



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

MESTRADO EM CIÊNCIAS

Área: Saúde Pública

Subárea de Concentração: Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

DISSERTAÇÃO

NOS LIMITES DA DESMESURA

Aforismos Sobre Reforma Psiquiátrica e Movimento Antimanicomial no Brasil

Autor: Sérgio Alarcon

Orientadora: Dra. Maria Eliana Labra

RIO DE JANEIRO, MAIO DE 2002.

À Nelson, Jalma, Nelma e Elaine.

À Maria Canesso, *in memoriam*.

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Maria Eliana Labra, cuja cultura e inteligência conseguiram me orientar para além dos limites da teimosia.

Ao professor Dr. Paulo de Carvalho Amarante, um dos mentores da paixão que motivou essa pesquisa.

Aos dois últimos presidentes da Fiocruz e diretores da ENSP, pela simpática recepção e cordial tratamento durante meu período como discente.

À Fundação Oswaldo Cruz, pela concessão de bolsa para essa pesquisa.

Aos amigos Jupiara dos Santos, Maria da Conceição Silva Gonçalves e Carlos Frederico Felipe, companheiros de luta, com quem, em meio aos estrondos das batalhas, diante dos muros de fortalezas destruídas, enquanto cuidávamos dos feridos ou de nossas feridas, partilhei a tessitura das teses e delírios dessas páginas.

Ao apoio concedido pelo GEE, representado pela figura de sua presidente, Deise de Araújo Grigório, e de seus diretores e associados, Márcia Frank Piovesan, Mário Moreira, André Guerrero, João Paulo Lyra Silva, Itamar Bento Claro, Erivelto Martins & Patty Fidelis de Almeida: a todos, um brinde!

Novamente à Grigório, pela excessiva obstinação de, nos últimos meses dessa escrita, ter me agüentado duas vezes mais que o suportável.

À nômade Luciana Caliman, máquina de guerra de quem, sorratamente, roubei alguma inspiração, algum talento, e que me doou amizade.

À jornalista e amiga Carmem Prata, pela benevolente paciência na revisão do texto, através da qual me foi permitido selecionar, entre os inúmeros erros, aqueles cuja peculiar necessidade (formada por uma mistura entre teimosia e estilo) não tive a coragem de suprimir.

Em especial, ao Professor Cláudio Ulpiano – a quem, não saberia dizer o quanto, essa dissertação é devedora – onde quer que esteja, por tudo que “foi, é e será” em minha história.

RESUMO

O trabalho está distribuído em 12 partes, além das aberturas. Traçamos um itinerário talvez excêntrico, motivado pelas dificuldades de se obter de antemão algo mais concreto que a mera suspeita: um itinerário que não se liga a fatos ou objetos, que apenas supõe um caminho e hesita passo-a-passo, tateando os obstáculos.

Iniciamos explicitando nossa crença de que a reforma psiquiátrica não se confunde necessariamente com o movimento da luta antimanicomial. Que é possível se estar visceralmente contra “os manicômios” sem destruí-los enquanto tais, ou apenas em aspectos dramáticos e óbvios, como o representado por sua estrutura arquitetônica. E que é na noção de poder onde reside a diferença que pode transformar uma simples reforma em uma revolução. A caracterização desses “poderes” é esboçada a seguir, evidentemente sem a pretensão de ser exaustiva.

Logo após, ligeiro histórico da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial é exposto como uma tentativa de se contextualizar as diferenças práticas contidas nas distinções teóricas abordadas anteriormente.

Um pequeno estudo de campo é apresentado por fim, no intuito de demonstrar as dificuldades e contradições a que estamos sujeitos no empreendimento de lutas “heterotópicas”.

SUMMARY

The work is disposed in 12 parts plus the openings. We may have traced an eccentric itinerary, motivated by the difficulties to find something more concrete than mere suspicion. The road taken is not link by facts or objects; it only tries to trace a way, step-by-step, lightly touching the obstacles.

We begin by explaining our believes that the psychiatric reform can not be necessarily confused by the fight movement against insane asylums that it is possible to be profoundly against the "Nut Houses" without totally destroying it. Only by observing the dramatic and obvious aspects, such as its architectural structures. This concept of power it's where lives the difference between transforming a simple reform in a revolution. Following is a sketch of the characterization of this "powers", clearly without any pretence to be exhausting.

Soon after, a brief history of the psychiatric reform and the fight against the insane asylums is disclosed as a tentative to describe the difference between the practical contents in the distinctive theories addressed previously.

