. Isso por dois motivos: em primeiro lugar, há ainda muito o que avançar em termos de implantação institucional da Reforma, pois se de fato esta é hoje uma realidade, ainda convive com práticas asilares, além de sofrer ameaças de retrocesso do modelo substitutivo que tem implantado. Em outras palavras, a “institucionalização da Reforma” como política pública – sobre a qual tratamos neste trabalho – é apenas uma articulação possível dentre as inúmeras perspectivas que constituem o que podemos chamar de Reforma enquanto movimento social amplo; ao mesmo tempo, é também um movimento instituinte, na medida em que sua implantação é ainda um forte embate político, também permeado pelas diferentes perspectivas que compõem a Reforma-movimento.

Em segundo lugar, mais do que avançar na implantação de um sistema, é fundamental rever concepções e permitir que diferentes perspectivas da Reforma-movimento atravessem a Reforma-política pública, mantendo constante a avaliação sobre o seu papel político e sobre as relações de poder que exercem seus dispositivos, a começar pelos efeitos que incidem sobre a vida dos que estão mais diretamente relacionados à Reforma – usuários, familiares e, mais especificamente em nosso caso, os trabalhadores e gestores como operadores da Reforma.

Dito isto, cabe apontar que nosso trabalho tem em seu horizonte dois grandes enfrentamentos enunciados pela Reforma: o fim do internamento do louco e o respeito à sua condição de cidadão. Tais enfrentamentos, no limite, implicam profundas

transformações nos modos de existência e de convívio em nossa organização social, ao que a Reforma Psiquiátrica – como política pública de Saúde Mental – se propõe a responder, estruturando e consolidando políticas, programas e redes de serviços abertos, com equipe interdisciplinar; tais estruturas, por sua vez, devem se articular a outras redes de serviços e assistência (atenção básica, assistência social, ministério público...), visando substituir integralmente o modelo asilar¹. Além de procurar exercer novas formas de assistência e tratamento, esses programas, serviços e equipes têm em seu horizonte atuar tanto na capacidade de socialização dos usuários, quanto na estruturação de sua rede social e de suas condições de vida, o que é referido como produção de autonomia e cidadania (Brasil, 2007).

Campo de nossa pesquisa, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) figuram como os serviços de referência dentro da Reforma. São os principais substitutos, em relação aos hospitais psiquiátricos, na perspectiva de abandonar os procedimentos de clausura, propondo outras formas de tratamento, com a incumbência de colocar em evidência a vida social dos usuários, contando com estratégias e procedimentos condizentes com essa perspectiva. Para tanto, destacam-se nos CAPS a sua composição por equipe interdisciplinar e sua estruturação como serviços abertos, comunitários, que atendem a regiões específicas, “pulverizando” e territorializando a atenção, com o intuito de facilitar a articulação dos usuários à sua comunidade de referência, da qual fazem parte, também, seus familiares. Bastante relevante ainda é função reguladora dos CAPS, atuando como porta de entrada para programas e para a rede de assistência em

¹ Importante observar que a substituição integral dos internamentos asilares é uma questão no mínimo controversa, pois apesar de as discussões sobre a Reforma tratarem manifestamente da substituição dos internamentos, a própria lei 10.216 (Brasil, 2001) prevê a manutenção do internamento em hospitais psiquiátricos, desde que não apresentem características asilares, o que de fato, atualmente e historicamente, tem se mostrado um contra-senso.

Saúde Mental, como o Programa de Volta pra Casa², as Residências Terapêuticas³, além da articulação com outras redes (atenção básica, postos, hospitais, programa de saúde da família – PSF, programas sociais) pelas equipes matriciais de referência em saúde mental⁴ (Brasil, 2007).

Em relação à implantação dos serviços tipo CAPS e da Rede de Atenção Psicossocial (REAP), destaca-se o município em cuja rede desenvolvemos nossa pesquisa: Aracaju, apontado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2007) como a melhor relação CAPS por habitante. Tal posição, no entanto, levando-se em conta a Reforma, não significa que Aracaju seja uma rede-modelo sem problemas, funcionando sem dificuldades. Ao contrário, como pudemos observar em campo, são grandes os enfrentamentos para a manutenção e expansão do sistema implantado, tendo em vista a substituição integral dos internamentos asilares. Desse modo, a condição “rede-modelo” de atenção psicossocial em Aracaju, proporciona o contato com encaminhamentos de algumas proposições da Reforma, ao mesmo tempo em que permite observar as dificuldades e impasses que daí surgem. Neste sentido, nosso trabalho de campo, por ter ocorrido em dois níveis, um serviço CAPS III (CAPS Liberdade) e na instância de gestão, permitiu um contato ampliado com as questões que envolvem a Rede de Atenção Psicossocial (REAP) de Aracaju.

É a partir destas experiências na Rede de Atenção Psicossocial (REAP) de Aracaju que nos propomos discutir a Reforma Psiquiátrica no Brasil, como política

² Criado pela lei federal 10.708/2003, o programa tem o objetivo de contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, pelo pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$ 240,00 (Brasil, 2007, p.64).

³ Casas localizadas no espaço urbano, construídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadores de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2007, p.63).

⁴ O *matriciamento* consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica. Uma Equipe de Referência em Saúde Mental, sediada ou não em um CAPS, deve ser responsável pelo acompanhamento matricial de seis até nove Equipes do PSF ou da atenção básica em geral (Brasil, 2007, p.65).

pública, tendo em vista um equipamento de centralidade estratégica – um CAPS tipo III -, através da perspectiva de dois dos principais agentes da Reforma, os trabalhadores do serviço e gestores da REAP Aracaju, em suas práticas discursivas e não discursivas. Aqui alcançamos o segundo ponto que destacamos inicialmente, o objeto de nossa investigação, “o dispositivo alta”.

Como indicamos, é importante a distinção entre “procedimento alta” e “dispositivo alta”. De fato, foi a observação do procedimento da alta em um CAPS o que nos chamou a atenção inicialmente, pois ao aparecer como tema, colocava em jogo uma amplitude de discussões como: os procedimentos técnicos necessários para que a alta fosse possível; os parâmetros de diagnósticos e índices que justificavam a seleção/admissão de usuários e que deveriam permitir a construção de projetos terapêuticos individuais que possibilitariam a alta; a relação dos usuários com leis que garantiam acesso a benefícios; até mesmo debates que apontavam que a alta não deveria ser objetivo de um serviço. Embora ativadas a partir de alguma necessidade operacional específica do procedimento da alta no serviço, tais discussões freqüentemente passavam a ter a alta como um tema “subjacente”, ou seja, a discussão a respeito do procedimento da alta se dava através de debates sobre os modos como esta poderia ser possível, através dos diversos elementos que deveriam ser articulados para que ela ocorresse, no limite, como um “desfecho coerente”.

A partir disso, podemos compreender a alta como um dispositivo, na medida em que é um tema imanente às práticas nos serviços, mesmo quando este tema não é enunciado. A alta nos serviços tipo CAPS, nosso problema de pesquisa, dada a centralidade de tal serviço, nos permite construir uma análise da Reforma Psiquiátrica a partir de nosso campo de pesquisa, consistindo em um dispositivo, como o define Agamben (2007) na obra de Michel Foucault.

Resumamos brevemente em três pontos: 1) Trata-se de um conjunto heterogêneo que inclui virtualmente cada coisa, seja ela discursiva ou não: discursos, instituições, edifícios, leis, medidas de polícia, proposições filosóficas. O dispositivo tomado nele mesmo é a rede que se estabelece entre estes elementos. 2) O dispositivo tem sempre uma função estratégica concreta e se inscreve sempre em uma relação de poder. 3) Como tal, ele resulta do cruzamento de relações de poder e de saber (Agamben, 2007, p.10-11; tradução nossa)⁵.

O dispositivo alta subjaz à regulação da entrada e da saída de usuários nos serviços e de programas, ao exercício de procedimentos, ao estabelecimento dos corpos técnicos e à sua regulamentação por um corpo de leis, fundamentados em princípios político-filosóficos. Tal regulamentação e exercício não são “aleatórios” e estão inseridos em certas relações de saber e de poder que fazem emergir a alta enquanto dispositivo ao mesmo tempo em que são por ela exercidos.

Com efeito, ainda que não se relacione exclusivamente a uma patologia ou à sua cura (embora a admissão nos serviços seja pautada no diagnóstico técnico de patologia), ou que tome como referência procedimentos multi ou interdisciplinares⁶, ou mesmo que deixe de ser buscada em definitivo, a idéia de “alta” perdura nos serviços e de fato, nos serviu em dois aspectos que estão relacionados e que são importantes para a elaboração deste trabalho: como elemento problematizador, um analisador⁷ dos serviços e da

⁵ *Résumons brièvement em trois points: 1) Il s'agit d'un ensemble hétérogène qui inclut virtuellement chaque chose, qu'elle soit discursive ou non : discours, institutions, édifices, lois, mesures de police, propositions philosophiques. Le dispositif pris en lui-même est le réseau qui s'établit entre ces éléments. 2) le dispositif a toujours une fonction stratégique concrète et s'inscrit toujours une relation de pouvoir. 3) comme tel, el résulte du croisement des relations de pouvoir et savoir.*

⁶ Não mistificar o ponto de vista da especialidade e da competência técnica, mas começar a avaliar essa proliferação de especialidades, essa multiplicação de peritos que, mesmo quando dizem renunciar ao projeto de curar (o que, aliás, nunca foi crime), avaliam, selecionam e normalizam à sombra de sua competência (Castel, 1978, p.274).

⁷ Um analisador é: comportamento, modo de agir, lugares, práticas institucionais que não só denunciam ou questionam uma problemática que se apresenta inquestionável, como também indica caminhos para a sua resolutividade ou desconstrução. São acontecimentos que podem “fazer surgir, com mais força, uma análise; que fazem aparecer, de um só golpe, a instituição ‘invisível’” (Lourau, 1993, p. 35).

Reforma; e como problema de pesquisa, articulador de diversos elementos através dos quais podemos refletir sobre a Reforma, alta como um dispositivo.

Em relação ao primeiro aspecto, a partir do contato que tivemos com um serviço⁸, a alta se apresentou como um analisador da Reforma, na medida em que expôs uma discussão a respeito do que estava em jogo tanto no modelo asilar - que principalmente enclausura pessoas - quanto na perspectiva da Reforma, que se coloca em oposição ao modelo asilar ao mesmo tempo em que indicava, com as dificuldades em relação ao procedimento da alta nos serviços, a impossibilidade de desarticular dependências de alguns usuários em relação aos serviços psiquiátricos.

Em nossa vivência até então, a referência de tratamento psiquiátrico que tínhamos era a perspectiva asilar, na qual duas experiências se destacam: uma experiência de internamento forçado, a contragosto do interno, para o qual a alta figura principalmente como um passaporte de saída da clausura e das péssimas condições que freqüentemente um asilo apresenta⁹; e uma experiência de dependência institucional, “institucionalização”, que incide principalmente sobre pessoas submetidas a longos

⁸ Experiência de contato contínuo com um serviço tipo CAPS, o CAPS Arthur Bispo do Rosário, primeiro CAPS do município de Aracaju e ainda em funcionamento. Tal experiência se deu por dois anos, 2001 e 2002 e se desenrolou como prática em Análise Institucional a partir do estágio obrigatório para conclusão da graduação em Psicologia. Boa parte desta experiência dia respeito também a todo o contato não sistemático que tivemos ao longo dos últimos oito anos com serviços (em diferentes estados) e com discussões sobre a Reforma em espaços como o Conselho Federal e Regional de Psicologia e Encontro do Movimento da Luta Antimanicomial (EMLA).

⁹ Cabe relatar fragmentos da experiência de contato com o tratamento psiquiátrico e com a Reforma Psiquiátrica que tivemos a partir da graduação em Psicologia, na Universidade Federal de Sergipe. Como veremos adiante, Sergipe não tem uma tradição na Reforma e o primeiro serviço relevante nesta perspectiva foi o CAPS Arthur Bispo do Rosário, inaugurado em 2000, quando tivemos contato efetivo com a Reforma Psiquiátrica. Até então, conhecíamos o tratamento psiquiátrico asilar, somando-se a isso, em nossa experiência, termos conhecido a sala onde eram ministrados eletrochoques – procedimento que leigamente acreditávamos extinto – e de nossa primeira “anamnese” ter sido realizada com um paciente “aparentemente lúcido”, que alegava já ter trabalhado em uma clínica psiquiátrica, descrevendo os procedimentos e indicando não ter recebido alta ainda, para cumprir o tempo necessários pra que a clínica recebesse determinado valor do SUS pela sua “estadia”. Se neste caso o usuário desejava sair do internamento, não devemos esquecer que mesmo as péssimas condições que costumamos observar em asilos são capazes de gerar dependência institucional, principalmente em caso de pessoas que ficam internadas por um longo período. De qualquer forma, receber alta no caso do asilo significava sair da clausura e de um ambiente, para nós, aversivo, o que não era o caso do CAPS que depois frequentamos, nem no sentido da clausura nem de uma ambiência desagradável.

períodos de internamento, geralmente em situação de fragilidade em muitos sentidos (crises por algum tipo de sofrimento mental, falta de suporte familiar, condições econômicas precárias). Nesses casos, a experiência asilar acaba por intensificar a perda de vínculos sociais, provocando uma dependência institucional que, não raro, perdura até o fim da vida dos internos, para os quais a alta figura como algo indesejado ou que nunca ocorre.

O que nos chamou a atenção, em nosso primeiro contato com um CAPS, foi o fato de que, em algumas oportunidades, o procedimento da alta, como um desfecho do trabalho efetivado pelo serviço, destoava da imagem que tínhamos de representação da desconstrução da institucionalização que é favorecida pelos procedimentos de clausura. Ocorria que o procedimento da alta comumente figurava como um problema, tanto para usuários – que não queriam receber alta, percebendo-a como uma punição e alegando prejuízo pela perda de contato com o serviço, perda de benefícios etc. –, quanto para trabalhadores¹⁰ que – além de ter que lidar com a recusa dos usuários – preocupavam-se com o desamparo que a limitação da frequência ao serviço poderia proporcionar, ao mesmo tempo em que necessitavam estabelecer critérios para a alta, entendida como um objetivo que deveria ser cumprido pelo serviço, mesmo que tais critérios, nem mesmo para eles, se mostrassem claros. Diante disso, algumas questões se evidenciaram em torno das diferenças e parentescos entre o que estava em jogo na dependência gerada

¹⁰ Durante o trabalho desenvolvido no serviço nesse período, a temática da alta foi recorrente nas reuniões de técnicos como uma questão a ser resolvida, pois os usuários que estavam para receber alta rejeitavam a possibilidade. Esta questão pôde ser constatada nos momentos em que vivenciávamos o cotidiano dos serviços, nos quais pudemos acompanhar a rejeição dos referidos usuários, ora reclamando, ora se irritando, ora agredindo os que consideravam responsáveis, ora “avisando” aos outros usuários que aquilo iria acontecer com eles também, ora participando de atividades e estando em horários que antes rejeitavam. Neste último caso, “participar das atividades, vir nos horários e fazer tudo o que mandavam” seria um modo de não ser mais punido com a alta. Esta questão nos chamou a atenção em nossa experiência inicial com a Reforma Psiquiátrica. Destacou-se, também, o fato de que aquele ambiente era o que de melhor acontecia para a maioria dos usuários, do serviço, e isso era algo de que os trabalhadores do serviço tinham consciência e levavam em conta. Ou seja, o que pode ser considerado indício de “bom funcionamento” do serviço – o fato de proporcionar um bom ambiente para os usuários – acabava sendo também fator de entrave a um de seus objetivos, procedimento da alta, denunciando o contraste entre “boas condições nos serviços” e “más condições do ambiente social”.

pelo internamento psiquiátrico – institucionalização – e a dependência que o serviço aberto CAPS poderia estar gerando.

A partir disso, ganharam relevância central para nós os dois enfrentamentos enunciados pela Reforma: o fim do internamento como procedimento de tratamento e a construção da cidadania dos usuários, na medida em que estes confrontam com o modelo alienista tanto no procedimento de violência mais óbvio, que é a exclusão pelo internamento, quanto na violência mais complexa da institucionalização. Esta forma de violência mais complexa se refere pelo menos a dois processos: o primeiro, mais específico, é o próprio internamento e a produção de dependência que este gera, com a exacerbção de certas características atribuídas aos indivíduos que, pautadas em classificações patológicas, procuram indicar suas inadaptabilidades e incapacidade para o convívio social, gerando muitos dos sintomas que se propõe tratar; o segundo, de uma magnitude muito maior, diz respeito às lógicas de nosso ordenamento social, que tendem, através de diferentes dispositivos, excluir tudo o que lhe seja diferente, excedente ou que não sirva para seu produtivismo, produzindo uma coleção de “homens infames” que lotam presídios e manicômios, excluídos necessitados de instituições de assistência.

Neste sentido entra cena o segundo aspecto do nosso problema de pesquisa, a alta como dispositivo. Em relação ao modelo asilar - ainda em vigor, é bom frisar -, o dispositivo alta, a princípio e para todos os efeitos formais, articula uma série de procedimentos fundamentados em saberes que: estabelecem o louco enquanto doente; elaboram leis e intervenções legais sobre este; delimitam procedimentos e corpo técnico para tais intervenções; e constituem espaços especializados de tratamento, no caso, o internamento asilar. O dispositivo alta enuncia que estes elementos articulados deveriam ter como desfecho um retrocesso do quadro inicial, porém - como indica a crítica ao

modelo asilar - de fato, os efeitos do dispositivo, no modo como seus elementos eram (são) articulados no espaço asilar, indicavam (indicam) principalmente que este se constituía (constitui) enquanto espaço de clausura de certas pessoas genericamente definidas como loucas, cujo sequestro ou libertação, embora fosse (seja) regulado por um corpo técnico e ocorresse (ocorra) em um espaço que deve ser de tratamento, propiciava (propicia) principalmente a liberação em relação a um ambiente e a procedimentos de clausura e exclusão e que em muitos casos geravam (geram) ou realçavam (realçam) os efeitos sobre os quais diziam (dizem) atuar - institucionalização, diminuição da capacidade de socialização, dependência de substâncias e institucional, depressão, perda de contato com a “realidade” etc. - regulando a retirada de circulação no convívio social de certo segmento da população. Nestes termos, a alta funciona como um dispositivo que, pelos elementos que articula, se justifica como um processo de tratamento, mas de fato exerce, por esses mesmos elementos, um processo de retirada do convívio social de certo segmento da população.

Em relação à perspectiva de crítica ao modelo asilar que a Reforma representa, a alta nos serviços substitutivos também consiste em um dispositivo, na medida em que articula diversos elementos e enunciados como: saberes (novos e velhos) nos quais se fundamenta, novo espaço especializado que se constitui para o louco (como os serviços tipo CAPS), delimitação de usuários, estabelecimento de corpo técnico, exercício de procedimentos, leis, programas. Com efeito, em nossas investigações para esta análise da Reforma, o dispositivo alta nos permitiu delimitar dois conjuntos de elementos, duas grades discursivas nas quais se sustenta a Reforma psiquiátrica.

A primeira grade discursiva se refere à manutenção do louco como objeto a partir da patologização da loucura: o dispositivo alta estaria ligado à capacidade dos serviços substitutivos de proporcionar intervenções técnicas mais “eficientes” sobre os

indivíduos, como a “cura” e a re-inserção social que o modelo asilar não foi capaz de proporcionar; é preciso observar a alta na Reforma em seu parentesco com o modelo asilar para observar as diferenças em relação a este. A segunda grade discursiva consiste em um deslocamento (não uma substituição) da questão patológica e das intervenções diretas sobre os indivíduos, para um emaranhado de questões de demanda social que dizem respeito a mecanismos de jurisdição em um sentido muito amplo (inserção social, “utilidade social”, produtividade, renda, previdência, transporte, alimentação, suporte e relação familiar, atendimento médico, assistência social), que se destacam levando em conta as características sociais brasileiras: o dispositivo alta estaria vinculado ao papel de suporte ao louco, como integrante de certo segmento da população, ainda ligado à classificação patológica da loucura (como serviço integrante de uma rede de assistência) ao mesmo tempo em que haveria um deslocamento da ênfase da atuação técnica sobre o louco e de intervenções voltadas para uma cura, para intervenções que devem estruturar as redes sociais dos usuários e sua autonomia como cidadão. Destarte, o dispositivo alta deve articular nos CAPS uma série de elementos e enunciados que procuram dar conta desses dois discursos, tendo em vista a substituição do internamento como tratamento e o respeito à condição de cidadão do louco.

É necessário assim situar o campo histórico conceitual no qual emerge o dispositivo alta para que possamos prosseguir com nossas análises da Reforma, observando o jogo de forças no qual o dispositivo se articula. Trata-se da constituição da loucura como objeto, ao adquirir o estatuto de patologia, ajustada à condição de sujeito de direito que passa a ter o louco, como membro do corpo social, dentro das transformações na concepção de poder político que se sedimenta contemporaneamente ao alienismo (Foucault, 2000).

Hora como regulação de intervenções sobre determinados indivíduos, hora como regulação de exercício dos direitos civis destes mesmos indivíduos (do internamento às intervenções na comunidade, da contemporaneidade entre alienismo e a democracia nascente no século XVIII), o dispositivo alta vem aglutinando elementos cuja articulação é fundamental quando se trata do campo de emergência de enunciados que perpassam a estruturação da psiquiatria e da Reforma no Brasil, da configuração sócio-política em que vivemos, assim como das noções “louco”, “sujeito de direito” e “internamento-tratamento”.

A condição de sujeito de direito implicou duas conseqüências para o indivíduo considerado louco: a primeira, sua “promoção” a cidadão; a segunda, a incapacidade de exercício de sua cidadania, a partir da limitação em sua subjetividade que a loucura, como patologia, passou a representar. Se esta limitação implicava a suspensão de seus direitos, conduzindo-o ao internamento, este só pôde ser justificado como tratamento da patologia que, naquele momento, a loucura passou a representar. “A loucura colocou um desafio à sociedade nascida nas convulsões da queda do Antigo Regime. E a sociedade o aceitou porque estava em jogo a credibilidade de seus princípios e do equilíbrio de seus poderes.” (Castel, 1978, p.22).

Somente como sujeito de direito o louco pôde ser interditado e enclausurado como doente, limitado em suas capacidades de exercer os direitos civis, o que ocorreu por conta do “direito” de ser tratado, recuperado, curado. Eis a constituição da loucura como objeto.

Quando o século XIX decidir fazer com que o homem desatinado passe para o hospital, e quando ao mesmo tempo fizer do internamento um ato terapêutico que visa a curar um doente, falo-á por meio de um golpe de força que reduz a uma unidade confusa, mas para nós difícil de deslindar, esses temas diversos da alienação e esses múltiplos rostos da loucura. (Foucault, 2000, p. 134).

Tal “unidade difícil de deslindar” deve ser entendida não só como a unidade entre sujeito de direitos alienados e louco patologizado, mas também como a unidade entre internamento e tratamento. É justamente na desestabilização destas unidades (loucura-patologia-internamento-tratamento) que constituíram a loucura como objeto, que se articula o campo de emergência dos processos de Reforma Psiquiátrica, a partir de meados do século XX.

Já a princípio, o indivíduo considerado “louco”, como sujeito de direito, é que foi interdito e enclausurado, sob a condição tanto de doente quanto da possibilidade de sua reabilitação. O internamento como tratamento surge como garantia de sua cidadania. Hoje, também por ser considerado um sujeito de direito¹¹, o louco tem seu internamento questionado, assim como sua condição de patologizado. As políticas públicas, com a perspectiva de Reforma, são construídas sob o discurso da promoção de reabilitação, habilitação, ou construção de autonomia e cidadania. E a alta enquanto dispositivo, articula a série de elementos que devem dar conta deste objetivo.

Destaca-se desse modo a função estratégica concreta que este dispositivo exerce, no cruzamento de relações de saber e de poder, que se atualizam e se modificam, da emergência do alienismo à Reforma Psiquiátrica em nossos dias, a partir dos elementos e enunciados que o dispositivo alta articula. É tendo em vista a operacionalização concreta e cotidiana destes elementos que voltamos ao nosso campo de pesquisa, com nossa inserção na Rede de Atenção Psicossocial (REAP) de Aracaju, onde destacamos mais uma vez as práticas discursivas e não discursivas dos trabalhadores e gestores, com as quais mantivemos contato nas reuniões dos trabalhadores em um CAPS III e nas

¹¹(...) *contra as usurpações da mecânica disciplinar, contra essa ascensão de um poder que é vinculado ao saber científico, nós nos encontramos atualmente numa situação tal que o único recurso existente, aparentemente sólido, que temos, é precisamente o recurso ou a volta a um direito organizado em torno da soberania, articulado sobre esse velho princípio. Isso faz com que, concretamente, quando se quer objetar alguma coisa contra as disciplinas e contra todos os efeitos de saber e de poder que lhes são vinculados, que se faz concretamente? Que se faz na vida? Que se fazem o sindicato da magistratura ou outras instituições como esta? Que se faz, senão precisamente invocar esse direito, esse famoso direito formal e burguês, que na realidade é o direito da soberania?* (Foucault, 1999a, p. 46-47).

reuniões da gestão, a partir do que pudemos produzir nossa análise da Reforma Psiquiátrica no Brasil, como política pública de Saúde Mental, tendo em vista as duas grades discursivas a que nos referimos.

Intentamos investigar como a Reforma se exerce e o que põe em movimento ao se articular enquanto política pública, gerida de determinada forma, estruturando serviços, com características específicas, regimentos específicos, procedimentos técnicos específicos, com linhas de financiamento, com formação e contratação de profissionais especializados, concursados, demarcando perfil de usuários, os selecionados, concedendo-lhes benefícios e assim por diante. Interessou-nos investigar esses elementos não de uma perspectiva “institucional-formal”, mas observando seu exercício cotidiano, tendo em vista principalmente a atuação dos trabalhadores e gestores nas situações diversas que se apresentaram e nas soluções que estes tiveram que operar levando em conta a singularidade de cada evento ao mesmo tempo em que tal singularidade devia se enquadrar na formalidade do que é prescrito. Foi pela perspectiva dos operadores do dispositivo alta que pudemos formular nossa narrativa de campo. Através das discussões e questionamentos que trabalhadores e gestores se colocavam, pelas transformações em suas vidas, pelos seus sentimentos e percepções que se sustentam e se confrontam a respeito do louco, da Reforma, dos serviços, de seu papel e de suas próprias vidas.

Para tanto, em nossa pesquisa, participamos durante quatro meses (entre agosto e dezembro de 2008) das reuniões semanais de equipe do CAPS III Liberdade e das reuniões semanais do coletivo gestor da Rede de Atenção Psicossocial (REAP); espaços em que pudemos ter contato ampliado com os elementos articulados pela alta enquanto dispositivo, registrando em diário de campo todas as discussões que ocorriam a respeito da gestão e funcionamento da rede e dos serviços. Além desses dois espaços principais,

participamos também, durante este mesmo período, de atividades nos serviços e de atividades da REAP. Nos serviços, pudemos manter contato com seu funcionamento cotidiano, suas atividades (assembléias, oficinas, grupos, acolhimento, plantão etc.) e com documentos como prontuários, os projetos terapêuticos individuais e os laudos para emissão de APAC (Autorização para Procedimento de Alta Complexidade). Na REAP, pudemos participar de reuniões e grupos de trabalho, de atividades de consultoria e de capacitação.

Essa inserção em campo permitiu-nos vivenciar o cotidiano dos serviços e da gestão, contextualizando os dados institucionais de prescrições para os serviços, estabelecendo contato com os enfrentamentos concretos através das narrativas que se apresentavam pelos trabalhadores e gestores, na busca pelo encaminhamento de suas atividades cotidianas e nas discussões que daí surgiam. Esse procedimento permitiu o contato com uma fonte de dados menos formalizada e mais “subjéitiva”, que vai além do que possa estar indicado em uma lei ou regulamentação ou que possa ser registrado em um prontuário ou laudo, envolvendo mudanças nos procedimentos que dizem respeito diretamente aos usuários em relação à rede (também seus familiares e os próprios técnicos).

Assim, pudemos refletir sobre a emergência de questões “menos concretas”, que muitas vezes não são diretamente relacionadas ao que é prescrito institucionalmente pela Reforma, ou que, até mesmo, se colocam contra estas prescrições. É o caso da relação de dependência que um benefício ou a frequência no serviço pode provocar, ou mesmo que esta relação de dependência seja, muitas vezes, a única possibilidade de socialização e acolhimento de algum usuário, o que deixa de ser, ao menos em um nível institucional, da “alçada” do serviço, da rede de saúde mental e da Reforma, mas que pode ser, efetivamente, o papel – e não uma “exceção” - que exerce o serviço e a

Reforma. E é justamente nessas “exceções que são regras” que encontramos nossa discussão, pois entendemos que aí estão enfrentamentos importantes, que devem ser encarados com coragem, seriedade e compromisso com as pessoas, não com as regras que supostamente deveriam servi-las.

Dividimos nosso trabalho em quatro capítulos: o capítulo I corresponde à apresentação da perspectiva metodológica, de nosso campo e de nossa inserção. Os capítulos II e III correspondem a eixos de discussão, esboçados pelos discursos institucionais da Reforma (leis, documentos) e pelos discursos dos técnicos e gestores em nosso campo de pesquisa; são duas grades discursivas cuja proveniência procuramos situar, para que pudéssemos delinear dois grandes conjuntos de elementos articulados pelo dispositivo alta nos serviços CAPS que refletem a Reforma Psiquiátrica brasileira como política pública. A primeira grade discursiva se refere à perspectiva de substituição de um modelo por outro, a segunda aponta a articulação de mecanismos de governo especializados em certo seguimento da população; estes estão aqui colocados em separados, porém devemos considerá-los em seu mútuo atravessamento. O capítulo IV traz narrativas e relatos de trabalhadores e gestores em nossa pesquisa, apontando alguns problemas e casos, muitas vezes controversos, e a maneira como estes tiveram que ser encaminhados, às vezes de modo não convencional e em certa medida subvertendo o dispositivo alta, ao enfraquecer certas relações poder-saber nas quais este se inscreve.

No capítulo I delimitamos nossa perspectiva metodológica como uma análise do discurso de inspiração foucaultiana. Trata-se de uma análise de práticas discursivas e não discursivas sistematizadas através da análise de dispositivos, no nosso caso, do dispositivo alta. Tal análise e sistematização se dão a partir da discussão sobre a proveniência dos diversos elementos e enunciados articulados pelo dispositivo alta,

considerando os jogos de força e as relações poder-saber que compõem o campo de sua emergência e a atualização e modificação desses jogos hoje, na Reforma enquanto política pública no Brasil. Neste sentido, separamos o dispositivo alta em duas grades discursivas (Capítulos II e III) nas quais se articulam diferentes elementos, os quais investigamos em enquanto exercício, nas práticas de dois de seus principais operadores, trabalhadores e gestores da REAP Aracaju, nosso campo de pesquisa. Apresentamos também a REAP Aracaju, a estrutura da gestão e o serviço CAPS Liberdade, nosso campo de pesquisa, bem como nossa inserção e os procedimentos que lançamos mão.

No capítulo II, procuramos situar a emergência da alta no alienismo enquanto procedimento técnico de responsabilidade médica. Atravessando este que se apresenta como “simples procedimento técnico”, observamos alguns elementos, dentre os quais: a patologização da loucura, a transformação do internamento em tratamento e as modificações no poder político que dão (a todos e) ao louco o estatuto de sujeito de direito. São estes os elementos que a alta articula enquanto dispositivo no alienismo e que prevalecem, com as requeridas modificações, na perspectiva da Reforma que se coloca como substitutiva ao alienismo, propondo intervenções enunciadas como mais eficientes no tratamento e re-inserção social do louco. Dentro da caracterização “loucura-patologia-tratamento-sujeito de direito”, o alienismo e a Reforma ao mesmo tempo em que se apresentam como perspectivas “opostas”, materializam-se como uma espécie de negativo complementar, como outra maneira de tratar sobre o mesmo objeto, a partir de uma diferença marcante, a deslegitimação do internamento como medida de tratamento.

Desse modo, é importante buscar a proveniência da articulação desses elementos lançando mão das análises foucaultianas a respeito da constituição da loucura como objeto, tendo em vista seu papel dentro da ordem de poder político que se estabelece ao

final do século XVIII e que: laiciza práticas sociais, re-significa a prática social de internamento, faz prevalecer a percepção sobre a loucura como experiência crítica e faz coincidir a alienação do sujeito de direito com a loucura do homem social, “na unidade de uma realidade patológica que é ao mesmo tempo analisável em termos de direito e perceptível às formas mais imediatas da realidade social” (Foucault, 2000, p. 131).

A partir disso, discutimos o estabelecimento do alienismo e da medicalização do espaço asilar, como uma tecnologia disciplinar (*anatomo-política dos corpos*), ao mesmo tempo em que se esboça uma psiquiatria social, voltada para a prevenção, com o tratamento do louco em seu ambiente social (prenúncio de uma *bio-política da população*); esta última, precursora das experiências de reformas, críticas ao alienismo e ao modelo asilar, que se consolidam em meados do século XX (Castel, 1978), junto às quais se inscreve também a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Esta discussão permite-nos situar os objetivos, atividades, experiências e dificuldades relatadas pelos técnicos e pelos gestores para por em andamento a Reforma, ao exercerem o conjunto de elementos que aqui articulamos através do dispositivo alta (serviço medicalizado, multidisciplinar, aberto, comunitário etc.) na perspectiva de melhor tratamento, em substituição ao modelo asilar.

No capítulo III, procuramos delimitar, a partir do material trazido por trabalhadores e gestores em nossa pesquisa de campo, outro conjunto de elementos que articulamos através do dispositivo alta nos serviços e na Reforma. Atravessando a perspectiva de substituição do modelo asilar como forma de tratamento, encontramos uma série de medidas, de práticas, de objetivos os quais trabalhadores e gestores devem dar conta, direcionando os serviços dentro da Reforma como um mecanismo de construção de cidadania do indivíduo considerado louco, um mecanismo de construção de sua inserção jurídica e exercício de direitos, tendo em vista a estruturação e

regulamentação de suas condições de vida, para o que uma série de elementos são estruturados. Há, nesta perspectiva, um atravessamento de demandas sociais – principalmente, levando em conta a realidade social brasileira – que provocam uma mudança de ênfase na atuação da Reforma, da perspectiva de tratamento para a “assistência social”, na qual a figura do louco se mistura à desassistência, pelo Estado, de certo segmento da população.

Situamos a base histórica e conceitual na qual esta perspectiva da Reforma ganha materialidade, a partir da discussão a respeito da configuração do poder político que se estabelece nos Estados Modernos. Assim, apresentamos a constituição e transformações da teoria do poder soberano (modelo jurídico-institucional de poder) em seu ajustamento ao *bio-poder (anátomo-política e bio-política)* (Foucault, 1999a) – ajustamento importante também em nosso primeiro eixo – que permite a delimitação do louco como objeto de governo. A partir desse ajustamento, destacamos a *governamentalidade*, a “maneira como a conduta dos indivíduos torna-se sempre mais objeto de práticas de governo e de regulações pelo Estado na modernidade.” (Foucault, 1979a, p.292). Esta governamentalização do Estado caracteriza o modelo no qual o núcleo de poder político passa a se sustentar em saberes, estabelecendo o Estado como sua sede. É nesta configuração que podemos compreender a emergência da idéia de políticas públicas, de políticas de Estado, em seu papel de gestão e regulamentação das populações, e principalmente, a constituição do corpo técnico (assim como dos serviços, legislações, programas, conceitos etc.) que é responsável pelo exercício desta gestão e regulamentação. A Reforma pode ser compreendida como efeito e exercício da governamentalização do Estado, como mecanismo especializado, sob um objeto ao mesmo tempo específico tecnicamente e geral como componente da população cuja vida de cada componente deve ser gerida.

A partir desta discussão, podemos situar nossas análises de campo considerando o que foi trazido pelos técnicos e gestores, observando os elementos e enunciados que o dispositivo articula, como gestão e regulamentação da vida dos usuários do sistema, parte integrante da população. Mais do que o desfecho de uma série de procedimentos que visam o tratamento de um indivíduo associado a uma patologia, a alta como dispositivo nos serviços e na Reforma figura como um exercício de gestão de parte da população (o que deve ser garantido pelos operadores do dispositivo em sua prática técnica); o louco deve entrar nos cálculos gerais do governo, como objeto de governo.

No capítulo IV, tomamos os dois conjuntos de elementos que se articulam a partir do dispositivo alta nos serviços da Reforma, considerando o papel que os trabalhadores e gestores em nosso campo de pesquisa se colocam ou que entendem que lhes seja encomendado. Ou seja, destacamos como os operadores do dispositivo alta nos serviços da Reforma (e todos os elementos que ela articula) exercem suas atividades, enfrentam suas dificuldades e criam caminhos que lhes permitem lidar com as situações concretas com as quais se deparam em seu trabalho cotidiano e que não coincidem com os enunciados formais a que estão submetidos em seus papéis de trabalhadores e gestores.

Discutir a alta enquanto dispositivo nos serviços substitutivos, a partir do que enunciam seus operadores, permite-nos analisar a Reforma Psiquiátrica brasileira em suas diferentes facetas. Cabe observar, por exemplo, o papel dos serviços e das políticas de Saúde Mental como exercício de governamentalidade, mas do mesmo modo, cabe também encará-los como campo privilegiado, configurando um espaço no qual os embates são travados, as questões são discutidas e decisões e atitudes são tomadas diariamente, considerando seus efeitos tanto para os usuários quanto os técnicos operadores. Como nos conta Basaglia (2005a) a respeito da experiência em Trieste, o

início das discussões sobre a Reforma italiana levava em conta a terrível condição dos usuários do sistema, mas tomou impulso com a insatisfação dos próprios trabalhadores em relação ao papel que exerciam e com o que, neste exercício, as suas próprias vidas tinham se transformado.

Com efeito, discutimos o papel dos dispositivos para a constituição de nossa existência em sociedade, onde se inclui a alta enquanto dispositivo, lançando mão das análises de Agamben (2007a) a respeito da necessidade, em nosso contexto histórico e social, de subverter as relações que estes dispositivos estabelecem; trata-se de enfraquecer certas relações de poder-saber nas quais se sustentam determinado dispositivo e fortalecer outras, subvertendo as relações anteriores, ou, para usar a concepção de Agamben, profanando-as.

Assim entendemos algumas narrativas que se apresentaram em nossa pesquisa de campo, nas quais a “Reforma” se fez por caminhos não previstos dentro das relações técnicas ou legais que o dispositivo “alta” prescreve, rompendo a malha institucional e restabelecendo, dentro do possível, relações entre pessoas. Não se trata, portanto, de apontar o caminho que deve ser seguido, ou de construir qualquer modelo. Trata-se de olhar para a vida onde ela se exerce e como ela se exerce dentro deste jogo, através deste jogo, apesar deste jogo.

PRELÚDIO:

A Reforma Psiquiátrica brasileira como política pública e seu cotidiano entre a reedição e a transformação dos “novos velhos” temas da “cidadania universal”

Convém situarmos preliminarmente dois aspectos em relação à Reforma: o primeiro diz respeito aos dispositivos do Estado Moderno que, selecionam, classificam e sequestram ao enunciarem a universalização dos direitos civis. Em segundo lugar, compreendendo a relação entre práticas *psi* e a loucura nesta perspectiva, é importante situarmos os aspectos mais relevantes sobre a maneira como a Reforma tem se estruturado e algumas considerações importantes que têm sido feitas à sua capacidade de manter sua problematização.

Em relação ao primeiro aspecto, entendemos que os enfrentamentos encarados pela Reforma Psiquiátrica como fator integrante nos processos de transformação social e fortalecimento dos direitos civis, tendo em vista que as transformações nos modos de se lidar com a loucura, desde sua constituição como objeto - ao ser transformada em patologia no final do século XVIII - sempre estiveram relacionados aos temas do exercício de cidadania e do internamento como ferramenta política que suspende este exercício, ao mesmo tempo em que apresenta como um direito civil que tem em vista a habilitação para tal.

O início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ao final da década de 1970, é marcado pela intensificação de debates e lutas pela democratização do país, com a articulação de movimentos sociais, políticos e de categorias, dentre os quais estavam as movimentações para a estruturação de um sistema público de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS). Neste âmbito, ocorreram organizações e trocas de experiência em Reforma Psiquiátrica, surgiu e se estabeleceu o Movimento dos Trabalhadores em

Saúde Mental (MTS) e posteriormente o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), nos quais os atores envolvidos com a Reforma participaram, de maneira geral, nos debates políticos para a redemocratização do Brasil e, de maneira mais localizada, dos debates políticos sobre assistência em saúde no país (Amarante, 1995).

Mais tarde e também como desdobramento desse processo, o Brasil entra efetivamente no cenário internacional da Reforma, passando a construir experiências de atuação e de estruturação de políticas que têm se tornado referência no mundo, a partir da prerrogativa de acabar com o internamento e de construção da cidadania do louco.

É importante situar historicamente estas atuações que se esboçam hoje na Reforma brasileira, tendo em vista transformações sociais e modos de se lidar com a loucura. Neste sentido, o trabalho de Michel Foucault, *História da Loucura na idade clássica*, ocupa um papel preponderante em qualquer discussão. Ao desconstruir a idéia de loucura enquanto patologia como algo estabelecido desde tempos remotos, discute justamente a imposição desta “experiência da loucura” a partir do século XVIII, em paralelo à constituição e remodelação de práticas sociais dentro das transformações no poder político que ocorrem à época.

Destacando a prática do internamento, em seu papel no ordenamento social, considerando questões econômicas e urbanas, ao menos desde o século XVI, Foucault (2000) demonstra como a remodelagem desta prática em medida de tratamento – a partir da qual foi possível e necessária a patologização da loucura e a composição de um saber específico sobre esta - laicizou o procedimento de sequestro de determinado seguimento da população, até então justificado por valores religiosos, tradicionais e autoritários. Assim, no século XVIII, na Europa, segmentos sociais encontrados nos asilos – quer por demanda dos modos de produção, quer por escândalo e faltas morais, ou mesmo por excesso populacional – permaneceram internados com a justificativa de

insanos/doentes. Com efeito, desde Michel Foucault, podemos compreender que o rótulo de louco, em sua constituição como objeto (como patologia), tem servido de justificativa para intervenções sobre uma diversidade de atores sociais, com interdição e clausura, na medida em que fornece um “suporte de conhecimento” que permite que a medida não seja uma simples arbitrariedade – como o era com o poder real - diante do louco agora considerado sujeito de direito.

De maneira análoga ao berço da sistematização política dos ideais iluministas e da declaração universal dos direitos humanos que é o Estado Moderno, a chegada da família real no Brasil do século XIX, é o contexto local no qual a loucura virou objeto de intervenção do Estado, momento em que eram listados entre os que deveriam ser internados como loucos, aqueles encontrados, principalmente, entre os miseráveis, marginais, índios, negros, qualquer um que “desequilibra e subverte, por seus excessos, os efeitos reguladores da sociedade” (Machado et. al., 1978, p. 410).

Ainda nos idos do século XIX, com a proclamação da república no Brasil e a consolidação da loucura como um objeto da Psiquiatria, foram desenvolvidas intervenções para além dos muros dos hospícios. Já no século XX, Dr. Rodrigues Caldas (apud. Amarante, 1994) apontava como “alvo” de sequestro para os hospícios, entre ébrios e ociosos, “(...) os indesejáveis inimigos da ordem e do bem público, alucinados pelo delírio vermelho e fanático das sanguinárias e perigosíssimas doutrinas anarquistas ou comunistas, do maximalismo ou bolchevismo.” (p.77). E um pouco depois, a Liga Brasileira de Higiene Mental pôde estabelecer a Psiquiatria como operadora de um ideal de conjunto social, a partir de uma concepção modelar de natureza humana, ao lado de uma eugenia que transformava a loucura em alvo de intervenção juntamente com aspectos étnicos e políticos (Amarante, 1994).

Cabe ressaltar que em todos estes casos, tratavam-se de combate aos autoritarismos ou aos moralismos em prol do avanço da civilização, da democracia e da liberdade, com o adequado tratamento aos sujeitos de direito, lembrando que as reivindicações acima expostas remontam à Revolução Francesa, ao final do século XVIII, a qual foi marcada pelo o “gesto libertador de Pinel”¹², também inspirado no Iluminismo e na declaração universal dos direitos do homem e do cidadão. Ou seja, a chegada da família real ao Brasil e a constituição de espaços adequados e especializados para os alienados, (como o Hospício Pedro II); as medidas consideradas como a primeira Reforma Psiquiátrica brasileira, ocorridas com a chegada dos republicanos ao poder no Brasil¹³, eram, também, transformações vistas como um sinal de civilização e das transformações no poder político que constituem o modelo de Estado de direito no qual “vivemos”.

Hoje, como exposto, é corrente a associação da Reforma Psiquiátrica ao processo de redemocratização do país e ao fim da ditadura militar, no início da década de 1980. No mesmo sentido, de maneira mais global, admite-se que o processo de Reforma se insere em iniciativas que se intensificaram a partir do final da Segunda Guerra, quando os internamentos foram comparados a campos de concentração e relacionados aos regimes autoritários derrotados na guerra. Esta comparação fomentou a luta contra os internamentos e a defesa dos direitos do homem. É importante também destacar que, nessa época, articularam-se órgãos internacionais como a Organização das

¹² “O momento em que a jurisprudência da alienação se torna 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.” (Foucault, 2000, p. 132). A citação de Foucault torna evidente como o tratamento, ou seja, a internação no hospício, – local de tratamento exclusivo da loucura – era concebido por Pinel como uma libertação. Segundo a visão do psiquiatra, seu gesto possibilitava que o louco, ao invés de estar acorrentado ou jogado em depósitos nos quais era visto como ente qualquer, pudesse ter um tratamento adequado àquilo que chamou de desequilíbrio das paixões e doença mental.

¹³ Vale destacar que, nessa época, a intenção era instituir uma nova ordem social que exigia a superação das instituições despóticas. Mas é nesse tempo que a psiquiatria, finalmente, assume a tutela sobre a loucura e expande seu alcance ao espaço social.

Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁴. Ambas instigavam fortes críticas ao internamento, dando ênfase à cidadania do louco. Nesse tempo, foram iniciadas Reformas em diferentes países como Inglaterra, França, Itália e Estados Unidos, também inúmeras experiências na América Latina, incluindo o Brasil.

Se a associação entre a mudança de práticas com relação à loucura e momentos de transformação social é um ponto em comum entre a atual Reforma brasileira e os outros momentos a que nos referimos acima, duas questões se destacam atualmente, se não pela novidade que representam¹⁵, certamente pela centralidade que assumem: o fim do internamento como procedimento terapêutico e a relação entre loucura e cidadania¹⁶. Estamos, nesse ponto, tratando do momento em que se constitui um novo objeto para a psiquiatria: a “doença mental” cede lugar à “saúde mental”, começando a tirar de evidência a perspectiva higienista (Amarante, 1995). A partir daí, se temos hoje, como temas centrais nas políticas públicas de saúde mental, o internamento e a cidadania, isso se dá em uma relação invertida entre os dois termos, ou seja, o internamento (não mais entendido como tratamento) só pode constituir uma agressão ao homem como sujeito de direito. Acabar com o internamento do louco é uma iniciativa de respeito a seus direitos, do mesmo modo que deve haver outras iniciativas com relação a este.

¹⁴ É interessante notar que a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, em subordinação à Organização das Nações Unidas (ONU), foi uma proposta do Brasil. A OMS tem servido de fórum onde se delimitam tanto as concepções sobre saúde quanto as metas que devem ser atingidas pelas nações. A ela está vinculada Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), embora esta seja mais antiga (criada em 1902, é a mais antiga organização internacional de saúde), de grande influência sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo delimitado suas principais diretrizes (medicina comunitária, preventiva ou de atenção primária; universalização, regionalização; hierarquização; participação comunitária; integralidade, equidade).

¹⁵ Destacamos que, segundo Castel (1978), o internamento foi questionado mesmo no nascimento do alienismo, da loucura patologizada enquanto objeto e da psiquiatria enquanto saber.

¹⁶ *É a cidadania que se tem em mente quando se empregam termos como autonomia, reinserção, contratualidade, empowerment, competência social etc.. É o ‘nível’ de cidadania o que se pretende muitas vezes medir nas avaliações de qualidade de serviços e programas de saúde mental nos moldes da reforma psiquiátrica.* (Barreto, 2005, p.22).

A Reforma surge, então, com a intenção expressa de questionar as intervenções sobre a loucura e a própria fundamentação do rótulo de louco como objeto suscetível a certos operadores de dominação (como procedimentos de internamento e controle, suspensão de direitos civis etc.). Todavia, é a partir desse mesmo rótulo citado e da manutenção do louco como objeto, que a Reforma se estabelece, mesmo que reivindicando sobre este outra compreensão: sofrimento psíquico, objeto de exclusão social, diferença.

Amarante (1995), ao dissertar sobre Reforma Psiquiátrica, faz uma divisão em três trajetórias: (i) trajetória alternativa: momento em que houve a articulação e fortalecimento de uma série de experiências alternativas ao modelo asilar, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), questionando as práticas médicas e psicopatológicas em sua função social, ao mesmo tempo em que integravam o debate político pela redemocratização e estruturação de outro modelo de saúde pública, juntamente com o movimento sanitarista; (ii) trajetória sanitarista: momento em que, a partir do início da década de 1980, um considerável número de militantes do movimento sanitarista e da Reforma Psiquiátrica passa a integrar o aparelho de Estado, incorporando diretrizes de transformação das políticas públicas em seus serviços, recursos e instituições (como é o caso da influência da organização Pan-Americana de Saúde¹⁷), lançando as bases para o Sistema Único de Saúde (SUS), ao mesmo tempo em que, pela ênfase dada à administração estatal (tecno-burocracia), é enfraquecida a problematização da medicina, da psicopatologia e dos aparelhos de estado como ferramentas de controle e normalização; (iii) trajetória de

¹⁷ Medicina comunitária e atenção primária, aspectos como a universalização, a regionalização, controle social, integralidade e equidade.

desinstitucionalização¹⁸: momento em que o MTSM se rearticula como movimento social, possibilitando a participação efetiva de segmentos não-técnicos – usuários, familiares e qualquer um que aderisse ao lema “por uma sociedade sem manicômios” –; assim, emerge o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), investindo na perspectiva de recusa ao “velho” asilo e a qualquer outra forma de tutela para além do internamento.

De fato, como o próprio autor indica, trata-se de uma divisão didática e as características de cada um desses momentos não são excludentes, mas se atravessam e se confundem. Os fatores que implicam as duas últimas trajetórias, principalmente, têm mantido um intenso debate, situado nos enfrentamentos que a Reforma deve encarar, no embate entre desestabilização e ratificação no equilíbrio das forças que compõem a aparente estabilidade de nosso ordenamento social. Não estamos tratando de uma simples polarização entre “forças da transformação x forças reacionárias”, mas de um jogo bastante complexo e minucioso, no qual a Reforma como política de Estado, tem sido constantemente debatida, no que diz respeito às práticas que propõe instituir em relação ao louco, para que não ocorram reedições de processos institucionalizantes, travestidos de científicos, racionais, civilizados, democráticos, e que possam servir de justificativa e fundamento para o sequestro, exclusão e extermínio de segmentos do corpo social.

Aqui cabe trazer o segundo aspecto que indicamos inicialmente, sobre a maneira como a Reforma tem se estruturado e algumas considerações que vêm sendo feitas a este respeito. Um índice importante, é que a Reforma, como política pública, procura manter abertos canais de diálogo e constante avaliação. Podemos observar a participação nas instâncias de gestão estatal de uma série de atores vindos da militância histórica tanto do movimento sanitarista, quanto do MTSM (Movimento dos

¹⁸ Desinstitucionalização entendida como desconstrução, não apenas como desospitalização, mas como desconstrução da perspectiva manicomial que atravessa o imaginário social segregando a loucura (Amarante, 1996).

Trabalhadores em Saúde Mental) e do MLA (Movimento da Luta Antimanicomial). Mesmo quando esta participação não se dá de maneira direta (como integrantes dos quadros do governo), existem as instâncias como as Conferências e o Conselho Nacional de Saúde, nos quais há a representação de segmentos técnicos e não-técnicos para a construção das diretrizes, que devem ser seguidas pelas políticas públicas. Podemos notar também, que o lema “por uma sociedade sem manicômios”, atualmente, mantém-se como uma ordem da Reforma como política pública¹⁹. As propostas de serviços, substitutivos aos manicômios, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), também se identificam com a trajetória desinstitucionalizante e têm papel preponderante dentro das atuais políticas públicas.

A cidadania e o fim dos internamentos aparecem como temas centrais e sua enunciação atravessa todos os encaminhamentos das políticas públicas de Saúde Mental, perpassando a constituição dos serviços, normalizações e diretrizes dos mesmos. Neste sentido, os equipamentos e a burocracia estruturados, implantados ou em via de se implantar, também não são desprezíveis em termos de transformação operada, muito pelo contrário, constituem um tipo de institucionalização²⁰ legal de grande relevância, por sua generalização por todo o território nacional, tendo em vista as dimensões continentais de nosso país, além das características de desigualdades sociais que aqui temos.

¹⁹ Embora isso possa ser dito, também vale citar que tal movimento não ocorre sem resistências e tentativas de retrocessos. O caso da insistência estratégica na distinção entre manicômio e hospital psiquiátrico, com a possibilidade de manutenção dos internamentos, mesmo quando a prerrogativa é o fechamento progressivo dos leitos, demonstra claramente que o MLA não contaminou todas as instâncias institucionais da área. Para os que acham que esta não é uma possibilidade, ver o caso do Rio Grande do Sul e a recente investida dos proprietários de clínicas e de entidades da Psiquiatria.

²⁰ Institucionalização aqui no sentido em que Regina Benevides (Barros, 2003) se refere à implantação das políticas públicas de Saúde Mental. A autora discute a noção de institucionalização que, em muitos momentos, se refere à estagnação de práticas sociais e à dominações implicadas. No entanto, dentro da própria perspectiva da Análise Institucional, a idéia de institucionalizar se refere a instituir, e sem o instituído não há corpo social. A autora comenta a necessidade de que se instituíam alguns procedimentos dentro das políticas que encaminham a Reforma Psiquiátrica no Brasil, para que esta se fortaleça, se estabeleça e não retroceda para práticas asilares. Daí a necessidade de institucionalizar os CAPS, de sedimentar seu papel e a política que estes põem em andamento.

Como desdobramentos efetivos destas políticas, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2007) é visível a diminuição das internações, proporcionalmente à diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos (11.826 leitos fechados em quatro anos), em ritmo de redução anual estável em cerca de 2.500 por ano no período de 2003 a 2006. Outro ponto efetivo é a municipalização dos serviços e composição de uma rede pública (por exemplo, hoje 98% dos serviços tipo CAPS são públicos), com implementação de uma rede de atenção à Saúde Mental de base comunitária por meio de programas, serviços e procedimentos técnicos, que visam garantir resolução da política com a produção de autonomia e cidadania. Tais mudanças têm sido viabilizadas pela estruturação de uma série de equipamentos, políticas e programas; dentre estes são destacados: o *Programa de Volta pra Casa*, que alcança hoje cerca de 2.600 beneficiários; os *Serviços Residenciais Terapêuticos*, que são hoje 475 em funcionamento e os *Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*, que chegam à marca dos 1326 serviços (em 31 de janeiro de 2009²¹).

Com a finalidade de evidenciar a centralidade dos serviços tipo CAPS, cabe apresentar uma clara definição dos mesmos. Atesta-se que os CAPS são

Serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2007, p.63).

²¹ http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo_em_31_de_janeiro_de_2009.pdf

Para pôr em prática estas ações, os CAPS contam com equipes interdisciplinares, que não são necessariamente comandadas por profissionais da Psiquiatria²². Estas equipes devem desenvolver ações técnicas que, além de manter procedimentos mais tradicionais, como atendimento clínico individual, por exemplo, devem articular procedimentos que objetivam a reinserção social do usuário, trabalhando também com os familiares e com a comunidade, contando, por conseguinte, com ferramentas de intervenção como as mini-equipes²³, atividades de oficinas terapêuticas, reunião de grupos, assembléias, visitas domiciliares, passeios e programações fora do serviço (Brasil, 2007, p.16). Além disso, os CAPS exercem outro papel – em alguns momentos identificados com produção de cidadania²⁴ – ao disponibilizar, para os usuários, refeições e espaço de convivência, a regulamentação da concessão de benefícios como aposentadoria, passe livre em transporte público e inserção pelo trabalho.

Dessa forma, as políticas públicas de saúde mental têm se mantido em uma perspectiva de progressivamente acabar com a clausura, ao mesmo tempo em que procura não desamparar a assistência em Saúde Mental, por meio dos equipamentos de sua rede específica e da relação destes com a rede de atenção básica. Esta rede especializada, por sua vez, além de ter em vista uma atuação na assistência, tem como

²² Esta iniciativa procura retirar a psiquiatria do centro da referência de seus procedimentos, o que seria um passo para não tomar como referência a classificação patológica dos usuários, embora seja um fato também, que a admissão em um CAPS só é possível legalmente por um diagnóstico psiquiátrico, ou seja, a entrada no serviço só se dá diante de uma classificação patológica.

²³ Pequenas equipes formadas dentro dos próprios quadros dos serviços para dividir o trabalho com os usuários, tornando-se sua referência, acompanhando mais de perto um número determinado de casos, agilizando as tomadas de decisões e responsabilizações cotidianas.

²⁴ Embora este seja ponto polêmico, tanto pelo aspecto assistencialista que este papel pode desempenhar, quanto pelo fato de que, principalmente em um país como o Brasil, estas são demandas de uma parte bastante considerável da população e não apenas dos usuários de serviço de Saúde Mental. Este último aspecto nos é especialmente importante, por parecer uma das principais utilidades dos serviços, o que dispara uma discussão intensa sobre o objeto e objetivos dos serviços.

prerrogativa um processo de desinstitucionalização²⁵, no sentido de re-inserção social com a construção da autonomia e cidadania do louco e da transformação da percepção social sobre a loucura, que deve ser vista não como patologia, mas como condição de diferença (IV ENMLA, 1999; V ENMLA, 2001; Brasil, 2002; Barros, 2003; Brasil, 2004; Brasil, 2007).

Assim, o que poderia ser relacionado à perspectiva sanitária (“tecnoburocrática”), com a estruturação de políticas públicas na saúde, tem sido atravessado pela perspectiva desinstitucionalizante, ao menos nas diretrizes que a Reforma traça para si. A idéia de desinstitucionalização traz consigo a perspectiva de ampla mudança nos modos de lidar com a loucura, ao passo que se instaura como desconstrução de práticas sociais vigentes e não apenas modificação em estruturas burocráticas e de serviços; uma desconstrução de padrões morais que transformaram e mantêm a loucura como patologia, algo que não deve existir no convívio social (Amarante, 1996).

De qualquer modo, ao se estabelecer enquanto política pública, é com os elementos já citados (os serviços, os programas, as prerrogativas legais etc.) que a Reforma procura dar efetividade à perspectiva de transformação social tendo em vista os modos de se lidar com a loucura, e é neste ponto que delimitamos o dispositivo aqui como nosso problema de pesquisa, tendo em vista seu papel de articulador dos elementos que devem ser operados para a efetivação do que é enunciado enquanto Reforma Psiquiátrica brasileira como política pública, tendo em vista a substituição do modelo de tratamento pelo internamento e uma perspectiva de transformação social. Nossa discussão é encaminhada, principalmente, a partir da perspectiva dos operadores desses elementos, os trabalhadores do serviço e gestores da rede, nas narrativas que eles trazem a respeito de sua prática cotidiana no exercício da Reforma.

²⁵ Desinstitucionalização, aqui sim, no sentido apontado por Amarante (1995) em relação à perspectiva basagliana, sobre o que deve ser o papel da Reforma, como desconstrução de práticas sociais, micropolíticas, que segregaram a loucura e que estão além dos manicômios.

A partir de nosso trabalho de campo, na rede de Saúde Mental em Aracaju, direcionamos nossas investigações para a observação dos encaminhamentos da Reforma, tendo em vista os enfrentamentos indicados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2007), bem delineados por autores como Dimenstein (2007) e Bezerra Jr. (2007). Devemos considerar que a Reforma política pública, enquanto tal, não se configura como um espaço institucionalizado conquistado, existem limitações na própria estrutura técnico-burocrática implantada, em relação à própria rede de Saúde Mental, e em relação à rede de saúde a que os serviços de Saúde Mental devem se articular; estes últimos, por vezes, acabam por se configurar como uma alternativa melhor que a atenção básica. Uma questão importante, diz respeito ao financiamento do sistema, que ainda tem uma parcela bastante grande da iniciativa privada tanto na atenção básica quanto na Saúde Mental – apesar de serviços como os CAPS serem hoje 98% públicos, o número de hospitais psiquiátricos, duzentos e vinte e seis (na maior parte privados), ainda é muito grande, totalizando 39.567 leitos (Brasil, 2007) –, além da remuneração profissional ainda precária em todas as redes.

Há também, dificuldade entre os quadros técnicos de ultrapassar os seus limites disciplinares (quando são alcançados) em um sentido de estabelecer a articulação dos usuários com o “fora” do serviço. Tal pretensão requer muito mais do que qualquer conhecimento técnico específico, mas uma avaliação e reconfiguração constante do próprio trabalho e papel, assim como o reconhecimento dos limites em relação ao que se possa esperar de estruturas técnico-burocráticas. Vale observar que alguns recursos têm se configurado no sentido de constante avaliação e busca por novas práticas, como os programas de educação permanente²⁶ e supervisão clínico-institucional²⁷.

²⁶ *Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho* (Brasil, 2004, p.44).

As dificuldades estão, portanto, na consolidação de um sistema técnico-burocrático quanto e extrapolação deste. Muitas das transformações, mesmo que previstas, não ultrapassam o esquema teórico, como é o caso da idéia de transformação social e de produção de autonomia e cidadania. Percebemos que há dificuldades em pôr em prática tecnicamente as diretrizes para a articulação com a comunidade, com a família, com a rede e com outros espaços sociais; mas, há também os próprios problemas vividos pela comunidade, pelas famílias e pela rede básica, independentes de sua relação com a Saúde Mental. Isso faz com que as iniciativas elaboradas com a finalidade de servir à transformação nos modos de se lidar com a loucura, acabem por ser solicitadas a atender a questões sociais diversas, o que nos parece uma das mais importantes discussões e embates a serem travados.

Segundo Bezerra Jr. (2007), um outro dado a ser considerado, é o fato de que muitos dos que põem a Reforma em prática hoje não vivenciaram a articulação da Reforma imbricada na ebulição de múltiplas questões sociais, como a crítica à ditadura, movimentos reivindicatórios, movimentos de classe. Segundo esse pensamento, faltaria aos novos profissionais que atuam nas redes, o contato com os embates políticos que procuravam levar em conta a discussão sobre direitos civis para além da inimputabilidade e da construção de serviços especializados e eficientes, como foi o caso das experiências de Basaglia, Cooper, Castel, entre outros, ficando a idéia de transformação social muitas vezes restrita ao modelo bem montado, de modo que o próprio sistema, mesmo falando em autonomia, parece não prever outra alternativa que não a própria assistência que pode produzir.

²⁷ (...) mecanismo de supervisão das atividades terapêuticas e de gestão desenvolvidas. A supervisão, além de promover orientação técnica para as equipes, também auxilia na discussão da dinâmica de interação da própria equipe, e da equipe com o território, sendo ainda um valioso dispositivo de aperfeiçoamento da gestão e de apoio à equipe terapêutica nos aspectos relacionados à tensão laboral. O Ministério da Saúde recomenda que todos os CAPS tenham pelo menos uma supervisão quinzenal, sendo desejável a supervisão semanal. (Brasil, 2007, p. 66).

É dentro deste quadro que destacamos o nosso campo de pesquisa, na Rede de Atenção Psicossocial (REAP) do município de Aracaju, a partir de uma característica interessante. Aracaju não tem uma tradição histórica de forte participação na Reforma Psiquiátrica; do mesmo modo, não possui quadro extenso de profissionais que participaram do movimento, nem experiências alternativas muito antigas. O primeiro serviço alternativo do município, o CAPS Arthur Bispo do Rosário, foi inaugurado em 2000 e dirigido por uma ONG. Apesar disso, a cidade é hoje modelo e uma das referências no país em estruturação da rede de Saúde Mental (também de outros sistemas e serviços em saúde, como o SUS, SAMU), figurando como a melhor cobertura CAPS por habitante (Brasil, 2007, p.15).

Assim, algumas ponderações, a partir do trabalho realizado em Aracaju, a respeito da Reforma, se tornam questões interessantes de serem discutidas. Em primeiro lugar, cabe lembrar a peculiaridade desta rede modelo, em um município sem grande tradição na Reforma, o que nos leva a pensar a força que pode ter em sua capacidade de transformação, mesmo que limitada a uma “tecnoburocracia”. Com municipalização plena desde 2002, foram fechados dois hospitais e existe a possibilidade de mais um fechamento, já tendo sido inaugurado mais um CAPS III²⁸ em julho de 2008, o que deixaria o município com apenas um hospital psiquiátrico, atendendo principalmente a outros municípios do estado. Além da rede de CAPS, Aracaju conta ainda com quatro serviços residenciais terapêuticos, uma Urgência em Saúde Mental (Hospital São José) e tem configurado sua gestão de maneira diferenciada, com três instâncias vinculadas à coordenação de Saúde Mental: núcleo de gestão de serviços; núcleo de gestão cuidado inter-redes e núcleo de apoio ao cuidado em Saúde Mental da atenção básica.

²⁸ Atualmente, são três CAPS tipo III, uma CAPS tipo I, um CAPS infantil e um CAPS álcool e outras drogas. Mais informações sobre a rede em Aracaju constam em nossa perspectiva metodológica, no próximo capítulo.

Em segundo lugar, vale dizer que, a partir da condição de modelo, Aracaju torna-se um campo privilegiado na eclosão de alguns dos enfrentamentos que vêm sendo apontados para a Reforma, como a consolidação e expansão da rede, formação dos profissionais, trabalho no território, Reforma para além de um modelo de gestão, transformação social, produção de autonomia e cidadania entre outros (Barros, 2004; Alarcon, 2005; Bezerra, 2007; Brasil, 2007; Dimenstein, 2007). Tendo um sistema implantado com consistência (apesar da precariedade em muitos pontos técnicos), a necessidade de “ultrapassar o modelo” chega ao topo da lista de encaminhamentos, na tentativa de fazer sair da teoria noções como: interdisciplinaridade, territorialidade e gestão.

Apresenta-se também a necessidade de consolidação e expansão da rede básica e de outros serviços, aos quais a rede de Saúde Mental deve se articular para poder avançar, o que toca em questões de dificuldade no atendimento à população em geral, extrapolando, ainda que no âmbito técnico, os serviços específicos da rede de saúde mental. Do mesmo modo, pela capacidade de atendimento dos serviços, a ênfase no tratamento biológico (nosografias e DSMs – *Diagnostic and Statistic Manuals*) chega ao seu limite, ao mesmo tempo em que fica evidenciado que este ainda ocupa um lugar preponderante, mesmo com todo o discurso sobre despatologização da loucura. Isso se dá tanto na admissão dos serviços quanto no que se prevê para as altas – que têm sido pressionadas a levarem em consideração questões que transpõem esse âmbito (condições sociais, financeiras, de estrutura familiar), ao mesmo tempo em que ficam a ele submetidas.

Em terceiro lugar, vale comentar que, juntamente com a reduzida tradição na Reforma, Aracaju também não possui um quadro extenso de trabalhadores historicamente envolvidos com o movimento. Na rede montada, grande parte dos

profissionais que fazem funcionar a Rede de Atenção Psicossocial (REAP) é de novos trabalhadores; o próprio núcleo gestor em Saúde Mental é composto em sua maioria por profissionais abaixo dos trinta e cinco anos de idade e com menos de dez anos de profissão. Essa característica implica que boa parte do quadro profissional da rede em Aracaju é composta por jovens que ingressaram no sistema de saúde tendo encontrado o modelo atual já em vigor, sem ter vivenciado as diversas lutas sociais acontecidas na construção do modelo do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica.

Por outro lado, os novos quadros têm demonstrado um envolvimento e predisposição favoráveis à construção do modelo público de atenção, contando, inclusive, com uma perspectiva de interdisciplinaridade, diferente do apego a práticas cristalizadas de muitos profissionais provenientes do modelo asilar ou de práticas mais tradicionais, que muitas vezes dificultam a transformação das ações. Tal característica pode ser percebida pela consolidação de práticas como a reunião técnica nos serviços (à qual é destinado um turno semanal); as atividades de educação permanente (três no primeiro mês de nossa inserção em campo); o esforço e a preocupação constantes com os enfrentamentos para consolidação do modelo e para efetivação de novas práticas por parte dos trabalhadores e dos gestores – como a possibilidade de ampliação interdisciplinar da prática diagnóstica²⁹ diante da escassez de psiquiatras – e a própria constituição do coletivo gestor de um modo diferenciado (com a divisão nas três instâncias já citadas). Há neste ponto a possibilidade indicativa de um impacto positivo da construção das políticas na formação mais recente dos quadros profissionais, em contraste com um momento em que avança a formação tecnicista no país.

Finalmente, algumas características do município (orçamento, pequenas dimensões de população, de território etc.), aliadas à condição de modelo – que

²⁹ A pactuação entre técnicos para a efetuação de diagnósticos e encaminhamentos medicamentosos.

permitem melhores condições para que a estrutura dos serviços seja posta em prática – possibilitam algumas indicações importantes, como circunstâncias em que apenas o funcionamento do modelo não é suficiente, ou mesmo que, uma vez funcionando o modelo, serve para atender a solicitações sociais que não estão sendo atendidas à população em geral, o que questiona a concepção dos serviços especializados, apontando para a transformação do que seriam direitos civis em privilégios, para a criação de um ciclo de dependência/institucionalização a portas abertas, em uma estranha relação entre inimizabilidade, ou entre CID³⁰ (Classificações Internacionais de Doenças) e acesso à assistência do Estado.

A rede em Aracaju possibilita uma experiência de funcionamento do modelo de políticas públicas em Saúde Mental. Se, de fato, cabe ponderarmos um pouco a respeito das tensões que envolvem os avanços e estagnações na implantação das políticas públicas de Saúde Mental no Brasil, e neste sentido não nos distanciamos muito das discussões que vêm sendo feitas, como chama atenção Alarcon (2005), não se trata de querer o verdadeiro caminho que foi desviado, nem de propor qualquer caminho/modelo. Trata-se de, a partir do funcionamento da rede do município de Aracaju, investigar como a Reforma é praticada pelos trabalhadores de um serviços CAPS III e dos gestores da Rede de Atenção Psicossocial (REAP) de Aracaju, enquanto operadores do dispositivo “alta”, a partir do qual se articulam os elementos enunciados pela Reforma como necessários à sua efetivação enquanto modelo substitutivo de tratamento tendo em vista o fim do internamento e enquanto mecanismos de inserção jurídica e exercício de direitos do louco.

Interessa-nos então a operacionalização do dispositivo “alta” pelos enfrentamentos cotidianos dos trabalhadores e gestores na REAP Aracaju, levando em

³⁰ Hoje, a interdição do usuário já não é pré-condição para a concessão do benefício de prestação continuada (B.P.C.), apesar de esta interpretação ainda parecer forte no INSS no estado de Sergipe.

conta o que enuncia o modelo e o imprevisível da prática. Tendo em vista que, se podemos articular os elementos que a Reforma estabelece como necessários para alcançar seus objetivos através do dispositivo “alta” é pela prática de seus operadores que podemos ter contato com sua efetivação.

CAPÍTULO I

PERSPECTIVA METODOLÓGICA

(...) ainda nos poetas gregos do século VI, o discurso verdadeiro – no sentido forte e valorizado do termo -, o discurso verdadeiro pelo qual se tinha respeito e terror, aquele ao qual era preciso submeter-se, porque ele reinava, era o discurso pronunciado por quem de direito e conforme o ritual requerido; era o discurso que pronunciava a justiça e atribuía a cada um sua parte; era o discurso que, profetizando o futuro, não somente anunciava o que ia se passar, mas contribuía para a sua realização, suscitava a adesão dos homens e se tramava assim com o destino. Ora, eis que um século mais tarde, a verdade a mais elevada já não residia mais no que *era* o discurso, ou no que ele *fazia*, mas residia no que ele *dizia*: chegou um dia em que a verdade se deslocou do ato ritualizado, eficaz e justo, de enunciação, para o próprio enunciado: para seu sentido, sua forma, seu objeto, sua relação a sua referência. Entre Hesíodo e Platão uma certa divisão se estabeleceu, separando o discurso verdadeiro e o discurso falso; separação nova visto que, doravante, o discurso verdadeiro não é mais o discurso precioso e desejável, visto que não é mais o discurso ligado ao exercício de poder. O sofista é enxotado. (Foucault, 1998, p.15)

Para este trabalho, lançamos mão de uma perspectiva metodológica que tem como referência a obra de Michel Foucault. Propomos uma “análise estratégica de discurso de inspiração foucaultiana” (Rodrigues, 2000, p.39), investigando a ação dos elementos e enunciados articulados pelo dispositivo “alta” nos serviços tipo CAPS, dentro da Reforma Psiquiátrica no Brasil, tendo em vista a configuração desta como política pública de saúde mental. Tais elementos foram investigados em nosso trabalho de campo na Rede de Atenção Psicossocial (REAP) no município de Aracaju, a partir de pesquisa realizada com gestores e trabalhadores, em um serviço tipo CAPS III (CAPS Liberdade) e nas reuniões do coletivo gestor da REAP.

Ao lançarmos mão de uma análise do discurso em tal perspectiva, não temos em vista simplesmente o que é dito (enunciações), mas sua contextualização histórica, conceitual, institucional, material; trata-se fundamentalmente de uma análise de práticas discursivas e não-discursivas dentro das articulações que lhes dão materialidade, pois “o que seria materialmente a loucura fora de uma prática que a faz ser loucura?” (Veyne, 1995, p. 166). Interessa-nos o “como” tais práticas nos “ajudam a decifrar as relações de poder, de dominação e de luta no interior das quais se estabelecem e funcionam” (Rodrigues, 2000, p.39).

Ao indicar que, em nossa sociedade, o discurso verdadeiro passa “do ato ritualizado de enunciação ao próprio enunciado”, Foucault propõe que se investiguem os rituais atualizados pelos quais os enunciados se articulam e se exercem, que se retome o discurso em sua ação, na materialidade que assumem os enunciados quando da sua emergência, na qual enunciações podem ser a ele relacionadas; eis o lugar do dispositivo que corresponde a:

(...) tudo aquilo que tem, de uma maneira ou de outra, a capacidade de capturar, de orientar, de determinar, de interceptar, de modelar, de controlar e de assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos. Não somente as prisões então, os asilos, o panóptico, as escolas, a confissão, as usinas, as disciplinas, as medidas jurídicas, das quais a articulação com o poder está em um sentido evidente (Agamben, 2007a, p.33, tradução nossa)

A alta nos serviços se configura como um procedimento estratégico, na medida em que enquanto prática institucional assume uma posição que se relaciona ao objetivo dos serviços e fornece descrições do que foi ou deve ser operado para que o serviço cumpra seu papel; são estas operações, tendo a alta enquanto virtualidade, que a estabelecem como um dispositivo, ao articular diferentes elementos e enunciados, como: delimitação dos usuários dos serviços (e por contiguidade da Reforma), suas

características, os procedimentos que devem incidir sobre ele, onde eles ocorrem, por quem esses procedimentos devem ser operados, quais as características e exigências feitas a esses operadores, a que conjunto jurídico se articula, que repercussões estes procedimentos devem ter. Estes são os elementos e enunciados que devemos investigar por uma análise do discurso, tendo em vista os saberes que os atravessam, sua emergência e proveniência histórica e a materialidade que assumem no presente dentro do contexto que observamos.

Desse modo, as articulações que o dispositivo *alta* exerce, nos fornecem material para uma análise da Reforma Psiquiátrica brasileira e é pela atuação de alguns de seus operadores – no caso os trabalhadores do serviço e os gestores da Rede de Atenção Psicossocial (REAP) Aracaju – que construímos nosso trabalho. A participação nas reuniões de equipe do serviço e nas reuniões de gestão (e ainda em outros momentos como funcionamento cotidiano do serviço, atividades de capacitação etc.) nos permitiu um contato com o dispositivo “*alta*” em ação, pelas práticas discursivas e não-discursivas com as quais tivemos contato nesses espaços, nos relatos e debates para operacionalização da Reforma a partir da REAP Aracaju.

Como é sabido, Michel Foucault não delimitou um método específico, não há em sua obra uma unidade metodológica. Também não é nosso objetivo construir uma proposta de leitura do trabalho do pensador francês. Levaremos em conta sistematizações feitas por alguns leitores³¹ desse autor, bem como elaboradas pelo

³¹ Machado (2006); Dreyfus e Rabinow (1984); Prado Fº. (2006); Deleuze (2005); Rodrigues (2000); estabelecem mais ou menos momentos diferentes na perspectiva metodológica de Foucault, baseados no próprio autor e em interpretações e análises da obra do mesmo. Diferenciações entre fases como a arqueológica, a genealógica e subjetividade e governo de si são levadas em conta neste trabalho, embora não nos atenhamos a tais diferenciações, procurando produzir articulações que consideramos úteis, trazendo também alguns conceitos do autor francês que pretendemos utilizar, bem como ilustrações de obras do mesmo autor.

próprio Foucault³². Para uma análise do dispositivo alta, compreendemos que seja necessário fazer a genealogia dos elementos que ele articula, situando-os na emergência dos saberes que o atravessam e que compõem os enunciados que nele se exercem, para compreender suas atualizações e suas transformações. Neste sentido, cabe esclareceremos alguns pontos em relação à perspectiva de análise do discurso utilizado neste trabalho. Delimitamos as noções de saber, história, prática e discurso para que possamos elucidar a que estamos nos referindo ao lançarmos mão de tal perspectiva, que caminho ela nos permitiu tomar para a elaboração de nosso trabalho e como procedemos para a sua construção. Na sequência, apresentamos a configuração de nosso campo, um serviço e o núcleo gestor da Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju, as instâncias de nossa investigação e nossa inserção em campo.

³² *A ordem do discurso* (Foucault, 1998); *A Arqueologia do saber* (Foucault, 2005b); *História da Loucura* (Foucault, 2000); *O poder psiquiátrico* (Foucault, 2006a); *Nietzsche, genealogia e história* (Foucault, 1979e); *História da Sexualidade I: a vontade de saber* (Foucault, 1988); *Em defesa da Sociedade* (Foucault, 199a); *Segurança território e população* (Foucault, 2008); *Nascimento de la biopolítica* (2007).

1.1. Saber

Em algum remoto recanto do universo, que deságua fulgurantemente em inumeráveis sistemas solares, havia uma vez um astro, no qual animais astuciosos inventaram o conhecimento. Foi o minuto mais audacioso e hipócrita da “história universal”: mas, no fim das contas, foi apenas um minuto. Após alguns respiros da natureza, o astro congelou-se e os astuciosos animais tiveram de morrer. (Nietzsche, 2007, p. 25)

Um importante deslocamento que Foucault faz, já em seu primeiro trabalho, *História da Loucura* (2000)³³, é o privilégio dado em suas pesquisas ao que ele chama de saber. O autor francês faz uma distinção entre saber e conhecimento, o primeiro se refere a variados tipos de discursos, enquanto o segundo diz respeito primordialmente aos discursos que se articulam de maneira coerente com a construção de uma ciência (Machado, 2006).

Em seus trabalhos, Foucault não esteve interessado em delimitar o que seria um discurso verdadeiro, cientificamente entendido³⁴ - o que Foucault chama conhecimento -, consequentemente, não mantém suas investigações limitadas a um domínio de saber específico referente a determinado objeto. O seu interesse passa a ser o saber, entendido como práticas discursivas e não-discursivas, que podem ser encontradas em diferentes campos e são condição de possibilidade para que um objeto se constitua como tal, também para que possa ser delimitado sobre ele um conhecimento, ou mesmo um domínio de saber específico. Ou seja, a constituição de um objeto como tal, não ocorre a partir do refinamento do conhecimento, entendido como verdade sobre este objeto, mas antes, a partir dos múltiplos campos, não necessariamente relacionados entre si, nos

³³ A referência a esta obra será uma constante em nosso trabalho, pela temática e abordagem, pela relevância e referência para as discussões sobre loucura. O próprio Foucault, muito depois da publicação desta obra, ira retomá-la como *back ground* para um de seus cursos no *Collège de France* (1973-1974), *O poder psiquiátrico* (2006b).

³⁴ Em *Arqueologia do saber* (2005b), Foucault estabelece a distinção entre uma história arqueológica e uma história epistemológica, esta última, interessada na história dos conceitos científicos, enquanto a primeira, está interessada no saber que possibilita a emergência destes conceitos e que podem ou não se circunscreverem em uma disciplina científica.

quais uma prática discursiva forma um saber sobre um objeto e que pode, em algum momento, se articular em “processos de veridicção” que constituem certo conhecimento. (Foucault, 2007, p. 52).

Nesse sentido, um conhecimento depende antes do estabelecimento de um saber, sobre o qual pode ser construído um discurso, segundo certa gramática denominada científica, a partir da qual podem ser delimitados princípios de verdade ou de validade. “A prática discursiva não coincide com a elaboração científica a que pode dar lugar (...). As ciências (...) aparecem no elemento de uma formação discursiva tendo o saber como fundo.” (Foucault, 2005b, p. 206).

O saber, assim, não possui nem pretende possuir nenhum princípio de unidade que articule discursos a respeito de um objeto. A análise sobre o saber considera os discursos como uma dispersão que, sem estarem necessariamente ligados a uma disciplina ou a ela circunscritos, podem aparecer em diferentes textos, temas, normas, disciplinas, hábitos, práticas.

(...) podem atravessar textos ‘literários’ ou ‘filosóficos’, bem como textos científicos. O saber não está contido somente em demonstrações; pode estar também em ficções, reflexões, narrativas, regulamentos institucionais, decisões políticas. (Foucault, 2005b, p. 205).

Neste sentido, uma análise do discurso é a descrição de uma dispersão; uma descrição que procura estabelecer uma regularidade capaz de delinear um saber. É desta maneira que, em sua *História da loucura*, Michel Foucault (2000) analisou o aparecimento da disciplina psiquiátrica no início do século XIX, indicando não haver princípio de unidade entre a psiquiatria e o conteúdo, organização interna e função prática presentes nos tratados de medicina do século XVIII. Nem mesmo havia, nos séculos anteriores (XVII e XVI), alguma disciplina que pudesse ser sua antecessora,

deslocando o foco do que seria a psiquiatria como conhecimento ou domínio de saber específico ³⁵.

Foucault defende que, o que tornou possível o aparecimento de uma prática discursiva sobre o louco, na qual se articulou uma disciplina psiquiátrica no século XIX, foi todo um jogo de relações entre a hospitalização, a internação, condições e procedimentos de exclusão social, regras de jurisprudência, normas do trabalho industrial, moral burguesa, “em resumo, todo um conjunto que caracteriza, para essa prática discursiva, a formação de seus enunciados”. (Foucault, 2005b, p.200).

A loucura e as concepções sobre ela, em diferentes épocas, não diziam respeito a um conhecimento que pode ser circunscrito em uma disciplina científica, com uma coerência e regularidade como tal, ou mesmo a um domínio específico de saber que, embora não científico, pudesse agrupar os discursos sobre a loucura. O que Foucault afirma é que a loucura excede qualquer limite que possa ser dado por uma disciplina psiquiátrica enquanto um domínio de saber, cercanda-a por todos os lados. A loucura serve então como um fio condutor para uma análise sobre o saber a seu respeito, que “leva em consideração o conjunto heterogêneo dos discursos que a constituem enquanto objeto” (Machado, 2006, p.75).

O saber aparece como objeto de uma análise do discurso, na qual não há princípio de unidade, mas uma dispersão. Esta dispersão, no entanto, pode ser apresentada dentro de uma regularidade a partir de um trabalho de investigação que articula diferentes campos, diferentes práticas discursivas e não-discursivas, (que estariam de fora de uma investigação epistemológica a respeito de um conhecimento), e

³⁵ Foucault mantém a psiquiatria fora de uma delimitação como conhecimento, ao chamá-la de um domínio de saber que, embora assuma especificidades, se mantém mais “manifestamente” ligada ao campo de saber do qual ele emerge, sem chegar a constituir um corpo conceitual que poderia permitir-lhe um estatuto científico capaz de escamotear-lhe esta ligação. É justamente esta característica que torna a psiquiatria um tema fértil para as investigações foucaultianas.

que produzem um saber. “Não há saber sem uma prática discursiva definida, e toda prática discursiva pode definir-se pelo saber que ela forma” (Foucault, 2005b, p. 205).

Deve-se fazer então uma investigação que leve em conta esta dispersão e que possa estabelecer nela uma coerência, uma prática discursiva que possa ser descrita a fim de tornar perceptível sua contextualização, sua ligação a diferentes textos, campos de conhecimento, práticas institucionais. Em *História da loucura*, Foucault demonstra que, apesar de não estar instituída por qualquer disciplina, uma prática discursiva sobre um objeto, a loucura, era empregada, com sua regularidade e consistência.

Essa prática discursiva, certamente, era empregada na medicina, mas, de igual modo, nos regulamentos administrativos, textos literários ou filosóficos, casuística, teorias ou projetos de trabalho obrigatório ou de assistência aos pobres. (Foucault, 2005b, p.201).

Ao relacionar esses campos, nos quais se encontram práticas discursivas sobre a loucura, Foucault delimita o conjunto que caracteriza a formação dos enunciados das práticas discursivas sobre a loucura. A isso o pensador francês denomina formação discursiva³⁶, na qual os enunciados³⁷ podem se estabelecer em um jogo enunciativo, construindo uma regularidade para as práticas discursivas e não-discursivas que formam. Os enunciados são o que pode ser descrito em uma análise do discurso, ou seja, uma análise do discurso pode ser entendida como uma descrição de enunciados.

³⁶ Foucault (2005b) estabelece que o que dá regularidade a um saber são as formações discursivas, que dizem respeito a práticas discursivas articuladas por um conjunto interrelacionado de enunciados que se apóiam e sustentam uns aos outros, em uma mesma ou em diferentes categorias de textos (jurídicos, filosóficos, científicos, literários etc.), espaços institucionais, normatizações, concepções morais etc. denominados campos adjacentes ou espaços colaterais.

³⁷ “O enunciado é uma função que possibilita que um conjunto de signos, formando uma unidade lógica ou gramatical, se relacione com um domínio de objetos, receba um sujeito possível, coordene-se com outros enunciados e apareça como um objeto, isto é, como materialidade repetível” (Machado, 2006, p. 152). Só é possível delimitar um enunciado quando associado a outros em uma função ou jogo enunciativo, não existe enunciado fora de uma função, restando então descrever os enunciados dentro de um jogo enunciativo.