At last a short study in the field is presented with hopes to demonstrate the difficulties and contractions that we are subject by undertaking such "heterotopics".

O problema não é mudar a 'consciência' das pessoas, ou o que elas têm na cabeça, mas o regime político, econômico, institucional de produção da verdade. Não se trata de libertar a verdade de todo sistema de poder – o que seria quimérico na medida em que a própria verdade é poder –, mas de desvencilhar o poder da verdade das formas de hegemonia (sociais, econômicas, culturais) no interior das quais ela funciona no momento.

Michel Foucault

SUMÁRIO

Aberturas **9**

- a) Mas, por quê aforismos?
 - b) Programa nietzscheano
 - c) Desígnios
 - d) Diaíresis (Διαίρεσις)
1. Um Problema Semântico: reforma psiquiátrica ou luta antimanicomial? **16**
 2. Liberdade: entre o contrato e a instituição **21**
 - a) Preâmbulo
 - b) O Bem e a morte de Deus
 - c) Contrato social: alienação e poder
 - d) A positividade do poder
 - e) Alienação ou vontade de potência?
 3. Vontade e Poder: liberdade em si ou como exercício? **36**
 - a) Preâmbulo
 - b) Método
 - c) A liberdade original
 - d) A liberdade inventada
 4. Da Reforma Psiquiátrica à Luta Pela “Vida Não-Fascista” **42**
 - a) Preâmbulo
 - b) “Uma introdução à vida não-fascista”
 5. MTSM: da reforma técnica ao movimento da luta antimanicomial. **51**
 6. Reforma, Invenção da Saúde e Reprodução Social dos Sujeitos **54**
 - a) Reforma
 - b) Invenção da saúde
 - c) CAPS/NAPS
 - d) *Clinicus* (Κλινικος)

- e) Reprodução social dos sujeitos
- 7. Território e Problema: dois problemas... **64**
 - a) Comunidade e setor
 - b) Serviço de saúde mental forte
 - c) Problemas
- 8. O Que Significa Problematizar? **69**
 - a) Lógica das proposições
 - b) Ontologia dos problemas
- 9. A Especificidade do Serviço de Saúde Mental de Base Territorial **75**
- 10. Territorialidade: corpo fisiológico e corpo expressivo **79**
 - a) Mundo próprio
 - b) Sentido
 - c) Causa adequada
 - d) Prática
- 11. Estudo Exploratório: as dificuldades práticas para uma estética da existência **86**
 - a) As condições do território
 - b) O serviço de saúde mental de Seropédica
 - c) A implantação do serviço de saúde mental
- 12. Clínica Política: o CAPS como promotor da saúde? **104**
 - a) Preâmbulo
 - b) A clínica política
 - c) Interregno teórico: a relação entre a medicina moderna e o processo de medicalização da sociedade na perspectiva da promoção da saúde
 - d) Retorno à prática

Conclusão **115**

Bibliografia **118**

Anexos **125**

ABERTURAS

a) Mas, por quê aforismos?

Aforismo (do grego *αφορισμος*, definição) é o nome dado a *uma sentença breve que contém um princípio de ciência* (Saraiva: 2000; 87) ou máxima moral (Cunha: 1996; 20).

O termo foi inicialmente empregado, segundo a tradição, no *corpus hipocraticum* (século V a.C.), onde designava toda proposição concisa encerrando um saber médico baseado em dados empíricos e que podia ser considerado norma ou verdade dogmática. O *corpus hipocraticum* principia justamente por um aforismo tornado célebre e exemplar: *ars longa, vita brevis* (Moisés, 1974: 14-15).

Talvez, na história do pensamento, o autor mais importante a utilizar essa forma de expressão tenha sido Nietzsche. Neste, a função do aforismo é também estratégica em vários sentidos. Acreditamos que o principal seja uma espécie de terapêutica aplicada sobre o método¹ para tornar possível encontrar aquilo que se pode chamar de a **grande saúde**, ou seja, aquela saúde *mais forte, mais engenhosa, mais tenaz, mais temerária, mais alegre, do que todas as saúdes que existiram até agora (...). Uma saúde tal, que não somente se tem, mas que também constantemente se conquista ainda, e se tem que conquistar, porque se abre mão dela outra vez, e se tem de abrir mão!...* (Nietzsche, 1978: 222-223).

Saúde em Nietzsche parece ser o movimento pelo qual alguém procura libertar-se do horizonte oferecido por sua própria formação social, libertar-se daquilo que Foucault chamaria território do saber, onde exercemos as práticas úteis à manutenção de nosso cotidiano.