Detenhamos-nos momentaneamente em quatro características delimitadas por Foucault (2005b) para a concepção de enunciado, visto sua importância para que se estabeleça a regularidade de um saber: (i) o enunciado só é enunciado dentro da relação com o que enuncia, ele não é independente desta relação; (ii) ele também não se estabelece de maneira isolada, mas sempre em relação a outros enunciados nos quais se apóia e os quais sustenta, o que se denomina jogo ou função enunciativa; (iii) dentro da correlação com o que enuncia e da função enunciativa que o integra, o enunciado se distingue da enunciação³⁸ e assume uma materialidade repetível em diferentes circunstâncias, espaço, tempo e (iv) onde diferentes sujeitos podem vir a tomar posição sem que lhes seja fixada correlação necessária.

Desse modo, em relação aos dispositivos, os enunciados delimitam seus objetos visíveis, suas enunciações formuláveis, suas forças em exercício, os sujeitos em uma determinada posição, que se cruzam na materialidade do dispositivo, servindo, hegemonicamente, para fixar, gerir, estratificar e distribuir corpos, olhares, discursos e desejos. Ao mesmo tempo, servem de tensão que pode sempre escapar da articulação de um dispositivo para se colocarem à disposição e outro (Deleuze, 1990).

Quando Foucault (2000) analisa o saber sobre a loucura, procura descrever os enunciados na função enunciativa em que se estabelecem, analisando as condições nas quais se exerce esta função e a maneira como se articulam os diferentes domínios nela implicados, nos quais ela (a loucura) se estabelece como objeto sobre o qual pode-se falar, escrever e agir em diferentes campos institucionais ou em um mesmo campo institucional, articulando enunciados de diferentes campos institucionais a uma formação discursivas. De fato, trata-se também da produção de um discurso que estabelece o jogo enunciativo. É o que fez Foucault ao considerar como o mais

³⁸ Conjunto de signos emitido por alguém em uma circunstância singular e independente de correlações que nunca pode ser repetido (Foucault, 2005b).

relevante em sua *Hisória da loucura*, a relação entre as práticas sociais de internamento, o saber que acompanha tais práticas, as regras de jurisprudência, as transformações políticas e econômicas que as articulam, a moral burguesa que as perpassa: todo um conjunto que caracteriza a formação discursiva na qual se constituem práticas discursivas sobre o louco e enunciados que podem ser materialmente exercidos por dispositivos.

Temos, então, na época clássica, uma formação discursiva e uma positividade perfeitamente acessíveis à descrição, às quais não correspondem nenhuma disciplina definida que se possa comparar à psiquiatria. (Foucault, 2005b, p.201).

É como uma articulação desse jogo de relações, uma materialidade dessas relações que emerge, por exemplo, o dispositivo “alta” no alienismo. A alta se refere ao funcionamento institucional-técnico-legal, como desfecho de uma série de procedimentos que, atravessados por estes saberes, em suas práticas discursivas e não discursivas, institui objeto, conhecimentos sobre este, operadores, técnicas, edificações, regulamentações.

Ao construirmos nosso trabalho, como uma análise da Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir da investigação do dispositivo “alta” nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), procuramos descrever os enunciados através das práticas discursivas e não-discursivas dos gestores e trabalhadores que, articulados neste dispositivo, materializam regularidades que delineiam saberes sobre o louco.

Se práticas discursivas sobre a loucura proporcionaram uma regularidade capaz de delimitar um saber sobre esta, o dispositivo “alta” emerge com o alienismo atravessado por estes saberes, como dispositivo de exercício dos enunciados que compõem essas práticas discursivas. Procuramos então situar a emergência desse dispositivo que investigamos, através da manutenção e transformação dos elementos por

ele articulados – internamento, tratamento, patologia, cidadania -, do acoplamento de outros elementos em momentos subsequentes à sua emergência – cidadania/direitos humanos, interdisciplinaridade, inserção social (capítulo II) -, como os processos de reformas no qual se inscreve a Reforma Psiquiátrica brasileira, e enquanto dispositivo de governo – cidadania, gestão da vida, dos espaços, da circulação, da produção (capítulo III) – o que expande o alcance das articulações do dispositivo.

Para tanto, foi necessário contextualizar historicamente os jogos enunciativos que vão atravessando, a cada momento, o dispositivo “alta”, na composição dos elementos que ele vem articulando, para que fosse possível uma análise das práticas discursivas e não-discursivas de alguns de seus operadores no contexto atual da Reforma no Brasil, enquanto política pública, no caso, gestores e trabalhadores.

1.2. História

Sobre a concepção foucaultiana de história cabe, de início, marcar distinções feitas pelo pensador francês (1979e) em referência a concepções “nietzscheanas” de história. Trata-se da distinção entre uma regularidade que delinea um saber em contraposição à idéia de origem deste saber. Do mesmo modo que o discurso é uma dispersão, se empregamos uma pesquisa histórica, esta não pode ser uma pesquisa da origem, pois não há origem para o saber enquanto objeto de uma análise do discurso. Seria incoerente procurar um conceito ou um evento específico isolado a partir do qual um saber se constituiu e evoluiu do passado ao presente, visto que o saber não possui um princípio de unidade.

A análise de um saber deve se realizar no presente: uma história do presente, de como um saber, com práticas discursivas e não-discursivas se estabelecem no presente, articuladas a um jogo de relações que devem ser descritas a fim de que possam ser apresentadas como uma regularidade (e regularidade aqui não diz respeito a uma repetição de dados que possam valer como índice de frequência ou de probabilidade estatística); aqui o papel da investigação de dispositivos como uma investigação do presente. Foucault (1979e) apresenta duas concepções a serem levadas em consideração na pesquisa histórica e que se contrapõem à pesquisa de origem: a proveniência e a emergência³⁹.

A proveniência, embora possa ser utilizada como sinônimo de origem em um dicionário da língua portuguesa (Houaiss, 2001), não diz respeito a uma mesma essência inerente a tudo o que se caracterizaria como de uma mesma proveniência,

³⁹ Foucault (1979e) faz uma distinção, tomando como referência a obra de Nietzsche, na qual os termos empregados em alemão *herkunft*, *entstehung* marcam melhor que *ursprung* o objeto próprio da genealogia (p.20).

fixando-lhe uma identidade que garante a semelhança inata. Isso seria justamente a pesquisa de origem. Em uma pesquisa desse tipo, a história não passaria de um relato que deveria, no máximo, encontrar os fatos verdadeiros que pudessem apresentar o que já estaria inabalavelmente predeterminado em uma origem essencial.

A proveniência, ao contrário, abala o que se apresenta como inabalável; procura nos acidentes, nos erros de percurso que marcam a história de uma proveniência. Há um ordenamento, mas um ordenamento das diferenças que a caracterizam. Como na crítica do documento, na qual a história serve-se de “uma materialidade documental (livros, textos, narrações, registros, atas, edifícios, instituições, regulamentos, técnicas, objetos, costumes, etc.)” (Foucault, 2005, p.7), mas não para descobrir uma verdade que o habita e sim para organizá-lo, recortando e distribuindo, distinguindo e estabelecendo o que é pertinente ou não.

Seguir o filão complexo da proveniência é, ao contrário, manter o que se passou na dispersão que lhe é própria: é demarcar os acidentes, os ínfimos desvios – ou, ao contrário, as inversões completas – os erros, as falhas na apreciação, os maus cálculos que deram nascimento ao que existe e tem valor para nós; é descobrir que na raiz daquilo que nós conhecemos e daquilo que nós somos – não existem a verdade e o ser, mas a exterioridade do acidente. (Foucault, 1979e, p. 21).

A história da proveniência diz respeito justamente à descrição dos enunciados em sua materialidade, na qualidade de forças que se impõem, se embatem e se sustentam em um jogo ou função enunciativa.

A emergência se refere a um “ponto de surgimento. É o princípio e a lei singular de um aparecimento” (Foucault, 1979e, p. 23). Do mesmo modo que proveniência deve se distinguir da noção de origem, a idéia de emergência não diz respeito à erupção de uma origem, mas à erupção de um embate de forças que “nada mais é que o atual episódio de uma série de submissões” (Foucault, 1979e, p. 23). A pesquisa histórica

procura restabelecer os diversos sistemas de submissões implicados naquela emergência e não o escamoteamento destes por um sentido originário; os enunciados como emergências dentro de um jogo enunciativo e não como referentes a um sentido originário; os dispositivos como articulações de divergências.

Há um trecho da obra de Nietzsche, *Genealogia da Moral* (1998) à qual Foucault (1979e) faz referência e que consideramos particularmente elucidativo para o nosso propósito.

Mesmo tendo-se compreendido bem a *utilidade* de um órgão fisiológico (ou de uma instituição de direito, de um costume social, de um uso político, de uma determinada forma nas artes ou no culto religioso), nada se compreenderá a cerca de sua gênese: por mais molesto e desagradável que isto soe aos ouvidos mais velhos – pois de há muito se acreditava perceber no fim demonstrável, na utilidade de uma coisa, uma forma, uma instituição, também a razão de sua gênese, o olho tendo sido feito para ver, a mão para pegar (...) Mas todos os fins, todas as utilidades, são apenas *indícios* de que uma vontade de poder se assenhoreou de algo menos poderoso e lhe imprimiu o sentido de uma função.(...) o “desenvolvimento” de uma coisa, um uso, um órgão, é tudo menos seu *progressos* em direção a uma meta, menos ainda um *progressos* lógico e rápido, obtido com um dispêndio mínimo de forças – mas sim a sucessão de processos de subjugamento que nela ocorrem, mais ou menos profundos, mais ou menos interdependentes, juntamente com as resistências que a cada vez encontram, as metamorfoses tentadas com o fim de defesa e reação, e também o resultado de reações contrárias bem sucedidas. Se a forma é fluida, o “sentido” é mais ainda... (Nietzsche, 1998, p. 66).

O saber não possui um princípio de unidade, é considerado uma dispersão, um jogo de relações entre práticas discursivas e não-discursivas; se considerado como objeto de uma análise do discurso, diz respeito à descrição de enunciados, de jogos enunciativos, de forças em embate para o prevalecimento de uma perspectiva sobre outra. A pesquisa histórica de um saber é a pesquisa histórica destas forças. Leva em consideração a sua proveniência, ou seja, as diferentes forças que estão em embate, e a

emergência, como o campo do qual emerge certo embate. “Enquanto que a proveniência designa a qualidade de um instinto, seu grau ou seu desfalecimento, e a marca que ele deixa em um corpo, a emergência designa um lugar de afrontamento.” (Foucault, 1979e, p. 24). Se nosso trabalho não consiste em uma pesquisa propriamente histórica, não pode deixar de considerar as percepções sobre o louco, os saberes e legislações sobre ele, como emergências de forças em embate que se articularam em dado momento. A investigação da alta como um dispositivo, é a investigação desses diversos elementos (que são a Reforma materialmente), das transformações e atualizações dos embates que lhes dizem respeito; é uma investigação das transformações e composições que estes elementos vêm sofrendo e exercendo, e que são ativadas nas práticas discursivas e não-discursivas que investigamos em nosso campo de pesquisa.

Dada configuração de forças não tem nada de natural, predeterminado ou neutro; não ocorre em nenhum lugar que não seja deste mundo. Ela é material, é exercício no presente, é prática, é imposição de uma perspectiva sobre outras. Produzir uma análise do discurso é entrar neste embate, é mexer em certa configuração, é apresentar este embate como uma narrativa que é em si, também um embate. “Estendendo o discurso ao longo de um calendário e dando uma data a cada um de seus elementos, não se obtém a hierarquia definitiva das precedências e das originalidades; estas só se referem aos sistemas dos discursos que tenta valorizar” (Foucault, 2005b, p. 161).

Um saber são forças em exercício; produzir uma análise do discurso é analisar a formação de certo tipo de saber em termos de poder (Foucault, 1988), um saber-poder⁴⁰.

⁴⁰ As noções de prática e de exercício, diretamente ligadas à concepção de poder em Foucault, marcam a distinção feita por muitos de seus leitores (Machado, 2006; Drayfus e Rabinow, 1984; Prado F^o, 2006; Deleuze, 2005; Rodrigues, 2007) sobre o que seria a passagem das pesquisas arqueológicas para as pesquisas genealógicas na obra do pensador francês. Assim, é delimitada a concepção de poder-saber. Foucault em *O poder psiquiátrico* (2006b, p.16-17), destaca a ênfase dada às práticas, diferente da atenção dada sobre representações (p.16). Também ocorre de ser observado pelo próprio Foucault e por seus leitores que *História da loucura na idade Clássica*, obra inaugural do pensador francês e relacionada à fase arqueológica, já se voltava sobre a análise das práticas. Sem entrar nestas delimitações, mantemos a

É neste exercício que podem ser delimitados objetos e campos de pesquisa. Saber-poder, objeto de uma análise do discurso, efetivada pela descrição de enunciados, de jogos enunciativos, descrição de embates de forças.

Se interpretar era colocar lentamente em foco uma significação oculta na origem, apenas a metafísica poderia interpretar o devir da humanidade. Mas se interpretar é se apoderar por violência ou sub-repção, de um sistema de regras que não têm em si significação essencial, e lhe impor a uma direção, dobrá-lo a uma nova vontade, fazê-lo entrar em um outro jogo e submetê-lo a novas regras, então o devir da humanidade é uma série de interpretações. E a genealogia deve ser a sua história; história das morais, dos ideais, dos conceitos metafísicos, história do conceito de liberdade ou da vida ascética, como emergências de interpretações diferentes. Trata-se de fazê-las aparecer como acontecimentos no teatro dos procedimentos. (Foucault, 1979e, p.26).

Proveniência e emergência se relacionam às formações discursivas. Assim é possível inscrever a Reforma no Brasil em relação às reformas no mundo; o mesmo se dá com o alienismo e com a estruturação das democracias de massa, da governamentalização dos estados e do papel das políticas públicas.

O que existe hoje em relação a serviços, políticas públicas e produção teórica voltados para a questão da loucura, não representa uma evolução contínua de saberes que se aperfeiçoaram para melhor cuidar do louco ou para finalmente libertá-lo. Se o louco permanece como objeto, isso se dá dentro de um jogo enunciativo que o delimita, em condições atuais, e que são exercidos pelo que entendemos como dispositivo “alta”, pelos elementos por ele articulados.

Assim, se identificamos atualmente mudanças na maneira de lidar com o louco; se existem transformações na constituição de políticas públicas, de serviços, de intervenções técnicas e mesmo de estatuto jurídico para o louco, não são o simples

concepção de saber-poder, como exercício, prática, imanência entre um e outro, como propõe Foucault (1988, p. 108-113).

resultado de processos e experiências de reformas psiquiátricas, mas estão imbricados em um jogo de forças que saem de cena ou voltam a ela, de maneira diferente, ou a outras forças agenciadas. Sai a figura centralizadora do psiquiatra, entra uma diversidade de *experts*; mantêm-se os *experts*, mudam seus papéis e enunciados; sai o manicômio, entram serviços abertos; sai a inimizabilidade, entra a produção de cidadania. Em nosso trabalho, é necessário observar a proveniência dos enunciados que hoje emergem, em nossa atual e singular configuração social e a história que estes constroem agora, nesse momento, pelo acoplamento destes elementos pelo dispositivo “alta”, atualmente na Reforma, exercidos por trabalhadores e gestores no campo de nossa investigação.

É justamente esta proveniência que procuramos delinear com contextualizações históricas, política e conceituais dos elementos articulados pelo dispositivo “alta”; o mesmo em relação aos textos, obras, registros que utilizamos, considerados como documentos/monumentos, no sentido dado pelo próprio Foucault (2005b, p.8), não como fornecedores de uma memória do passado, mas de uma massa de elementos que podem sempre ser selecionados, isolados, agrupados e tornados pertinentes na narrativa que construímos em nosso trabalho (Rodrigues, 2007, p.44).

Ao produzirmos este trabalho, esta narrativa, estamos do mesmo modo valorizando perspectivas, articulando certos enunciados e procurando desconstruir outros, estamos colocando forças em exercício e constituindo saberes. Os saberes que articulam e rearticulam nos atuais serviços e políticas públicas de Saúde Mental no Brasil; os saberes que questionam e criticam, que transformam, mantêm ou desconsideram a concepção de loucura; saberes institucionais e técnicos que reivindicam a louco como objeto, mas também os saberes que afirmam a desconstrução da loucura e da patologia; saberes que produzem serviços e saberes que defendem lutas

e transformações sociais; saberes que se ocupam da gestão de vidas e saberes que se interessam pela potência da vida.

1.3. Prática e Discurso

Fazer uma pesquisa histórica: história como análise do discurso que tem por objeto um saber-poder que se impõe como prática no presente. Não interessam os discursos possíveis, discursos para os quais se estabelecem princípios de verdade ou de validade a serem realizados; interessam os discursos reais, efetivamente pronunciados, existentes como materialidade. Positividade do saber-poder nas práticas sociais (Machado, 2006, p.153); o saber é assim compreendido como materialidade, prática, acontecimento, um dispositivo político. Toda relação de poder implica a constituição de uma campo de saber que, por sua vez, constitui relações de poder (Machado, 2006, p.177).

Mas estas práticas no presente, a materialidade cotidiana nos serviços, à qual podemos nos referir como espaço de centramento de nossa pesquisa, não devem se confundir com uma simples correlação entre verdade e dado empírico. Podemos partir de um dado empírico, de um acontecimento cotidiano, de um regimento, um texto escrito ou proferido e procurar tecer a correlação de forças que delimitam o jogo enunciativo como episódio atual. A enunciação de um usuário de serviço pode se articular a um enunciado que identificamos como técnico; ou a participação em uma assembléia pode ser um enunciado manicomial, se articulado, por exemplo, à obrigatoriedade com punição para quem não participa.

Em *História da loucura*, Foucault se deteve aos múltiplos discursos, percepções, valores, regulamentos, conhecimentos, técnicas. Foi esse o jogo enunciativo descrito pelo pensador francês, como práticas que se entrecruzavam na constituição de saberes-poderes sobre um objeto aí constituído, a loucura. Os saberes-poderes têm efeito como exercício, como prática e o corpo do louco é sua superfície de inscrição. Não só o corpo

do louco, mas também o corpo do médico⁴¹, do vigilante, do técnicos, do jurista, do familiar. Se o saber-poder, que constitui a loucura como objeto, é múltiplo, é na multiplicidade dos corpos que entendemos ai implicados que ela está materialmente inscrita como prática, nas condutas morais, jurídicas e técnicas, nas rotinas, nas regras, nos valores e nas expressões. Do mesmo modo, a rotina cotidiana, as práticas, hábitos, relatos e procedimentos que as pessoas executam são as inscrições a partir das quais podem ser descritos jogos enunciativos.

É com atenção sobre as práticas, sobre o corpo, como espaço privilegiado do qual pode ser descrito o jogo enunciativo, que Foucault afirma o sentido histórico como a re-introdução do devir em tudo o que se acreditava imortal no homem. Perenidade dos sentimentos? Constância dos instintos? Prevalência das leis da fisiologia? O corpo não diz respeito a nenhum sentido originário, ele “é formado por uma série de regimes que o constroem; ele é destroçado por ritmos de trabalho, repouso e festa; ele é intoxicado por venenos – alimentos ou valores, hábitos alimentares e leis morais simultaneamente; ele cria resistências” (Foucault, 1979e, p.27).

Primeiro, com o deslocamento entre conhecimento e saber; depois, com a análise de saberes específicos, Foucault aponta para uma “vontade de verdade” como característica das sociedades ocidentais modernas, que especializam os procedimentos de controle e redistribuição da produção discursiva a fim de “conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade” (Foucault, 1998, p.9).

Uma análise do discurso que tem por objeto um saber consiste, na concepção foucaultiana, justamente em recobrar à produção discursiva a sua potência,

⁴¹ Foucault (1979b) ao abordar o tema da biopolítica a partir do que ele delimitou como medicina social, esclarece a magnitude e materialidade do biopoder ao afirmar que não só o corpo do doente ou do interno é disciplinado ou recebe inscrições. “A medicina e o médico são, portanto, o primeiro objeto da normalização. Antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico” (p.83).

materialidade e aleatoriedade, lançando mão de uma analítica do poder que constitui um saber, pela descrição de jogos enunciativos implicados, desnaturalizando certo ordenamento discursivo, expondo as forças em embate no jogo enunciativo escamoteadas por um suposto sentido originário (Foucault, 1998).

Um ordenamento discursivo pretende ser anterior e ir além das práticas nas quais o discurso se articula; procura esquivar-se da materialidade do discurso, sugerindo que as práticas sejam a materialização de algo que já lhe seria inerente. Assim foi possível, por exemplo, estabelecer um domínio de saber como a psiquiatria, capaz de entender e agir sobre um objeto, a loucura que, assim circunscrito, diz respeito a uma patologia, que se refere a traços da “natureza” de um indivíduo “louco”, que independeriam, em sua essência, da vida prática na qual este indivíduo se encontra.

Uma análise de discurso nesta perspectiva, ao recobrar a materialidade do discurso, no lugar de procurar um sentido oculto e determinante, observam-se os jogos enunciativos, as práticas que o articulam, com as quais o discurso está implicado e nunca está neutro, atingindo a realidade mais concreta dos indivíduos, seu corpo. A positividade do poder, inscrita no corpo, não é expulsar os homens da vida social, ao contrário, o poder é a produção de corpos como intercessão de saberes. O dispositivo deve ser entendido como uma ritualística que, ao articular concretamente diversos elementos, fixa correlações ao mesmo tempo em que fornece os dados para sua desconstrução.

Foucault, junto com Nietzsche⁴², se coloca como um “genealogista” da moral moderna, a partir de uma história política dos corpos (1987, p.28).

Não seria o estudo de um Estado tomado como um “corpo” (com seus elementos, seus recursos, suas forças), mas não seria

⁴² Muitos são os paralelos entre Foucault e o pensador alemão, desde a obra que ele considera como sua obra inaugural, *História da loucura*, na qual muitos identificam uma relação direta à *Genealogia da moral*, (Machado, 2006), até a influência declarada e explicitada de Nietzsche em suas “estratégias genealógicas” (Foucault, 1999).

tampouco um estudo do corpo e do que lhe está conexo tomados como um pequeno Estado. Trataríamos aí do “corpo político” como conjunto dos elementos materiais e das técnicas que servem de armas, de reforço, de vias de comunicação e de pontos de apoio para as relações de poder e de saber que investem os corpos humanos e os submetem fazendo deles objetos de saber (Foucault, 1987, p. 27)

Uma história política dos corpos, uma análise histórica das condições políticas de possibilidade dos discursos. Podemos, assim, retomar uma citação do começo dessa seção, “o que seria materialmente a loucura fora de uma prática que a faz ser loucura?” (Veyne, 1995, p. 166).

A partir desta perspectiva metodológica, construímos uma análise da Reforma Psiquiátrica brasileira como política pública, investigando o dispositivo “alta” através de uma análise do discurso de trabalhadores de um dos principais serviços da Reforma - um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – e de gestores de uma Rede de Atenção Psicossocial (REAP), no município que possui o melhor índice de relação usuário/serviço (Brasil, 2007): o município de Aracaju.

O dispositivo “alta” se apresenta nos discursos dos trabalhadores e gestores, através dos relatos, discussões e embates sobre o exercício de seu papel na Reforma, o que lhes é exigido, o que eles esperam, as dificuldades com que se deparam, as soluções que encontram, as mudanças de perspectiva que sofrem, as decepções e felicidades que experimentam ao executar suas atividades, ao operacionalizar os elementos que o dispositivo “alta” articula – equipe, procedimentos, serviços, objeto etc. -, ao colocar em andamento o que se pode ver da Reforma Psiquiátrica como política pública.

Para isso, utilizamos procedimentos de inserção em campo inspirados na Etnografia. Dizemos inspirados, por não implicar propriamente em um trabalho etnográfico, mas indicar um modo de se relacionar com o campo, “dirigir-se a um lugar, ficar, deter-se ali, construir uma vida, mesmo que provisoriamente, entre aqueles sobre

quem se vai escrever, cultivar um dia-a-dia com eles, participar em parte do que se observa e se quer elucidar” (Caiafa, 2007, p.149).

É neste sentido que lançamos mão da construção de diário de campo, como instrumento de registro da experiência de campo, sem ter em mente uma “descrição fidedigna da realidade”, mas tendo em vista os aspectos que delimitamos como importantes. Este instrumento permite-nos incorporar ao trabalho acontecimentos inesperados do campo, abrindo a possibilidade de produzir uma narrativa afetada por estas variáveis e ao mesmo tempo articuladas à perspectiva teórica e metodológica e à experiência de vivência concreta. Vejamos em seguida a apresentação de nosso campo e o modo como procedemos para executar nossa pesquisa.

1.4. A Rede de Atenção Psicossocial (REAP) em Aracaju

Como indicado, nosso trabalho foi realizado na rede de saúde mental de Aracaju/SE, tendo como campo de pesquisa um serviço tipo CAPS III (CAPS Liberdade) e as atividades do coletivo gestor da Rede de Atenção Psicossocial (REAP) do município. Com municipalização plena desde 2004, a REAP Aracaju tem se destacado como a melhor relação usuário-serviço (Brasil, 2007), além de funcionar como um pólo de formação, com a especialização em saúde pública, estruturada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Em termos de rede, a cidade está dividida em oito regiões e conta hoje com seis CAPS (tabela I), quatro Serviços Residenciais Terapêuticos, duas clínicas conveniadas (Casa de Saúde Santa Maria e Casa de Repouso São Marcelo); conta ainda com a articulação com uma Urgência em Saúde Mental (Hospital São José), quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Geraldo Magela - 1ª e 2ª regiões -, UBS Dona Sinhazinha - 3ª e 4ª regiões -, UBS Francisco Fonseca - 5ª e 6ª regiões - UBS e Anália Pinna de Assis - 7ª e 8ª regiões); um Ambulatório de Referência em Saúde Mental (UBS Dona Sinhazinha).

A Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju também estabelece seu desenho de gestão, a partir de Janeiro de 2007, em três instâncias vinculadas à coordenação de saúde mental: *núcleo de gestão de serviços; núcleo de gestão cuidado inter-redes e núcleo de apoio ao cuidado em saúde mental da atenção básica.*

Resgatando historicamente o processo de implantação dos CAPS em Aracaju, em 2000, por meio do estabelecimento de uma parceria entre a Organização Não-Governamental Luz do Sol e a Secretaria Estadual de Saúde, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade: *CAPS Arthur Bispo do Rosário* (na época não havia classificação, mas atualmente é um serviço de tipo II). Em setembro de

2002, a partir do processo de municipalização, foi implantado o primeiro CAPS municipalizado: *CAPS David Capistrano Filho*, de tipo II, na época, mas que atualmente funciona como III. Após essa experiência, mais quatro CAPS foram estruturados: ainda no final de 2002, o *CAPS III Liberdade* e o *CAPS AD Primavera*; em 2004, foi inaugurado o *CAPS i/AD⁴³ Vida*, (tabela I), (Aracaju, 2007) e em julho de 2008, foi inaugurado mais um serviço, o *CAPS III Jael Barreto*.

	Objetivo	Área Adstrita	Número de Usuários Inseridos
CAPS David Capistrano	Tipo III – Cuidado a adultos com transtorno mental severo, egressos de internação psiquiátrica, com grave comprometimento social. Caracteriza-se pelo funcionamento ininterrupto (24h, todos os dias da semana), garantindo o acolhimento noturno em períodos de crise aguda.	1, 2 e 3	420
CAPS Liberdade		4, 5 e 6 regiões	405
CAPS Jael		CAPS recém inaugurado	
CAPS Arthur Bispo	Tipo I – Semelhante aos objetivos de um CAPS III, entretanto, sem acolhimento noturno.	7 e 8 regiões	300
CAPS i Vida	Acolhimento a crianças e adolescentes com transtorno mental grave e ou usuárias de álcool e outras drogas.	Todo o município	110
CAPS AD Primavera	Reinserção e reabilitação do usuário de álcool e outras drogas a partir da lógica de Redução de Danos.	Todo o município	200

Tabela I – CAPS de Aracaju-SE (Aracaju, 2007, p. 3)

⁴³ Serviço voltado para o atendimento de crianças e adolescentes.

1.4.1. Inserção em campo

Nosso trabalho de campo se desenvolveu em dois níveis: um serviço tipo CAPS III e os espaços de reuniões e encaminhamentos do coletivo gestor de saúde mental. O CAPS III tem importância para nosso campo, pois se configura como o principal serviço substitutivo ao internamento em hospitais psiquiátricos, figurando como de importância estratégica para o encaminhamento da Reforma como política pública. É a partir destes serviços que se constitui o perfil dos usuários, bem como os encaminhamentos destes dentro da rede e em relação aos programas e benefícios. É, portanto, a partir do dispositivo “alta” nestes serviços, de sua operacionalização pelos trabalhadores, que articulamos nossa análise da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A alta, com tudo que a ela se articula (admissão, projeto terapêutico, procedimentos, benefícios, programas, relação dos usuários com o serviço, dos familiares com o serviço, dos técnicos etc.) serve para manter o foco de nossas investigações nas práticas que exercem a Reforma.

O coletivo gestor também possui papel estratégico em nossa pesquisa de campo, sendo responsável pelas diretrizes que fazem funcionar os serviços e de sua articulação ao funcionamento de toda a rede em consonância com as diretrizes das políticas públicas de saúde mental. É uma instância na qual são avaliadas e reguladas as práticas nos serviços, incluindo os procedimentos de alta nos CAPS, bem como tudo o que venha a ser implementado na rede, de fechamento de clínicas a melhorias de modificações nos serviços, de capacitação das equipes a interação com a rede básica.

O CAPS Liberdade é o serviço da rede de Aracaju que estabelecemos como nosso campo, por se caracterizar como um CAPS III (tabela I), que são os principais serviços substitutivos aos hospitais; por funcionarem vinte e quatro horas e por oferecer

acolhimento noturno em períodos de crise aguda. Além disso, abarcam o maior número de usuário da rede local (tabela I) e são de gestão pública⁴⁴.

Em funcionamento desde 2002, uma curiosidade a seu respeito é o fato de ter funcionado inicialmente nas antigas instalações de um hospital psiquiátrico estadual, o Adauto Botelho, primeiro hospital a ser fechado no estado. O CAPS Liberdade está localizado no bairro Siqueira Campos, faz a cobertura territorial de mais dezesseis bairros⁴⁵ e é responsável pelo matriciamento de quinze unidades básicas de saúde (USB)⁴⁶. Atende a quatrocentos e cinco usuários, em sua grande maioria de baixa renda, contando com um quadro técnico de três assistentes sociais, três psicólogas, dois médicos psiquiatras, quatro terapeutas ocupacionais, um educador físico, quatro enfermeiros, onze auxiliares de enfermagem, três oficineiros, além do pessoal administrativo, da recepção, da farmácia, da segurança e o motorista. As atividades que ocorrem nos serviços são as oficinas terapêuticas (cinco), grupos terapêuticos (quatro), assembléia de usuários, reunião de equipe, visitas domiciliares, atendimentos clínicos psiquiátricos e psicológicos, acolhimento admissão, acolhimento noturno, além de atividades que não são agendadas, como passeios, festas, manifestações, jogo de futebol na praça etc..

Uma particularidade em relação ao CAPS Liberdade diz respeito à equipe, apontada, pelos contatos que tivemos com a rede antes mesmo de iniciarmos esta pesquisa, como “a mais implicada com Reforma Psiquiátrica”, em termos de produção de atividades, acompanhamento dos usuários e acolhimento de casos considerados

⁴⁴ Como já indicado, há na rede de atenção um CAPS (Arthur Bispo do Rosário) gerido por uma ONG (Luz do Sol). Primeiro CAPS de Aracaju iniciou suas atividades antes da municipalização da saúde e hoje funciona como CAPS tipo II.

⁴⁵ Bairro Industrial, Centro, São José, Santo Antônio, Novo Paraíso, Bairro América, Bairro 18 do Forte, Palestina, Capucho, Bairro Suissa, Ponto Novo, Castelo Branco, Costa e Silva, Getúlio Vargas, Bairro Cirurgia e Pereira Lobo.

⁴⁶ Maria do Céu, Dona Jovem, Cândida Alves, Pedro Avera, Joaldo Barbosa, Adel Nunes e Francisco Fonceca (referência ambulatorial).

graves. Atualmente, no entanto, a equipe mostra sinais de desgaste, (o que é uma constante em toda a rede, incluindo a gestão, tema que abordaremos em nossas discussões), o mesmo ocorrendo com a estrutura do serviço, entre ambiência e atividades, embora a ambiência tenha sido apontada como um ponto fraco desde a inauguração.

O coletivo gestor funciona, no formato, em três núcleos desde 2007. O *núcleo de gestão de serviços* é composto pelos coordenadores dos serviços e quatro gestores apoiadores institucionais; é responsável pela articulação constante entre gestão e serviços, participando semanalmente das reuniões de técnicos, acompanhando de perto as questões que surgem nos serviços, as dificuldades, necessidades e fragilidades, construindo seu planejamento anual. O *núcleo de gestão cuidado inter-redes* é composto por dois gestores, tendo como objetivo, fazer a articulação dentro da rede mais diretamente ligada à saúde mental, que são os CAPS, as residências, a urgência, as clínicas e o ambulatório de referência. O *núcleo de apoio ao cuidado em saúde mental da atenção básica* é composto por dois gestores, sendo responsável pela atuação em saúde mental na atenção básica, seja encaminhando para a rede de saúde mental, seja executando ou coordenando as atividades de matriciamento⁴⁷. Além dessas atividades específicas, cada núcleo é responsável pelas propostas de educação permanente que dizem respeito às suas áreas de atuação, o mesmo em relação a reuniões políticas (de convênios, com autoridades etc.), de fiscalização (como a fiscalização das clínicas) e com a construção de projetos e propostas em sua área. Estas atividades podem se desdobrar na construção de eventos e projetos de gestão. Uma vez por semana, há a

⁴⁷ O matriciamento consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica (Brasil, 2007). Não apenas este núcleo da coordenação é responsável pelo matriciamento, mas todos os serviços de saúde mental desempenham esse papel na rede, com os serviços das regiões em que são referência (tabela I).

reunião de todo o coletivo gestor, para elaboração e acompanhamento dos encaminhamentos de responsabilidade de cada núcleo.

Destarte, nosso trabalho de campo se deu fundamentalmente nessas duas instâncias, as reuniões de técnicos e as reuniões do coletivo gestor, tendo em vista o dispositivo “alta” a partir dos discursos dos trabalhadores e dos gestores. Partimos da alta enquanto procedimento no serviço e passamos a articular elementos que, a princípio, não eram a ela diretamente ligados, compreendendo sua articulação enquanto enunciados que se apresentavam. Assim, ao observarmos alguns casos de usuários que receberam alta, por contigüidade observamos os critérios que delimitaram sua admissão no serviço, os encaminhamentos que foram propostos e sua retomada durante as pactuações com os usuários. Desse modo, deixamos de lado os casos que simplesmente haviam recebido alta e passamos a privilegiar os casos que se mostraram interessantes, do ponto de vista de nossa pesquisa, na medida em que mobilizaram debates, que emergiam nos discursos dos trabalhadores e gestores, sobre os procedimentos que deveriam ser encaminhados, desde a delimitação do perfil para admissão, passando pela especificidade do caso, o que havia sido para ele prescrito, como isso era posto ou não em prática, quais as dificuldades, inviabilidades e efetividades que o caso apresentava levando à alta ou não.

Nosso trabalho de campo ocorreu no período de agosto a dezembro de 2008, com uma frequência de cerca de quinze horas semanais e consistiu nas seguintes atividades: (1) pesquisa em documentação e circulação em espaços do serviço e outras atividades coleta em prontuários e alguns momentos de circulação pelo serviço, outras atividades como educação permanente; (2) as reuniões de técnicos no serviço; (3) as reuniões do coletivo gestor; (4) grupo focal/devolutiva.

(1) A coleta de dados em prontuários possibilitou a delimitação e esclarecimento de alguns casos aos quais os trabalhadores e gestores se referiam, abordados nas reuniões, onde pudemos observar a “evolução” do caso, desde o que havia estabelecido o usuário enquanto tal, passando pelos procedimentos que haviam sido encaminhados até a possibilidade ou não de alta do serviço. Neste ponto, outra documentação também nos foi útil, as APACs (Autorização Para Procedimento de Alta Complexidade); com uma função estratégica, pois delimitam os procedimentos que devem receber verba do SUS - fazendo uma ligação direta entre os procedimentos dos serviços e a Reforma como política pública de saúde em nível federal – esses documentos apontam também a justificativa de admissão e indica os procedimentos que devem ser encaminhados. A pesquisa de documentos forneceu também informações sobre a organização do serviço e também permitiu vivenciar o seu cotidiano, pois nos dirigimos a ele, pedimos informações, permanecemos algumas horas lendo material, conversando com os técnicos, com usuários, inclusive com as pessoas que participaram do processo que investigávamos.

Outra atividade que nos permitiu essa vivência foi a assembléia de usuários (às quintas-feiras de 9 às 11 horas), que tivemos a oportunidade de participar por seis vezes. Este espaço nos permitiu o contato com a maioria dos usuários que freqüentam os serviços, ao mesmo tempo em que permitiu que observássemos os assuntos que eram discutidos, seus encaminhamentos e ainda a atuação dos técnicos na garantia do funcionamento do espaço. Ainda as atividades de educação permanente, também foram momentos de vivência, tanto pelas informações que geraram, quanto pela repercussão nos trabalhadores e gestores, observadas na própria atividade e nas reuniões no serviço e da gestão, além da oportunidade de discussões ampliadas com trabalhadores da rede.

(2) A reunião de técnicos ocorre todas às terças-feiras, das 14 às 18 horas. Este se configura como um espaço de importância central por ser uma atividade que conta com a participação da maioria dos trabalhadores do serviço e no qual são discutidas todas as questões relacionadas a seu funcionamento: as ocorrências, acompanhamento dos casos de responsabilidade de cada equipe, pactuações com usuários e familiares, relações com a rede, os processos de admissão, alta e concessão de benefícios, as atividades de planejamento para o serviço e para a rede de atenção em saúde mental, avaliação do serviço e das atividades de capacitação, além de discussões sobre as relações dentro da equipe, da equipe com os usuários e com familiares. A participação nestas reuniões nos permitiu uma visão de todo o serviço

(3) Participação nas reuniões dos núcleos ligados à gestão (às segundas-feiras, das 15 às 18 horas). A importância da participação nestas instâncias se deve à oportunidade de manter contato com as discussões da gestão a respeito do cotidiano do serviço, tendo em vista um panorama geral de toda a rede de saúde mental do município em sua conexão com a Reforma Psiquiátrica, com suas políticas e seus programas. Nossa participação nesta instância é voltada para a reunião dos núcleos⁴⁸, nos quais são discutidas as diretrizes e acompanhados os encaminhamentos das atividades de cada um, e para o trabalho do núcleo de gestão de serviços, por seu contato direto com o CAPS Liberdade. Pela abertura que nos foi dada pela gestão, pudemos eventualmente participar de discussões e atividades de interesse para nosso trabalho, como é o caso das discussões em andamento pelo núcleo de gestão cuidado inter-redes para o fechamento de clínicas psiquiátricas, que traz um dos principais enfrentamentos da Reforma. Outra atividade não fixa, que envolve a gestão e os serviços, são as atividades de educação permanente, sendo quatro atividades as que já participamos: oficina de financiamento

⁴⁸ Núcleo de gestão de serviços, núcleo de gestão cuidado inter-redes e núcleo de apoio ao cuidado em saúde mental da atenção básica.

(organizada pela coordenação), oficina de cuidado no território, encontro municipal de cuidado em álcool e outras drogas e encontro inter-redes/atenção à crise.

O coletivo gestor é um espaço bastante estratégico, pois por ele passa tudo o que se refere à rede, incluindo o CAPS Liberdade. De fato, as reuniões nos serviços e da gestão se retro alimentam em termos de informações; observamos as discussões do CAPS Liberdade serem abordadas pela gestão e depois acompanhamos os encaminhamentos dados, pela coordenação, de volta ao serviço. Por exemplo, a delimitação de necessidades estruturais do serviço, ou de capacitação, são encaminhadas para a gestão, discutidas e encaminhadas de volta em ações que envolvem os serviços; de volta, os encaminhamentos dados têm repercussão e assim por diante.

Outro exemplo diz respeito aos procedimentos em relação aos usuários. Pudemos observar discussões a respeito de um usuário em crise que estava sendo rejeitado por parte da equipe e chegou a ter seu encaminhamento para internamento solicitado por um dos psiquiatras do serviço. Tal encaminhamento gerou repercussões favoráveis e desfavoráveis dentro do serviço. O coletivo gestor foi totalmente desfavorável e procurou intervir, articulando o encaminhamento do usuário para a urgência e depois de volta para o CAPS. Este caso constitui um exemplo do tipo de dados que pudemos coletar nestes espaços, nos quais podemos observar inúmeras temáticas: a delimitação do usuário encaminhado a um internamento; o funcionamento técnico dos serviços ao rejeitar um acolhimento de crise - um dos principais enfrentamentos da Reforma, que é a luta pela substituição do internamento; procedimentos que devem ter os trabalhadores; a articulação entre atuação dos serviços e da gestão, entre a REAP e outras instâncias e suas diferenças.

(4) Grupo focal. Ao final de nossa inserção em campo, elaboramos dois grupos focais sobre o dispositivo “alta”: um na reunião com os trabalhadores nos serviços e um

na reunião do coletivo gestor. Cada grupo durou cerca de três horas. Tratou-se também de uma primeira devolutiva, pois colocamos de volta nossa narrativa sobre os discursos que se apresentaram durante nosso campo. Apresentamos a idéia de alta como dispositivo e a maneira como esta idéia havia se apresentado pelas práticas discursivas e não discursivas que observamos nas reuniões. Os grupos focais se dividiram em dois momentos: (A) na medida em que apresentávamos a alta como dispositivo - partindo dela enquanto procedimento até os elementos que ela articula – fomos colocando quatro conjuntos de questões: (i) Como é a alta no serviços? Como a alta se dá, qual é o papel dela? (ii) Quem é o usuário do CAPS? O que caracteriza a sua alta? (iii) Quem é o técnico do CAPS (1ª parte)? Que papel lhe é exigido? O que deve fazer para operacionalizar a alta dos usuários? (iv) Quem é o técnico do CAPS (2ª parte)? Qual é a sua história? Como sobrevive às dificuldades de operador do dispositivo? (B) Em seguida aos debates gerados pelas questões, fizemos uma exposição da narrativa que construímos sobre o dispositivo “alta”, articulando o que acabara de ser colocado no debate e a maneira como organizamos os discursos a partir de nossas observações, o que gerou mais outra sessão de debate.

O trabalho nos permitiu organizar as práticas e discursos para uma análise da Reforma, articulando o que se enuncia com a Reforma e o que se efetiva no cotidiano do serviço e da REAP Aracaju, a partir de reflexões sobre o dispositivo “alta” em duas perspectivas:

Na primeira delas, abordada no capítulo II, procuramos situar o dispositivo “alta” ao articular elementos e enunciados que devam operar uma proposta de tratamento em substituição ao internamento, seja a modificação no quadro de uma patologia classificada pelo CID-10 (Código Internacional de Doenças), por tratamento medicamentoso ou não (psicoterápico, ocupacional, ou socialização); seja na

modificação de um quadro de socialização (relação com familiares, amigos etc.) em uma perspectiva cujo foco é a modificação do comportamento do usuário, de suas capacidades.

Por paradoxal que possa parecer - e isto mantém mais direta a relação do dispositivo “alta” com os enunciados que o fizeram emergir - pertencem à mesma formação discursiva os enunciados “é preciso internar o louco” e “é preciso socializar o louco”, quando ambos se referem ao tratamento do louco patologizado ou de alguma forma considerado incapaz, embora constituam práticas institucionais cuja diferença é bastante relevante e também objeto de nossas análises. O mesmo deve ser compreendido em relação às diferentes disciplinas (assistência social, terapia ocupacional, psicologia, educação física, arte educação etc.) e procedimentos jurídicos nos quais se articula, no dispositivo “alta”, certa concepção de cidadania e de inimputabilidade, que tomam de alguma forma o louco como objeto de tratamento.

Procuramos construir nossa discussão a partir dos discursos de trabalhadores e gestores a respeito desses elementos, sua caracterização, os efeitos positivos e as limitações dos procedimentos, as dificuldades de sua implantação e execução e o que se pode chamar de “efeitos colaterais” de alguns deles, como a reedição da característica de depósito ou certa simbiose entre classificação patológica e acesso a alguns direitos civis, que recaem como responsabilidade dos operadores.

Na segunda perspectiva, que abordamos no capítulo III, O dispositivo “alta” passa articular elementos voltados à transformação nas condições de vida do louco, tendo em vista sua inserção jurídica e exercício de direitos, seja no âmbito de uma assistência social, com os programas de benefício financeiro e moradia para usuários do sistema, seja com a estruturação da própria rede de Saúde Mental; ou atuando sobre o

território do usuário, em uma perspectiva cujo foco é a modificação em sua rede social, seus familiares, suas possibilidades de circulação e produção.

Neste capítulo, a alta denota uma “maturidade” enquanto dispositivo de governo, que de fato, é também característica do alienismo, ao atuar sobre o louco enquanto sujeito de direito. A “maturidade” da alta como dispositivo de governo, está no descentramento maior de sua base técnica específica – a intervenção sobre o indivíduo louco -, embora esta continue como especificidade a partir da qual atua ao articular elementos para uma “bio-regulamentação pelo Estado” (Foucault, 1999a, p. 298), dos usuários do sistema, que se articula ao ordenamento dos espaços de moradia e circulação nas cidades, regulamentação das atividades de produção, configuração da assistência social e previdenciária da população em geral.

Aqui também procuramos trazer as descrições que caracterizam os elementos articulados pelo dispositivo “alta” nesta perspectiva, as proposições estruturadas que permitem um bom funcionamento, as dificuldades da estruturação e encaminhamento de proposições da Reforma – por falta de estrutura ou por dificuldade do procedimento. O que nos chamou a atenção principalmente foi o sentimento de inviabilidade de certas exigências de procedimentos, gerando um sentimento de impotência e de opressão pela responsabilização pelas dificuldades.

Este último ponto nos leva mais diretamente a elaboração do capítulo IV, no qual passamos a discutir experiências de adesão e subversão das linhas de forças hegemônicas no dispositivo alta, privilegiando possibilidades de fortalecimento de outras articulações que compõem o dispositivo “alta”, experienciadas por gestores e trabalhadores.

CAPÍTULO II

ALIENISMO E REFORMISMOS: EMERGÊNCIA E MANUTENÇÃO DO DISPOSITIVO “ALTA”

Neste capítulo, procuramos situar as narrativas coletadas em nosso trabalho de campo, a partir dos discursos de operadores do dispositivo “alta” (trabalhadores e gestores), tendo em vista a sua emergência no alienismo e as reconfigurações deste dispositivo nas transformações que ocorreram nas proposições de tratamento psiquiátrico, culminando nas Reformas, após a segunda metade do século XX - cujo principal ícone é a Reforma italiana -, nas quais se inscreve a Reforma Psiquiátrica brasileira. Apresentamos essa emergência, a partir dos trabalhos de Michel Foucault que, ao traçar uma genealogia das práticas de exclusão social durante o classicismo, descreve a proveniência da constituição da loucura como patologia, objeto, no alienismo, de um domínio de saber: a psiquiatria; ou de domínios de saberes, dentro da interdisciplinaridade que configura a Reforma hoje.

Tal constituição se estabelece no cruzamento entre o ajustamento às normas sociais, colocado em andamento pelo dispositivo de internamento, tendo em vista questões econômicas, morais, sexuais, religiosas – indivíduo considerado como ser social- e a mudança de configuração do poder político, na qual se destaca a concepção de sujeito de direito, condição de todos os membros do corpo social na teoria jurídico-discursiva de poder.

A partir do entendimento de que o alienismo recoloca em andamento o instrumento político do internamento, fundamentando-o em saberes, indicamos que o dispositivo “alta” emerge atravessado por enunciados científicos, políticos e jurídicos, para os quais devem articular elementos capazes de atuar tecnicamente sobre os

cidadãos, reajustando-os às normas sociais estabelecidas. Trata-se da configuração da anatomo-política, a partir da qual a “alta” se apresenta como dispositivo de governo (cuja maturidade abordaremos no capítulo III).

Devemos, então, traçar o jogo enunciativo que assume materialidade nos elementos articulados pelo dispositivo “alta”, do alienismo às Reformas do século XX, tendo em vista a especificidade técnica de tratamento do louco, para situar e construir nossas análises sobre a Reforma brasileira, a partir das narrativas coletadas em campo. Assim, este capítulo se divide da seguinte forma:

1. O louco na intercessão da experiência moderna de indivíduo como ser social e o sujeito de direito: trazemos aqui as análises foucaultianas a respeito da constituição da loucura como objeto, tendo em vista seu papel dentro da ordem de poder político, que se estabelece ao final do século XVIII, laicizando práticas sociais, nas quais se destacam a concepção de sujeito de direito e o papel do alienismo, em que situamos a emergência do dispositivo “alta” como reconfigurador do instrumento político do internamento e as modificações nas reedições desta característica na Reforma brasileira, a partir das narrativas coletadas em campo. Destacam-se: (1.1) O internamento; (1.2) A experiência crítica da loucura e a loucura internada.

2. Psiquiatria e doença mental: *aggiornamento*, interdição e alienismo: discutimos, nesse tópico, o estabelecimento da psiquiatria como ferramenta política, em seu processo de consolidação como técnica de exame, durante o alienismo e retomada do internamento (primeiro *aggiornamento*). Relacionamos aqui também as críticas ao alienismo, que se formulam politicamente no século XX, algumas das quais apontadas como *aggiornamento* (Castel, 1978). Observamos a reconfiguração e deslocamento do dispositivo “alta” em relação à reedição do internamento (embora este permaneça), ao mesmo tempo em que se mantém como perspectiva de tratamento, lançando mão, para

isso, de outros elementos que discutimos a partir das narrativas de campo. Destacam-se aqui: (2.1) Institucionalização e alienação; (2.2) Reformismos e segundo *aggiornamento*.

2.1. O louco na intercessão da experiência moderna de indivíduo como ser social e o sujeito de direito.

A doença mental, que a medicina vai atribuir-se como objeto, se constituirá lentamente como a unidade mítica do sujeito juridicamente incapaz e do homem reconhecido como perturbador do grupo, e isto sob o efeito do pensamento político e moral do século XVII. (Foucault, 2000, p. 131).

As concepções de “indivíduo como ser social” e da pessoa como “sujeito de direito”, se referem a experiências de vida social na Modernidade, cujo entrecruzamento foi delimitado por Michel Foucault (2000) como condição de possibilidade para a constituição da loucura como patologia, como objeto de um domínio de saber - a psiquiatria -, ou de domínios de saberes, dentro da interdisciplinaridade que sustenta a Reforma. Este entrecruzamento estabelece o jogo enunciativo, a partir do qual a alta emerge como dispositivo no alienismo, tendo em vista a reativação do internamento, de certo “perfil” de internos, e os novos procedimentos que então recairão sobre estes: a tecnologia disciplinar.

É importante destacar a análise foucaultiana a respeito da constituição da loucura como objeto, na intercessão das transformações no modelo de poder político e a constituição de um domínio de saber sobre a loucura, como laicização de práticas sociais. Tal análise é descrita pelo pensador francês, a partir do processo de internamento e do prevalectimento de uma experiência crítica da loucura, como sobreposições entre o que mais tarde Foucault delineará como biopoder e razão governamental (concepções que abordaremos no capítulo III). É na relação entre internamento, laicização de práticas sociais e técnicas de um domínio (ou domínios) de saber, que a alta se estabelece como dispositivo no alienismo e cujas características perduram, mesmo na crítica ao internamento.

2.1.1. O internamento

Em *O Nascimento da Medicina Social*, texto de 1979 (1979b), Foucault identifica o modelo suscitado pela lepra como um dos grandes modelos de organização da medicina na história ocidental, com seus procedimentos de afastamento e isolamento para purificação da sociedade, e o acompanhamento cirúrgico e espiritual para diminuição do sofrimento dos doentes (Foucault, 1979b, p.88). É falando do nascimento deste modelo que Foucault inicia sua *História da Loucura*, em 1961.

Mencionando a forte presença da lepra, durante toda a Idade Média, e a consequente construção de lugares para abrigar a figura do leproso, o autor indicou que, embora ao final da Idade Média a lepra não tivesse mais presença tão marcante, permaneceram tanto os lugares concretos destinados à exclusão do leproso, quanto o lugar simbólico por ele constituído, do mal que deve ser expurgado da cidade para garantir a sua limpeza.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente, nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e cabeças alienadas assumirão o papel abandonado pelo lazarento e veremos que salvação se espera dessa exclusão. Para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo e uma cultura bem diferente, as formas subsistirão, essencialmente essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual (Foucault, 2000, p.6).

Essas inúmeras figuras, entre elas os “cabeças alienadas”, que vão ocupando o lugar de exclusão deixado pela lepra, retomaram um novo processo de internamento, que acompanhou transformações no modo de vida em sociedade e que ocorreram no

período da Idade Moderna, culminando no que Foucault (2000) denomina “grande internação”, no século XVII.

Há uma diferenciação entre os internamentos que têm início no Renascimento e o dos leprosários da Idade Média. Estes últimos tinham o seu papel mais atrelado ao sentido médico. Tratava-se de uma chaga a ser expurgada da cidade que, uma vez isolada, recebia tratamento médico para que se possibilitasse a diminuição do sofrimento do doente, já que não tinha cura.

No Classicismo, a figura do louco não se distinguia dos demais internos que assumiram o papel de nova chaga a ser expurgada. Mas esta nova chaga em nada se relacionava com a medicina; ela trouxe para os aprisionados, ou para o aprisionamento, uma série de significações que se entrecruzam em seus enunciados. Significações políticas, religiosas, econômicas e morais que, segundo Foucault, diziam respeito a certas estruturas do mundo clássico e que constituíram o jogo enunciativo que atravessa a “percepção sobre a loucura” naquela época. Somente muito depois, com o entrelaçamento destes enunciados, é que a medicina mental pôde se estabelecer, juntamente com a figura do louco “patologizado”: elementos que se articulam no dispositivo “alta”, com um novo e importante papel para o mundo ocidental, ressignificando o internamento, como veremos adiante.

O processo de internamento e o papel assumido por este procedimento, no decorrer do classicismo, são preponderantes para a constituição das estruturas sociais que se estabelecem, naquela época, e que em muito prevalecem até nossos dias. Neste sentido, Foucault destaca a relação entre Igreja e Estado⁴⁹ na constituição de julgamentos morais a respeito dos internos que, laicizados, assumiram formas jurídicas

⁴⁹ Correlação recorrente em Foucault, na qual o pensador francês destaca o cristianismo, principalmente com o pastorado cristão e o desenvolvimento do inquérito (2005a, 1995, 1979, 1977), como veremos no próximo capítulo, como um saber, como um conjunto de reflexões teóricas fundamentais para a cultura ocidental.

dentro da sociedade, que se racionalizava, “justificando” o processo de internamento instalado durante o Classicismo. Destacamos três momentos: (i) a relação mística do cristianismo com a miséria, congruente com o ordenamento social, com a exclusão de corpos indesejáveis sob a insígnia de assistência, dentro do Estado administrativo que se delineava; (ii) a perda do sentido místico da miséria e o estabelecimento do miserável como sujeito moral, bom ou mau pobre/interno; (iii) uma consciência ética do trabalho, com a ociosidade condenada pelo julgamento que o sujeito moral recebe da Igreja e é estabelecido pelo Estado como avaliação de sua utilidade social, em uma “unidade mítica” com a concepção de sujeito de direito.

No primeiro momento, temos, no aumento da concentração urbana, uma questão preponderante para o internamento no mundo clássico. Era necessário organizar a cidade e dar um encaminhamento às hordas de miseráveis que começavam a lotar seus espaços. Articulada neste processo, a relação da religião católica com a miséria, provida de sentido místico, tendo na imagem do Cristo a referência na simplicidade e pobreza, investiu neste fluxo em direção ao internamento, oferecendo possibilidade de assistência e amparo: é a relação da Igreja com a miséria, como experiência mística atuando sobre o ordenamento urbano, na qual se articularam também as preocupações de Estado.

Os grandes hospícios, as casas de internamento, obras de religião e de ordem pública, de auxílio e pensão, caridade e previdência governamentais são um fato da era clássica: tão universais quanto ela e quase contemporâneas de seu nascimento. (Foucault, 2000, p.53).

Nesta articulação entre a experiência mística religiosa da miséria e o Estado, há, com o internamento, não só a relação de assistência, mas também a relação de controle e limpeza das cidades, ao mesmo tempo em que vão sendo criadas formas de perceber e de lidar com estas pessoas que devem ser retiradas de circulação.

A prática do internamento designa uma nova reação à miséria, um novo patético – de modo mais amplo, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência. O pobre, o miserável, o homem que não pode responder por sua própria existência. (Foucault, 2000, p.56).

Lugares como Hospitais Gerais, vistos como lugares de caridade, são então construídos para internar os miseráveis, os insanos, os rejeitados pela família, abandonados e desamparados de toda sorte. “O hospital geral não é um estabelecimento médico. É antes uma instituição semi-jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (Foucault, 2000, p.49-50).

Até este ponto, o que levava ao internamento era a necessidade de assistência a certo segmento da população e a entrada e saída da condição de interno não requeria outros dispositivos, por se exercitar como caridade e assistência. Mas, em pouco tempo, a relação da Igreja e do Estado com o internamento se transforma e, associada a novas questões políticas e econômicas, se intensifica. A Reforma Protestante pode dar uma boa síntese destas transformações, pois, ao mesmo tempo em que “aproxima” mais explicitamente a relação dos interesses da Igreja e os interesses do Estado⁵⁰, se articula ao processo econômico mercantil que se impõe. O Mercantilismo inviabilizava a associação entre lucro e pecado, e as transformações na igreja vão ocorrer, como destaca Foucault, para além da Reforma, dentro da própria igreja católica. Aqui se inscreve o segundo momento que destacamos na relação entre Igreja e Estado.

Durante toda a Idade Média, o cristianismo pregava a misericórdia com os miseráveis, plantando a ideia de que não se deveria recusar esmola a um pobre pela possibilidade de se recusar esmola ao próprio Cristo. No entanto, o internamento

⁵⁰ Foucault aponta o momento em torno das Reformas Protestante e Contra Reforma - embora sejam a princípio opostas -, como o momento em que se articula à reorganização do sistema jurídico, no qual Estado passa a tomar para si o problema das condutas (2005a, p. 79).

assumiu formas de controle mais intensas, o trabalho passou a fazer parte de sua estrutura. A assistência não era mais a única característica dos lugares de internamento e, com a obrigatoriedade do trabalho e a própria situação de clausura, o internamento era sentido também como punição. Note-se que essa era uma característica incompatível com a experiência mística católica em relação à miséria, que era principalmente de cuidado.

Isso ocorreu não só nos países protestantes, onde o trabalho e o lucro eram incentivados como caminho para Deus. Também em Estados católicos, a relação com o trabalho e com o lucro começou a se modificar e, a partir da própria igreja, se estabeleceram justificativas para a implementação do trabalho junto com a internação. Para ilustrar a mudança na concepção católica, Foucault cita o padre Guevarre, ao argumentar que:

...quando um bureau de Caridade se estabelece na cidade, Jesus Cristo não assumirá a figura de um pobre que, para manter sua vagabundagem e sua má vida, não quer se submeter a uma ordem tão santamente estabelecida para o auxílio de todos os verdadeiros pobres (Guevarre *apud* Foucault, 2000, p.62).

Ao deixar de se exercer fundamentalmente como assistência, o internamento passou a necessitar de dispositivos que justificassem sua manutenção diante das resistências a ele. A distinção entre bom e mau pobre se confunde com a distinção entre bom e mau interno; para o bom pobre/interno, o internamento é sentido como um benefício; para o mau pobre/interno, o internamento se apresenta como castigo. Ou seja, segundo essa lógica, se Cristo voltasse à Terra, ele não voltaria como o mau pobre ou o mau interno, mas como um bom pobre e um bom interno e, provavelmente, procuraria o internamento para receber o auxílio e para trabalhar, e não o recusaria, encarando-o como um castigo, preferindo uma vida de ociosidade e vagabundagem.

A miséria perde seu sentido místico e a figura do miserável se estabelece como sujeito moral, no entrelaçamento entre religião, Estado, economia e política. O sujeito moral, bom ou mau pobre/interno passa a ser avaliado pela sua utilidade social pautada na valorização do trabalho e condenação da ociosidade. Aqui, o julgamento moral tende a laicizar-se, apresentando-se como forma jurídica, cruzamento que serve de dispositivo para o internamento.

Internar passa a ser “internar para produzir com trabalho” e é assim por toda a Europa. Não por acaso, é nos lugares mais industrializados que se estabelecem as *workhouses*, espaços de internamento estruturados para a produção, que possuíam legislação e ordenamento de Estado para seu funcionamento.

Não só esses espaços se estruturam desta forma, mas a grande maioria dos lugares de internamento, incluindo os antigos leprosários, assumiu essa característica do trabalho e por eles vão passar boa parte da população das cidades. O século XVII constitui então o que Foucault chama de “A grande internação” (2000, p.45).

Antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos, ou que pelo menos gostamos de supor que tem, o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura. O que o tornou necessário foi um imperativo de trabalho. Nossa filantropia bem que gostaria de reconhecer os signos de uma benevolência para com a doença, lá onde se nota apenas a condenação da ociosidade. (Foucault, 2000, p.63).

O sujeito moral, julgado bom ou mau pela sua submissão (ou não) ao internamento e ao trabalho, passa a ser condenado por sua ociosidade. Esta condenação, ao ser incorporada pelo ordenamento sociopolítico, pretende afastar-se do julgamento moral (bom ou mau) estabelecendo, como parâmetro de avaliação, a utilidade social de cada indivíduo. Ou seja, a ociosidade, avaliada negativamente na moral cristã, passa a ser também preocupação de Estado e assim também avaliada, laiciza-se, virando crime.

Foucault destaca que essa grande internação estabelece uma nova sensibilidade para o trabalho, “significação real de uma certa consciência ética do trabalho” (2000, p.70).

O internamento, esse fato maciço cujos indícios são encontrados em toda a Europa do século XVII, é assunto de ‘polícia’. Polícia, no sentido preciso que a era clássica atribui a esse termo, isto é, conjunto das medidas que tornam o trabalho ao mesmo tempo possível e necessário para todos aqueles que não poderiam viver sem ele. (Foucault, 2000, p.49).

Primeiro, como proteção da sociedade frente ao perigo da desordem e ociosidade nos aglomerados urbanos, depois, como estratégia de garantia de mão-de-obra barata para a sociedade que se industrializa e, finalmente, exercício de um projeto político de correção do comportamento, indispensável ao projeto de Estado de Direito, que então se estabelece, no qual é fundamental a condição de sujeito de direito. Esta é a terceira correlação entre Igreja, Estado e internamento, que necessitará de dispositivo mais elaborado, com um quarto elemento de sustentação: o fundamento em domínios de saber (como veremos, aqui se inscreve o alienismo e dentro deste, o dispositivo da alta).

Até meados do século XVII, o internamento estava disseminado por toda a Europa; o modelo de isolamento da lepra estava ressignificado e se estabeleceu para muito além do que era sua relação “inicial” com a medicina. O internamento consistiu assim em uma prática social, na qual emerge uma tecnologia política de ordenamento social no seio da qual nascerá a sociedade disciplinar (*anatomo-política*), posteriormente estudada por Foucault em *Vigiar e Punir* (1977), e na qual se inscreve a psiquiatria como técnica de exame (2005a), o que já é prenunciado em sua *História da Loucura* e retomado em diversos outros trabalhos⁵¹.

⁵¹ Foucault (1979b, 1979c, 1979d, 2005a, 2006b).

2.1.2. A experiência crítica e a loucura internada

É importante destacar, como desdobramento da disseminação da prática de internamento, uma importante sensibilidade social produzida pela grande internação: a sensibilidade ética para o trabalho, assim como a sensibilidade ao próprio internamento⁵². Sensibilidades essenciais para o ordenamento social que se estabelece, assim como para a aceitação aí inscrita dos destinos de isolamento, que sofrerão algumas personagens do século XIX, entre elas o louco caracterizado como “doente mental”. É sobre esse fundo que uma consciência médica da loucura pôde formar-se como saber-poder e que serviu e ainda serve como elemento regulador, quando se trata de decidir sobre uma internação ou libertação – dispositivo “alta” - (Foucault, 2000, p.80).

Na experiência ética do trabalho que formula a exigência econômica, política e moral do internamento, a figura do louco começou a ser delineada distintamente das massas de internos. “O século XIX aceitará e mesmo exigirá que se atribuam exclusivamente aos loucos esses lugares nos quais cento e cinquenta anos antes se pretendeu alojar os miseráveis, vagabundos e desempregados”. (Foucault, 2000, p.73).

Até então, a loucura se confundia na grande massa de internamento, não se diferenciava no estatuto que tinha o pobre na experiência mística da cristandade e se situava sob o acúmulo de diferentes visões sobre a experiência do desatino. No que diz respeito a estas visões, Foucault destaca dois conjuntos de percepções sobre a loucura: a experiência trágica e a experiência crítica.

⁵² O internamento é uma prática que emerge na Modernidade, sendo digno de avaliação o fato de hoje vivermos em um tipo de ordenamento social que tem os espaços e procedimentos de clausura absolutamente incorporados à paisagem e à tolerância da população. Não apenas em seu modelo contínuo, como os internamentos, mas também nos “semi-internatos”, como são as jornadas de trabalho e educacionais, que constituem e exigem a capacidade de permanecer por horas contínuas em um espaço esquadrihado, executando atividades especificadas; um modelo de hábitos e práticas cotidianas sem as quais não seria possível o ordenamento social em que vivemos hoje (Foucault, 2005a, p. 123).

A experiência trágica é definida a partir de diversas referências à experiência da insanidade como caos, como denúncia da fragilidade das “verdades” do mundo religioso: o homem como imagem e semelhança de Deus, a possibilidade de salvação e a coerência do mundo racional que estava sendo construído. A loucura denunciava a bestialidade na qual o humano tem sua raiz e que sempre está à sua espreita. Destacam-se, no que diz respeito à experiência trágica, as obras de Shakespeare e Cervantes, nas quais “a loucura ocupa um lugar extremo no sentido de que ela não tem recurso. Nada a traz de volta à verdade ou à razão.” (Foucault, 2000, p.39). A loucura é vida na plenitude das experiências, inclusive “na imperecível vida da morte” (p.40). Na experiência trágica, Foucault identifica algo como um modo de existência que se distingue do mundo da razão, no qual vai se inscrevendo a sociedade ocidental.

A experiência crítica da loucura se impôs sobre a experiência trágica e a principal forma que isso se deu foi desarmando-a. Ela deixou de representar perigo⁵³ à ordem moral e racional, não mais demonstrava a bestialidade humana, ou era sinal de fim dos tempos. Como aconteceu com a miséria, a Renascença estabeleceu uma mudança de relação entre religião e loucura, com a passagem da experiência mística para a concepção de sujeito moral⁵⁴. No século XVII, consolidada a sensibilidade para o internamento, a consciência ética para o trabalho promoveu mais uma articulação entre

⁵³ Perigo de retornar à bestialidade, de cair no abismo distante da salvação divina. “A loucura não é um poder abafado, que faz explodir o mundo revelando fantásticos prestígios; ela não revela, no crepúsculo dos tempos, a violência da bestialidade, ou a grande luta entre o Saber e a Proibição.” (Foucault, 2000, p.33).

⁵⁴ Foucault faz algumas referências às facetas do que ele chama experiência crítica da loucura. “Entre todas as outras formas de ilusão, a loucura traça um dos caminhos da dúvida mais frequentados pelo século XVI. Nunca se tem certeza de não estar sonhando, nunca existe uma certeza de não ser louco.” (Foucault, 2000, p.47). As imagens do louco vão passando de certa sabedoria inerente ao louco, ou seja, uma razão na loucura maior que a razão da razão, para uma imagem de antecipação da morte, do fim dos tempos, de uma verdade mais humana a uma bestialidade interior. Em outro momento, a loucura vai assumindo o papel de algo que deve ser excluído do convívio social. Excluir o louco é excluir o fim dos tempos. Finalmente, ao desarmar a loucura, a experiência crítica passa a considerá-la no ciclo definido que a liga à razão; elas se afirmam e se negam uma a outra. “A loucura não tem mais uma resistência absoluta na noite do mundo: existe apenas relativamente à razão, que as pede uma pela outra enquanto a salva uma com a outra”. (Foucault, 2000, p.33). A loucura vira simples erro em relação à razão.

leis morais e civis. “Não é importante para a nossa cultura que o desatino só tenha podido tornar-se objeto de conhecimento na medida em que foi, preliminarmente, objeto de excomunhão?” (Foucault, 2000, p.105).⁵⁵

Tudo que era considerado degenerativo do homem, relacionado à blasfêmia, a “práticas satânicas”, que agrediam a Deus e aos valores cristãos, e que antes era condenado por ser pecado, passa a ser considerado uma ilusão provocada por uma consciência primeiro culpada, depois eticamente errada, também condenável. Assim, a loucura foi desarmada, na medida em que passou a ser considerada algo que não passa de erro; junto ao próprio pecado, deveria sofrer intervenção não para que seu perigo fosse barrado, pois ela não tinha mais esse poder, mas para que o “erro”, que ela implicava, fosse “consertado”⁵⁶.

A consciência ética do trabalho, emergente no século XVIII, mas também sob o efeito do pensamento e da moral do século XVII, se colocou como parâmetro de julgamento do indivíduo em sua utilidade social, sua produtividade (indivíduo considerado como ser social). Essa perspectiva procura sintetizar, na genérica experiência do desatino, grande parte do que fora identificado como perturbador do grupo, como improdutivo. Não havia mais uma força sobrenatural de intervenção; a questão passou a estar no indivíduo insano: inicialmente, culpado por seus atos; mais tarde, eticamente errado e, finalmente, incapaz.

⁵⁵ Thomas Szasz (1979), ao tratar do conceito de doença mental como um mito fabricado, faz uma analogia entre feitiçaria e doença mental e se refere à conversão da heresia em doença (1971, p. 193-214).

⁵⁶ Em uma entrevista publicada sob o título *Verdade e Poder* (1979f), Foucault se refere à possibilidade de em *Historia da Loucura* alimentar, mesmo que implicitamente, a crença em uma espécie de loucura viva, reprimida pela mecânica do poder. Supomos, a partir da obra do próprio Foucault (1979f, 1988, 1998, 2006) e do que encontramos mesmo em *História da Loucura*, que a noção de “experiência trágica da loucura” diz mais sobre diferenças que se inscrevem no ordenamento social, fazendo parte do jogo de forças que compõem a mecânica do poder e não uma possível verdade ou sabedoria reprimida. Esta última ideia, entendemos inscrita na concepção de experiência crítica da loucura.

No entanto, não havia ainda um domínio de saber estabelecido capaz de determinar e isolar a loucura, embora houvesse uma consciência jurídica para isso. Não eram pautados em decisão médica que se davam os procedimentos de internação do louco no século XVIII, mas sim em uma espécie de interesse social pelo louco. Os internamentos ocorriam por procedimentos jurídicos que, embora levassem em conta opiniões médicas, tinham como instância decisiva sobre o procedimento os próprios juristas, ou as famílias, ou o enquadramento em algum item legal, como um delito. Embora fosse previsto, não era comum que médicos fossem consultados a respeito da decisão de internar (Foucault, 2000).

Havia, durante o Classicismo, uma dupla distinção em torno da figura do louco, que pertencia a mundos diferentes, sem sobreposição necessária: (i) uma, que envolve a ideia de homem como indivíduo e ser social, cercado tanto pela consciência do escândalo e consciência ética do trabalho, quanto pela prática do internamento; (ii) outra, que envolve a ideia de homem como sujeito de direito, cercado pelo reconhecimento jurídico da irresponsabilidade, da incapacidade, a partir do decreto de interdição e em alguns casos, sob avaliação médica. São essas as duas concepções que conviveram em paralelo, durante o classicismo e que são articuladas pela psicopatologia (Foucault, 2000)

A primeira, ligada a certa experiência do indivíduo como ser social, relaciona-se à percepção por meio da qual o louco é reconhecido pela sociedade como um estranho a seu próprio meio, à sua própria pátria. Ele não é libertado de sua responsabilidade por esse estranhamento, ao contrário, é atribuída a ele uma culpabilidade moral; aqui, se inscreve o processo de internamento da loucura: “é necessário considerá-la com todos os parentescos morais que justificam sua exclusão” (Foucault, 2000, p. 130).

A segunda, na qual se insere a experiência crítica da loucura, se articula à concepção de homem como sujeito de direito, “naturalmente” dotado de direitos e capacidades e que, na condição de louco, passa a ser considerado como limitado em sua subjetividade; esta experiência tem como consequência uma alienação que priva o sujeito de sua liberdade por dois pontos: um, que seria “natural de sua própria loucura”, e outro jurídico, da interdição, que o faz cair sob os poderes de um curador: “é preciso analisar a loucura nas modificações que ela não pode deixar de fazer no sistema de obrigações” (Foucault, 2000, p. 130). São essas duas formas que são articuladas pela psicopatologia; são essas duas características que se fundem pela “psicopatologização” do louco e que, em muitos aspectos, prevalecem até os dias atuais.

O direito, portanto, apurará cada vez mais sua análise da loucura; e, num sentido, é justo dizer que é sobre o fundo de uma experiência jurídica da alienação que se constituiu a ciência médica das doenças mentais. Já nas formulações da jurisprudência do século XVII veem-se emergir algumas das estruturas apuradas da psicopatologia. (Foucault, 2000, p. 130)

O modelo da lepra foi ressignificado, assumindo um novo papel de internamento e exclusão, com características de regulamentação e julgamento moral, e do qual a função médica, primeiro, se afastará para, em seguida, penetrar de modo bastante profundo em suas estruturas.

Devemos assim, destacar a descrição de enunciados realizada por Foucault, provenientes de uma formação discursiva apresentada em dois conjuntos de descontinuidades, na articulação dos quais emerge o dispositivo “alta”: descontinuidade entre medicina, prática do internamento e loucura; e descontinuidade entre doença, loucura e medicina.

No primeiro caso, o internamento é apresentado como uma característica da sociedade europeia, intensificada e disseminada por todo o continente, durante o século

XVII; a partir disso, o pensador francês discute sua relação com as práticas na experiência de vida social daquela época. Assim, o internamento se relacionava à população e à vida nas cidades, à religiosidade e a valorações morais, à pobreza e aos modos de produção, ao que o pensador francês chama de “sensibilidades ética para o trabalho”. São estas práticas sociais que caracterizam a experiência contemporânea do homem como ser social, na qual se estabelece todo um sistema de obrigações que devem ser atendidas sob pena de exclusão pelo internamento do indivíduo considerado: bom ou mau, trabalhador ou vagabundo e produtivo/capaz ou improdutivo/incapaz.

No segundo caso, ao construir uma narrativa sobre as percepções sociais em relação ao louco, desde a Idade Média, a partir de textos religiosos, literários e jurídicos, destaca-se a argumentação de que a loucura não era entendida como uma doença e, conseqüentemente, não se tratava de assunto médico, tendo ocorrido a associação entre estes termos durante o classicismo, quando, o que o autor chamou experiência trágica da loucura, foi dando lugar a uma experiência crítica⁵⁷, no desenrolar das estruturas sociais que se formavam naquele período, contemporaneamente ao grande internamento.

O que Foucault procurou demonstrar foram os jogos enunciativos, as diferentes forças implicadas na relação entre certa experiência de vida social e o processo de internamento como exclusão de corpos desta experiência – posteriormente como reclusão, adequação/prevenção⁵⁸ - e que diziam respeito a mecanismos de jurisdição em um sentido muito amplo. Tal relação não implicava nenhuma continuidade entre internamento, loucura e medicina e, se de alguma forma podia ser encontrado algo

⁵⁷ Aqui se inscrevem o que Foucault (2000) destacou como experiência trágica e experiência crítica da loucura (p.27-28). Vale destacar que, embora apontando para a prevalência da experiência crítica, na qual pode ser constituída a proveniência da patologização da loucura, nem por isso há, nos relatos trazidos pelo autor, uma continuidade entre loucura e doença ou loucura e medicina; a experiência crítica é o campo no qual a patologização da loucura pode emergir, mas isso não significa uma continuidade dada.

⁵⁸ Dentro da nova ordem, na qual se articulará a anatomopolítica, o papel do internamento se desloca de processos de exclusão para processos de reclusão. Não mais a simples exclusão de corpos, mas a sua reclusão como processo de intervenção que não deve excluir, mas inseri-lo nos mecanismos sociais (Foucault, 2005a).

como a figura do louco nesta exclusão pelo internamento, isso não se justificava por uma natureza psicológica, que lhe fosse inerente e que pôde ser posteriormente isolada e tratada pela medicina mental (menos ainda a partir do internamento), mas pela sua capacidade de responder ao sistema de obrigações daquela experiência de vida social.

Para que estas discontinuidades possam aparecer hoje como continuidades, ocorreu que o internamento, como medida de exclusão, pautado em valorações morais sobre a capacidade de resposta dos indivíduos a determinado sistema de obrigações sociais, em determinada experiência de vida social, passou por transformações, laicizando-se, fundamentado em saberes, para que pudesse incidir sobre os indivíduos considerados sujeitos de direito, dentro do sistema jurídico-discursivo, que se sedimenta no século XVIII.

É assim que no século XIX, desenvolve-se, em torno da instituição judiciária e para lhe permitir assumir a função de controle dos indivíduos (...) uma gigantesca série de instituições que vão enquadrar os indivíduos ao longo de sua existência; instituições pedagógicas como a escola, psicológicas ou psiquiátricas como o hospital, o asilo, a polícia etc.. Toda essa rede de um poder que não é judiciário deve desempenhar uma das funções que a justiça se atribui neste momento: função não mais de punir as infrações dos indivíduos, mas de corrigir suas virtualidades. (Foucault, 2005a, p. 86)

O dito homem “normal” sobre o qual a psiquiatria se coloca como saber, emerge na experiência Moderna de organização social, que identifica o *socius* ao sujeito de direito, ou seja, o louco se constitui como objeto de saber médico, a partir do momento em que, em nossa cultura, o decreto social do internamento encontra-se com o conhecimento que discerne a capacidade do sujeito de direito, cuja limitação passa a ser qualificada como doença pela medicina mental: domínio de saber que sustenta a legitimidade do internamento – ação do dispositivo “alta”. Desse modo, procedimentos especializados passaram a incidir sobre o louco assim como sobre um quadro bastante

heterogêneo de personagens, também encontrados nos internamentos, e que hoje, “não sem hesitação, nem perigo, distribuímos entre as prisões, casas de correção, hospitais psiquiátricos ou gabinetes de psicanalistas.” (Foucault, 2000, p.80).

O internamento deixou assim de ser um espaço generalizado de exclusão, particularizando-se como espaço de reclusão, e a loucura foi a primeira a ocupar esse espaço, deixando de ser uma experiência genérica de insanidade, passando a ser objetivada na figura do indivíduo louco: o “doente mental”. Agindo sobre o indivíduo, a partir de um saber que lhe fosse específico, a utilidade social do indivíduo se ajusta à virtualidade de seus atos e capacidades, sobre as quais devem incidir uma reforma psicológica e moral, ao mesmo tempo em que, enquanto isso não ocorre, ou mesmo para que ela ocorra, é regulada a participação deste no convívio social. Se o procedimento da “alta” se relaciona à restituição do indivíduo ao convívio social, o dispositivo “alta” é o que articula os diversos elementos para que esse convívio seja permitido, e que no alienismo se exerce pela reclusão.

Em sua investigação, Foucault não pretendeu demonstrar o “desenvolvimento” de um saber sobre um objeto, a loucura, no sentido de ampliação da clareza e conhecimento a respeito deste, nem que este saber tenha se imposto a um sujeito de conhecimento como verdade, que só este é capaz de observar. Tratou-se de ficcionar a própria constituição desse objeto e desse saber como tais, provenientes de certas práticas sociais; o que se destaca é a constituição da loucura como objeto e a função inscrita nessa constituição dentro do ordenamento social, a partir da modernidade.

O papel da razão na sociedade Moderna não prescinde desse jogo enunciativo; e, se o estabelecimento dos Modernos Estados democráticos, que têm como um de seus marcos a Revolução Francesa no final do século XVIII, coloca mais do que nunca a razão como seu fundamento, do mesmo modo seus procedimentos, regras e

ordenamentos estão imbricados nesse jogo de forças. Como veremos adiante e no próximo capítulo, não há incoerência entre a queda do regime absolutista (cuja imagem era vinculada à opressão) e a retomada do internamento (símbolo de “gestão da desgraça” no Antigo Regime) após a revolução. Da manipulação autoritária da massa plebeia ao tratamento do sujeito de direito, diferenças e continuidades, que vão muito além de uma progressão da razão, da ciência e da modificação dos grandes sistemas de governo.

O poder político, laicizando a moral, ao realizá-la em sua administração dos sujeitos de direito, não apenas exclui os que escapam às suas regras, mas principalmente, instaurou uma homogeneização da população, a partir dos próprios critérios que institui e exerce, apresentados como dados de natureza, o que permitiu estabelecer a loucura como doença, como objeto de saber (também a infância, a criminalidade, a sexualidade) sobre o qual a medicina mental passou a ter autoridade (Foucault, 2000).

A medicina mental, como saber autorizado sobre a “doença” mental, aparece assim, precocemente, no trabalho inaugural do pensador francês, como instrumento de governo, compondo o jogo de forças, práticas e discursos que sustentam a governamentalização dos Estados Modernos, assunto que abordamos ao discutirmos a maturidade da alta como dispositivo de governo, no capítulo III.

Assim, se estabeleceu uma história da psiquiatria, em busca de sua coerência original e fundamental; ou mesmo sua “autocrítica”, com a denúncia do internamento como produtor de patologia (institucionalização) e em prol de que haja, cada vez mais, especializadas técnicas de exame, sempre assombradas pela busca de uma cura eficiente para o limitante da subjetividade do sujeito de direito.

A consciência científica ou médica da loucura, ainda que reconheça a impossibilidade de operar uma cura, está sempre

virtualmente comprometida num sistema de operações que deveria permitir eliminar seus sintomas ou dominar suas causas. Por outro lado, a consciência prática que separa, condena, e faz desaparecer o louco está necessariamente articulada com uma certa concepção política, jurídica e econômica do indivíduo na sociedade. (Foucault, 2000, p. 174)

2.2. Psiquiatria e doença mental: *aggiornamento*⁵⁹, interdição e alienação.

É nesse campo que devemos situar os enunciados que constituem os discursos sobre a loucura como patologia, ou objeto de tratamento, dentro da elaboração do alienismo e mesmo de algumas de suas críticas, que lhe são contemporâneas, ou em experiências mais recentes, como a psiquiatria preventiva, nos Estados Unidos, (que veremos mais adiante) e - ao menos em parte - a Reforma Psiquiátrica no Brasil. As intervenções sobre o louco se ajustam à ideia de cura ou tratamento que deve receber o indivíduo, tendo em vista a personagem político-jurídica sujeito de direito, incapacitado por um limitante de sua subjetividade, e sobre o qual “devem-se” aplicar procedimentos técnicos para a sua recuperação.

É na articulação dos elementos, que devem “tratar o sujeito de direito”, que emerge o dispositivo “alta” e, se essa articulação diz respeito aos procedimentos como a tecnologia pineliana, é necessário percebê-los em sua articulação ao sistema político-jurídico, que justifica o internamento pelo tratamento que deve receber o cidadão, ao

⁵⁹ Castel (1978) considera que o alienismo, ao transformar o asilo em “espaço terapêutico”, opera uma renovação/reedição da problemática, na qual ganhavam sentido o internamento e as instituições disciplinares, “em três níveis: recrutamento das populações concernidas, das técnicas de disciplinarização aplicadas e das finalidades políticas buscadas” (p. 90). Ou seja, o alienismo é uma atualização destas características, de maneira elaborada e “fundamentada” em um saber. A mesma questão é apontada pelo autor no que diz respeito às experiências reformistas no século XX que, mesmo questionando em algum nível o procedimento de internamento e alguns procedimentos disciplinares, operam uma segunda renovação da mesma problemática, como havia feito o alienismo cerca um século e meio antes. Neste sentido, apontamos o dispositivo “alta” na articulação de elementos tendo em vista o tratamento e, como tal, o respeito à cidadania; característica que se coloca do alienismo às reformas como a que ocorre no Brasil, ao menos em parte de suas proposições.

mesmo tempo em que recoloca em andamento o processo de exclusão daquilo que, naquele momento, passava de avaliação moral para o que “naturalmente” se espera das capacidades do sujeito de direito.

Situamos assim, as implicações do nascente alienismo com o nosso atual sistema jurídico-discursivo de poder político que tem, na Revolução Francesa, um dos marcos de sua sedimentação. As intervenções sobre os cidadãos na França, após a revolução de 1789, não podiam manter vínculo com a arbitrariedade identificada com o Antigo Regime; se o internamento permaneceu, sua manutenção passou a exigir um fim e justificativa racionais, coerentes com a nova ordem que se estabelecia.

O internamento era visto pelos pós-revolucionários do final do século XVIII como símbolo de uma ordem autoritária que excluía e amontoava, de maneira arbitrária, a miséria, fazendo uma “gestão das desgraças”. Ao mesmo tempo, o liberalismo via os hospitais gerais como grande encargo às finanças públicas⁶⁰. Assim, o internamento recuou, mas não se extinguiu (Castel, 1978).

Sofrendo transformações, o internamento passou a ter sempre, em seu horizonte, a possibilidade de modificação do indivíduo internado, sua cura, sua socialização, ressocialização ou eliminação do perigo que pode representar. O hospital foi racionalizado de acordo com a nova forma de ordenamento social, na qual os indivíduos integrantes de um Estado, considerados sujeitos de direito, deveriam ter seu estatuto garantido, o que permitiu novo avanço do internamento. O hospital se racionalizou e se humanizou para receber o novo cidadão, da gestão da desgraça à garantia de direitos, a partir da assistência médica racionalmente fundamentada.

⁶⁰ É emblemática a análise de Castel (1978) sobre as propostas liberais pós-revolucionárias do final do século XVIII para a assistência, na qual não há comprometimento com o fim do internamento por questões de luta pela igualdade, símbolo da revolução, mas uma preocupação com a sustentabilidade financeira de instituições públicas, como eram os hospitais, mesmo que dentro destas não haja preocupação de assistência. No lugar dessas instituições, a proposta liberal foi de descentralização da assistência, de preferência em domicílio, e com a participação privada, ficando o internamento para os casos limite e para os absolutamente desamparados de vínculos familiares ou comunitários “o governo não deve nada a quem não lhe serve” (Delecloy apud Castel, 1978, p. 72).

Mais do que espaço de seu arbítrio, a psiquiatria encontrou nos manicômios o lugar para se “desenvolver” como domínio específico de saber. É justamente seu atravessamento nesse jogo enunciativo que identifica o *socius* ao sujeito de direito e as múltiplas implicações dessa correlação, que devem ser esquivadas pela psiquiatria, em suas pretensões, em se estabelecer como “conhecimento”, com poderes sobre um objeto, cuja verdade ela supõe descobrir, ou controlar. Tal esquiva procurou elaborar certa história da psiquiatria com a finalidade de fazer coincidir diversas sensibilidades às experiências de desatino, que assumiram historicamente múltiplas formas, com o que se entende atualmente como loucura “patologizada”. Para tanto, era importante poder indicar que, pelo menos em algum nível de experiência, sempre houve certas alucinações relacionadas à loucura, seja na presença dos ditos imbecis ou dos grandes visionários iluminados (Foucault, 2000).