Sob esse aspecto, saúde seria então um tipo de virtude ao inverso: a coragem de abandonar as vantagens da vida comum, familiar, cheia de sentido e

¹ Terapêutica vem da junção dos termos *therapeuo* (θεραπευο), cuidar, e *techné* (τεχνε), arte no sentido de técnica. Cuidar gera o termo cultivar, dar trato contínuo a algo, enquanto que método vem do grego *metá* (μετα), além ou através, e *hodós* (οδος), caminho. Daí o sentido possível de uma terapêutica sobre o método como a técnica de se cultivar um procedimento adequado que nos leve à um objetivo desejado.

significação, inteiramente adaptada aos saberes estabelecidos (entendendo-se aqui território do saber como sinônimo de formação social), para ousar o risco supremo do fora, (a saída para o não-lugar do território, ou seja, para o espaço do não-saber), e forçar os limites do caos, da desmesura, daquilo que os gregos chamavam de *hybris*, onde a única experiência possível é a da solidão mais absoluta.

Mas por quê esse movimento? Como entender essa peculiar tendência que encontramos em alguns homens de desprezar o conforto, abandonar a luta por glória e sucesso, esquecer a ambição pelo reconhecimento de seu grupo e de seus pares, para fazer uma guinada solitária em direção ao desconhecido?

Na tentativa de deixar um pouco menos obscuro esse ponto, resgatamos aqui a idéia, proveniente de alguns autores da história das artes (em especial Riegl, mas também Vorringer e Panofsky), de *kunstwollen*: querer artístico ou vontade de arte (Riegl, 1980).

Para esses autores, cada formação social teria, ao lado de todo aparato que garante aos seus membros uma vida regrada, apaziguada e corriqueira, a estranha vontade de superar a ordem tranqüilizadora; uma vontade de algo fora do campo da utilidade; vontade de fugir das obrigações ordinárias e produzir o inútil, posto que extra-ordinário; uma vontade que se liga àquilo que não serve ao lugar-comum ou aos saberes de nosso dia-a-dia.

A *kunstwollen* nos levaria necessariamente à heterotopia (ao lugar não-comum, onde não é possível comunidade nem comunicação), ao fora do lugar cotidiano. E se entendemos o cotidiano como o lugar onde tudo nos é familiar e reconhecível, entenderemos esse fora como um caos, onde nada é ou tem nome.

É a existência real desse exterior, desse fora, que garante a qualquer formação social um movimento de transformação, um devir. Podemos, então, chamar de arte a essência de todo devir, tal qual a força para a criação do novo, do diferencial que rege a própria história (desde os mitos ao nascimento da filosofia e da ciência), ou dos novos saberes que fundam novos cotidianos.

O artista, nesse sentido mais amplo do termo, é aquele que dentro de seu campo social aparece como capaz de forçar seus próprios limites e pensar esse

fora sem cair irremediavelmente no caos. Sua grande saúde é a força que o carrega do território para o não-território, do mesmo ao outro, do reconhecível ao desconhecido, e que sempre é capaz de fazê-lo retornar, novo e diferenciado: extra-ordinário.

Ao lado do artista, existe na história outra personagem que transita pelo fora. Mas, ao invés de manter-se em seus limites, de fundar sobre os limites uma dobra (como um fagócito a colocar o fora dentro), ela habita o espaço inefável, vaga pelo caos e se confunde com ele. Para esses a história reservou o nome de loucos. Por isso, falar da loucura é falar sempre, seja qual for a formação social, daqueles que estão irremediavelmente fora do território: os “desterritorializados”. É falar daqueles que não fazem contratos, pois não sabem nada sobre os acordos que procuram garantir a lógica de reprodução do dia-a-dia. Sobre eles, para continuar sob o ponto de vista da lógica, sabemos que não estão certos nem errados, já que são tão-somente absurdos. A eles construiu-se em nossa modernidade – por piedade talvez – essa instância de “reterritorialização” chamada psiquiatria.

Seja como for, o aforismo nietzscheano permite ao pensador do fora ir e vir, viver a solidão sem tornar-se solitário, ensaiar sem o risco de transformar a tentativa em dogma ou moral. A arte do aforismo requer uma interpretação que é também artística (Nietzsche, 1998: 14), isto é, capaz de transformar o leitor e a própria leitura em arte, e a obra e sua construção, como diria Umberto Eco (1971), numa perene poética da obra aberta.