Procurou-se “constatar”, a partir do conhecimento psicopatológico que, em toda aquela massa internada pelo Antigo Regime, durante o classicismo, mesmo que indiferenciadamente, já existia algum aspecto de justiça médica presente e que, embora ainda não delimitada como campo de saber, fazia-se entender por outras vias. Ou seja, a pretensão de que a patologia “inerente” à loucura já existia e que foi em torno deste objeto já existente que a psiquiatria se articulou como conhecimento que finalmente, após a revolução, pôde assistir devidamente e fazer justiça a uma parcela dos que antes eram simplesmente enxotados do convívio social.

A elaboração de procedimentos, que pretendiam estabelecer a medicina mental, teve no hospital o lugar privilegiado. O processo de medicalização do hospital, fundamental para a manutenção do espaço asilar ao final do século XVIII, foi principalmente o espaço de constituição do campo específico de saber psiquiátrico, no

qual este pôde constituir suas “verdades”, desenvolvendo uma nova tecnologia de poder: o poder disciplinar ou anátomo-política (Foucault, 2007).

Segundo Castel (1978), essa manutenção do espaço asilar configurou um primeiro *aggiornamento*, que atualizou, sob novas justificativas, o papel do internamento e foi operado em três níveis: manutenção do papel de recrutamento de populações desviantes ou marginais para locais fechados; maximização de técnicas de aprendizagem, de regularidade, de obediência e de trabalho, como laboratórios para o seu desenvolvimento antes de sua generalização, só que com uma unidade não existente até então: a medicalização; finalidade de anular ou reduzir a disparidade entre certos comportamentos e as normas dominantes, ora reinjetando reclusos no circuito da normalidade, ora segregando quando isso não fosse possível, mas como um programa de ressocialização, no qual a clausura seria apenas o primeiro estágio. É a operação desses três níveis, que se articula no dispositivo alta, no alienismo, e que prevalece, mesmo com a proposta de substituição do internamento (o que está longe de ocorrer) por outros mecanismos de contenção, tendo em vista o centramento no objeto específico e espaço especializado.

Destarte, pode-se dizer que o ato fundador de Pinel não foi o de “retirar as correntes dos alienados, mas sim o ordenamento do espaço hospitalar” (Castel, 1978, p.83), segundo o próprio Pinel, uma “reforma administrativa”. Esse ordenamento consistiu na conciliação de três dimensões que existiam em paralelo e que compuseram a chamada “tecnologia pineliana”: o refinamento do quadro classificatório como iniciativa de arranjo nosográfico das doenças mentais; trabalho sobre as instituições totalitárias com a classificação do espaço institucional; utilização de “técnicas” medicamentosas nas quais se inscreve a relação de poder entre médico e doente (Castel, 1978).

A chamada tecnologia pineliana é, por essa razão, uma importante experiência e talvez a primeira grande sistematização da ordem disciplinar que se instalou, ressignificando e generalizando o processo de internamento, nesse modelo de sociedade em que vivemos, e que pode ser assim resumida: (i) o isolamento terapêutico (ou educativo), com a separação entre o interno e as influências que podem ser causas de seus males, invertendo a ideia filantrópica de que o internamento era um mal necessário, passando a ser a primeira condição para a terapêutica da loucura. A psiquiatria fornece assim a racionalização erudita, esperada pela exigência administrativo-policia de sequestro; a hospitalização torna-se a única e necessária resposta ao questionamento da loucura⁶¹ (Castel, 1978, p.86); (ii) constituição da ordem asilar, com sistematização e vigilância rigorosa da disposição dos lugares, das funções, ocupações, procedimentos, uso do tempo, hierarquias etc. que fazem da vida cotidiana do interno um laboratório, a partir do qual a experiência social deveria ser controladamente reprogramada, afim de torná-lo apto ao convívio em sociedade; para a desordem do mundo exterior é necessário impor a ordem asilar, paradigma de uma sociedade ideal (Foucault, 1979c); (iii) relação de autoridade, na qual o médico tem posição central, como modelo moralizador, a partir de toda uma rede de vigilância, pirâmide de olhares que envolve todo o corpo de funcionários e normas dos asilos (Foucault, 2006b, p.8).

Ao mesmo tempo em que organizou seu espaço, o internamento transformou essa organização em técnica, na qual se inscreveu a possibilidade de classificar os internos e, conseqüentemente, desenvolver intervenções sobre eles, como as classificações nosográficas, com uma prática eficaz de tratamento moral e a prevenção sobre proliferação dos focos de promiscuidades. Procurava-se estabelecer, a partir da

⁶¹ Castel (1978) refere-se ao “desafio da loucura” (p.21-53) ao sistema administrativo-governamental na França, após a revolução de 1789, para ajustá-la aos parâmetros burgueses de vida em sociedade (no quais ela não se enquadrava), ao mesmo tempo em que deveria garantir a todos, incluídos os loucos, os direitos civis que “legitimavam” sua igualdade.

reclusão, uma série de procedimentos para investigar o que estava sendo afetado: se era a memória, a imaginação, a razão; investigava-se o passado do indivíduo e outros itens.

O efeito final desses procedimentos, passando pela indexação patológica, é o completo *status* que o louco assumiu dentro da nova ordem política, na qual temos: (i) a não produtividade e a periculosidade como patologia, como efeito registrado nosograficamente dentro da organização asilar; (ii) por sua “inaptidão”, o indivíduo é diferenciado e “isento” de sua culpabilidade pela “não produtividade” e virtual “periculosidade”; (iii) por ser “incapaz/doente”, tem o direito de não ser culpabilizado, ao mesmo tempo em que perde seus direitos civis (inimputabilidade); (iv) como “incapaz/doente”, torna-se passível de intervenção, ao mesmo tempo em que esta intervenção, possível agora como “tratamento”, é um direito seu.

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 – porém sem obliterá-la – 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, 2000, p. 132)

As classificações nosográficas, que fundamentavam a interdição, eram principalmente “a disposição dos sinais distinguindo o comportamento patológico das condutas socialmente reguladas” (Castel, 1978, p.111). Tratava-se de uma “fundamentação científica” para a percepção negativa sobre o que não se inscrevia na ordem, na qual poderiam ser delimitadas tantas categorias quantos fossem os comportamentos moralmente reprováveis. Aqui, se encaixa o papel do ordenamento disciplinar e da referência ao médico, como autoridade modelo de conduta moral, com plenos poderes no espaço do asilo.

É importante destacar esse fundo de tratamento moral tanto das classificações nosográficas na psiquiatria, quanto da relação que deveria se estabelecer entre médico e paciente; esses indicam o jogo de forças no qual está implicado o sujeito de direito interdito e passível de tratamento. Existe de fato esse tratamento e ele se refere ao papel que cada indivíduo deve cumprir no novo contrato social da modernidade, seja pela habilitação/reabilitação de suas capacidades, ou pela prevenção de comportamentos que possam colocar em risco o corpo social; é esta regulação que o dispositivo “alta” opera.

As técnicas disciplinares se apresentam assim, em sua positividade, pois é como tecnologia referente a essa nova contratualidade que se impõem de maneira mais ou menos uniforme e mais ou menos especializada. Elas devem, pelos procedimentos de controle e vigilância, maximizar a capacidade de cada indivíduo; o interdito incapaz deve ser tornado capaz, o perigoso deve ser vigiado e corrigido, quando possível.

Em todo caso, a classificação nosográfica das patologias mentais se mostrava bastante frágil, embora também o fossem, em outra medida, as das demais patologias, como critério de cientificidade exigido pela medicina moderna, ao pretender para si uma história de sua “evolução”, que parte da constituição de uma nosografia como essência das patologias, passando por uma protoclínica, que se preocupa com a constituição do espaço nosográfico e não com uma nosografia propriamente dita, para chegar finalmente à anatomo-clínica, que marca a passagem do espaço taxonômico para o espaço corpóreo, com a espacialização da doença no organismo (Foucault, 2006a).

Como bem demonstra Foucault (2006a), a ilusão dessa história retrospectiva da medicina pretende uma evolução rumo a uma cientificidade nunca alcançada e que esconde que essas instâncias da medicina, além de serem contemporâneas, não são excludentes e, juntas, constituem principalmente os espaços de visibilidade da

percepção médica (p.136). No caso da psiquiatria, é justamente sua particular fragilidade nosográfica que a faz investir nos procedimentos que a caracterizam como primeira medicina social, na qual se inscreve a constituição do espaço de visibilidade da percepção médica. A psiquiatria não operou nenhuma mutação na ordem do saber médico, ela soube principalmente marcar práticas disciplinares com selo médico (Castel, 1978, p. 117).

Se a classificação nosográfica da psiquiatria está totalmente atravessada por avaliações morais, isso não impede que ela permaneça até nossos dias e que, do mesmo modo, se pretenda uma cura sobre as patologias delimitadas. Ao mesmo tempo, a manutenção do aspecto moralizante se inscreve na aptidão para o convívio social e as técnicas disciplinares aparecem como operadoras de uma cura que não passa necessariamente pela mudança em um quadro patológico. O procedimento mantém-se focado em uma intervenção técnica sobre um indivíduo, embora aqui se inscreva, como veremos no capítulo III, o que talvez seja a grande vocação da psiquiatria como tecnologia política do corpo (não só anatômica) e o papel exercido pelo dispositivo alta: a intervenção na população generalizada. Neste caso, a restrição ao internamento só limita seu alcance e suas técnicas vão muito além de procedimentos convencionalmente médicos, embora ainda se utilizem destes e promovam outro tipo de medicalização. É o que se esboça nas críticas psiquiátricas ao alienismo, sobretudo a respeito da institucionalização.

2.2.1. Institucionalização e alienação

Retomar o processo de internamento não foi uma operação isenta de críticas, muito pelo contrário. Como já nos referimos, o internamento era um procedimento

vinculado ao Antigo Regime, em que os asilos eram vistos como “instituições onde a religião e o poder de Estado se aliavam ou se revezavam para fazer reinar um verdadeiro terror por meio do amontoamento dos corpos” (Castel,1978, p.62). Ordenar o espaço asilar funcionou para dissipar essa imagem em relação ao internamento, tanto por ter acabado com o amontoamento, quanto pela articulação de procedimentos racionais em sua organização, no lugar de interesses religiosos ou do autoritarismo do soberano.

Mas a crítica ao asilo já estava também dentro da própria constituição da psiquiatria; Castel (1978) se refere a uma distinção entre duas tendências da psiquiatria que se articulam em sua constituição como tecnologia política dentro do espaço asilar. Não eram antagônicas, embora divergentes, elaborando críticas a alguns efeitos dos internamentos, ao mesmo tempo em que reeditavam a tecnologia de gestão política ali constituída, ora dentro do asilo, ora fora dele. Por um lado, o que Castel chamou de “utopia totalitária”, em seu desenvolvimento como técnica, absorve e neutraliza pelo internamento um problema de Estado: a questão das massas desviantes, desenvolvendo, na instituição fechada, uma gama de técnicas disciplinares; por outro lado, já se apresentava também uma técnica de característica capilar, que fixava o risco de desvio no lugar de sua provável emergência, “medicando-o” fora da clausura, no seio da própria comunidade, de maneira preventiva.

No primeiro caso, temos uma perspectiva de medicalização em um sentido mais diretamente técnico, entendendo a alienação como uma doença quase como qualquer outra, que deve ser tratada por meios que se aproximem da medicina comum, em hospitais comuns; uma ruptura com o espaço simplesmente asilar, re-situando a psiquiatria no âmbito da medicina. Essa tendência investe na recomposição do espaço asilar para torná-lo, “finalmente”, um meio verdadeiramente médico, dissociando a

medicina da assistência e focando sua intervenção nos “verdadeiros” doentes; deve-se “desembaraçar o asilo dos crônicos, dos senis, dos indigentes que neles se introduzem, dos epiléticos, dos alcoólatras, dos alienados criminosos, etc.” (Castel, 1978, p. 266)⁶².

O segundo caso, uma “linhagem da prevenção”, na qual o dispositivo institucional é mínimo ou pulverizado, investindo diretamente sobre as comunidades nos espaços de possível eclosão de doenças; visava principalmente a prevenir o perigo, transformar o meio pelos programas higienistas não necessariamente medicalizados, ou melhor, medicalizados segundo outra perspectiva, que amplia, quase que ilimitadamente, a população passível de sofrer intervenção (p. 267).

Assim, foram retomadas críticas ao internamento, já na década de 1860, cinquenta anos após Pinel, quando o tratamento moral era central dentro dos asilos. O trabalho havia voltado a se fazer presente de maneira forte; o internamento tinha voltado a se expandir, geralmente não tão ordenado; o amontoamento voltou a ser uma constante, denúncias de arbitrariedade surgiram. Muito antes dos processos de reforma psiquiátrica no século XX, já na segunda metade do século XIX, questionamentos ao alienismo foram formulados na França, criticado como “síntese um tanto grosseira e já capenga entre a tecnologia asilar, um código nosográfico mal separado de uma fenomenologia social da desordem e um projeto de assistência de tipo ‘filantrópico’” (Castel, 1978, p. 269). O asilo começou a lembrar o hospital geral, onde o único traço em comum dos internos era o enclausuramento e não a sua separação técnico-medicamentosa.

No entanto, embora a linhagem da prevenção estivesse em andamento na Europa, com um dos principais encaminhamentos da medicina social (Foucault, 1979b),

⁶² *Essa perspectiva conduzirá à criação de “serviços livres” nos hospitais psiquiátricos, ao desenvolvimento dos serviços neuro-psiquiátricos nas faculdades, até a tendência atual de vincular os ‘novos’ setores a hospitais comuns* (Castel, 1978, p. 266). Castel aponta assim, a presença de discursos que serão encontrados nas experiências de reformas psiquiátricas, que ocorrerão a partir de meados do século XX, cuja influência é notória para a Reforma no Brasil, e que veremos mais adiante.

a força do organicismo revigorou os procedimentos asilares. As classificações patológicas adotaram a premissa de obedecer a uma concepção patogênica por meio de pesquisa das lesões morfológicas ou histológicas; nesse sentido, devia-se buscar, nos quadros nosográficos, uma lesão que lhe fosse constitutiva. A pretensão era deixar de lado a concepção de doença mental, como fenomenologia social da desordem, e buscar uma aproximação ao tronco organicista da medicina, que se fortalecia; mas, tal pretensão nunca foi alcançada, o que fortaleceu as críticas ao internamento no século XX, embora algumas das proposições críticas ao internamento ainda mantenham a pretensão organicista para a fundamentação dos projetos de substituição ao modelo de internamento.

A retomada do internamento, com o ordenamento dos asilos, consolida as conjunções técnicas e políticas da psiquiatria⁶³. É com o internamento que ela é capaz de formular uma sistematização de procedimentos que podem ser apresentados como técnica de intervenção sobre um problema também aí constituído: a doença mental. Ao mesmo tempo, essa consolidação permite que a psiquiatria, como ferramenta política, possa prescindir do internamento e se colocar como solução para os problemas gerados (ou retomados) pelo próprio processo de internamento que a psiquiatria reativou.

As críticas mais modernas passaram então a ser formuladas não só a partir da incapacidade organicista dos quadros psiquiátricos e ao seu fundo de tratamento moral de desordens sociais, mas à própria produção desses quadros, ou seu agravamento, dentro do espaço asilar.

Note-se que o alienismo, ao se estabelecer, promoveu uma inversão na percepção do internamento como produtor de misérias, a partir do amontoamento.

⁶³ Castel (1978) se refere ao projeto pineliano como a operação técnica que foi capaz de encarnar, em uma tecnologia hospitalar, o programa assistencial vago da corrente reformista pós-revolucionária. Tal programa equivalia a uma espécie de meio termo entre não resolução definitiva do problema da miséria e uma atitude que pudesse apaziguar a crítica à total desassistência, com um sistema capaz de apresentar, ao mesmo tempo, um projeto de correção e de neutralização dos “não corrigíveis”.

Quando da organização do espaço asilar, este aparecia como tratamento para as problemáticas emergentes no ambiente social, no qual a tecnologia do internamento se justificava justamente por proporcionar outro tipo de ambiente, que livrava o paciente do ambiente social, visto como produtor da patologia. Aqui, o quadro se inverte de novo e são retomadas críticas ao internamento, percebido desde a revolução como ambiente totalitário e depósito de misérias; agora, é fortalecida outra crítica: a da produção de alienação dentro do próprio espaço de internamento.

A doença mental vai fazer sempre o duplo jogo entre a aglutinação dos corpos, que não cabem à sociedade, racional, produtiva e aglomerada nas cidades, e a “verdade” patológica de ser uma “natureza” defeituosa, que é revelada no internamento do qual também seria causa.

Neste sentido, tendo em vista a crítica ao alienismo, à internação e à institucionalização dentro desta, houve uma reconfiguração do dispositivo alta, inserida em um aparente paradoxo. Como colocamos até aqui, o dispositivo alta, no alienismo, regulava os procedimentos operados sobre o louco articulados em três níveis: recolocando em andamento a exclusão de “desviantes” de certas normas morais; promovendo uma laicização destes procedimentos ao secularizar valorações morais, aplicando-as sobre a personagem jurídica “sujeito de direito”; produzindo, com o internamento, uma tecnologia política que permitia reinjetar reclusos no circuito da normalidade, ou justificar a manutenção de sua reclusão, quando isso não fosse possível. O aparente paradoxo está na manutenção dessa articulação, totalmente atravessada pelo internamento, a partir da sua subtração.

O dispositivo “alta” teve que reconfigurar os elementos que punha em exercício, prescindindo do internamento, ao mesmo tempo em que mantinha o mesmo objeto,

mesmo segmento populacional, dentro das mesmas valorações morais laicizadas e, basicamente, a partir do quadro nosográfico-moral elaborado no alienismo.

Esta questão se colocou em nossa pesquisa de maneira preliminar, na medida em que agrupamos alguns enunciados institucionais nos quais o dispositivo “alta” deve articular procedimentos capazes de fornecer um tratamento em substituição ao internamento (embora, é bom frisar, este permaneça e venha se fortalecendo em outros termos como procedimento dentro da própria Reforma).

A começar pela patologia como critério “evidente” dentre os elementos articulados pelo dispositivo “alta”, como a lei federal nº 10.216/2001, que indica como direito das pessoas portadoras de transtornos mentais:

“Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental (...)

Art. 2º I – Ter acesso ao melhor tratamento no sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

V – Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VII – Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento”.

Também se delimita na especificação do campo do equipamento, que tomamos como campo de pesquisa, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), na Portaria nº 336/2002:

‘Art. 1º

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme definido adiante.”

Dentro do referencial que utilizamos até aqui, tratamos de inscrever a constituição da loucura como objeto e do saber sobre este, dentro de múltiplas relações de força que dizem respeito ao modo como nos organizamos socialmente, uma politização do objeto e dos saberes que lhe dizem respeito. O dispositivo alta se inscreve

justamente nestas múltiplas relações de força, como uma espécie de “exercício resultante”. Interessa-nos expor e debater os elementos articulados pelo dispositivo e não obliterá-los.

Nosso intuito não é uma cruzada contra a concepção de patologia, mas debater os funcionamentos que esta concepção exerce. Neste sentido, não podemos deixar de compreender que a concepção de patologia está concretamente presente na Reforma, conseqüentemente, em nossa compreensão, traz consigo as relações que descrevemos até aqui. Isso não pode ser entendido como um “denuncismo” de que o “mal” está contaminando a Reforma. Do mesmo modo, não devemos evitar o debate sob a justificativa de que este seja um ataque reacionário à Reforma. Devemos trazer questões como esta e colocá-las em evidência, pois, do mesmo modo que as patologias e os saberes sobre estas se constituem em relações de poder, qualquer outra perspectiva que se apresente também se constitui como tal.

Com efeito, a patologização da loucura é um dos fundamentos que fazem existir a Reforma como política pública e tal fundamento, como veremos adiante, é extremamente debatido hoje na Reforma brasileira, na prática cotidiana na rede, quando se tem que colocar em andamento a Reforma; assim como também o foi em suas influências mais próximas que foram as reformas do pós-guerra.

Não se trata então de colocar em “dúvida” a existência do que se chama doença mental, ela existe claramente, como prática concreta em nossa sociedade: mobiliza movimentos sociais e produz legislações; direciona políticas e investimentos públicos; articula pesquisas sociais e de medicamentos, assim como seu financiamento; organiza profissões e cursos de formação; justifica ainda intervenções jurídicas e de uso “legítimo” da violência sobre indivíduos. Tudo isso e mais está em jogo quando um serviço CAPS é montado e seu corpo técnico tem que responder e agir como tal, no que

se inscrevem os procedimentos que devem ser encaminhados. Aqui, de volta à lei federal nº 10.216/2001, observamos alguns elementos que a alta deve operar, na pretensão de substituição ao internamento, devendo garantir:

“Art. 1º - IX – Ser tratada, preferencialmente, em serviço comunitários de saúde mental.

Art. 4º §3º - É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas de recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no § único do art. 2º.”

Enquanto a portaria 336/2002 se refere ao tipo de assistência que deve ser prestada nos serviços substitutivos:

“Art. 4º

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades: a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; d - visitas domiciliares; e - atendimento à família; f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.”

Tais procedimentos exigem certo tipo de resultado, e essa exigência se apresenta nos discursos dos gestores e trabalhadores em suas práticas cotidianas. É a tentativa de operar os elementos articulados pelo dispositivo “alta”, para pôr em andamento a Reforma, tendo em vista uma substituição de modelo de tratamento. Mas o que isso significa? Acreditamos que não é necessário dizer que simplesmente estes enunciados na forma de legislação, nem mesmo a existência dos equipamentos aí referidos, garantem os “efeitos enunciadamente se esperados”.

Em todo caso, a REAP Aracaju se apresenta como uma tentativa bastante vigorosa de efetivação do que “está no papel”. A rede de equipamentos públicos foi

montada, em sua maior parte, em dois anos e em termos comparativos, estabeleceu uma das melhores coberturas de serviços e quadros disponíveis (Brasil, 2007; Aracaju, 2007). Esta é uma informação que não deve ser desprezada, pois aponta a capacidade de instalação de uma rede de assistência de serviços públicos em um sistema que é fortemente privatizado e que possui grandes entraves à financeiros para a contratação e boa remuneração de quadros, o que é fundamental para qualquer proposta de assistência pública em saúde que se queira efetivar.

Outros acontecimentos que se alinham à perspectiva da Reforma, se referem aos avanços na desospitalização:

“As duas clínicas foram reprovadas no PINASH, é uma grande oportunidade para a gente fechar pelo menos uma delas, a Secretaria do Estado tá querendo, e como as clínicas atendem ao interior, se eles estruturarem as redes a gente fecha as duas” (Gestor)

Não apenas a existência da rede chama a atenção, mas a incorporação dos procedimentos indicados acima como práticas que devem ocorrer nos serviços. As equipes interdisciplinares estão montadas e mantém um esforço constante para agir em conjunto. Os espaços de reunião demonstram isso e, é bom destacar, que, embora prevista, esta prática não ocorre em outros equipamentos da rede de saúde.

As trajetórias de dois usuários, que chamaremos aqui de Ângela e Carlos, dão um bom indicativo do que pode acontecer na rede. Ambos viveram longos períodos internados e são moradores de Residência Terapêutica. Ângela era descrita como apresentado *“uma constante euforia”* e *“muito dispersa e fora da realidade”*; não pareciam ser esperados dela comportamentos que a permitissem levar uma vida independente de um constante assessoramento; suas crises, descritas como *“apresentando um comportamentos agressivos e falta de diálogo”*, fizeram seus

internamentos passarem de frequentes a uma constante, praticamente perdendo o contato com os familiares.

Carlos apresentava um quadro e histórico diferente, era interno há alguns anos e não possuía família conhecida; havia trabalhado na roça, mas, ao que tudo indica, a idade foi limitando sua autonomia; seu quadro era descrito como de uma “*quietude depressiva*” e “*socialização muito limitada*”.

Ambos, Ângela e Carlos, estavam entre os usuários considerados mais difíceis de operar algum avanço em termos de socialização e desenvolvimento de atividade com autonomia, entendida aqui como interesse mais sistemático por alguma atividade, na qual pudesse ser produzido, com certo domínio, algo lúdico ou laboral. O momento da reunião de técnicos do serviço funciona como um espaço no qual é possível trocar impressões e deter a atenção sobre pessoas como estas, que haviam sido, até então, ignoradas. O que se fazia era conversar sobre aquelas pessoas com as quais se passava a ter contato no serviço; eram pessoas falando de pessoas e tratava-se, fundamentalmente, de dispensar atenção, se deter em suas vidas.

A reunião de técnicos, como momento de “conversar sobre a vida das pessoas” é o grande espaço no qual é possível dar sentido e “alma” às atividades prescritas para os serviços; não se trata apenas de ter atividades de grupo e oficinas, ou de dar um diagnóstico interdisciplinar, mas de fazer com que tais procedimentos se conectem às vidas que estão ali, que não tiveram atenção em outro lugar e que provavelmente continuariam silenciosamente sem ter.

“Ela gosta muito de música, tem uma musicalidade e gosta de dançar também. Devemos trabalhar a musicalidade que ajuda a ela até na crise; é bom encaminhar isso também na RT” (trabalhador de CAPS)

“O negócio dele é trabalhar com terra, tá cuidando das plantas na RT, a gente pode fazer isso aqui também e outros usuários podem cuidar das plantas com ele” (trabalhador de CAPS)

O que queremos chamar a atenção com esses pequenos exemplos, é para o fato de que os procedimentos descritos - compreendidos dentro da estrutura disponibilizada pelos serviços, conectadas às discussões sobre a Reforma e dentro dos elementos que se articulam como uma perspectiva de tratamento em substituição ao modelo asilar – ao mesmo tempo em que se encaixam no prescrito como atividade técnica de serviços conectados a uma política pública legalmente instituída, dizem respeito, fundamentalmente, à atenção dispensada a estas pessoas, ao tempo que se usa para olhar para suas vidas e agir a seu favor. Não há um tom de discurso “técnico”, há precisamente uma conversa que não distingue profissões, aliás, pouco se refere a estas, e que poderiam ser discursos encontrados em rodas de família ou círculos comunitários.

Pudemos ver atividades serem reformuladas e direcionadas a certas circunstâncias, e eram estas conversas que faziam conexões como Residência Terapêutica-Oficina-Projeto terapêutico Individual-autonomia.

“Carlos então! Sempre foi obediente, compreendia o que agente falava, mas não falava com ninguém, mas, realmente, ele surpreendeu muito porque começou a fazer as coisas... a gente viu que ele sabia o que tava fazendo, ele mexe na terra e nas plantas sozinho!” (trabalhador)

Neste ponto, há um interessante vetor de discussão, que diz respeito a associação entre certa estrutura que Reforma representa e disponibiliza e a “animação” desta estrutura operada na ponta da assistência; começamos a observar que a prática técnica efetiva é bastante subjetiva e aberta e depende de avaliações e posicionamentos circunstanciais. Se, por um lado, não podemos esperar que a simples formalização de serviços e legislações coloquem em andamento a Reforma, por outro lado, podemos entender que o próprio processo dessa formalização e os formatos que assumem na Reforma em nosso país, são também encaminhamentos, estes provenientes de inúmeros debates, ponderações, experiências e experimentações. É interessante então, situarmos a

constituição de algumas destas estruturas técnicas que observamos na Reforma brasileira, para observarmos muitas das questões que continuam a ser colocadas hoje.

Vejamos brevemente como vão sendo estruturadas as experiências de influência mais próxima à Reforma brasileira e a emergência de alguns dos elementos que vemos hoje articulados pelo dispositivo *alta*, na perspectiva de substituição do modelo de tratamento. Podemos observar também, na crítica ao internamento e à institucionalização a ele associada, um movimento que, no limite, questiona a própria perspectiva de tratamento nas experiências de reforma, em seu parentesco com o alienismo, apontando para a segunda grade discursiva articulada pelo dispositivo *alta*, que veremos no capítulo III.

2.2.2. Reformismos e segundo *aggiornamento*

A crítica ao internamento marca um intenso processo de questionamento do alienismo e dos procedimentos por ele encaminhados. A década de 1940, após a Segunda Grande Guerra Mundial, é apontada como um momento de retomada de grandes críticas ao modelo de internamento da psiquiatria, voltando-se tanto para a fragilidade da fundamentação da psiquiatria, que não refinou as classificações nosográficas ou uma base anatômica⁶⁴, quanto para os efeitos do internamento, com o amontoamento e produção de alienação. É interessante salientar que o revigoramento das críticas ao internamento ocorre após um momento de crise da ordem social e a comparação entre os asilos e os campos de concentração; a experiência de internamento

⁶⁴ Cuja relação com a anatomia produziu apenas intervenções como as lobotomias, lecotomia e timpectomia

durante a guerra provocou um incômodo com a existência habitual e generalizada, em todo o ocidente, de lugares com tais características.

A crítica à produção de alienação ecoou nas principais experiências de questionamento à psiquiatria e ao asilo no século XX, nas quais se pode constatar o foco nas transformações dos procedimentos técnicos que, de maneira geral, se afastam ou desistem de chegar a intervenções objetivamente medicamentosas e destacam aspectos sociais na relação com a loucura, mesmo nas experiências que mantiveram uma visão patológica e a busca da cura. Podemos dividir essas experiências em três grandes grupos: (i) experiências de reforma dos espaços e procedimentos asilares; (ii) crítica ao espaço asilar, busca por outros espaços de tratamento e reforma da psiquiatria; (iii) crítica radical ao papel político do espaço asilar, da patologização e da psiquiatria, foco em um conceito amplo de desinstitucionalização e transformação social para além de qualquer competência ou responsabilidade técnica .

As experiências de reforma são normalmente destacadas como uma espécie de primeiro passo para uma crítica da produção de alienação. Foram iniciativas de reformas nos asilos para que esses pudessem cumprir suas justificativas formais de existência que eram tratamento, cura e ressocialização. Como destacamos anteriormente, o internamento se atualizou em diferentes momentos e não conseguiu manter afastado o amontoamento dentro de seus muros durante muito tempo. A emergência de técnicas específicas, que passaram a ordenar e racionalizar o espaço asilar, durante a modernidade, promoveu uma retomada do internamento, não sem críticas, sob outra justificativa, o que Castel (1978) chamou de primeiro *aggiornamento*. A retomada das críticas ao internamento voltou-se então para os procedimentos que haviam justificado a manutenção do asilo: isolamento, punição, tratamento moral, forte hierarquização.

As primeiras experiências, após a Segunda Guerra, não previam uma extinção asilar, mas uma mudança em seu funcionamento, que pretendia abrandar o isolamento e a disciplina em seu interior, prevendo a modificação no papel dos internos que, em algumas experiências, passaram a participar das decisões sobre o funcionamento do asilo assim como sobre o processo de tratamento. Dentre as principais experiências nessa perspectiva estão as comunidades terapêuticas (nas quais destacam-se experiências na Grã-Bretanha) e a psicoterapia institucional (experiência ocorrida na França).

Ambas propuseram a produção de uma comunidade terapêutica dentro do hospital, com a função terapêutica assumida pelos pacientes e seus familiares, além dos técnicos. Apesar de manter o internamento, havia uma ideia de produzir “relações democráticas” dentro do asilo. Nesse sentido, a primeira intervenção de tratamento deveria ser sobre a instituição (por isso psicoterapia institucional na França) a fim de “recobrar” a característica de local de cura.

É importante notar que essas ideias rejeitavam os principais procedimentos que caracterizavam o asilo como local de tratamento sob a tutela do saber psiquiátrico. Ao mesmo tempo, mantinham a perspectiva de intervenção e cura de patologias, cuja classificação nosográfica havia sido produzida dentro dos procedimentos agora criticados. Começou a se sedimentar a possibilidade de a psiquiatria como ferramenta política ampliar seu campo de atuação⁶⁵.

Para encaminhar tais ideias, foi necessário desenvolver outras formas de procedimentos de “tratamento”, utilizando técnicas de grupo operativo, grupos de discussão e de atividades, conforme podemos citar: treinamento para a vida fora do asilo, reuniões diárias, assembleias gerais, divisão das atividades de funcionamento do

⁶⁵ É essa expansão que será criticada por movimentos posteriores e que foi apontada como *aggiornamento* por Castel (1978 e 1987). Ao mesmo tempo, essas experiências foram influências importantes e muitos de seus encaminhamentos se mantiveram como ferramentas utilizadas por outras iniciativas de reforma.

asilos, clubes terapêuticos e ateliês (estes dois últimos especificamente na experiência francesa).

Apesar de manter o espaço de internamento como possibilidade terapêutica, esses encaminhamentos foram de grande influência para as experiências posteriores de reforma psiquiátrica, podendo ser encontradas nas críticas mais radicais (como as experiências de antipsiquiatria e a experiência italiana, que veremos adiante). É importante também destacar que a experiência francesa se expandiu por diversas instituições naquele país, como modelo que ficou conhecido como psicoterapia institucional, inicialmente articulado por *Tosquelles* no Hospital *Saint Alban* (Birman e Costa, 1994).

A ideia de que o internamento no hospital gerava alienação, de que este deveria ser o primeiro a ser tratado para possibilitar ressocialização e que era necessário buscar uma democratização do seu espaço, levou ao passo seguinte: começar a abandonar o internamento e não reformá-lo. O espaço privilegiado de atuação e tratamento psiquiátrico deveria ser a comunidade

Na França, onde a experiência da psicoterapia institucional havia se generalizado para algumas instituições, se estabeleceu, como complementaridade dessas experiências, a Psiquiatria de Setor, que foi transformada em política pública na década de 1960. Os hospitais permaneceriam como uma das fases do tratamento, mas as cidades passaram a ser divididas em setores onde os pacientes deveriam ser tratados após um período de internamento ou antes que eclodisse a doença. Cada setor da cidade passou a ter uma equipe responsável, inclusive o hospital foi dividido da mesma forma, com a mesma equipe responsável pelo setor equivalente (Birman e Costa, 1994).

Além de voltar o foco de atenção para a comunidade onde vivia o paciente, outra importante mudança na perspectiva de tratamento consistiu em sua ampliação com a

“prevenção” e “pós-cura”. Ou seja, o trabalho na comunidade permitiria uma ambiente melhor para ressocialização e uma relação mais democrática e participativa do paciente (uma espécie de aperfeiçoamento da comunidade terapêutica); além disso, permitiria expandir a cobertura de atuação, não só em termos do espaço (toda a cidade dividida em setores), mas também em termos de intervenção. Seria possível assim, a prevenção de doenças nos lugares de sua possível emergência, ao mesmo tempo, quando os sintomas das patologias ocorressem e o internamento fosse necessário (momento em que o doente seria acompanhado pela mesma equipe do setor), permitiria também acompanhamento após a alta do indivíduo.

Contemporaneamente à Psiquiatria de Setor, articulou-se nos Estados Unidos o que ficou conhecido como Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (Amarante, 1996). Esta experiência tinha de semelhante com a Psiquiatria Comunitária e a Psiquiatria de Setor a influência de experiências reformistas da psiquiatria, a crítica ao asilo como produtor de alienação, a ampliação do espaço de atuação da psiquiatria para a comunidade, a prevenção de doenças mentais, a manutenção da ideia de patologia e cura.

Porém, um traço marcante na experiência estadonidense, foi sua configuração, desde início, como um forte traço de política de Estado, pretendendo a construção de um modelo para ser generalizado por todo o país. Essa experiência articulou uma série de conceitos e projetos que se tornaram modelo, mesmo em iniciativas que se formularam como crítica a esta experiência e que podem ser encontrados na Reforma no Brasil⁶⁶.

⁶⁶ Basaglia, após sua experiência em Gorizia, foi convidado para trabalhar na implantação do modelo estadonidense. A partir desta experiência, o psiquiatra italiano pôde aprimorar suas análises sobre a psiquiatria e sobre a figura do louco em nossa sociedade. Elaborando fortes críticas à política de saúde mental dos E.U.A., Basaglia teve a oportunidade de produzir um trabalho. Apesar disso, algumas iniciativas estão presentes na experiência italiana, como os serviços comunitários; o mesmo serve para a Reforma no Brasil.

Outra característica marcante dessa política (de maneira mais enfática que na França) é a ideia de prevenção como estratégia de intervenção. A prevenção articula três pontos importantes: o deslocamento do foco da doença para a saúde mental; a ampliação do espaço de atuação da psiquiatria para as comunidades; sua consolidação nesses novos espaços com a elaboração de equipes, técnicas e serviços para a atuação. Para o trabalho na comunidade, foram criados os Centros de Saúde Mental Comunitária, nos quais tanto se estabeleceram equipes multidisciplinares (psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros) quanto se procurou estabelecer no trabalho uma intersectorialidade (articular o trabalho com outros setores na comunidade como educação, igreja, polícia etc.). Havia também os procedimentos como os questionários de triagem e as visitas nas próprias residências.

A “psiquiatria preventivista”, como ficou conhecida (Amarante, 1996), mantém uma perspectiva patologizante sobre a loucura; porém, com a ideia de prevenção, volta-se ou para evitar que a patologia ecloda (prevenção primária) ou intervir sobre ela logo no início de sua eclosão (prevenção secundária) pela atuação sobre o meio ambiente, no qual se associa o agente causador ao hospedeiro⁶⁷. É também a intervenção sobre o meio e não o enclausuramento que possibilitaria reabilitação psicossocial para os já afetados pela doença (prevenção terciária). É interessante notar que o internamento psiquiátrico, criticado como fator produtor de alienação (institucionalização)⁶⁸, foi justificado também como intervenção sobre o ambiente, como medida de tratamento.

⁶⁷ O grande nome da psiquiatria preventivista estadunidense, Gerald Caplan, adotou conceitos de prevenção de doença na saúde pública que propunham que, para que uma doença surgisse, seriam necessários três aspectos: um agente causador, um hospedeiro e um meio ambiente com características propícias para a associação dos dois primeiros (Amarante, 1996). Se a prevenção consistisse na intervenção em uma dessas instâncias, a atuação sobre o meio ambiente garantiria o estatuto e eficácia preventivista.

⁶⁸ A noção de institucionalização foi utilizada na psiquiatria preventiva como uma formulação crítica ao internamento; essa noção continuou a ser utilizada, embora tendo agregado um série de problematizações sobre os processos de institucionalização, que veremos adiante (Amarante, 1996).

Assim, a psiquiatria formulou uma “autocrítica” ao mesmo tempo em que manteve a classificação patológica produzida no asilo, estabelecendo outra forma de aproximação com a medicina, com novas técnicas e procedimentos bem sistematizados. Focar na saúde mental e não na doença, passou a significar prevenir essa doença e o modo de fazê-lo deveria ter intervindo no ambiente de maneira tanto ou mais sistematizada quanto foi a da tecnologia pineliana. A isso podemos chamar uma estratégia bio-política - entrar nas casas, contar a população, checar os focos de doenças, estatística.

Essas experiências - da psiquiatria institucional e psiquiatria de setor na França, e da psiquiatria preventiva nos Estados Unidos - foram os principais alvos de crítica à medicalização e psiquiatrização da vida em sociedade; a reforma da psiquiatria, em tal perspectiva, serviria para atualizar um domínio de saber de maneira mais forte e abrangente como estratégia bio-política.

No século XX, se estabelece a vocação política da psiquiatria, que já havia formulado semelhantes críticas ao alienismo um século antes, mas que ficou em suspenso até a sedimentação da psiquiatria como técnica de exame, e até que fossem possíveis formulações mais elaboradas para uma estratégia substitutiva aos manicômios, como o foram na França e nos EUA.

A psiquiatria é efetivamente uma ciência política já que ela respondeu a um problema de governo. Ela permitiu administrar a loucura. Mas deslocou o impacto diretamente político do problema para o qual propunha solução, transformando-o em questão “puramente técnica”. (...) Os sucessivos equilíbrios de seu intercâmbio dão conteúdo concreto ao que se deve entender por estratégia de controle social: não como imposição brutal de um aparelho coercitivo, mas, instauração de dispositivos práticos por responsáveis bem intencionados (Castel, 1978, p. 19).

Se a experiências nos Estados Unidos foi extremamente sistemática em termos de encaminhamentos, também contra ela puderam ser formuladas as críticas mais

estruturadas, inclusive a partir de seus resultados numéricos. Destacamos, acima de tudo, o fato de que o que se falava em termos de medicalização da sociedade ficou evidente com o aumento no fluxo em direção aos hospitais psiquiátricos e consumo de remédios⁶⁹. Além disso, críticas ao fato de que o objetivo do recuo asilar seria a redução de gastos públicos (o que acabou não ocorrendo) e a proliferação de técnicas de controle e vigilância foram alvo das mais veementes ações contra a psiquiatria e o ordenamento social no qual se inscreve.

O alienismo se esforçou por estabelecer uma especialização da psiquiatria e sua distinção dos campos jurídico e assistencial; as reformas do século XX retomaram essa relação, embora mantendo a especialização médica com seu quadro até aumentado.

Não mistificar o ponto de vista da especialidade e da competência técnica, mas começar a avaliar essa proliferação de especialidades, essa multiplicação de peritos que, mesmo quando dizem renunciar ao projeto de curar (o que, aliás, nunca foi crime), avaliam, selecionam e normalizam à sombra de sua competência (Castel, 1978, p.274).

As críticas formuladas pelos movimentos antipsiquiátricos e principalmente as experiências italianas retomam também essa relação, mas é importante destacar a ênfase da crítica sobre a via técnica como procedimento. Ou seja, essas experiências formulam principalmente uma crítica radical ao internamento, à patologização da loucura e ao saber médico (e todos os seus afluentes técnicos) como via de atuação.

Thomas Szasz produziu uma crítica radical à loucura como doença mental (1979) e, tendo em vista a vigilância que se instalou com a experiência estadonidense, produziu um trabalho que relacionava a caçada preventivista da psiquiatria à caça às bruxas durante inquisição, na qual o louco seria o “bode expiatório” da vez, depositário

⁶⁹ “Em um ano, os Estados Unidos trataram aproximadamente trinta e cinco milhões de casos com drogas antipsicóticas dentro de hospitais. Vinte milhões de casos recebem antidepressivos e trinta milhões recebem tranquilizantes. São ao todo oitenta e cinco milhões de pessoas tomando remédios para diminuir o sofrimento psíquico” (Serrano, 1985, p.57). Isso na década de 1980.

da projeção dos fracassos da sociedade (Szasz, 1971). Nesse mesmo sentido, Cooper (1973) formulou suas críticas às classificações nosográficas/morais travestidas de cientificismo, afirmando que “o que pode ser falsamente considerado como tendências pode, de fato, ser uma seleção judiciosa” (p. 28).

Para essas experiências, não havia proposta de tratamento para a loucura, não havia classificação patológica, nem intervenção medicamentosa. A experiência de Cooper, no pavilhão 21⁷⁰ e em outros hospitais, pôde demonstrar a viabilidade de tal visão, quando conseguiu dar alta em poucos meses a pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas, trabalhando apenas com terapia conjunta de família e uso reduzido de medicamentos, sem terapia individual, nem tratamento de choque ou intervenção neurocirúrgica.

Uma experiência alemã, na clínica psiquiátrica da universidade de Heidelberg com os trabalhos do Dr. Huber, junto aos coletivos socialistas de pacientes, produziu uma experiência interessante, com a formação de grupos de discussão (os assuntos iam de relações pessoais e inconsciente até arte e política). Esses grupos tinham uma característica muito importante, pois eram abertos à população da cidade e começaram a desenvolver fortes críticas ao consumismo de remédios, às falhas no Sistema Nacional de Saúde e às repressões nos hospitais. Rapidamente, evoluíram para uma crítica exacerbada a todo o sistema capitalista, que seria promotor ou patrocinador desses conflitos. Como consequência, o coletivo socialista de pacientes foi expulso da Universidade de Heidelberg e chegou a reunir, na casa em que funcionava, cerca de quinhentos interessados que procuravam desde psicoterapia individual até a participação nos trabalhos de grupo de estudo. O grupo acabou sendo acusado de subversivo, a partir

⁷⁰ Enfermaria psiquiátrica do Shenley Hospital.

de uma campanha das autoridades universitárias, foi fechado à força e Dr. Huber foi condenado em processo político (Serrano, 1982).

Essas experiências apontavam, pelo trabalho com a loucura, para uma crítica sobre o modo de organização social e produção de alienação por meio do internamento e patologização, acumulando alguns sucessos: o principal deles foi a psiquiatria democrática italiana, pois manteve-se articulada como movimento antimanicomial naquele país, passando posteriormente à regulamentação como política de saúde, o que permitiu o estabelecimento da experiência italiana como um modelo no mundo todo, único a eliminar, de fato, os internamentos.

Os traços em comum entre as experiências que ficaram conhecidas como antipsiquiatria são: crítica à noção de doença mental; crítica ao saber médico como ferramenta política de controle social; desconsideração do internamento como forma de tratamento; crítica ao ordenamento social, que deve passar a ser objeto de modificação.

O movimento de reforma psiquiátrica na Itália compartilhou essas perspectivas, dando-lhes consistência pelo trabalho de Franco Basaglia. O psiquiatra italiano assumiu a direção do hospital de Gorizia no início da década de 1960, começando a trabalhar sob influência das experiências de comunidade terapêutica da psicoterapia institucional. Levando esses modelos e principalmente suas próprias experiências a sério, iniciou um movimento contínuo de problematização da psiquiatria, da loucura e da sociedade. Problematizações que não pararam de se consolidar quando da oportunidade de conhecer a psiquiatria preventiva dos EUA, até sua experiência, como diretor do Hospital Psiquiátrico Provincial de Trieste, a partir do início da década de 1970. Diferente de outras experiências contemporâneas, que podem ser relacionadas à antipsiquiatria, o trabalho de Basaglia chegou a servir de parâmetro para a regulamentação da assistência, o que não ocorreu em outros lugares, cujas iniciativas

nessa perspectiva ou não tiveram financiamento público ou foram condenadas como subversivas.

Basaglia articulou algumas proposições que reelaboraram os aspectos presentes na antipsiquiatria que enumeramos acima. (i) Em relação à crítica à noção de doença mental, com refutação da patologização e rotulação nosográfica da loucura, o encaminhamento passou a ser que a doença deveria ser colocada entre parênteses (e com ela o saber médico) e o foco de atenção deveria ser sobre a existência dos sujeitos; (ii) a crítica ao internamento se articula à crítica ao papel social da psiquiatria e dos técnicos no processo de institucionalização⁷¹, que estabelece o duplo da doença mental, no qual não só o isolamento do internamento, mas, principalmente, o isolamento simbólico, gerado pelo estigma de doente mental, constroem os atributos relacionados à condição de doente; (iii) ainda dentro da construção do estigma, está a constatação feita por Basaglia da relação entre internamento e os estratos sociais mais pobres, escamoteada pela psiquiatria como ferramenta política, transformando-a em análises de natureza médico-psicológicas; (iv) o questionamento radical do papel técnico e a proposição de renúncia ao mandato terapêutico e combate à natureza jurídico-policia da psiquiatria na manutenção da ordem pública (Amarante, 1996).

O trabalho em Trieste foi a experiência a partir da qual Basaglia pôde encaminhar essas formulações de maneira efetiva, diante do desafio de transformar a realidade de assistência em um hospital e estabelecer uma nova relação com a loucura, envolvendo a cidade e seus habitantes, fazendo valer a sua concepção de desinstitucionalização que vai muito além da desospitalização.

⁷¹ Amarante (1996) aponta que o termo desinstitucionalização nasceu na experiência de reforma estadunidense, podendo ser entendida com desospitalização. Na perspectiva de Basaglia, a desinstitucionalização vai muito além, relacionada a uma ideia de desconstrução, do isolamento, do estigma, do papel político da psiquiatria.

A psiquiatria preventiva dos EUA havia estabelecido o conceito de desinstitucionalização tendo em vista a produção de alienação com a experiência de isolamento nos asilos. Nesse sentido, era necessário evitar o isolamento, buscando tratar dos doentes na comunidade na qual eles viviam, para evitar a produção da doença ou tratá-la de modo mais eficiente. A desinstitucionalização, na perspectiva de Basaglia, extrapola em muito a desospitalização, tendo em vista que a alienação não se constitui apenas no internamento (embora o fim deste seja um questão central), mas na percepção estigmatizada sobre a loucura como doença, incapacidade e periculosidade.

O isolamento é visto como produtor de alienação na medida em que corta vínculos sociais de pessoas já fragilizadas e que acaba por criar dependência das relações e regras restritas da instituição asilar. Muito da sintomatologia atribuída à loucura passou a ser vista como produto dessa institucionalização. Mas o que Basaglia pôde evidenciar nessa concepção, que de certa forma estava presente nas experiências mais reformistas (a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva do EUA), foi que o estabelecimento do processo de institucionalização tinha no internamento seu golpe de minerva, a erupção de um processo que se dava antes do internamento, na percepção sobre a loucura patologizada, vista como incapacidade e periculosidade (Amarante, 1996).

Ou seja, a produção de alienação da loucura se dá juntamente com a constituição da loucura como objeto do saber médico, a partir do qual é sobreposta uma série de valorações sociais transformada em classificações patológico-comportamentais pelos quadros nosográficos⁷². Neste sentido, a desinstitucionalização é um processo que deve se voltar para os próprios valores estabelecidos, para o modo de vida em sociedade com os quais se relacionam, na qual a psiquiatria figura como ferramenta política a serviço

⁷² Mesmo as tentativas mais modernas de estabelecer uma clínica nosológica acabam efetivamente não se diferenciando dos procedimentos de construção de quadros nosográficos, estabelecidos na aplicação dos métodos comparativos à psiquiatria (Amarante, 1996, p.57).

da ordem estabelecida, naturalizando valores e transformando diferenças em desvios ou deficiências diagnosticáveis e “tratáveis”, seja ao se utilizar do asilo, seja expandindo sua intervenção preventivista nas comunidades.

A primeira crítica incondicional era em relação ao internamento como possibilidade assistencial. A ruptura nesse sentido não se limitava ao manicômio, mas procurava incessantemente romper com qualquer mecanismo institucional que pudesse reproduzir a separação da vida social. A crítica constante ao papel do técnico é crucial, na medida que já traz consigo as relações de poder que mantiveram (e mantêm) no horizonte a possibilidade de sequestro do louco.

Basaglia encampa, em sua perspectiva, uma forte crítica ao capitalismo, tanto nos valores morais, individualizantes e produtivistas naturalizados pela patologização das diferenças, quanto na constatação de que os asilos serviam principalmente ao isolamento dos mais pobres e considerados improdutivos, pois quando “a norma é representada pela eficiência e pela produtividade quem não corresponde a esses requisitos deve encontrar para si uma colocação num espaço onde não atrapalhe o ‘ritmo social’” (Basaglia, 1974, 229).

Foi uma intervenção sobre estas questões, a partir do trabalho com a loucura, o que pretendeu Basaglia e seus companheiros na experiência em Trieste, voltando-se para as necessidades concretas das pessoas, em um trabalho que se articulou sempre como movimento social, tendo em vista “a impossibilidade prática de, numa realidade como a do mundo ocidental europeu ou americano, responder às necessidades da comunidade mediante a organização abstrata de um sistema de saúde praticamente irrealizável” (Basaglia, 1974, p. 228).

Mesmo tendo que estabelecer programas para a direção da instituição, a experiência italiana procurava identificar as necessidades da população assistida em

articulação com movimentos sociais de diversos setores que estivessem preocupados com a opressão sobre os que não tivessem ainda o poder de se opor. E pretensão era de possibilitar uma mudança na relação entre cidadão e sociedade, na qual se insere a relação entre saúde e doença, para que fosse possível a transformação prática não só das instituições e serviços psiquiátricos, mas de todas as instituições sociais.

Nessa perspectiva, havia, por um lado, o esforço no sentido de reativação da produção de relações sociais diretas, progressivamente diminuindo a mediação por alguma proteção institucional. Por outro lado, era necessário valorizar os conflitos gerados a partir do choque das mudanças institucionais na sociedade e na própria concepção técnica (Basaglia, 1977, p. 248). Entre os encaminhamentos iniciais, ainda dentro do funcionamento do hospital, houve o aumento do quadro técnico, a transformação progressiva dos internamentos em internamentos voluntários, a setorização da cidade e do hospital semelhante à ocorrida na psiquiatria de setor, assim como a definição de equipes responsáveis: os pacientes deixaram de ser agrupados de acordo com diagnósticos ou comportamentos, a separação entre sexos foi suspensa. Todas essas medidas iniciais tinham como base a experiência em Gorizia e visavam à desestruturação do hospital como lugar de internamento, diferente de outras experiências, que até serviram de modelo em certos encaminhamentos, como os setores e os serviços comunitários. O objetivo era eliminar por completo o internamento.

Somando-se a essas iniciativas, foram estruturados encaminhamentos que viabilizassem a desinstitucionalização assim como entendida por Basaglia e seus companheiros: (i) a criação de novas figuras jurídicas, como a cooperativa de trabalhadores unidos, que procurava uma viabilidade de emprego e sustento para os ex-internos hóspedes, o hóspede do hospital, aquele que deixa de ser interno, mas se mantém ali por alguma necessidade e por livre escolha; (ii) novas instâncias

organizacionais como os diretores territoriais, os Centros de Saúde Mental de base territorial, os lares abrigados para ex-pacientes; (iii) instrumentos de recomposição econômica que permitissem a autonomia financeira dos ex-pacientes, como a busca por locais de trabalho, reativação de pensões e fornecimento de subsídios muitas vezes redirecionando recursos anteriormente destinados à manutenção da estrutura institucional.

Como iniciativa especializada, a experiência em Trieste procurou principalmente eliminar os focos técnicos de institucionalização (o internamento e a medicalização da sociedade com expansão da psiquiatria para a comunidade), fornecendo meios que possibilitassem a sobrevivência dos ex-internos com condições econômicas de subsistência e com o estabelecimento de laços sociais. Como movimento social, procurou estar sempre articulada a lutas em diferentes setores, incluindo a questão da loucura na pauta da luta de classes e problematizando incessantemente a relação saber-poder imanente ao papel dos técnicos e dos procedimentos institucionais (mesmo os novos).

O lugar das crises foi redimensionado e não mais direcionado para dentro do sujeito, mas reaberto como crise entre os níveis de poder, o que passou a exigir ao corpo técnico uma forma de mediação totalmente nova, que problematizasse a sua própria reprodução como mercadoria no circuito de trocas institucionais, e que estabelecesse outra via de articulação a movimentos sociais, não só para os outros (os pacientes), mas relacionados aos interesses dos próprios técnicos também como atores sociais (Baságli, 1977, p.250).

Os novos serviços descentralizados, longe de representar automaticamente o fim do mandato para sequestro e aniquilamento das diferenças, tiveram que manter a atenção sobre a possibilidade de reedição do manicômio; para isso, deveriam sempre se

desenvolver segundo as diversas modalidades condicionadas pela realidade no território em que operavam, procurando manter em vista o reconhecimento das necessidades das pessoas e não se estabelecer como novas respostas institucionais, como novas instâncias de controle e dependência, que procuram se proteger das crises pela constituição e racionalização de sua organização e procedimentos (Baságli, 1977, p.256).

Sem dúvida, houve grandes problemas a serem enfrentados, pois, se o desaparecimento do internamento, como alternativa, induziu a mudanças na formulação das demandas de intervenção, não deixou de ocorrer o choque com as demandas de internação ainda existentes, tanto por parte dos outros serviços médico-psiquiátricos, quanto “por parte dos próprios cidadãos individualmente considerados, nas dificuldades de suportar um sofrimento que ainda se apresenta (...) como radicalmente estranho em relação às regras da saúde e da vida”. (Basaglia, 1977, p. 254-253).

Estava em pauta a necessidade de reestruturar a cultura em relação à presença do que se convencionou chamar doença e ao distúrbio sentido como seu efeito. Não se tratava de simples tolerância à loucura, mas de “aprender a suportar um confronto com o outro que só permanece real e significativo quando o sofrimento não é encerrado em lugares e ideologias que se encarreguem deles” (Basaglia, 1977, p. 255).

O objetivo prioritário dos primeiros atos da transformação institucional tornou-se, assim, a reconstrução da pessoa e da identidade social: despedaçar todas as normas que regulamentavam a dependência pessoal do internamento; reconstruir concretamente sua identidade enquanto pessoa jurídica; recuperar os recursos econômicos indispensáveis à sua colocação no circuito das trocas sociais; estabelecer as bases, irreversíveis, da sua condição de membro do corpo social. Em outras palavras, substituir a relação de tutela por uma relação de contrato. (Basaglia, 1977, p.248).

Podemos observar nas experiências da reforma italiana e nos outros processos que indicamos nessa sessão, a grande massa tanto de temáticas discutidas, quanto de modelos de organização serviços e legislações que temos hoje na reforma brasileira.

Tendo em vista o que indicávamos ao final da sessão anterior, sobre a relação entre prescrições legais da política pública e as práticas que as animam, principalmente a experiência basagliana, apresenta um indicativo muito forte de injeção de debates políticos nas práticas técnicas, assim como vigorosas iniciativas de manipulação de leis e financiamentos.

Como destacamos anteriormente, encontramos em nosso campo na REAP Aracaju, uma rede bastante estruturada; do mesmo modo, observamos o funcionamento da estrutura organizacional, no que destacamos o encaminhamento do tipo de articulação que é necessária para animar prescrições legais. Sinalizamos agora algumas dificuldades para por em andamento o dispositivo alta, tendo em vista a perspectiva de substituição do modelo de tratamento. Importante notar que tais dificuldades são indicadas pelos próprios operadores da rede, os trabalhadores e gestores. Se, por um lado, há a capacidade articulação das práticas pra fazer a rede funcionar, por outro lado, existem características nas quais esta articulação é dificultada.

“As oficinas não estão funcionando, na verdade a gente está quase sem atividade.”
(gestor)

“Na quinta de manhã, os usuários vêm pra assembleia e depois vão embora, porque não têm nada pra fazer” (trabalhador de CAPS)

“Hora acredito hora não acredito na Reforma. Não há desassistência, mas não é como deveria ser. A gente não tem discutido os casos. As USBs têm assinalado, mas a gente não tem dado suporte” (trabalhador de CAPS)

Um dos pontos de dificuldade é a manutenção de alguns espaços e atividades que já foram estruturados e tiveram em atividade. Não se trata apenas de implantar um tipo de atendimento que traz práticas e estruturas diferentes, como as prescritas para os CAPS, mas de fazê-las prevalecer, adquirir certa estabilidade que permite, a partir daí, que inovações aconteçam. É uma análise de gestores e trabalhadores que a progressão da rede depende também da sedimentação dos equipamentos e procedimentos. Esta não

parece ser uma dificuldade local, sendo comum encontrar em outras redes o retrocesso de atividades que um dia funcionaram, bem como a sua estagnação em certo formato.

“Antes as pessoas trabalhavam mais em equipe, agora estão isoladas, passam a maior parte do tempo nas salas dos funcionários. Inclusive, se não fosse assim, alguns acontecimentos poderiam ter sido evitados, como agressão de usuários, tava todo mundo trancado nas suas salas” (trabalhador de CAPS)

“Não tem companheirismo na equipe, tá todo mundo se fechando; também em relação a você poder contar com os colegas, a questão do horário mesmo, eu acabo me protegendo, ninguém chega no horário, então eu tô chegando mais tarde porque senão eu chego antes de todo mundo e tenho que dar conta sozinha” (trabalhador de CAPS)

Manter o vigor do funcionamento do serviço requer um investimento constante, mesmo os “resultados” de uma rede que funciona bem, não são muito evidentes, e pequenos retrocessos parecem ter facilidade de gerar uma espécie de reação em cadeia, que implica tanto o desânimo para continuar práticas que estiveram em funcionamento, quanto dicotomizações lidas como confrontos de perspectivas e categorias.

“Os coordenadores têm sido voto vencido nos serviços, quando a questão é defesa da Reforma. No encontro Interredes, houve muita defesa das clínicas, se não diretamente, defendiam que elas continuassem a existir, tá sendo muito duro escutar isso” (trabalhador)

“Um paciente hipertenso, quando tem crise, ele não vai pro hospital, então porque não o paciente de saúde mental?” (trabalhador de CAPS)

“Os trabalhadores não estão tendo clareza de que os CAPSs são substitutos das clínicas, a rede parece que mudou, está tendo um ataque contra a Reforma” (gestor)

‘Acho que não, está tendo uma organização maior dos trabalhadores, por isso é que eles estão assim’ (gestor)

“Mas articulação contra a Reforma?” (gestor)

Dicotomizações entre categorias acabam por levar a reduzir o entendimento de alguns problemas como sendo de ordem técnica, como a relação entre lotação de recursos humanos e a capacidade técnica e ideológica para atuar na Reforma, que pode se apresentar como algo preliminar às dificuldades que se apresentam. Ou seja, entender as dificuldades no encaminhamento da Reforma como um problema de diferenças ideológicas anteriores às experiências na rede, ficando em segundo plano o debate sobre

as dificuldades com a prática e até esmo a produção dessas diferenças diante destas dificuldades, que é outra forma de cessar o debate.

“Tem gente que não quer estar aqui, não quer trabalhar em Saúde Mental, mas também as condições estão muito ruins. Eu quero sair, já deixei de acreditar na política pública, na instituição. Tenho medo de deixar de acreditar na Reforma” (Trabalhador de serviço)

“Eu cai aqui de paraquedas, não sabia nem o que era Reforma Psiquiátrica, aí você chega aqui dia de segunda, vê paciente dormindo no chão, não tem nem lugar pra sentar” (trabalhador de CAPS)

“Tem uma diferença entre concursados e contratados, os contratados têm gosto de gás, os concursados já chegam sem acreditar no serviço” (trabalhador de CAPS)

Quando trazemos estes tópicos sobre a desarticulação e estagnação de procedimentos, o retrocesso nas discussões de equipe e as dificuldades na lotação de funcionários, entendemos que estes não são elementos isolados; estes tópicos são exemplos de manifestações de dificuldades em operar transformações, e que acabam por se alimentar umas as outras, não sendo nem causa nem efeito necessariamente. São manifestações de dificuldades que estão sempre prontas a eclodir e com as quais a luta se mostra constante nos debates, de técnicos e gestores sobre, o funcionamento da REAP.

Entendemos, por isso, que não sejam apenas questões de ajuste técnico, pois, como destacamos, a rede é comparativamente bem estruturada, demonstrou e demonstra capacidade de funcionamento e dedicação mesmo em situações adversas, levando a pensar mesmo sobre a viabilidade de certo modo de intervenção.

“A medicação está sendo levada para ele, mas a mãe não está administrando (auxiliares). Ele tem recebido visita diariamente e acho que deve passar a ser uma vez por semana, o que deve ser registrado no prontuário, mas esta visita deve ser uma visita mesmo, de avaliação e observação do usuário.” (trabalhador de CAPS)

“a equipe estava passando a medicação para a UBS para a UBS passar para a mãe da usuária. A mãe sempre reclama, quando ocorrem as visitas, de que a UBS não repassa a medicação. A casa do usuário é do lado da UBS e a mãe nem se mobiliza de ir lá ver o que aconteceu. Tiraram a responsabilidade da mãe e passaram para a UBS porque a mãe não estava ministrando. Temos que ir lá diariamente para ministrar” (trabalhador de CAPS e gestor)

Acompanhar minuciosamente a vida de um usuário não parece que seja algo viável para qualquer serviço. Do mesmo modo podemos entender que não seja necessariamente este tipo de prática que idealizada para os serviços. É a discussão sobre este tipo de prática que acaba ficando de lado. Se, por um lado, podemos observar que estas não sejam práticas necessariamente adequadas, por outro, observamos também a demonstração de uma solicitude em relação aos usuários e ao trabalho no serviço, que muitas vezes perde visibilidade para as questões de predisposição e diferenças ideológicas, ou de falta de competência técnica.

Os efeitos destas práticas acima podem também estar relacionados ao sentimento de dificuldade em “dar conta do serviço” e a transformação de práticas que se parecem mais com um tipo de tutela assistencialista, em práticas que se esperam do serviço e dos operadores. Não é novidade o cansaço de familiares cuidadores diante da sobrecarga que é a tutela integral em um mundo no qual quase não existe alternativa a alguns usuários. O internamento em clínicas muitas vezes é visto por familiares como uma espécie de “férias do cuidado”. Do mesmo modo, levar o usuário para “passar o dia” no serviço, pode ser, e é, entendido como um “sossego temporário”. Importando menos o que se faz no serviço, e mais a sua qualidade de ser um “lugar onde deixar” (interessante entendermos essa prática de maneira mais geral, é só observarmos a agenda de pais e crianças). São práticas que observamos até mesmo na relação entre os serviços.

“Ele vem pra cá porque a família não aguenta, ele tava heteroagressivo, tava batendo em todos os homens; ele é grande. A irmã disse que ele bateu em um vizinho e que vai internar ele no manicômio” (trabalhador de CAPS)

“A residência é linda, mas não dá conta, o que fizeram foi só tirar do Garcia e empurrar lá, tem que rezar é muito no final de semana pra não acontecer nada” (trabalhador de CAPS)

“A gente começou bem com a RT, fazendo visita, projeto terapêutico... mas esse negócio de os usuários da RT virem em bloco pra cá, pra não fazer nada, ficam zanzando aqui, só pra livrar os cuidadores da RT dos usuários em alguns horários” (trabalhador de CAPS)

“Deixa ele lá na urgência um tempinho, pra dar uma folga aqui, ninguém aguenta mais ele” (trabalhador de CAPS)

Situações como estas provocam um peso na ponta da assistência, sobre os trabalhadores e gestores que, como operadores do dispositivo alta, se colocam na mira das responsabilidades pelo encaminhamento das proposições enunciadas. Merecem destaque estas temáticas que se delineiam como a produção de tutela e o amontoamento nos serviços.

Ouvimos em campo algo como: *“mas acontece que a rede ainda pode crescer e se estruturar e, além disso, é necessário que os operadores do sistema acreditem na proposta e façam a diferença”*. As duas afirmações são verdadeiras, porém, devemos lembrar que estamos diante de uma rede consideravelmente estruturada, na qual os espaços como a reunião de equipe e as reuniões de gestão ocorrem concretamente, o que não ocorre em outros equipamentos de saúde, por exemplo. Não se trata de dizer que as propostas são inviáveis, mas de entender que, se estamos diante de uma rede modelo, que tem os equipamentos consideravelmente montados, inclusive em termos de procedimentos e quadros de funcionários, e as dificuldades prevalecem, existe algo a mais a ser debatido que não a falta de competência ou a exclusiva responsabilização dos operadores do dispositivo.

Este algo “a mais”, é frequentemente apontado como a estrutura social fora do serviço, onde entram dois aspectos: a capacidade técnica de ir além dos muros do serviço, reativando os laços sociais dos usuários; e a articulação da rede básica à rede especializada. Nestes aspectos, nos encaminhamos para a segunda grade discursiva que observamos articulada pelo dispositivo alta, dentro da perspectiva de que a Reforma e seu quadro técnico, seja capaz de atuar produzindo a inserção jurídica e exercício de direitos dos usuários da rede.

Ao retomarmos aqui as críticas ao alienismo e ao internamento no século XX, buscamos traçar o caminho das implicações da psiquiatria com a assistência e com a função política de controle e disciplina, implicações que o alienismo procurou esquivar por meio de proposições técnicas que o aproximassem da medicina. Como vimos anteriormente, essa perspectiva era contemporânea ao que Castel (1978) denominou linhagem da prevenção, que havia produzido críticas ao internamento (“utopia totalitária”) na década de 1860, reativadas nas críticas do século XX contra a produção de alienação e os processos de institucionalização nos asilos, e que podemos retomar da seguinte forma: (i) retomada, de maneira mais organizada, fundamentada e propositiva a crítica ao isolamento mais ou menos dentro das temáticas que já surgiam em 1860; (ii) consolidação da psiquiatria como estratégia bio-política, tendo antes um importante papel de refinamento de procedimentos disciplinares como técnica de exame; (iii) seu estabelecimento como política de Estado, com o foco voltado para a cidadania como regulação da vida e ajustamento social (capítulo III); (iv) movimentos com questionamento mais radical ao internamento, à patologização da loucura, à gestão técnica das populações e expansão da medicalização da sociedade, com foco também na cidadania (experiência italiana de forte influência no Brasil).

CAPÍTULO III

GOVERNAMENTALIZAÇÃO DO ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS: A MATURIDADE DA ALTA COMO DISPOSITIVO DE GOVERNO

Neste capítulo, situamos algumas narrativas de campo em relação a elementos articulados pelo dispositivo “alta”, tendo em vista a construção da inserção jurídica e exercício de direitos dos usuários dos serviços. Tal perspectiva expõe a alta como um dispositivo de governo, característica que, de fato, está presente desde o alienismo, a partir da especificidade técnica de atuação sobre o louco. Ao nos referimos, porém, à sua “maturidade”, como dispositivo de governo, indicamos os elementos por ela articulados, tendo em vista a “bio-regulamentação pelo Estado” dos usuários do sistema, de maneira mais próxima ao ordenamento dos espaços de moradia e circulação nas cidades; à regulamentação das atividades de produção e à configuração da assistência social e previdenciária da população em geral.

A loucura colocou um desafio à sociedade nascida nas convulsões da queda do Antigo Regime. E a sociedade o aceitou porque estava em jogo a credibilidade de seus princípios e do equilíbrio de seus poderes (Castel, 1978, p.22).

É importante compreendermos a patologização do louco e sua delimitação como objeto da medicina mental, como efeito e exercício da constituição de mecanismos que substituem equilíbrios tradicionais no poder político. A função de tais mecanismos - como a medicina mental - é compor o quadro de procedimentos racionais que substituem o arbítrio real. O nascimento do alienismo coincide com um marco do fim do Antigo Regime e início da configuração de um sistema político, que se fundamenta nos direitos universais do homem. As “democracias de massa”, em que vivemos hoje,

“exigem” que o poder político tenha sempre em seu horizonte a condição de cidadão de todos os membros do corpo social.

Nestes termos, em referência ao trabalho de Castel (1978), devemos entender o desafio colocado pelo louco ao poder político em, ao menos, dois níveis: o primeiro diz respeito aos direitos do cidadão, sobre os quais nenhuma intervenção ou julgamento de fundo moral, religioso ou autoritário deve ser tolerado. O cidadão considerado louco só pôde ser internado a partir da autoridade de um domínio de saber que o avaliava como doente e para o qual se oferece o internamento como um tratamento operado pelos elementos articulados no dispositivo alta. O segundo nível diz respeito à promoção dos seus direitos; o internamento é também um direito ao tratamento e, caso não tenha em vista essa possibilidade, não pode mais ser justificado, devendo ser substituído. No capítulo anterior, situamos esses dois níveis como campo de emergência de enunciados que compõem os discursos sobre o louco, visto como objeto de tratamento na Reforma psiquiátrica brasileira, uma formação discursiva na qual se inscrevem enunciados do alienismo, assim como de críticas a este, a partir das quais a Reforma se constitui como outra forma de tratamento.

Com efeito, principalmente a partir do segundo nível, passamos a situar os elementos e enunciados que o dispositivo alta articula para operacionalizar a Reforma, não a partir de uma intervenção direta sobre o louco, mas tendo em vista a administração e regulamentação de suas condições de vida, como uma especialidade na administração da população. Destarte, podemos descrever tais enunciados dentro da Reforma Psiquiátrica no Brasil, considerando sua regulamentação e diretrizes, como política pública e, principalmente, a partir das práticas discursivas e não discursivas, que acompanhamos em nosso campo de pesquisa.

De maneira articulada aos discursos que aqui agrupamos, estão os enunciados institucionais da Reforma que se propõem a sustentar as práticas no cotidiano dos serviços, servindo de referência para indicar o que é coerente e não coerente com o discurso da Reforma como construção de cidadania.

Por exemplo, a lei 10.216/2001, que diz respeito aos portadores de transtornos mentais, como proteção a seus direitos, e propõe, dentre outras coisas, ações em suas condições de vida, sua rede social:

(É direito das pessoas portadoras de transtornos mentais) *Art. 2º II – Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.*

No mesmo sentido, a Portaria nº 224/2007

Capítulo I

Art. 3º - IV -Prevenção do agravamento ou reincidência de situação de risco e violação de direitos

VII - adoção de metodologia centrada no resgate dos direitos e da autoestima, e na reconstrução dos projetos de vidas dos usuários e de suas famílias;

Também são apontadas as atividades previstas para os serviços como procedimento articulado pelo dispositivo alta, como as descritas na Portaria nº 336/2002

Art. 4º

4.1.1 - e - atendimento à família; f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Outra fonte neste sentido é o Relatório de Gestão, 2003-2006 (Brasil, 2007), como por exemplo, os temas da inclusão social pelo trabalho (p.43), da sustentabilidade social (p.55), sustentabilidade cultural (p.55), centros de convivência e cultura (p.57) entre outros.

Já como um elemento de campo, os laudos para emissão de APAC (autorização para procedimento de alta complexidade) trazem algumas temáticas importantes, ao começar pela articulação que fazem, como documento, de uma série de funções:

delimitam e justificam perfil de atendimento (admissão); articulam enunciados das atividades do serviço e o SUS, ratificando suas delimitações de atenção, na medida em que justificam o financiamento federal; produzem dados epidemiológicos. Os laudos acabam por apresentar, de maneira sucinta, alguns dos elementos articulados pelo dispositivo alta, como os motivos da admissão do usuário no serviço, seu enquadramento - intensivo, semi-intensivo e não intensivo⁷³ - e os procedimentos sobre este.

Chamou-nos a atenção o espaço que ocupa a classificação patológica, significativamente menor que o de caracterizações mais amplas e ligadas a questões sociais, o que nos leva a discutir o financiamento de questões de cunho social pela política pública de saúde mental.

“delírios persistentes (delírio persecutório); tristeza profunda, ansiedade excessiva, insônia, não adesão à medicação; rede familiar desestruturada, situação de risco, exclusão social.”

Outra discussão interessante diz respeito a encaminhamentos do financiamento, como, por exemplo, a abertura de APAC para usuário egresso de internamento.

“Quando um usuário é egresso institucionalizado e vai pra uma RT, ele tem uma APAC aberta pra ele na RT. O usuário que não é egresso não tem, o município cobre a dispensa” (gestor)

Ou ainda a capacidade de financiamento gerada pela APAC:

“A APAC, que gera um usuário intensivo de CAPS um pouco mais que a metade do que gera uma AIH (autorização de internação hospitalar), às vezes, eu acho isso contraditório pra implantar uma rede melhor, se o hospital ganha mais!” (trabalhador de CAPS)

⁷³ Portaria nº 336/2002 Art. 5º Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2o.

“Os serviços não se sustentam com o que é gerado pelas APACs, mas a gente não deixa de atender quando tem usuário precisando, então, se não fosse a administração municipal pra bancar, o projeto não andava, não” (gestor e coordenador de CAPS)

Outro item que se apresentou foi a maneira de relacionar a classificação patológica com a concessão de benefício, com os “curiosos” nomes de “CID forte” e “CID fraco”

Eles (usuários e familiares) chamam “CID forte” aqueles que dão benefício, tem muita gente que fica tentando ver se muda, mas tem uns que não dá. Mas já teve vezes que a situação da família era muito precária, a gente via, e mesmo que não fosse do chamado “CID forte”, a gente já deu um jeito, e isso há muitos anos atrás (gestor).
Faz dois anos que eu tô tentando, mas não dão um “CID forte” pra ele; aí, ele não se aposenta e a gente fica nessa situação; ele não pode trabalhar” (familiar).

Em relação à operacionalização do dispositivo alta, na perspectiva de construção da inserção jurídica e exercício de direitos dos usuários, iniciamos o agrupamento de alguns conjuntos de discursos que expõem temáticas interessantes ao se referirem ao seu encaminhamento, bem como às dificuldades que se apresentam.

Em relação aos encaminhamentos, algumas temáticas se delineiam como: admissão para além do diagnóstico da patologia, iniciativas de estruturação das condições de vida dos usuários.

“A melhora dele aqui foi significativa, coisa que ele não conseguia no AD, então estamos planejando um cuidado em parceria. Às vezes, não é o foco do diagnóstico que vai ajudar o usuário. Quando ele veio para aqui eu fui contra, mas falaram que ele tinha transtorno anterior ao alcoolismo. Depois, eu achei que tava tudo bem” (trabalhador de CAPS)

“Usuário sem documento não vai deixar de ser cidadão por falta de registro civil, o SUS diz que é pra atender todo mundo, inclusive moradores de rua, aí da pra gerar BPA (boletim de procedimentos ambulatoriais) pra garantir o registro” (Gestor)

“Uma usuária da RT quer ir morar só e tem condições, tem dinheiro do benefício, vai para a igreja, tá fazendo as coisas dela, tá participando das atividades, está apaixonada (por usuário que mora na residência também)” (trabalhador de CAPS)

“Um bazar pra iniciar o projeto de geração de renda para os usuários, mas porque tem questões legais com o projeto para a gestão da secretaria e, enquanto não se sedimenta

a participação dos usuários e a organização da cooperativa, o dinheiro deve ficar em um fundo para daí ser decidido como será utilizado.” (trabalhador de CAPS)

Em relação às dificuldades, outro conjunto de enunciados traz temáticas importantes como: falta de condições sociais, atravessamentos institucionais.

“O governo não tá mais concedendo benefício fácil não. Às vezes, dá vontade de sair classificando todo mundo que quer ter benefício, eu queria ver se tem pra todo mundo” (trabalhador de CAPS)

“Se todo mundo que não tem casa virar ‘doido’, quero ver se vai ter RT (Residência terapêutica) pra todo mundo. É uma dificuldade arranjar dinheiro pra pintar o CAPS” (trabalhador de CAPS)

“A juíza falou que se o CAPS não tem subsídio, se não tem estrutura, se não dá conta, deve-se encaminhar para outros equipamentos, para CRAS etc.. Se tem mais de ano que o usuário tá querendo a oficina, porque não coloca o usuário na oficina? ‘Eu quero solução’ disse a juíza” (trabalhador de CAPS)

“O juiz do Ministério Público está solicitando vagas nas residências para pessoas do ‘Renascer’⁷⁴” (gestor)

Para situar a discussão desses conjuntos de discursos, construímos este capítulo a partir de dois pontos importantes para a compreensão da alta como dispositivo de governo: (1) O ajustamento entre a concepção jurídico-discursiva de poder e biopoder; (2) Governamentalização do Estado: a Reforma Psiquiátrica como efeito e exercício.

3. 1. Poder soberano e biopoder

Foucault (1999a) chama atenção para a o ajustamento entre dois tipos de discursos: um, com a organização do direito em torno da concepção de poder soberano; outro, uma mecânica que atua sobre os corpos e seu ambiente, o biopoder. Desse modo, a regra dos “direitos naturais” (teoria da soberania) organiza um direito público dando a coesão jurídica do corpo social, enquanto a regra da norma, por meio da anátomo e da

⁷⁴ Fundação ligada ao Estado para assistência a crianças e adolescentes em situação de risco. No caso, o juiz solicita vagas em residências para adultos que cresceram na fundação e por terem completado a maioridade, não podem mais ficar lá.

biopolítica (biopoder), garante, de fato, a coesão do corpo social (Foucault, 1999a, p.44).

O biopoder marca uma ruptura na economia do poder no Ocidente com recuo de uma política centrada no direito de causar a morte e avanço de um exercício de poder, que investe sobre vida. Na concepção de sujeito de direito, está em jogo a capacidade de estabelecer contratos e contrair obrigações, como “posição prático-teórica” que cada membro, do que se chama contrato social, deve ter o direito e a capacidade de ocupar (Soares, 1995, p. 275). Trata-se da clássica concepção de poder político encontrada nos filósofos do século XVIII⁷⁵, vinculada à noção de soberania (unidade de poder), com uma legitimidade lei, e que se fundamenta em um movimento que vai do sujeito ao sujeito; do sujeito a priori, como um indivíduo por natureza dotado de direitos e capacidades, ao sujeito sujeitado, indivíduo que cedeu seus direitos naturais em um contrato, o contrato social, que o torna sujeito de direitos sujeitado a uma unidade de poder, que pode ser tanto um monarca, quanto o Estado. Situemos a constituição do poder soberano e seu ajustamento ao biopoder.

Foucault (1988) identifica o poder de causar a morte como Estado de justiça, de territorialidade feudal, no qual destaca dois pontos: (i) uma “sanguinidade”, seja no poder de derramar sangue, na precariedade da condição de alguém suscetível de ter seu sangue derramado; ou do pertencimento a certo grupo consanguíneo, de pertencimento a certo segmento social; (ii) a soberania, vinculada ao último aspecto de “sanguinidade”, sustentada por sistemas de alianças consanguíneas, nas quais a nobreza estabelece acordos para a gestão militar e econômica do reino, ao mesmo tempo em que se sustenta na figura de um soberano.

⁷⁵ Rousseau, Voltaire, Smith e Kant, mas também Hobbes e Maquiavel.

O soberano garantia a manutenção do sistema de alianças, a coesão e segurança de um povo; a garantia de sua segurança era a garantia de segurança da soberania, devendo ser mantida e defendida a qualquer custo. A possibilidade de que algo acontecesse ao soberano (consequentemente à soberania) permitia evocar o exercício de seu poder para intervir na situação, daí o poder de causar a morte.

Foucault aponta que este poder deriva do velho direito romano que permitia ao pai o direito de dispor da vida de seus filhos e de seus escravos; mas, no caso da constituição do Estado de justiça, com a sociabilidade e o governo político centrados no enunciado da legalidade⁷⁶, “o direito de vida e morte já não é um privilégio absoluto: é condicionado à defesa do soberano e à sua sobrevivência enquanto tal.” (Foucault, 1988, p. 148). O soberano pode convocar para a guerra, caso o exercício de seu poder esteja ameaçado, ou pode exercer poder direto sobre a vida de quem o ameaça.

Este exercício de poder se apoiava, portanto, na aplicação da lei⁷⁷ que garantia e se fundamentava na figura do soberano, detentor do poder de confisco da vida, no qual Foucault identifica um modo de funcionamento característico desse tipo histórico de sociedade, como instância de confisco “de produtos, de bens, de serviços, de trabalho e de sangue, imposta aos súditos.” (Foucault, 1988, p. 148).

Essa característica de confisco tendeu, a partir da época clássica, a perder sua centralidade dando lugar a outra forma de poder, voltada a produzir e a fazer crescer forças por meio de seu ordenamento, na qual o direito de morte tende a se apoiar e a se ordenar nas exigências de um poder que gere a vida. Há uma sutil modificação na relação soberano/soberania, na qual a última tende a se sobrepor ao que seria seu

⁷⁶ Neste período, estão sendo formados os códigos penais e civis assim como seus correlatos aparelhos de justiça (Foucault, 1988).

⁷⁷ As outras grandes economias de poder no Ocidente são: (ii) O estado administrativo, de certo modo fronteiro ao final do feudalismo, correspondente à sociedade de regulamento e disciplina (séculos XV e XVI); (iii) o Estado de governo, definido principalmente pela massa de sua população como seu alvo, sobre o qual se utiliza do saber econômico, em uma sociedade controlada por dispositivos de segurança.

próprio fundamento⁷⁸. “Essa morte, que se fundamentava no direito do soberano de defender ou pedir que o defendessem, vai aparecer como o simples reverso do direito do corpo social de garantir a própria vida, mantê-la ou desenvolvê-la.” (Foucault, 1988, p. 149).

Estabelece-se, ao final do feudalismo, o que Foucault chama de Estado administrativo, fronteiro ao feudalismo e que, atravessado por esse novo papel da soberania, direito do corpo social, começará a elaborar um sistema jurídico condizente com esta característica (Prado Filho, 2006), na qual se distinguem, por exemplo, falta e crime. O crime é uma ruptura com a lei civil, que diz respeito ao corpo social e não pode ser avaliado ou classificado segundo uma infração à lei (natural, religiosa ou moral), que dizia mais respeito à identificação soberano/Estado/lei.

Não é o caso de dizer que esta identificação já tenha aí desaparecido; ela se mantém, mas, como indicado, o corpo social da soberania passa a se colocar em evidência e, do mesmo modo que o direito de morte passa a ser o direito de garantir a própria vida do corpo social da soberania e não apenas do soberano, o sistema jurídico deve defender os interesses desse mesmo corpo social⁷⁹. Assim entendido, crime deve dizer respeito a algo que ameaça a sociedade civil e o criminoso é aquele que a perturba ou danifica, cuja ação deve ser reparada. “Se o crime é uma perturbação para a sociedade; se o crime não tem mais nada a ver com a falta, com a lei natural, divina, religiosa etc., é claro que a lei penal não pode prescrever uma vingança, a redenção de um pecado.” (Foucault, 2005a, p. 81).

⁷⁸ A soberania se sustentava no direito divino encarnado no soberano; esse deslocamento passa a colocar a soberania e seu corpo social em evidência, tema que abordaremos no segundo tópico deste capítulo.

⁷⁹ Mesmo que a figura do soberano ainda se confunda com este e exerça seu poder, como por exemplo, as *lettre- de-cachet* a que Foucault se refere. Mas esta sobreposição já começa a ruir paulatinamente, antes das revoluções do século XVIII nos Estados Unidos e na França, antes mesmo da revolução do século XVII, na Inglaterra.

Mas esta legalidade, que implica a sociedade civil, não está sozinha na história, atravessando a legalidade, ora se apoiando nela, ora lhe resistindo, ora dando-lhe direcionamento, ora submetendo-se a ela, existe uma série de forças de ordem territorial, produtiva, econômica, religiosa, moral, política etc.; a própria instância judiciária consiste em uma linha de força composta por inúmeros pontos de apoio e resistência. Nesses atravessamentos, a teoria legalista foi duplicada e posteriormente encoberta por um poder que investiu sobre o indivíduo⁸⁰. Não há aqui uma incompatibilidade, mas uma mudança de ênfase, pois, se o interesse do legalismo se apresenta sobre a relação útil-inútil/colaborador-perturbador da ordem social, na intervenção sobre o inimigo interno, sobre aquele que quebra o contrato social, o poder que é investido sobre o indivíduo volta-se para a possibilidade da ação de perturbação, para a possibilidade de quebra de contrato e, (aqui sim uma informação nova) a incapacidade de cumprimento do contrato.

Neste sentido, o poder judiciário já não era suficiente para exercer um controle sobre as possibilidades de condutas futuras dos indivíduos, sendo necessária uma série de instituições laterais (pedagógicas, psicológicas, policiais) que irá assumir a função de acompanhar os indivíduos ao longo de sua existência, com a incumbência não mais de punir (embora isso pudesse sempre ocorrer), mas de acompanhar, formar e reformar condutas, inscritas em “um poder destinado a produzir forças, fazê-las crescer e a ordená-las mais do que barrá-las, dobrá-las ou destruí-las.” (Foucault, 1988, p. 148). O poder do soberano vai sendo ocupado por estas instituições laterais de gestão minuciosa da vida, o que caracterizará a governamentalização como veremos adiante.

A vida humana em suas instâncias físicas, morais, legais, políticas, sociais, administrativas, psíquicas, econômicas é colocada na ordem do poder-saber visto como

⁸⁰ Jogo enunciativo correlato à genealogia do internamento nas sociedades européias, elaborado por Michel Foucault (2000), apresentado no capítulo anterior.

objeto político. Da figura individualizada do soberano (passando pela soberania do corpo social) à individualização dos sujeitos, ficam em evidência os corpos dos indivíduos nos quais está em cena a personagem sujeito de direito⁸¹, sobre o qual estas instituições laterais, em suas formas institucionais, vão assumir a responsabilidade, ocupando paulatinamente o lugar do soberano no exercício de poder para garantia da integridade do corpo social.