Portanto, a obra de Nietzsche – sua grande saúde – constitui-se, ao mesmo tempo, em máximas que, paradoxalmente, impedem a constituição sistemática de uma moral; e em pequenas sentenças “científicas” que conjuram a relação **saber/verdade** nascida em Platão (1986) e deixam a mostra o campo de força (os poderes) que sustenta os saberes de nossa territorialidade, introduzindo o pensamento do fora² como sinônimo de pensamento.

² É nesses termos que Deleuze caracteriza o pensamento nietzscheano de Foucault (Deleuze, 1988a: 120-125).

Entendendo-se, por hipótese, o pensamento como fundador de um território de saber, e sendo pensar o nome desse processo de dobradura do dentro sobre o fora, talvez possamos dizer que a dicotomia gnoseológica entre o verdadeiro e o falso seja apenas uma pretensão (Nietzsche, 1978: 45), pois nunca se tratou, de fato, de se montar uma teoria do conhecimento, mas, pelo contrário – e uma vez que os jogos de verdade emergem como meros sintomas dos tipos de dobra que cada formação social expressou na história – de se empreender uma genealogia do poder, uma história sem origem onde o conhecimento emergiria tão-somente como uma relação secundária às relações entre o dentro e o fora (Foucault, 1988c: Capítulo II, passim).

Para a grande saúde de Nietzsche, podemos também usar como sinônimo a palavra poder: o poder de problematizar, de fazer a dobra. Assim, o aforismo nada mais seria que o seu modo de expressão e sua vontade: uma vontade de potência.

Dado nosso tema, não tivemos alternativas a não ser buscar nessa dissertação o mesmo efeito, isto é, empreender experiências que se repetem enquanto tentativas do pensamento em evitar qualquer horizonte teleológico; tecer pequenas unidades quase acabadas, desenvolvendo problematizações sucintas e diferentes entre si – mas que, filhas de um mesmo tema, são como as singularidades pré-individuais que compõem uma obra em processo.

Confeccionado dessa forma, esse trabalho é um signo de hesitação. Não como na dúvida – aquela que, diferente da ideação cartesiana, paralisa o pensamento – mas como no movimento do artista, ou melhor, no de sua mão segurando o pincel para o instante da criação...

– Se conseguimos a obra de arte? Isso já é outra história...

b) Programa nietzscheano

Suponhamos, de início, as idéias como criaturas de nosso pensamento. Sendo assim, nada mais justo do que cada idéia corresponder a uma faceta de seu criador, a ele se assemelhando de certa maneira. Por isso, fazer a genealogia

da emergência de uma idéia pode significar, principalmente, perscrutar as crenças e os desejos daqueles que foram seus geradores.

Nossa pesquisa pretende averiguar sob que **vontade** essas idéias foram concebidas em seus agenciamentos. Pode-se dizer, grosso modo, que seja esse o programa nietzscheano: acreditar, por exemplo, na existência de pensadores capazes de produzir idéias de um brilho lógico fulgurante, mas com conseqüências éticas e estéticas reativas, motivadas pelo ressentimento e a má-consciência (Nietzsche, 1998; passim).

Admitir a possibilidade desse tipo de pesquisa talvez se configure no melhor caminho pra se compreender porque algumas práticas científicas ou de saber – como a psiquiatria e a antipsiquiatria³ no caso desse trabalho – podem ser avaliadas fora da pressuposição de neutralidade das interpretações epistemológicas tradicionais.

A idéia como filha do pensador nos retira de imediato, além dos liames da metafísica clássica, de qualquer contexto peculiar asseverativo. Não se trata aqui de uma lógica ou de questões que nos remetam à verdade ou ao erro, mas à problematização. Decerto, não pretendemos afirmar ou negar que uma idéia reativa tenha qualidades como idéia. Acreditamos que a questão está voltada para outro horizonte: sobretudo, verificar como e porque essa idéia foi gerada e se o lugar para onde nos conduz é de liberdade ou escravidão; potência ou fraqueza.

c) Desígnios

Nossa proposta de pesquisa, portanto, não é original. Supõe um certo hábito moderno de pensamento que a escolha das fontes determina como um *a priori histórico*. O propósito não é reconstruir uma história das condutas dos atores envolvidos com a “reforma psiquiátrica”, nem realizar preferencialmente um inventário das suas práticas, suas formas sucessivas, sua evolução e difusão, que culminam com o momento atual do movimento antimanicomial. Tão pouco realizar uma história das representações desse movimento e dessa reforma.

³ Entendo o termo antipsiquiatria como tudo aquilo que “coloca em questão o papel do psiquiatra encarregado, antes, de produzir a verdade da doença no espaço hospitalar” (Foucault, 1997: 52).