A velha potência de morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos pela gestão calculista da vida. Desenvolvimento rápido, no decorrer da época clássica, das disciplinas diversas – escolas, colégios, casernas, ateliês; aparecimento, também, no terreno das práticas políticas e observações econômicas, dos problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração; explosão, portanto, de técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações. Abres-se assim a era de um biopoder. (Foucault, 1988, p. 152)

Este investimento sobre a vida, poder sobre a vida, biopoder, desenvolveu-se a partir do século XVII, de maneira mais ou menos interdependente, em duas formas principais: (i) as disciplinas, “*anátomo-política do corpo humano*” e (ii) a bio-política, uma “*bio-política da população*”, que se estabelece de maneira mais sedimentada, um pouco depois, em meados do século XVIII, mas em lateralidade com a primeira. “(...) o velho direito de *causar* a morte ou *deixar* viver foi substituído por um poder de *causar* a vida ou *devolver* a morte.” (Foucault, 1988, p.150). Disciplinas do corpo e regulação da

⁸¹ Aqui vamos ao encontro da perspectiva de Fonseca (1995), para quem o estudo sobre o sujeito em Foucault se justapõe, ao longo de sua obra, em processos de subjetivação e processos de objetivação. Ambas concorrem para a constituição do indivíduo, sendo que as objetivações consistem nas práticas que tendem a fazer do homem um objeto dócil e útil, como processos de subjetivação de um sujeito. Temos aqui os dois processos sobrepostos, pois é o objeto do biopoder é o sujeito de direito, constituído nesse jogo enunciativo, auto-reconhecido como tal e sempre passível ao exercício do biopoder que, ao mesmo tempo, o constitui (p.75). Ao mesmo tempo, aí está inscrita a concepção foucaultiana de poder que não se confunde com uma instância detentora e centralizadora, mesmo ao nos referirmos à soberania e a Estado, pois são justamente forças que atravessam o sistema jurídico (institucionalizadas no que Foucault (2005a) chamou instituições laterais) que constituirão tanto o sujeito de direito, processos de subjetivação, quanto o indivíduo objeto-útil-docilizado (Fonseca, 1995, p.27).

população: nestas duas formas se inscrevem as duas tendências da medicina mental a que nos referimos no capítulo II.

Castel (1978), construindo suas análises a partir das transformações ocorridas na França revolucionária de 1789, abordará o momento em que a queda do soberano sela a substituição da antiga base de legitimidade política, que já passava do soberano à soberania, e que é substituída por novos agentes: justiça, administrações locais e a medicina. Estes investirão sobre os indivíduos, primeiro transformando a exclusão (do círculo social) em reclusão, que tem por função não excluir, mas ligar os indivíduos aos aparelhos de produção, formação, re formação ou correção (e também exclusão) (Foucault, 2005a). Depois, atuando sobre as populações: espaço que ocupam, quantidade, hábitos, apoiados em quantificações, taxas, índices (nascimentos, mortes, níveis de saúde, longevidade, proliferação etc.). Em ambos os casos, não se trata de “suprimir o conjunto das *práticas* repressivas cobertas pelo poder real com sua legitimidade, mas contornar a suspeita de arbítrio que, a partir daí, recai sobre as *formas* empregadas” (Castel, 1978, p. 32).

A disciplina centrou-se no corpo como máquina, “corpo que se manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, que se torna hábil ou cujas forças se multiplicam” (Foucault, 1987, p. 117). União entre docilização e aperfeiçoamento dos corpos por meio de sistemas minuciosos de controle, vigilância, que objetivam os indivíduos como úteis e dóceis, mas que também os subjetivam, fixando-lhes identidade, demarcando potencialidades e limites de normalidades, que passam a reconhecer como seus (Fonseca, 1995). O sujeito de direito é ao mesmo tempo objeto e parâmetro de intervenção das disciplinas.

Às tecnologias de observação e formação de condutas, Foucault chamou técnicas de exame que, a partir do final do século XVIII, assumiram, de maneira ordenada e

especializada, o processo de internamento, recobrando-o, produzindo procedimentos e justificativas que esquivassem sua implicação, ao longo de séculos, em séries de jogos enunciativos, tão bem demonstrados por Foucault em sua *História da Loucura*. Articulam-se aqui os manicômios (também os presídios, escolas, casernas, ateliês) sob a ordenação da medicina mental, sua técnica de exame correlata que tem, na tecnologia pineliana, uma das grandes sistematizações da ordem disciplinar.

É a primeira tendência da psiquiatria, a que nos referimos no capítulo anterior, à utopia totalitária que assume seu papel na nova ordem (causar a vida e devolver à morte), atuando sobre o corpo individualizado, separando, organizando e especializando espaços; fracionando, cronometrando e organizando tempos e ritmos; especializando e mecanizando atividades; serializando, articulando e acoplando corpos e processos. Do mesmo modo, também a partir da individualização dos corpos, normaliza-os, pela observação e registro, tornando visíveis desvios e diferenças, fixando-lhes uma natureza ou essência assumida por sujeitos (Prado Fº, 2006).

Aqui se inscreve o alienismo e toda a produção de nosografias, procedimentos de tratamento (separação por comportamentos, hierarquização centrada na imagem moralizante do médico, pirâmide de olhares do corpo técnico etc.): todas as vias de justificativa para o sequestro do indivíduo sujeito de direito como possível agente de ações nocivas.

A bio-política volta-se para o corpo espécie, atravessado pela mecânica do ser vivo: a proliferação, os nascimentos, as mortes, os níveis de saúde, a duração da vida; ordenando as cidades, a circulação, construções, distribuições, abastecimentos, prestações de serviços; apoiados em taxas índices, curvas, gráficos, quadros. Com a *bio-política da população*, as instituições laterais têm potencializado o caráter de previsão e exercício de controle sobre possíveis condutas futuras dos indivíduos, de seu

acompanhamento ao longo de sua existência. Não há limite nem de objeto específico (louco, criança, criminoso, operário), pois atua sobre toda a população, nem de espaço específico (manicômio, reformatório, presídio, fábrica), pois atua onde quer que a população esteja.

Articula-se aqui a medicina social (também as teorias da gênese individual das sensações, da composição social dos interesses), a outra tendência da psiquiatria a que nos referimos, preventivista, capilarizada, voltada para o risco em seu provável lugar de emergência, potencialização da composição de uma sociedade normalizadora minuciosamente centrada na vida, prescindindo de ambientes e situações de sequestro, pois aperfeiçoa sua tecnologia de atuação nos meandros do espaço aberto: refinamento do seu papel na nova ordem, causar a vida e devolver à morte. Nesta mecânica, se enquadram as propostas de reforma da psiquiatria, já na década de 1860, bem como as experiências reformistas do século XX, a que Castel (1978) se referiu como processo de *aggiornamento*. Capilarização de mecanismos contínuos reguladores e corretivos (saberes-poderes) que evitam pôr em ação o poder de morte sobre as ameaças à soberania, pela prevenção ou ajustamento de sua eclosão.

Se a soberania, em seu corpo social, passou a ser o que deve ter sua perpetuação garantida, e deve agir contra o que a coloca em perigo, garantir a vida de cada indivíduo passou a ser o objetivo do poder. Sustentar, ordenar, organizar e reforçar a vida, por meio de técnicas e saberes cada vez mais apurados, passa a ser o novo fundamento da própria soberania, assumindo o papel do soberano. É a sedimentação do biopoder que delinea o recobrimento de um Estado administrativo por um Estado governamentalizado (Prado Filho, 2006). “Já não se trata de pôr a morte em ação no campo da soberania, mas de distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade. (...)”

não tem que traçar a linha que separa os súditos obedientes dos inimigos do soberano, opera distribuições em torno da norma.” (Foucault, 1988, p, 157).

A norma, vista como tecnologia política de produção de subjetividade, atua sobre a vida, sobre a população como problema político, entendida como espécie humana, vinculada não só ao regime geral dos seres vivos (nascimento, morte, níveis de saúde), mas também aos modos de fazer modificar atitudes e maneiras de fazer e de viver (espaços, habitações, rotinas), construindo médias e definindo limites de normalidade. São da ordem dos efeitos de objetivação - constituição dos indivíduos como objetos dóceis e úteis – e de subjetivação - constituição dos indivíduos como sujeitos (Fonseca, 1995).

3.2. Governamentalidade

Preenchendo o lugar que ocupava a lei nos Estados administrativos, a norma coloca-se no núcleo dos procedimentos modernos de poder, contando com fortes suportes de saberes, dando sustentação a várias formas de governo: sobre a vida, sobre a condução das condutas dos indivíduos, governo disciplinar do corpo, governo do olhar. Delimita-se uma forma governo na qual tudo é e deve ser governável e que não coincida com as concepções habituais de governo político de um Estado sobre uma sociedade e um território, antes é o Estado mesmo que será governamentalizado (Foucault, 1979a). A norma fornece assim o fundamento para a definição de uma Razão de Estado que, juntamente com o que Foucault delimitou como matriz de poder pastoral, compõe a gênese de um saber político, que coloca no centro de suas preocupações a noção de população e os mecanismos necessários para assegurar a sua regulação. O fio condutor

para a análise desse saber político é a noção de governo, sua definição e seu objeto (Foucault, 1997).

Começando pelo poder pastoral, Foucault aponta esta matriz como herança oriental da sociedade hebraica, que penetra no Ocidente⁸² pelo Cristianismo. É a partir desta matriz que deriva um entendimento de governo como governo sobre os homens, uma atividade de dirigir os indivíduos ao longo de suas vidas, “colocando-os sob a autoridade de um guia responsável por aquilo que fazem e lhes acontece” (Foucault, 1997, p, 81). É a metáfora do pastor se ocupando de seu rebanho, pois é este que deve ser governado, é principalmente sobre o rebanho que o poder do pastor deve se exercer (e menos sobre um limite territorial) de forma a garantir sua subsistência, seu cuidado cotidiano, sua salvação. Um paradoxo essencial do pastorado, pois um poder que individualiza e atribui tanta importância a cada uma de suas ovelhas quanto ao rebanho inteiro; ao mesmo tempo em que a qualquer momento uma das ovelhas pode ser sacrificada para a salvação do rebanho.

De fato, esse paradoxo é um fundamento do cristianismo, tendo o próprio Cristo Rei se sacrificado pelo rebanho, de onde a idéia de um soberano (ou rei, ou magistrado) pastor do rebanho humano, assim como o pastorado eclesiástico era responsável pelo governo e salvação de todas e cada uma das almas. O pastor é responsável por cada mérito e cada pecado do rebanho, de cada uma das ovelhas, devendo dar conta de tudo o que lhes acontece e de cada uma de suas ações, se utilizando de dois instrumentos: o exame e a direção da consciência. O primeiro implica a total revelação da alma de cada integrante do rebanho ao pastor; o segundo consiste no laço permanente com o diretor.

Segundo Prado Filho (2006), Foucault, em seu curso no Collège de France (Foucault, 2008), aponta três temas que se destacam no pastorado: a relação com a

⁸² Outra matriz vem da Grécia, com a invenção da democracia, fundação da política, marco das cidades e dos cidadãos.

salvação, com a lei e com a verdade. No que diz respeito à relação com a salvação, está a reciprocidade da relação entre o pastor e seu rebanho, na qual se enquadra o paradoxo a que nos referimos acima. Neste sentido, o pastor deve dar conta do rebanho como um todo (aspecto quantitativo, contagem das ovelhas e garantia de sua manutenção) e de cada uma das ovelhas individualmente (aspecto qualitativo, o que se passa com cada uma, o que pensam, como se conduzem).

No que se refere à relação com a lei, entra em cena a obediência cega ao que seria a vontade de Deus. O pastor tende ao modelo médico no sentido de curador das almas a partir da condução à obediência aos princípios divinos, na qual figura não um princípio “racional” de obediência a uma ordem (como a obediência do cidadão grego à lei da cidade), mas uma relação estritamente individual, entre um indivíduo que dirige e outro que é dirigido, devendo aceitar e obedecer.

Quanto à relação do pastorado com a verdade, há também a relação extremamente individualizada, na qual cada integrante do rebanho deve ter uma intervenção específica, com um direcionamento cotidiano de sua conduta, que deve ser integralmente modulada por procedimentos contínuos de observação e vigilância. Mais que um ensinamento de uma verdade, trata-se de uma direção da consciência, uma interiorização do sujeito em busca da verdade que aí se encontra; verdade de sua alma, de sua natureza. Verdade também das intenções escondidas que, do mesmo modo que as condutas, devem sofrer um direcionamento cotidiano.

O pensador francês chama atenção para o reconhecimento do pastorado cristão como saber, conjunto de reflexões teóricas, central para cultura ocidental, mantendo-se distinto do poder político ao longo do seu predomínio durante o feudalismo, ao mesmo tempo em que, ao se ocupar das almas, ocupava-se e intervinha permanente e continuamente na conduta cotidiana dos sujeitos (na gestão de suas vidas, seus bens, sua

famílias, sua interioridade). O século XVI vê o pastorado recuar em termos de importância como técnica (voltando com outro vigor e articulado a outros enunciados no século XVII, com a *anátomo-política do corpo humano*), embora desdobre-se em novos tipos de relação entre pastor e rebanho, ao mesmo tempo em que novas formas de relações econômicas e sociais e novas estruturações políticas colocam seus interesses sobre as maneiras de governar não as almas, mas os vivos, governar as crianças, a família, um domínio, um principado, uma população.

Foucault (1979a) distingue que para o pastorado havia uma “economia das almas” e que o termo “economia” assumia um significado diferente do da cultura greco-romana, que se referia à gestão da família (mulher, filhos, escravos, bens); economia, no pastorado cristão, assume uma magnitude universal, refere-se a todo o rebanho, a toda a cristandade (finalmente a toda a humanidade, pois todos são filhos de Deus, ainda que não o saibam). Este entendimento sobre economia estende a preocupação do pai com sua família, a preocupação do pastor com todo o seu rebanho, como deverá fazer o soberano posteriormente quando da passagem da condução das almas ao governo dos vivos e o nascimento das “artes (laicas) de governar”, no século XVI (p.281).

Nesta emergência das artes de governar, Foucault observa três formas de governo: governo de si mesmo (problemática de uma moral); arte de bem governar a família (questões econômicas); a arte de bem governar o Estado (referente à política). Estas três formas envolvem, em paralelo ao soberano, uma multiplicidade de governantes – príncipes, magistrados, juízes – bem como múltiplos objetos e formas de governo – das almas, das condutas, das crianças, da casa, da família, de um convento, de uma província.

Neste sentido, em relação ao governo dos vivos, articula-se uma continuidade ascendente e descendente, inicialmente centrada no governo de si. Ascendente, quando

se refere à necessidade de se governar bem a si mesmo, a sua família e a seus bens, para aquele que pretende governar o Estado. Descendente, pois implica que, quando o Estado é bem governado, significa que os indivíduos sabem se conduzir e os chefes de família sabem governar bem suas famílias e seus bens.

Ao final do século XVI, a confluência de dois fluxos - processo de instauração dos Estados territoriais e administrativos coloniais e os processos de reforma e Contra-Reforma - recoloca, em outras bases, a relação entre o governo de si e o governo dos outros, que tenderá para a arte de bem governar o Estado, em uma perspectiva que Foucault delimitou como razão de Estado. “(...) formação de uma ‘governamentalidade’ política: ou seja, a maneira como a conduta de um conjunto de indivíduos esteve implicada, de modo cada vez mais marcado, no exercício do poder soberano” (1996, p.82). Assim, passa-se de uma arte de governar com seus princípios relacionados a virtudes tradicionais (sabedoria, respeito às leis divinas e aos costumes humanos) e a habilidades comuns (prudência, cuidado com conselheiros), para uma arte de governar que tem como princípio de racionalidade e domínio de aplicação o próprio Estado.

O que havia sido elaborado em termos de arte de governar, volta-se para o Estado como objetivo, desenvolvimento, formulação e conhecimento de suas forças. É o momento em que, como assinalamos anteriormente, a soberania passa a se destacar em relação ao soberano. “A ‘razão de Estado’ não é o imperativo em nome do qual pode-se ou deve-se infringir todas as outras regras; é a nova matriz de racionalidade segundo a qual o príncipe deve exercer sua soberania governando os homens.” (Foucault, 1996, p. 83).

Foucault (1996) chama atenção para o fato de que o conhecimento e desenvolvimento das forças de um Estado implicam um “espaço ao mesmo tempo europeu mundial” (p. 83), no qual a concorrência estatal se difere das disputas

dinásticas (que, aliás, tendem a se retrair continuamente) e passam a ocorrer pela potencialização dos Estados, que toma forma em dois grandes conjuntos de saber e de tecnologia políticos: uma tecnologia diplomático-militar com a qual, para preservar e desenvolver as forças de um Estado, volta-se para a organização de um aparelho armado e para o estabelecimento de um novo⁸³ sistema de alianças entre nações; outra, a tecnologia de polícia, então entendida como “o conjunto dos meios necessários para fazer crescer, do interior, as forças do Estado” (p. 83).

O Mercantilismo aparece aqui como ponto de junção entre essas duas tecnologias, pois é com o comércio e circulação monetária entre Estados que se possibilita o crescimento dos fatores internos, riquezas, aumento da população (mão-de-obra), armamento do Estado. Neste ponto, como derivação da tecnologia de polícia, emerge a população como objeto de governo, na medida em que foi assumindo uma centralidade como meio de fortalecimento do Estado.

A concepção de população passou então por algumas transformações, que devem ser assinaladas: ela foi entendida como povoamento ou despovoamento de uma região por condições geográficas e naturais (clima, solo, sujeição a catástrofes e epidemias); como fortalecimento dos Estados, figurando como potência de um soberano, juntamente com seu território e riquezas. O Mercantilismo promove o que Foucault delimita como uma primeira forma de racionalização das artes de governar, na medida em que considera a população como potência de soberania não do soberano, mas do Estado (e sem dúvida esta relação tende a se fortalecer com o capitalismo).

⁸³ Novo sistema de aliança, pois não se deve tratar mais de relações entre dinastias e soberanos de legitimidade consanguínea, mas dentro dos parâmetros que devem se voltar cada vez mais para a própria razão de Estado, até tomar a forma da democracia contemporânea, que serve de parâmetro para que se estabeleçam alianças e se delimitem inimigos passíveis de sofrer intervenção.

Mas é com a concepção dos fisiocratas⁸⁴ que Foucault identificou a colocação efetiva da população como objeto de práticas de governo sobre o qual se estabelece um fundamento para razão de Estado, justamente por desligar a população da soberania e conectar com uma gestão sobre o que ela tem de “natural” - sua vida, sua longevidade, sua procriação, suas capacidades físicas e intelectuais - entendendo que esta natureza é também “naturalmente” dependente de certo número de variáveis que, estas sim, podem (e devem) ser artificialmente modificadas.

Ela não é concebida como uma coleção de sujeitos de direito, nem como um conjunto de braços destinados ao trabalho; é analisada como um conjunto de elementos que, por um lado, se vinculam ao regime geral dos seres vivos, (a população diz respeito à ‘espécie humana’, noção nova na época e que deve se distinguir de gênero humano) e, por outro, pode dar vazão a intervenções articuladas (por intermédio das leis, mas também das mudanças de atitude, de maneiras de fazer e de viver que podem ser obtidas pelas ‘campanhas’). (Foucault, 1996, p. 85).

É importante notar que o desligamento da população em relação à soberania é justamente o que permite estabelecê-la (a população) como fundamento para a razão de Estado tão vinculada à soberania, o que nos permite dizer que o estabelecimento da população, como critério de racionalização estatal independente da soberania, possibilitou justamente o seu fundamento.

Ao mesmo tempo em que, em seus trabalhos, Foucault produz uma investigação sobre proveniência das pessoas e das populações como objeto de governo, investiga

⁸⁴ A escola fisiocrática, considerada a primeira escola científica de economia (século XVIII), atacava o Estado absolutista e intervencionista na economia mercantilista. Consideravam o sistema econômico como um organismo natural, sobre o qual a organização social pode intervir e potencializar (por exemplo, a produção agrícola potencializada por um arrendatário e seus sistemas de produção em comparação a um camponês comum). Esta relação de potencialização das características naturais era considerada pelos fisiocratas como bloqueadas pela intervenção do Estado, de onde a conhecida frase “*laissez faire, laissez passer, le monde va de lui-même*”. O liberalismo, mais contemporâneo dos processos de industrialização, toma estes preceitos fisiocratas apontando, no entanto, a centralidade do trabalho para a produção de riquezas (independente dos recursos naturais de uma nação, como diziam os fisiocratas), reforçando a população como objeto de intervenção a partir do sistema produtivo industrial. É importante notar a subversão proporcionada pela análise de Foucault ao abordar os clássicos do pensamento econômico e político, colocando a importância do governo sobre a vida como fundamento que vai se constituindo por diversas vias (poder pastoral, artes de governar, *anátomo e bio-política*) e que articula, por baixo, as grandes estruturas econômicas e estatais.

também a proveniência da própria noção de governo, deslocada de sua significação política atrelada a uma problemática estatal. O conceito de governo não se confunde com gestão de um Estado sobre a sociedade, nem com políticas estatais, nem com partidos políticos. O pensador francês articula à concepção de governo, principalmente, uma diversidade de concepções e de técnicas de condução de indivíduos, sujeitos e populações que ora se encontram, ora se separam, ora se apóiam, ora compete e cuja articulação emerge na Modernidade pela governamentalização do Estado e da sociedade. Governo de si, governo dos outros, governo de si mesmo pela verdade, governo do pastor sobre seu rebanho, governo das almas, governo sobre a vida dos indivíduos e das populações.

Vê-se que a palavra ‘governar’, antes pois que assumisse sua significação propriamente política a partir do século XVI, cobre um domínio semântico muito extenso (...) De qualquer forma, através de todos estes sentidos há uma coisa que aparece claramente, que não se governa jamais um Estado, não se governa jamais um território, não se governa jamais uma estrutura política. O que se governa, de qualquer maneira são as pessoas, são os homens, são os indivíduos ou as coletividades. (Foucault, apud. Prado Fº, 2006, p. 75).

Ligando a questão do governo e as práticas do poder pastoral, Foucault verifica as transformações em termos de relações de poder, não pautadas no surgimento e fortalecimento do Estado e suas instituições, mas voltadas para uma análise referente ao desenvolvimento de técnicas de poder direcionadas ao governo contínuo e permanente dos indivíduos e das populações e que caracterizam os agenciamentos, ao mesmo tempo, individualizantes e totalizantes dos Estados governamentalizados contemporâneos.

Não se trata da formação progressiva de uma “Razão” política universal, no Ocidente, nem da estruturação institucional do Estado moderno, trata-se da formação de uma racionalidade específica relativa a este modo particular de governo, o governo dos

Estados, e que produz uma distorção política: ao se governamentalizar o Estado faz dele a ‘sede do governo’. A soberania, que coloca como preocupação central seu corpo social (a população); o biopoder, que estabelece a vida como objeto; a formulação de saberes específicos sobre novo objeto (a vida), que sejam capazes de geri-lo em suas mínimas nuances, a partir do estabelecimento de normatizações e a governamentaização, que coloca a norma sustentada por saberes no núcleo dos procedimentos de poder estabelecendo como sua sede o Estado são os pré-requisitos apontados por Foucault (1997) para sedimentação institucional de uma razão de Estado, ou seja, princípios para que o governo do Estado tenha seu fundamentado em uma racionalidade que lhe seja própria. Governamentalidade se refere “à maneira como a conduta dos indivíduos torna-se sempre mais objeto de práticas de governo e de regulações pelo Estado na modernidade.” (Foucault, 1979a, p.292).

A ideia de um novo governo da população torna ainda mais agudo o problema do fundamento da soberania e ainda mais aguda a necessidade de desenvolver a disciplina. Devemos compreender as coisas não em termo de substituição de uma sociedade de soberania por uma sociedade disciplinar e desta por uma sociedade de governo. Trata-se de um triângulo: soberania-disciplina-gestão governamental, que tem na população seu alvo principal e nos dispositivos de segurança seus mecanismos essenciais. (...) São esses três movimentos – governo, população, economia política – que constituem, a partir do século XVIII, um conjunto que ainda não foi desmembrado. (Foucault, 1979a, p. 291).

Mais aguda também se torna a relação entre Estado governamentalizado e cidadão, na qual o pastorado, o biopoder e a moderna tecnologia de governo articulam-se a partir do interesse que têm (cada um na especificidade de seu entendimento) pela vida, sobre a qual uma série de saberes se estabelece, transformando o Estado em centro de exercício de poder.

É deste modo que devemos entender tanto o alienismo quanto as atuais políticas públicas, nas quais se inscreve a reforma psiquiátrica brasileira, como mecanismos de governamentalização do Estado, em seu interesse sobre as populações, sobre o sujeito de direito, constituído agora em sua condição de indivíduo como espécie e sobre o qual estabelecem-se saberes que podem fixá-lo a uma classificação patológica e impor-lhe procedimentos de sequestro, vigilância, acompanhamento.

Quer se discutam os problemas do poder; quer se fale do conceito de autoridade; quer se recorra aos princípios democráticos sobre os quais se baseia a nova psiquiatria; quer se denomine a instituição como comunidade terapêutica; quer se defina como social o novo rumo psiquiátrico, só porque ele serve de instrumento de controle social a favor do sistema, tudo isso significa simplesmente que um novo verniz foi aplicado sobre um velho jogo, cujas manobras e finalidades já são conhecidas. A instituição tolerante, a outra face a-dialética da instituição violenta, revela aqui, em sua gigantesca eficiência artificiosa, sua função de cobertura para uma ineficácia substancial e intencional. (...) A pobreza está se tornando uma indústria aqui. Trata-se de uma obra de colonização interna, com suas táticas diversas para uma só estratégia: a manutenção do *status quo* econômico geral. O *welfare*, com o velho sistema assistencial, tenta aliviar a chaga do desemprego, mas ao mesmo tempo enfraquece a força da revolta. Se, depois, a revolta for definida como “doença”, com as instituições destinadas a curá-la, o ciclo estará completo e o sistema ficará protegido de qualquer surpresa, por mais algum tempo. (Basaglia, 1969, p. 158-159).

Nesta perspectiva, podemos agora construir uma discussão a partir dos conjuntos de discursos que começamos a delinear no trabalho de campo, tendo em vista efeitos “indesejáveis” pelo dispositivo alta: a restrição da assistência à REAP e o efeito que se colocou de maneira mais forte; o sentimento de impotência de trabalhadores e gestores diante das questões que parecem não ter solução.

No caso da restrição da assistência à REAP, alguns discursos se referem a efeitos de algumas práticas que, no lugar de alcançarem o objetivo de estruturação da

vida dos usuários, acabam por se transformar em um tipo de “institucionalização”, de tutela em outros moldes que não o asilar.

Um exemplo se refere a uma família inteira usuária de serviços:

“Ela está aqui, o pai está na urgência e a mãe está no (outro CAPS). Eu ainda acho que ela não tem transtorno, é falta de limite que ninguém dá, principalmente a mãe. Não faz nada da vida, não limpa nem a própria bunda, só faz se ‘apaixonar’ por alguém e ficar nessa o dia todo” (trabalhador de CAPS)

Existem discussões que apontam para a possibilidade de o serviço ser a única opção de socialização do usuário e para a retirada do mesmo do âmbito social, como uso da rede básica:

“Agora os usuários não podem mais dizer que são de CAPS porque são discriminados e não são atendidos, como a usuária que não foi atendida no posto porque o médico disse que ela tinha que ter prescrição do psiquiatra dela.”(trabalhador de CAPS)

“Aí, tem que negar logo o CAPS, que é o único lugar em que eles são cidadãos, que eles estabelecem laços sociais” (trabalhador de CAPS)

“Conheço ele de muito tempo, estudou na mesma escola que eu, o discurso de coitadinho dele não é verdade, ele tirava notas boas, ele dava aula para colegas etc., o primeiro diagnóstico dele foi de retardo, não entendo como. Ele pode ser caso de CAPS, mas a gente sabe que CAPS é passageiro, deu autonomia à gente dá alta. A questão do retardo não é, ele deve usar isso. Transtorno ele tem, vai no cemitério, tem também o caso da urina do menino bonito, talvez tenha uma infantilização a partir do transtorno”

No que se refere ao sentimento de impotência, por parte de trabalhadores e gestores, uma questão muito forte, que se apresentou, diz respeito ao cruzamento entre descrença na capacidade de atender à ideia de construção de cidadania, que oscila entre uma incompetência técnica para isso e a própria impossibilidade “estrutural” de concretização do projeto.

Alguns momentos indicam a inviabilidade do que se coloca como objetivo da Reforma:

“O governo não tá mais concedendo benefício fácil, não. Às vezes, dá vontade de sair classificando todo mundo que quer ter benefício, eu queria ver se tem pra todo mundo” (trabalhador de CAPS)

“Se todo mundo que não tem casa virar ‘doido’, quero ver se vai ter RT (Residência terapêutica) pra todo mundo. É uma dificuldade arranjar dinheiro pra pintar o CAPS” (trabalhador de CAPS)

Há muita evasão de trabalhadores dos serviços, com uma quantidade grande de pedidos de transferência e de atestados por mês, gerando reações institucionais: procedimentos para os servidores que apresentarem mais de um atestado no mesmo mês. Se o servidor apresenta atestados que somados deem mais de três dias no mesmo mês, o servidor deve comparecer à Secretaria; sessenta dias ao longo do ano, significa perda das férias e da gratificação (informes dados em reunião de técnicos).

Em alguns momentos, as questões de condições de trabalho se misturam ao sentimento de inviabilidade do modelo:

“Tem gente que não quer estar aqui, não quer trabalhar em Saúde Mental, mas também as condições estão muito ruins. Eu quero sair, já deixei de acreditar na política pública, na instituição. Tenho medo de deixar de acreditar na Reforma” (Trabalhador de serviço)

“A Saúde Mental não é um lugar que as pessoas querem ficar muito tempo, mesmo os implicados com a Reforma perdem o gás, é um trabalho difícil. Por questões estruturais, tem uma falta de eco na gestão, nem as reivindicações de melhoras estruturais nunca foram atendidas, o CAPS tá precário. Mas, além disso, que é pior, o funcionário do CAPS precisa ter tempo para pensar, elaborar e processar as experiências de seu trabalho; lidar com estas questões psíquicas deixa sua cabeça a mil, a gente vive os problemas dos usuários e são problemas muito difíceis, são pessoas muito sofridas na vida e a gente acaba vivendo isso também e não conta nem com uma boa estrutura do serviço.” (trabalhador de CAPS)

Em outros momentos, a questão parece ser a da impossibilidade de se “resolver” os problemas que aparecem para ser resolvidos pelo serviço, um desnível entre o papel do técnico e o que é solicitado que ele resolva:

“Eu já trabalhei em hospital e via as pessoas gritarem de dor, mas aqui, o que estas pessoas trazem, suas histórias de vida, é muito mais difícil, desgastante” (trabalhador de CAPS)

“Em se tratando de Saúde Mental, mexe muito com a estrutura da pessoa, quando você vê já tá dentro da vida do usuário e é uma vida dura, e não é porque é doente não, é porque a gente fica cara a cara com a miséria desse mundo, com o desamparo das pessoas” (trabalhador de CAPS)

“Não é a área que eu quero fazer carreira, eu vim porque me lotaram aqui. Não conhecia a área, foi muito mais fácil do que eu pensava, eu achava que era perigoso. Mas o problema é que são coisas sem solução, são coisas muito grandes, que eu não vou resolver aqui. Fica a impressão de que a gente trabalha, trabalha, trabalha e não produz nada. Quando chega na porta dá vontade de voltar pra casa.” (trabalhador de CAPS)

O sentimento de impotência e incompetência, de não estar vendo resultado no trabalho e nem a possibilidade de que isso aconteça, ocorre também no âmbito da gestão. Isso indica importantes atravessamentos que não devem se limitar à discussão do bom funcionamento da Reforma:

“Parece que o que a gente tem que fazer é bater ponto na secretaria, pra dizer que tá indo, e aquilo lá é horrível de ficar. Eu quero é falar do projeto de geração de renda, diminuição das internações e de como a gente faz pra fechar a clínica (uma das clínicas (psiquiátrica em funcionamento) essas atividades dão ânimo; é que a gente não faz”. (gestor)

“O sentimento é de incompetência diante da Reforma, da gente que tá aqui na gestão e dos serviços também” (gestor)

“Tá todo mundo se lamentando muito, eu não sei pra que isso serve não, vocês tão pensando que é fácil é, que ia entrar e resolver o problema. Gente, a gente não pode ficar se lamentando assim não, se cobrando porque tá ganhando salário de gestão e não está ‘resolvendo tudo’. É assim não, vocês tão trabalhando, já melhorou muito, era muito pior, a gente era até ameaçado quando falava em fechar clínica, agora só tem duas abertas. Se ficar se lamentando é que não adianta, a gente tem que ver o que pode fazer” (gestor)

Esta temática do sentimento de impotência dos gestores e trabalhadores, na ponta da assistência, emerge de maneira preponderante em nosso trabalho, ao solicitar um olhar minucioso sobre o dispositivo alta, o que nos leva à discussão sobre a profanação do dispositivo alta, em nosso próximo capítulo.

CAPÍTULO IV

PROFANAÇÕES DO DISPOSITIVO ALTA

Até aqui, procuramos delinear os elementos que o dispositivo “alta” articula dentro da Reforma, estabelecendo que estes são principalmente dois grandes conjuntos que, de maneira geral, se referem a: (i) enunciados que compõem a perspectiva da Reforma exercida através de procedimentos que procuram substituir o internamento em termos de proposta de tratamento; (ii) enunciados que constituem a perspectiva da Reforma que, mais que uma proposta de tratamento, deve dispor de intervenções que se referem à construção de cidadania e gestão de certo segmento da população, capazes de permitir sua inserção jurídica e exercício de direitos.

Como já indicamos, estes dois conjuntos de elementos não consistem em esquemas independentes. Ou seja, o dispositivo “alta” articula todos estes elementos na medida em que, em primeiro lugar, estabelece estes procedimentos como necessários, “devidamente” fundamentados em saberes sobre um objeto a partir dos quais se regulamentam operadores, leis e procedimentos. Em segundo lugar, a alta ou a sua virtualidade, representa o desfecho ou ao menos o bom funcionamento destes elementos. No limite, se os grandes objetivos da Reforma são prestar assistência de tratamento e construir a inserção jurídica e capacidade de exercício de cidadania do louco, todos os elementos que são colocados em ação na Reforma para estes fins, têm no dispositivo “alta” o seu articulador.

Com efeito, interessa-nos discutir o dispositivo “alta”, tendo em vista os limites, dificuldades e os paradoxos que se impõem pelo exercício dos elementos que ele articula nos serviço e na rede, pelas questões que emergiram das práticas de seus operadores em nossa pesquisa, pelos cruzamentos de poder-saber que este dispositivo

ativa e que em muitos momentos se choca com o que é manifesto pela Reforma enquanto potência transformadora, colocando em evidência a sua articulação às dominações e subjugações que se estabelecem em qualquer relação de saber-poder.

Para tanto, nos apoiamos na discussão de Agamben (2007a) sobre a concepção de dispositivo, a partir de Michel Foucault, tendo em vista: o papel preponderante de tal concepção na articulação da vida em sociedade (saber-poder-subjetivação); sua característica “sacralizada” em nossa organização social atual; a necessidade de enfraquecimento de certos cruzamentos poder-saber e fortalecimento de outros, o que configura uma “subversão” dos dispositivos a partir deles mesmos, ou sua profanação, como propõe o pensador italiano.

4.1. Sacralização e profanação do dispositivo “alta” – internamento e governo x restituição ao uso das pessoas

Uma primeira questão que devemos resgatar diante do que tem se configurado na Reforma, é a relação que se pode estabelecer entre o dispositivo “alta” e a permanência do internamento como medida de “tratamento” psiquiátrico. De maneira geral, em nossa sociedade, o internamento é uma prática bastante difundida e aceita como medida possível e “necessária”, e seus dois grandes ícones são a prisão e os hospitais psiquiátricos/manicômios. No caso do tratamento psiquiátrico – que é nosso campo, embora sua relação com a prisão diga sempre muito a seu respeito -, mesmo que a Reforma preveja a substituição total do internamento em hospitais por serviços abertos, de fato, o internamento permanece como medida e, embora tenha retrocedido em termos de cobertura, parece ter se fortalecido em outros sentidos, investindo em certo nível de remodelamento e na idéia de que deve permanecer para casos que os

serviços substitutivos não dão conta. Essa é uma questão que diz respeito não só ao funcionamento das Redes de Atenção Psicossocial em todo o Brasil, mas também a muitas instâncias da formação profissional (psiquiatria, psicologia, enfermagem) e – o que é o grande enfrentamento - ao imaginário social.

Em Aracaju, embora tenham sido fechados dois Hospitais Psiquiátricos, as duas clínicas restantes, privadas, têm se remodelado e se mantido para além das expectativas. Mesmo a clínica que sempre esteve em condições mais precárias, pelo que se conhece dela e pelas avaliações do Ministério da Saúde, obteve uma pontuação não muito baixa no último PNASH (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares), surpreendendo os gestores da REAP Aracaju.

Pudemos observar a intenção de fechamento das clínicas como uma constante preocupação do coletivo gestor da REAP, figurando como uma aspiração de grande importância. Falava-se na necessidade de demonstrar como a rede já seria capaz de atender à demanda de Aracaju, acompanhar de perto o funcionamento das clínicas e fazer uma pressão política para que o fechamento fosse encaminhado. Apesar disso, o coletivo não estava conseguindo estabelecer um grupo de trabalho constante nesse sentido, pois esbarrava na “pauta permanente” que são as urgências de manter o funcionamento da rede substitutiva (estrutura dos serviços, pedidos de transferência de funcionários, solicitações de verbas, problemas internamentos etc.).

“A gente tem que ficar brigando para conseguir a manutenção dos serviços, brigar com a falta de trabalhadores, também com a falta de vontade, porque ainda tem condições ruins e eles mesmos falam que é melhor internar. Eles têm que acreditar também na Reforma. Fica complicado de trabalhar para o fechamento da clínica”.

“É preciso ver que as clínicas atendem mais é o pessoal do interior, então os outros municípios têm que estruturar suas redes e isso tem que ser acompanhado pela Secretaria do Estado, não é uma coisa nossa. A gente ainda tem que deixar nossa rede funcionando bem e pressionar para que eles (as clínicas) não recebam mais usuário nosso pelo sistema público, a gente acaba sem tempo de fazer isso.”

“A avaliação do PNASH era uma esperança, porque aí o Ministério ia dizer pra fechar, só que a clínica teve uma avaliação baixa, mas dá para ela atender o que tá sendo pedido e fazer a pontuação mínima.” (gestores)

A pontuação no PNASH acabou sendo a única perspectiva de caminho para o fechamento de uma das clínicas, no entanto, foi também uma frustração e tema de discussão sobre o caminho que a Reforma estava tomando. De fato, a clínica em questão já havia sido mal avaliada pelo Ministério da Saúde e denunciada pelos Conselhos de Psicologia e pela OAB. Mas a sua reforma, juntamente com a ajuda de custos da Secretaria Municipal de Saúde⁸⁵, a deixou com uma pontuação próxima aos critérios mínimos estabelecidos para o funcionamento das clínicas psiquiátricas. Isto gerou uma ponderação a respeito das dificuldades de se manter o funcionamento da rede substitutiva ao mesmo tempo em que o financiamento das internações em hospitais, em sua maioria privados, parece caminhar para uma estabilidade, como um indicativo de que a substituição total das internações tendem a enfraquecer. Por exemplo, por dispor de menos de 160 leitos, a clínica a que nos referimos já não tem que manter a diminuição de seus leitos - obrigatória para estabelecimentos que têm acima disso -, bastando remodelar sua estrutura, com internamentos voluntários ou encaminhados pela justiça, para se manter funcionando. Em âmbito nacional, embora os internamentos tenham sido reduzidos, a maior parte da verba destinada à área vai para os Hospitais - 63% até 2005 (Souza, 2007).

Desse modo, o internamento permanece nas Redes de Atenção Psicossocial, convivendo com a Reforma e se “adaptando” às novas exigências. Permanece também no processo de formação de profissionais, não apenas nos cursos e universidades simpáticos à perspectiva asilar (a exemplo do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo), para não falar do ECT (eletroconvulsoterapia – o eletrochoque),

⁸⁵ A clínica conseguiu com a Secretaria Municipal de Saúde, para que continuasse funcionando, um subsídio mensal de R\$40.000,00.

mas também no dia-a-dia da Reforma, na medida em que a estrutura montada se estagna e sua manutenção fica comprometida. O que atua a favor da impressão de que a substituição integral não funciona, tanto para os usuários do sistema, quanto para seus operadores, tendo em vista o esgotamento dos trabalhadores e gestores que pudemos observar em muitas ocasiões.

É importante apontarmos a permanência do internamento para esclarecer o quanto é necessário o avanço da rede substitutiva, tendo em vista a facilidade de seu retrocesso (falta de manutenção da rede implantada, pressão sobre os trabalhadores e gestores em más condições de trabalho etc.). Mas temos a intenção também de indicar a ligação que o dispositivo “alta” no âmbito da Reforma mantém com o internamento, em primeiro lugar, enquanto dispositivo emergente no próprio alienismo, cujo objeto permanece (loucura como patologia, incapacidade e periculosidade). Em segundo lugar, pelo papel que o internamento mantém em nossa sociedade, pois, de fato, à exceção da Itália, o internamento psiquiátrico se mantém mundo afora⁸⁶, e mesmo que ele deixe de ser permitido, é difícil imaginarmos que sua virtualidade desapareça, tão rápido de nossa organização social.

Com isso em vista, entendemos que o que Foucault indica sobre a prisão, devemos entender sobre o internamento, sempre possível enquanto intervenção sobre os usuários do sistema de assistência psiquiátrica, “potencialmente” boa parte da população

A prisão emite dois discursos. Ela diz: “Eis o que é a sociedade; vocês não podem me criticar na medida em que eu faço unicamente aquilo que lhes fazem na fábrica, na escola etc. Eu sou, pois,

⁸⁶ Foi subtraído o indicativo de fim do internamento, assim como a dissociação entre loucura e periculosidade/incapacidade, que constavam no projeto original da Reforma, (PL 3657/89), e não é rara a argumentação de que o internamento é necessário, pois existe em todo o mundo e que seu fim é uma argumentação ideológica de uma esquerda radical. É interessante observar esse debate em duas publicações por ocasião do dia da Luta Antimanicomial em 2007, no jornal santista “A Tribuna” (Souza, 2007 e Gotfryd, 2007).

inocente; eu sou apenas a expressão de um consenso social”. É isso o que se encontra na teoria da penalidade ou da criminologia; a prisão não é uma ruptura com o que se passa todos os dias. Mas ao mesmo tempo a prisão emite outro discurso: “A melhor prova de que vocês não estão na prisão é que eu existo como instituição particular, separada das outras. Destinada apenas àqueles que cometeram uma falta contra a lei”. (Foucault, 2005a, p.123)

A ligação entre o dispositivo “alta” e o internamento não diz respeito apenas à possibilidade que alta signifique o fim de um quadro patológico que permite a liberação de um usuário. A alta enquanto dispositivo, se relaciona aqui na medida em que, tudo o que a Reforma constrói como procedimento e intervenção, pelas suas políticas e serviços, tendo em vista seus objetivos, pode servir para por em andamento internamentos e interdições, ao atuar de maneira conivente com o procedimento – financiando e admitindo sua possibilidade – mas principalmente direcionando suas estruturas para o internamento. Esta conexão, internamento e dispositivo “alta”, de tudo que ele articula nos serviços e na Reforma, ficou marcada em uma narrativa muito significativa que trazemos agora. Trata-se de um relato a respeito do pedido de interdição e internamento de uma pessoa, que aqui chamaremos de José⁸⁷, envolvendo familiares, habitantes de certas localidades, o ministério público e a REAP Aracaju através de seus gestores e dos trabalhadores do CAPS Liberdade.

José circula em ambientes públicos e é conhecido nesses ambientes pelo seu aspecto não convencional, principalmente na maneira de se vestir; posteriormente, foram observados também outros hábitos não convencionais como: pouco asseio, “reserva exagerada” em relação à sua residência e em relação às pessoas que tentam se aproximar abordando sobre sua condição. Apesar destes aspectos, as observações sobre sua autonomia e capacidades foram bastante positivas como: locomoção pela cidade;

⁸⁷ Não se trata de um usuário do sistema, mas para evitar a sua possível identificação, omitiremos algumas informações.

dar conta de sua própria alimentação; gestão de suas finanças, salário e de sua vida em geral; capacidade de dialogar de maneira coerente, situada no tempo e espaço etc.

“Se você fechar os olhos e o nariz não nota nada de estranho” (trabalhador)

“Pega ônibus sozinho. Peguei ônibus com ele uma vez, conversei como o motorista e ele falou que José pega sempre ônibus no horário dele, já tá acostumado com ele, sabe os horários que ele trabalha, porque também não gosta do outro motorista” (trabalhador)

“Trabalhei com ele, ele me reconheceu outro dia e veio me perguntar sobre o que estava acontecendo, o que queria fazer com ele; disse que não tava doido, que tava bem. Disse que tinha umas pessoas procurando ele, dizendo que eram suas amigas e que queriam ajudar. Ele me perguntou se podia confiar nessas pessoas, se eu sabia de alguma coisa. Me chamou para encontrar com elas junto com ele.” (trabalhador/gestor)

Os aspectos acima foram observados por trabalhadores do CAPS Liberdade e por gestores da REAP, a pedido do ministério público, acionado pelos habitantes dos espaços públicos onde José circula e pela sua família, sob a argumentação de que José poderia causar algum problema onde circula e de que não possui condições de se manter por si só. O ministério público solicitou à gestão da REAP que fosse feita uma avaliação do quadro de José e caso fosse diagnosticado algum “transtorno”, que ele se “apresentasse” para ser acompanhado por um serviço da rede, no caso, o CAPS Liberdade, sob pena de sofrer interdição e ser internado.

De fato, José estava afastado por motivo de saúde de sua atividade profissional em um serviço público, embora isto não o impedisse de que há anos “vivesse sua vida” de maneira “independente”, como observado pelos especialistas da REAP acionados pelo ministério público. Havia sido também internado pelos familiares em outra ocasião, o que posteriormente “justificou” a intensificação da reserva de José em relação aos que dele se aproximavam para tratar de sua condição e em relação à possibilidade de freqüentar qualquer serviço psiquiátrico. A questão é que o ministério público impôs algumas condições para que José permanecesse “como estava”. Dali em diante, ele deveria comparecer mensalmente à repartição da qual estava de licença para

poder retirar a sua aposentadoria – coisa que vinha fazendo normalmente há anos – e deveria frequentar um CAPS.

José não aderiu a nenhuma das duas imposições, teve seu salário imediatamente bloqueado e, por se recusar a ir ao serviço (o CAPS Liberdade), tornou-se passível de sofrer interdição e ser encaminhado para internamento onde pudesse ser “tratado”. É importante observar a pressão que recai nesta situação sobre os gestores da REAP e sobre os trabalhadores do CAPS, com a responsabilidade pela avaliação e encaminhamento de José e tudo o que daí por diante poderia acontecer a ele, tendo como “alternativa” a “não adesão” das condições impostas pelo ministério público, o aval técnico para interdição e internamento⁸⁸.

Dois movimentos ocorreram: primeiro a necessidade de indicar que José sofria de algum transtorno. Embora o diagnóstico não tenha sido feito de maneira efetiva, os técnicos da REAP⁸⁹ admitiriam que ele sofria de transtorno mental⁹⁰; caso isto não fosse admitido, a família, juntamente com os habitantes dos locais onde José circula, e com o ministério público, estariam prontos a acionar psiquiatras que o fizessem, além de documentações que o fundamentassem, por exemplo, o afastamento do trabalho. De fato, isso levou às exigências feitas pelo ministério público – de comparecimento mensal ao trabalho e de frequência a um serviço – e obviamente, estas construíram mais “evidências” sobre as “condições de saúde” de José.

Em segundo lugar, ao ser acionada pelo ministério público, a REAP passou a ter responsabilidade sobre José, devendo providenciar que José comparecesse ao trabalho para poder retirar seu salário – que já havia sido bloqueado - e que frequentasse o

⁸⁸ Esse caso foi relatado também por trabalhadores em uma ocasião de capacitação, em uma oficina de teatro do oprimido, e ficou com o título de “os trabalhadores oprimidos pelo ministério público”.

⁸⁹ Envolveram-se mais diretamente como o caso, quatro trabalhadores do CAPS Liberdade e três membros da gestão.

⁹⁰ Foi enquadrado em F20 – um dos grande identificadores de usuário de CAPS - mas como uma espécie de pré-diagnóstico, já que não compareceu para que isso pudesse ser feito de maneira “adequada”.

CAPS. Caso isto não fosse possível, deveria encaminhar a interdição e internamento de José, sob pena de responder juridicamente por qualquer “incidente” que viesse a ocorrer o envolvendo. Essa responsabilização e essas condições impostas geraram diferentes reações dos trabalhadores e gestores.

Os embates ficaram então colocados, uma vez que a REAP deveria encaminhar um contato com José para fazê-lo responder ao que o ministério público exigia, ou deveria encaminhar sua interdição e internamento. Para que outro destino lhe fosse possível, a REAP deveria bancar alguns posicionamentos: questionar a necessidade de acompanhamento por um CAPS, já que a pessoa não o queria; e questionar o bloqueio do salário de José, que de fato estava produzindo dificuldades para ele; sustentar que o internamento não é uma intervenção benéfica (combater o internamento como medida), principalmente levando em conta o caso em questão, no qual a pessoa apresentava condições de se manter; confrontar a ameaça sempre utilizada de que “algo pudesse acontecer a José”, tendo em vista que sua interdição e internamento já seriam umas das piores coisas que poderiam acontecer a ele, embora isto “resolvesse” o problema da responsabilidade da REAP, mesmo que José definhasse e falecesse internado.

“Já fomos falar várias vezes como ele, combinamos de conversar sobre a situação dele, para ele ir ao CAPS, mas ele diz que vai e não vai, tentamos ir na casa dele, mas ele não abre a porta. Infelizmente ele vai acabar sendo internado mesmo.” (trabalhador)

“Às vezes vocês ficam falando como se ele tivesse bem, como se o que ele faz fosse normal. Ele tem transtorno, é uma doença, e não dá pra agir como se transtorno não fosse nada” (trabalhador)

“O que acontece é que ele circula num lugar em que as pessoas de lá não querem que ele circule. Também os familiares têm vergonha por causa da aparência que chama a atenção. As pessoas que conhecem e que conversam com ele vêem que ele tem autonomia” (trabalhador)

“A gente sabe que o Ministério Público, mesmo tendo umas posições boas, o que ele quer mesmo nesses casos é higienizar, vai ter sempre isso.” (trabalhador-gestor)

Este caso expõe um tensionamento gerado na ação do dispositivo “alta”, na medida em que está sendo acionado para por em andamento uma interdição e internação, o que, de maneira muito direta, são enunciações às quais a Reforma se opõe. Quando nos referimos anteriormente à avaliação das clínicas em Aracaju, observamos a relação do dispositivo “alta”, nos serviços e na Reforma, com o internamento, ao ser aos poucos incorporado à Reforma enquanto política pública. Mas o caso de José diz respeito à atuação direta dos operadores em nossa investigação, na qual o dispositivo “alta” articula um conjunto amplo de elementos que têm em seu horizonte a internação e interdição, sejam eles: as avaliações morais de familiares, a perspectiva burocrática e asséptica do Ministério Público, as velhas classificações patológico-morais. O que temos é um cruzamento saber-poder e a possibilidade de este ser posto em ação através dos elementos constituídos pela Reforma Psiquiátrica, dentro de seus procedimentos e encaminhado por seus operadores.

É impossível deixar de notar no caso de José, certa naturalidade com que a possibilidade de interdição e internação operacionalizada pela REAP, aparece em uma rede construída e ampla, tendo em vista o que se tem no país. Não podemos também, deixar de considerar a força que tem a união entre aparelho jurídico e saber técnico desde o alienismo, no caso da loucura, a julgar pelo receio generalizado que foi gerado diante da responsabilização sobre “o que viesse a acontecer com José”, tratando-se da grande justificativa de “garantia” de direitos do cidadão José (internar para proteger) e responsabilização pela sua “negligência” (não internar igual a não cuidar).

Sem dúvida, mesmo que nesse caso a interdição e internamento não venham a acontecer, a repetição do procedimento jurídico há de atormentar e intimidar ainda muitos trabalhadores e gestores que, além de tudo, têm que lidar com dificuldades tais

como a má remuneração, falta de estrutura e com as dificuldades sociais generalizadas transformadas em objeto de serviço de saúde e de responsabilidade de seus operadores.

(...) De que maneira podemos então nos opor a essa situação, que estratégia devemos adotar no nosso corpo-a-corpo cotidiano para com esses dispositivos? Não se trata simplesmente de destruí-los, nem, como sugerem certos ingênuos, de utilizá-los com justeza. (...) O fato é que, segundo toda probabilidade, os dispositivos não são um acidente no qual os homens se encontrariam tomados pelo acaso. Eles mergulham suas origens no processo de “hominização” que tornou humanos os animais que nós reagrupamos sob a categoria de *homo sapiens*. (Agamben, 2007a, p.34-35, tradução nossa)⁹¹

O encaminhamento que está sendo dado – ao menos por hora⁹² - ao caso de José pode indicar uma experiência vigorosa. A princípio, a REAP, entre toda a polêmica e inseguranças, esboçou uma reação, negociando a exigência do ministério público, conseguindo restabelecer que o salário de José fosse recebido como antes, tendo em vista as óbvias dificuldades que a medida estava gerando. Na sequência, a gestão aumentou a mobilização para o caso e, entre todos os debates e pressões, dois gestores se dedicaram a acompanhar diariamente José, objetivando estabelecer uma via de contato entre ele e o serviço, mesmo que fosse necessária a força, para protegê-lo da intervenção mais violenta a que estava sujeito.

Era combinada com José a ida dele ao serviço e como esta não ocorria como combinado, um gestor passou a esperá-lo diariamente na porta de sua casa, cobrando o acordo, até que foi decidido que José seria levado ao serviço “de qualquer forma”. Foi combinado com o SAMU, que aguardava contato para se dirigir à casa de José. O que

⁹¹ *De quelle manière pouvons-nous donc nous opposer à cette situation, quelle stratégie devons-nous adopter dans notre corps à corps quotidien avec ces dispositifs ? Il ne s'agit pas simplement de les détruire, ni, comme le suggèrent certains ingénuos, de les utiliser avec justesse.(...) Le fait est que , selon toute probabilité, les dispositifs ne sont pas un accident dans lequel les hommes se trouveraient pris par hasard. Ils plongent leurs racines dans le processus même « d'hominization » qui a rendu humains les animaux que nous regroupons sous la catégorie de l'homo sapiens.*

⁹² O caso se desenrolou ao longo de oito meses, tendo uma reviravolta no último mês e meio (a partir de janeiro de 2009). São encaminhamentos que não se institucionalizam e que, como indicamos, hão de ser pressionados pelo dispositivo “alta”.

acabou ocorrendo foi que José, sob pressão, preferiu ir ao serviço no carro do gestor que o esperava, dispensando o SAMU. José conheceu o serviço e ficou de voltar, mas não o fez. Então o processo foi retomado e, desta vez, dois trabalhadores do CAPS se juntaram aos dois gestores e foram buscar José, levando-o de novo ao CAPS, onde passou a noite, sendo apresentado ao serviço, mostrando que este não era fechado, etc.

Essa intervenção durou algumas semanas até que José estabelecesse uma relação de confiança com os gestores e trabalhadores que participaram da mesma. O processo ainda dura e outros avanços aconteceram: José levou os trabalhadores na casa dele, restabeleceu contato com a família e, juntos, José, familiares, trabalhadores e gestores, relataram o processo ao ministério público. Isto também teve efeitos positivos, principalmente no que diz respeito à revisão, pela defensora pública, de sua postura e papel, passando a levar em conta esse tipo de procedimento, generalizando-o em outros casos⁹³ que envolvem a REAP e a Reforma – mesmo sofrendo pressões contra sua mudança de postura no desempenho de sua função.

A maior parte dessas transformações ocorreu em cerca de um mês e meio – a partir de janeiro de 2008 – e foram fruto de uma mobilização muito grande, com forte pressão institucional contrária, indo de encontro aos procedimentos técnico-burocráticos automaticamente acionados diante da “falta de resposta” de José – solicitação ao ministério de interdição e internação, diagnóstico, procedimentos legais e técnicos etc. Sem essa “transgressão” do dispositivo alta automaticamente ativado para a interdição, essa intervenção não seria possível. Foi necessário pressionar para a mudança na decisão do ministério público; estabelecer e forçar contato com José em horários e procedimentos nada convencionais, fora do expediente, em locais diversos da cidade;

⁹³ Outros casos que normalmente tinham o mesmo encaminhamento de interdição e internamento passaram a ser revistos, a defensora pública tem adotado um discurso anti-internamento, chamando os envolvidos, incumbindo familiares de restabelecer contato com os usuários em questão, responsabilizando-os e empurrando-os em direção ao serviço como um primeiro passo para o cuidado.

remanejar a atividade de gestores etc. Isso tudo em negociação com a equipe do serviço e sob a ameaça da responsabilização jurídica sobre José, cuja interdição já havia sido solicitada.

Nestas “transgressões” do dispositivo alta, os trabalhadores e gestores parecem encontrar a Reforma. Nas proposições de Agamben (2007a), essas “transgressões” configuram uma “profanação”, no caso, profanação do dispositivo alta. Detenhamos um pouco no que vem a ser a profanação trazendo brevemente as considerações do filósofo italiano a respeito dos dispositivos em nossa organização social. Tais considerações partem da importância do termo na estratégia de pensamento de Michel Foucault, principalmente em seus trabalhos sobre a “governamentalidade”.

Agamben aponta a utilização do termo grego *oikonomia* – administração do *oikós*, da casa, sua gestão – pela teologia cristã, como explicação para a santíssima trindade, na qual Deus, enquanto seu ser e substância seriam um só, mas enquanto sua *oikonomia*, na administração de sua criação, os homens, é tríplice. Em seguida, indica a tradução do termo grego *oikonomia*, como “dispositivo” nos escritos dos padres latinos, apontando para o fato de que a separação que a trindade permitiu remover de Deus no plano do ser, reapareceu como forma de uma separação entre ser e ação, entre ontologia e práxis.

Essa é a herança que a doutrina teológica da *oikonomia* – dispositivo - deixou para a cultura ocidental: a separação entre ser e práxis, a divisão que ao mesmo tempo articula, em Deus, o ser e a práxis, sua natureza ou essência e o modo como ele administra o mundo das criaturas. Desse modo, um dogma ou mandamento está separado de Deus ao servir de administração dos homens, ao mesmo tempo em que a ele remete enquanto unidade “essencial”. Serve a um enquanto lei sagrada e a outro enquanto lei humana. Essa é, segundo Agamben, a característica da religião, a distinção

entre o divino e o humano, ao mesmo tempo em que o segundo se encontra no primeiro.

Destarte, é a esta separação que o dispositivo está ligado. E todos os elementos que ele venha a articular enquanto gestão dos homens remetem sempre a uma “essência” que o sustenta, Deus, mas também, em nossa cultura principalmente – e esse é o ponto a que queremos chegar -, a razão.

(...) a referência a uma *oikonomia*, quer dizer, a um conjunto de práxis, de saberes, de medidas, de instituições cujo objetivo é administrar, governar, controlar e orientar - em um sentido que se supõe útil - os comportamentos, os gestos e os pensamentos dos homens. (Agamben, 2007a, p.28, tradução nossa)⁹⁴

Essa é a função do dispositivo, a gestão humana (profana) que ele exerce, enquanto o sagrado que ele representa. Sagrado na medida em que se liga ao divino, profano na medida em que serve aos homens; como no sacrifício de um animal, onde uma parte é consagrada aos deuses e outra parte é restituída ao uso dos homens (profanada). Desse modo, Agamben apresenta noção de profanação, proveniente da esfera do direito e da religião romanas – chamando a atenção para a sempre estreita ligação entre direito e religião não apenas em Roma. Consagrar - sacralizar - significava a saída das coisas da esfera do direito humano, enquanto profanar significava a restituição das coisas ao livre uso dos homens.

Enquanto consagrar (*sacrare*) designava a saída das coisas da esfera do direito humano, profanar significava ao contrário sua restituição ao livre uso dos homens. Assim o grande jurista Trebatius pôde escrever: “no sentido próprio é profano o que, de sagrado ou religioso que seja, se encontra restituído ao uso e à propriedade dos homens”. Pode-se definir a religião nessa perspectiva como o que subtrai as coisas, os lugares, os animais ou as pessoas do uso comum para transferi-las ao seio de uma esfera separada. Não somente não é religião sem separação, mas

⁹⁴ (...) le renvoi à une économie, c'est-à-dire à un ensemble de práxis, de savoirs, de mesures, d'institutions dont le but est de gérer, de gouverner, de contrôler et d'orienter – en un sens qui se veut utile – les comportements, les gestes et les pensées des hommes.

toda separação conserva em seu íntimo um núcleo autenticamente religioso. (Agamben, 2007a, p.39-40, tradução nossa)⁹⁵

E é neste ponto que Agamben remete a Walter Benjamim, ao definir o Capitalismo como uma religião que, “levando ao extremo uma tendência já presente no cristianismo, generaliza e absolutiza, em todo âmbito, a estrutura de separação que define a religião” (Agamben, 2007b, p. 71). Nesta perspectiva, o que entendemos, a partir do pensador italiano, é que os dispositivos em nossa sociedade se caracterizam por uma “sacralização absoluta”⁹⁶, na medida em que, dentro da governamentalidade, as relações de poder que se exercem servem mais e mais à razão de Estado. Tudo pode e deve ser colocado em segundo plano em favor da razão de Estado. Os dispositivos agem na gestão minuciosa das pessoas, mas sempre procurando tornar rarefeita a relação entre elas ao privilegiar sempre sua governamentalidade, mobilizando para si todos os elementos e enunciados que um dispositivo articula. À razão de Estado, sacraliza-se tudo, e cada vez menos é restituído ao livre uso dos homens, cada vez menos é profanado.

⁹⁵ *Tandis que consacrer (sacrare) désignait la sortie des choses de la sphère du droit humain, profaner signifiait au contraire leur restitution au libre usage des hommes. Ainsi le grand juriste Trebatius peut-il écrire : « au sens prope est profane ce qui, de sacré ou religieux qu'il était, se trouve restitué à la propriété des homes ». On peut définir la religion dans cette perspective comme ce qui soustrait les choses, les lieux, les animaux ou les personnes à l'usage commun pour les transférer au sein d'une sphère séparée. Non seulement il n'est pas de religion sans séparation, mais toute séparation coïncide et conserve par-devers soi un authentiquement religieux.*

⁹⁶ O que poderia parecer uma profanação absoluta, na medida em que, em nossa sociedade, a razão, uma “vontade de verdade” (Foucault, 1998), ocupa o lugar de fundamento, acaba por caracterizar uma “sacralização absoluta”, por consistir em uma ordem discursiva que, do mesmo modo, se pretende fora de uma relação de poder. A razão, enquanto fundamento metafísico, reivindica uma imparcialidade fundamentada na verdade que pretende representar. A secularização ou a laicização de práticas sociais, não consistem, portanto, em uma profanação, mas estão mais próximas da sacralização, na medida em que conservam as relações de poder do que se seculariza (a transcendência de Deus como paradigma do poder do soberano, por exemplo, limita-se a transmutar a monarquia celeste em monarquia terrena, mantendo a relação de poder nela estabelecida). Do mesmo modo, o desdobramento do poder soberano, com seu fundamento no direito natural de um sujeito de direito que o cede em favor de um soberano ou representante do Estado. E é aqui que está o papel dos dispositivos, pois é através deles que a mecânica do poder se põe em ação, sacralizado sempre à razão.

Destarte, não é de se estranhar que na sociedade que a tudo sacraliza a uma razão de Estado, que objetiva ordenar e tirar o máximo da vida através de sua minuciosa gestão, tenha se articulado sobre o louco⁹⁷ a primeira grande tecnologia disciplinar e que seu principal efeito sobre este tenha sido o sequestro e o abandono, sempre em nome de uma governamentalidade do sujeito de direito. O caso de José expõe bem estas questões, a gestão dos homens deve definir onde se deve habitar, onde pode circular, como deve se vestir, se comportar, se relacionar sexualmente, como e do que deve falar. Claro que a relação com a produtividade em nossa sociedade é evidente, mas o dispositivo não se restringe a isto. Ele pode acionar as valorações morais que permeiam cada micro relação, pode por em andamento os microfascismos sempre prontos a ascender, e profanar essa relação não é fácil.

O dispositivo alta diz aos trabalhadores e gestores: “Olhe, seu papel é este aqui, as avaliações estão feitas, as pessoas querem a intervenção, está dentro da legalidade e dentro dos procedimentos técnicos. Cuidado com as responsabilidades que cairão sobre você. Você está fazendo algo para o que você não recebe e não foi contratado. Além disso, não tem nenhuma ligação com a sua formação, com o que diz seu conselho de classe sobre o desempenho de suas funções”. Diz à defensora pública: “Você não deve olhar os casos individualmente, você deve resolver os casos coletivos, e nesse caso a coletividade são os habitantes dos espaços em que José circula, a questão é deles, isso que você está fazendo não é o seu papel, seu trabalho está ficando acumulado por conta de sua postura. Além disso, qualquer problema que venha a acontecer nessa sua ‘transgressão’ recairá igualmente sobre sua responsabilidade e eu – as normas, os saberes, os procedimentos, o corpo técnico, os colegas juristas, a ‘comunidade’ - não te protegerei”.

⁹⁷ Não a loucura, esse objeto apontado como a falta de razão, mas o louco, depositário de múltiplas diferenças que questionam pela sua simples existência o ideal biopolítico que alimenta a razão de Estado.

De que maneira deve-se agir então? Deve-se fazer gestão política para fortalecer a Reforma enquanto política pública, expandindo sua cobertura até o fim do internamento e finalmente extrapolando seus limites e agindo na melhoria das condições de vida das pessoas? Sem dúvida. Mas o que se faz no cotidiano enquanto uma transformação desta magnitude não acontece, ou mesmo sob a suspeita de sua improbabilidade? Profanar, fortalecer linhas de força cuja articulação os dispositivos tendem a não privilegiar. A vida concreta das pessoas das pessoas, as relações mais diretas entre elas, são sempre deixadas em segundo plano em favor das estatísticas, das prestações de contas, dos cortes de orçamento, dos enquadramentos legais, dos sistemas financeiros, *lobys* etc.; mesmo (ou principalmente) quando se tratam de políticas sociais. A profanação dos dispositivos é uma inversão de prioridades a partir de elementos que os próprios dispositivos agenciam.

A Reforma enquanto potência transformadora não pode prescindir da profanação do dispositivo “alta”, ao mesmo tempo em que, enquanto política pública, não pode prescindir da articulação que este proporciona (para estabelecer sua regulamentação, definir seu quadro técnico, legalizar procedimentos, edificar serviços, firmar convênios, garantir financiamentos). A profanação é um redimensionamento das energias que os atores devem desprender entre a formalidade sacralizada e a existência de relações entre as pessoas, das quais os operadores também fazem parte.

O problema da profanação dos dispositivos (ou seja, da restituição do uso comum do que foi cindido e separado neles) não é somente urgente. Esse problema não será nunca colocado corretamente como os que se ampararão dele não serão capazes de intervir tanto sobre os processos de subjetivação quanto sobre os dispositivos para conduzir à luz desse ingovernável que é ao mesmo tempo o ponto de origem e o ponto de fuga de toda política. (Agamben, 2007a, p.50, tradução nossa)⁹⁸

⁹⁸ *Le problème de la profanation des dispositifs (c'est-à-dire de la restitution à l'usage commun de ce qui a été saisi et séoaré em eux) n'en est que plus urgent. Ce problème ne sera jamais posé correctement tant que ceux qui s'enempareront ne seront pas capables d'intervenir aussi biensur les processus de*

Com efeito, é em relatos que trazem o cruzamento entre opressão do dispositivo alta e sua profanação, que devemos ter em perspectiva. Em algumas circunstâncias, o que é trazido por trabalhadores e gestores como um “fardo”, ou uma estratégia perversa inatingível que pesa na ponta da assistência - como ter que dar conta da cidadania de excluídos em um país de excluídos como se fosse uma questão técnica - pode se transformar em via de profanação do dispositivo alta, colocando em andamento a potência de redimensionamento nas relações de forças que a Reforma enquanto política pública pode permitir. Por exemplo, a tarefa de construir as condições de vida e garantir a cidadania dos usuários pode passar de uma exigência inatingível, - pela amplitude dos problemas que implica – em um caminho que redirecione o papel do operador, dos recursos e dos procedimentos da Reforma.

Eles (usuários e familiares) chamam “CID forte” aqueles que dão benefício, tem muita gente que fica tentando ver se muda, mas tem uns que não dá. Mas já teve vezes que a situação da família era muito precária, a gente via, e mesmo que não fosse do chamado “CID forte”, a gente já deu um jeito, e isso há muitos anos atrás (não identificável)

Um caso bastante ilustrativo é o de uma usuária que chamaremos de Antônia. Antônia é moradora de uma das residências da REAP, tem trinta e dois anos, é egressa de um longo período de internação em um hospital que já foi fechado. Enquanto interna, relatou-se que ela foi deixada no hospital pela família, após ter passado por outras duas internações. As queixas da família diziam respeito principalmente a crises de agressividade e de “comportamentos imorais”, embora os prontuários não indiquem um comportamento agressivo.

O fato é que, com o fechamento do hospital, procurou-se encontrar a família cujo contato já não acontecia há mais sete anos. A família não se disponibilizou a

receber Antônia, principalmente por não admitir o que julgavam “comportamento imoral” o interesse de Antônia por outras mulheres. Diante também da falta de recursos da família, ela acabou sendo encaminhada para a residência.

O que chamou a atenção foi a negociação para que Antônia pudesse permanecer e receber benefício; o fato de ser egressa do hospital foi fator preponderante para que Antônia pudesse hoje ajudar na residência, viver em um espaço que lhe proporciona certa estrutura e estar hoje namorando.

“a família não quer ela lá (em casa), não aceita que é homossexual, mas ela é ótima na residência, ajuda nas coisas” (trabalhador da residência)

Pensando essa narrativa de um modo um tanto romantizado, podemos imaginar a rearticulação da REAP no sentido de proporcionar-lhe a possibilidade de viver algumas experiências que lhes eram proscritas, assim como o são para muitas pessoas que não terão essa sorte, inclusive usuários da REAP. Neste último caso, por dois motivos: primeiro porque, embora a Reforma enuncie a produção de cidadania, esta depende das condições gerais em que vive a população. Segundo, essas intervenções que consideraríamos positivas estão ainda condicionadas à condição do diagnóstico, o que transforma o fato em questão técnica e para o qual os recursos são de fato limitados.

Isso não impede que gestores e trabalhadores sejam constantemente pressionados a garantir as boas condições de vida que a Reforma anuncia, acuados por um “cumpra-se” sem fundamento na realidade que o sistema jurídico sabe tão bem proferir. É interessante observar que talvez os primeiros corpos sobre os quais incide o dispositivo alta são justamente os corpos dos operadores do dispositivo, pois são os operadores que colocam o dispositivo em andamento, portanto, a profanação do dispositivo alta talvez possa também começar por eles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como apresentamos inicialmente, procuramos elaborar em nosso trabalho uma análise da Reforma Psiquiátrica no Brasil, enquanto política pública, a partir de investigações sobre a alta como dispositivo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), através de uma pesquisa de campo realizada com trabalhadores e gestores da Rede de Atenção Psicossocial (REAP) de Aracaju.

Em seu papel como procedimento no serviço, a alta sinaliza a saída ou permanência de um usuário do serviço, mas as articulações feitas a partir da alta como dispositivo se ampliam bastante. Por exemplo, a saída ou permanência do serviço se refere diretamente ao processo de admissão, na medida em que este indica o quadro que estabelece o usuário enquanto tal e que deve ser alterado para que a alta ocorra. Para a modificação desse quadro, a alta também se relaciona aos procedimentos que devem ser colocados em prática, bem como por quem esses procedimentos devem ser operados. Por sua vez, esses procedimentos e operadores tomam suas posições dentro de relações muito amplas, que vão desde a regulamentação legal das políticas, programas e serviços de saúde mental, formação e legalização de profissões e procedimentos, saberes que fundamentam a delimitação de objetos e concepções jurídica.

Desse modo, observamos diversos elementos sendo articulados pela alta como um dispositivo, elementos que ativados, exercitam cotidianamente a Reforma Psiquiátrica enquanto política pública. Analisamos tal funcionamento através de sua operacionalização por trabalhadores e gestores da Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju, por meio da nossa inserção na rede, mais especificamente nas reuniões semanais dos trabalhadores do CAPS Liberdade e nas reuniões dos gestores da rede. Além das reuniões registradas em diário de campo, elaboramos dois grupos focais, um

em cada reunião, abordando a questão da alta, o que foi registrado com gravação de áudio.

Construímos nosso trabalho considerando os seguintes elementos: o modo como a Reforma brasileira tem sido apresentada e discutida, pela referência que faz as obras de autores como Michel Foucault e a experiências como a Reforma italiana, bem como por algumas de suas prescrições institucionais, como os objetivos de substituição das medidas asilares e produção de cidadania dos usuários; posteriormente, a partir das práticas discursivas e não discursivas que se destacaram em nossa pesquisa de campo. Identificamos assim, dois conjuntos de elementos articulados pelo dispositivo “alta”, e que apresentamos em nosso trabalho como: uma grade discursiva que propõem a Reforma como uma substituição ao modelo de tratamento-internamento; uma grade discursiva que propõem a Reforma como prática de transformação social pela produção de cidadania do indivíduo considerado louco, através da promoção de sua inserção jurídica e exercício de direitos.

Construímos nossas análises a partir de uma perspectiva de inspiração foucaultiana de análise do discurso, investigando a proveniência dos enunciados que constituem as duas grades discursivas a que nos referimos, para que pudéssemos analisar o jogo de forças implicados na emergência do dispositivo alta. Isso nos permitiu analisar as relações de poder implicadas na constituição do dispositivo alta, bem como as atualizações e transformações nas relações de poder que o dispositivo exerce hoje na reforma brasileira.

Desse modo, no capítulo II, trazemos a primeira grade discursiva, que se relaciona à perspectiva de substituição do modelo de tratamento indicada pela Reforma. Situamos essa perspectiva a partir da constituição da loucura como objeto em sua relação com o internamento como procedimento de tratamento e com a concepção

jurídico discursiva de sujeito de direito. O dispositivo alta emerge no alienismo como um regulador do processo do internamento - que passa a ser um tecnologia de tratamento - e da garantia de direitos civis. Para tanto o dispositivo articula elementos como: procedimentos de uma tecnologia disciplinar, um campo de saber especializado (a medicina mental), espaço especializado para internamento, sistema jurídico que relaciona internamento ao diagnóstico especializado. Na Reforma, alguns desses elementos se atualizam, como a manutenção da loucura como objeto pela sua patologização, o um sistema jurídico que indica seu tratamento e que regula a entrada no sistema – embora com o indicativo de substituição do internamento, o que é muito relevante -, assim como o suporte do saber especializado que continua a ser a medicina mental e a interdisciplinaridade que a ela se aglutina, fortalecendo o papel saber especializado.

No capítulo III, debatemos a segunda grade discursiva, que se relaciona a construção da inserção jurídica e exercício de direito do indivíduo considerado louco. É importante notar a sobreposição das duas grades - embora as tenhamos tratado em separado – para compreender a maturidade da alta como um dispositivo de governo. Se em sua emergência no alienismo, a alta já se colocava como um dispositivo de governo, ao regular intervenções com a tecnologia disciplinar sobre certo segmento da população - lembrando o elemento jurídico discursivo que é o estatuto de sujeito de direito que o louco passou a ter - devemos observá-la como dispositivo que passa aglutinar outros elementos. Desse modo, a Reforma se coloca em perfeita consonância com o que Foucault denominou governamentalização do Estado, na medida em que, se no primeiro momento, o dispositivo alta regula o processo de internação de populações, fundamentando seus procedimentos em saberes sobre os indivíduos, em sua maturidade enquanto dispositivo de governo, a alta além de manter essas relações, passa a atuar

como exercício biopolítico, regulando aspectos que dizem respeito à inserção jurídica e exercício de direitos de certo segmento da população em um sentido muito amplo – sua moradia, circulação, rendimento, relação com família, com a comunidade – embora sempre acompanhado pelo diagnóstico especializado e pela possibilidade do internamento.

O capítulo IV traz algumas narrativas na perspectiva de contrapor as relações de poder que o dispositivo alta aciona. As profanações do dispositivo alta são experiências de rearticulação das relações entre as pessoas, uma restituição ao uso comum das pessoas dos elementos que o dispositivo articula e que, a princípio são para seu uso, mas que acabam respondendo preferencialmente á malha institucional da razão de Estado.

Dentre os principais questões levantadas e analisadas em relação ao dispositivo alta destacaram-se: (1) a atualização da relação loucura-patologia-cidadania, relação esta que prevalece desde o alienismo à atual Reforma, e campo no qual podemos construir ainda muitas análises. (2) A manutenção da classificação patológica que, no limite, é o que permite acesso aos serviços e à rede. (3) O prevalecimento do internamento como medida sempre possível e à espreita. (4) O que chamamos “efeito depósito” que os serviços apresentam, entendido não como um “efeito colateral” da Reforma, mas como uma das principais demandas que a ela se colocam. (5) Relacionada à questão anterior, está a transformação de demandas sociais amplas em questões técnicas que devem ser solucionadas pelos técnicos responsáveis, o que gera um efeito devastador sobre estes, ao mesmo tempo em que mantém intactas certas relações de forças exercidas pelo dispositivo alta. (6) Experiências em que os operadores do dispositivo alta, ao serem “convocados” a colocar em andamento certas relações de poder, foram capazes de resistir, articulando outras relações de poder a

partir do próprio dispositivo, ao que chamamos, com Agamben, de profanação do dispositivo.

Com efeito, se nossa discussão se elaborou como um olhar sobre o exercício da Reforma, através das práticas discursivas e não discursivas de seus operadores, não foi no sentido de, a partir do que a Reforma enuncia, averiguar o seu bom encaminhamento; antes o contrário, a partir do que são as questões que se colocam no cotidiano, confrontar o que enuncia a Reforma, sem apontar o caminho que deve ser trilhado, mas instigando seu potencial transformador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGAMBEN, G. (2002). **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua**. Belo Horizonte: Editora da UFMG.
- _____. (2007a). **Qu'est-ce qu'un dispositif?** Payot & Rivages, Paris.
- _____. (2007b). **Profanações**. São Paulo: Boitempo.
- ALARCON, S. (2005). **Da reforma psiquiátrica à luta pela 'vida não-fascista'**. In História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 12, n.º 2, p. 240-63.
- ALVERGA, A. R. de & DIMENSTEIN, M. (2005). **A loucura interrompida nas malhas da subjetividade**. In Amarante, P. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. (pp. 45-66). Rio de Janeiro: Nau editora.
- AMARANTE, P. (1994). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____. (1995). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: ENSP Fiocruz.
- _____. (1996). **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- _____. (2003). **A clínica e a reforma psiquiátrica**. In. AMARANTE, P. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau.
- ARACAJU. **Relatório de Gestão da Rede de Atenção Psicossocial – janeiro a junho de 2007**. Secretaria Municipal de Aracaju/SE.
- BARRETO, J. (2005). **O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental**. Juiz de Fora - MG, Editora da UFJF.
- BARROS, R. B. (2003). **Reforma Psiquiátrica Brasileira: Resistências e capturas em tempos neoliberais**. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.), **Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 197-206.

- BASAGLIA, F (1980). **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática.** São Paulo, Editora arsil Debates.
- _____. (2005a). **A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do “espaço fechado”: considerações sobre o sistema “open door”.** In. Amarante, P (org.) (2005). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica/Franco Basaglia. Rio de Janeiro, Garamond. p.23-35.
- _____. (2005b). **Um problema de psiquiatria institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica.** In. Amarante, P (org.) (2005). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica/Franco Basaglia. Rio de Janeiro, Garamond. p. 35-61
- _____. (2005c). **A doença e seu duplo:propostas críticas sobre o problema do desvio.** In. Amarante, P (org.) (2005). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica/Franco Basaglia. Rio de Janeiro, Garamond. p. 161-187.
- _____. (2005d). **A maioria desviante.** In. Amarante, P (org.) (2005). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica/Franco Basaglia. Rio de Janeiro, Garamond. p. 187-225.
- _____. (2005e). **O círculo do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica.** In. Amarante, P (org.) (2005). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica/Franco Basaglia. Rio de Janeiro, Garamond. p. 237-259.
- _____. (1969). **Carta de Nova York - O doente artificial.** In. Amarante, P (org.) (2005). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica/Franco Basaglia. Rio de Janeiro, Garamond. p. 151-160.
- _____. (1974). **A utopia da realidade.** In. Amarante, P (org.) (2005). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica/Franco Basaglia. Rio de Janeiro, Garamond. p. 225-236.

- BEZERRA Jr, B. (2007). **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. In PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (2): 243-250.
- _____. (2005). **Medir ou Estimar?**. Prefácio in BARRETO, J. (2005). O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental. Juiz de Fora - MG, Editora da UFJF. (p.11-16).
- BIRMAN, J. e COSTA, J. F. (1994). **Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária**. In. AMARANTE, P. (org.) (1994). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz. (p. 41-72).
- BRANDÃO, H. H.M. (1991). **Introdução à análise do discurso**. Edt, da UNICAMP, Campinas.
- BRASIL (2002). Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.
- BRASIL (2004) Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006**. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007.
- CAIAFA (2007). **Aventura das cidades**. Rio de Janeiro, Editora FGV.
- CASTEL, R. (1978). **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro, Graal.
- _____. (1987). **A gestão dos riscos**. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves Editora.

- COOPER, D. (1973). **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo, Perspectiva.
- DELEUZE, G. (2005). **Foucault**. São Paulo, Brasiliense.
- _____. (1990). **Que é um dispositivo?** In: Michel Foucault, filósofo. Barcelona, Gedisa, p. 155-161 (tradução de Wanderson Flor do Nascimento)
- DELGADO, P. G. G. (1992). Perspectiva da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos cronificados). p. 171-202. In: Tundis, S. A.; Costa, N. R. (Orgs.) (1992). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes.; ABRASCO.
- DIMENSTEIN, M. (2007). Subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco. In: Dimenstein, M (org.). **Vivência n. 32 Subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco**. Natal: EDUFRN. p. 24-32.
- DEREIFUS, H. e RABINOW, P. (1995). **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica)**. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- IV ENMLA, Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial. (1999). **Novas formas de produção de sentido**. Paripueira-AL.
- V ENMLA, Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial. (2001). **Luta Antimanicomial 2001: como estamos? O que queremos? Para onde vamos?** Miguel Pereira-RJ.
- FOUCAULT, M. (1979a). **A Governamentalidade**. In: Machado, R. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. p. 277-293.
- _____. (1979b). **O nascimento da medicina social**. In: Machado R. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. p. 79-98.
- _____. (1979c). **O nascimento do hospital** . In: Machado R. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. p. 99-113.

- _____. (1979d). **A casa dos loucos**. In: Machado R. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. p. 113-129.
- _____. (1979e). **Nietzsche, genealogia e história**. In: Machado R. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal.
- _____. (1979f). **Verdade e poder**. In: Machado R. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal.
- _____. (1987). **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Editora Vozes.
- _____. (1988). **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal.
- _____. (1995). **O sujeito e o poder**. In: DEREIFUS, H. e RABINOW, P. (1995). Michel Foucault, uma trajetória filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Rio de Janeiro: Forense Universitária. p. 231-250.
- _____. (1998). **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Loyola.
- _____. (1999a). **Em defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1999b). **Problematização do sujeito: psicologia, Psiquiatria e Psicanálise. Ditos & Escritos I**. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____. (2000). **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva. Texto original publicado em 1972.
- _____. (2005a). **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau editora.
- _____. (2005b). **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro, Forense Universitária.
- _____. (2005c). **O que são as Luzes?** In: Motta, M. B. Coleção Ditos & Escritos vol. II: Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____. (2006a). **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro, Forense Universitária.

- _____. (2006b). **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1997). **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed.
- _____. (2007). **Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France: (1978-1979)**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- _____. (2008). **Segurança, Território e População: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes.
- FONSECA, M. A. (1995). **Michel Foucault e a constituição do sujeito**. São Paulo: Educ.
- LOURAU, R. (1997). **René Lourau na UERJ. Análise institucional e prática de pesquisa**. Editora da UERJ: Rio de Janeiro.
- MACHADO, R. (2006). **Foucault, a ciência e o saber**. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro.
- MACHADO, R; LOUREIRO, A; Luz, R e MURICY, K. (1978). **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal.
- NIETZSCHE, F. (1998). **Genealogia da moral: uma polêmica**. São Paulo: Companhia das Letras.
- _____. (2007). **Sobre verdade e mentira**. São Paulo, Hedra.
- OFFE, C. (2000). **Trabalho & Sociedade: Problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- PRADO Fº, K. (2006). **Michel Foucault: uma história da governamentalidade**. Florianópolis/Rio de Janeiro: Insular/Achiamé.
- GOTFRYD, M. (2007). **Luta Antimanicomial: um outro ponto de vista**. Publicação do Jornal "A Tribuna", em 30 de maio de 2007, Santos.
<http://www.novomilenio.inf.br/santos/h0260r.htm>

- RODRIGUES, H. C. (2007). Michel Foucault, as “marcas da pantera” e a “pantera cor de rosa”: Apontamentos sobre o processo de desinstitucionalização psiquiátrica. In: Dimenstein, M. (org.). **Vivência n. 32 Subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco**. Natal: EDUFRN. p. 41-60.
- _____. (1995).
- ROUSSEAU, J. (1978a). **Do contrato social**. In. Os pensadores, São Paulo: Abril Cultural. p.1-155.
- _____. (1978b). **Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens**. In. Os pensadores, São Paulo: Abril Cultural. p.201-321.
- ROTELLI, F., LEONARDIS, O. e MAURI, D. (2001). **Desinstitucionalização**. São Paulo, Hucitec.
- SOARES, L. E. (1995). **A invenção do sujeito universal: Hobbes e a política como experiência dramática do sentido**. Campinas-SP: Editora da UNICAMP.
- SOUZA, T. (2007). **Luta Antimanicomial: a mobilização necessária**. Publicação do Jornal “A Tribuna”, em 18 de maio de 2007, Santos.
<http://www.novomilenio.inf.br/santos/h0260r.htm>
- SZASZ, T. S. (1979). **O mito da doença mental**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.
- _____. (1971). **A fabricação da loucura**. Rio de Janeiro, Editora Guanabara.
- VEYNE, P (1998). **Como se escreve a história; Foucault revoluciona a história**. 4^a ed. Brasília, edt. UNB.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)