Tentaremos, antes, tomar uma certa distância do tanto que já foi dito. Retirar o assunto dos assentamentos morais que ora o exalta, ora o desqualifica. Em suma, tentaremos “desfamiliarizá-lo”. Tarefa em certa medida complexa que necessita de um tipo de olhar adestrado em ver multiplicidades onde a maioria encontra identidade.

Optamos por discutir, antes que o histórico factual, as diferenças que desenham a sensação de paradoxo pelo qual caminha a dita “reforma psiquiátrica” brasileira – as aspas têm sua importância e esclarecê-las será o esforço desse trabalho. Cientes das dificuldades, não esperamos encontrar no final nada além do que fragmentos. Com um pouco de otimismo, talvez alguns possam motivar pensadores mais capacitados a vagar – como diria Michel Foucault – pelo *descaminho daquele que conhece*.

d) *Diaíresis* (Διαίρεσις)

Para alcançar nossos objetivos usamos um método antigo, inventado por Platão, chamado *diaíresis*, ou método da divisão. Platão, no *Filebo* (1986: 1229), coloca a clássica tese de que a natureza é constituída por mistos: *Essa é a origem (...) de tudo o que há de belo: a mistura do limitado com o ilimitado*⁴, o finito das essências e o infinito da matéria. A tarefa do pensador seria separar esses mistos. É sobre esse método que Aristóteles coloca sua crítica mais contundente a Platão e que acaba por gerar o *silogismo* (Deleuze, 1988: 112).

Acreditamos que *diaíresis* e *silogismo* se alternaram durante toda a história do pensamento. Desse modo, parece plausível dizer, por exemplo, que Bergson é um pensador da *diaíresis* e Kant, do *silogismo*. Seja como for, tentamos seguir um ritmo parecido com uma *diaíresis*, não com um *silogismo*. Nossa argumentação trabalhou com dicotomias, duplas em contradição, mas não com o termo médio. Procuramos separar os mistos que compõem a complexidade saúde mental e que disputam sua hegemonia, sem entrar no mérito de que um é verdadeiro e o outro falso.

⁴ Tradução livre nossa do texto em castelhano.

Colocada dessa maneira, a questão deixa de ser prioritariamente epistemológica e passa ao campo ético e político. Situamos na arena de combate a reforma psiquiátrica, o movimento antimanicomial, e os corolários que representam: a cidadania por contrato e a cidadania por instituição, a luta pela liberdade perdida e a luta pelo exercício da liberdade. Enfim, embates, dicotomias, contradições que, entretanto, não carregam o horizonte pacífico da síntese teleológica. São lutas nas quais a vitória de um não implica na extinção do outro, ou na de ambos, nem no surgimento de algo híbrido e independente, mas apenas em submissão e domínio. O fim da luta é sempre provisório, e resulta em uma hegemonia efêmera, sobre a qual alguns vêem os efeitos de uma **vontade de potência**. A questão, no final, passa a ser a quem **interessa** que essa ou aquela vontade prevaleça.

Dissemos, de um modo talvez ainda pouco claro, que a saúde mental – ou sabe-se lá que nome pode ser dado a essa complexidade – só tem sentido em termos “libertários” se for, antes e além de um dispositivo contra a **dominação** e a **exploração**, também um modo de resistência contra, principalmente, a **sujeição** (Foucault, 1994: 227). Fora isso, estaremos provavelmente construindo mini-manicômios, com os mesmos objetivos de recuperação piedosa dos primeiros alienistas.

1. UM PROBLEMA SEMÂNTICO¹: reforma psiquiátrica ou luta antimanicomial?

Na história do que, mais comumente, chamamos de reforma psiquiátrica, percebemos uma constante tensão entre duas instâncias críticas ao modelo clássico da medicina mental. Chamaremos a primeira de discurso epistemológico, e a segunda de discurso político.

O discurso epistemológico acredita na possibilidade de mudanças técnicas e teóricas que nos assegurem um desenvolvimento ou uma evolução da assistência, com o intuito de superar os antigos procedimentos tecnológicos, julgados obsoletos e desumanos – associados, no caso, simbolicamente ao manicômio judiciário.

No discurso epistemológico, são privilegiadas questões relacionadas aos limites da psiquiatria enquanto especialidade médica. Supõe, por isso, como fundamento axiomático, a cientificidade da psiquiatria – baseada na idéia de doença mental (Amarante, 1997: 182) –. É a partir da consistência desse fundamento que se exerce uma atitude crítica. Esse modelo crítico emergiu, portanto, quando a psiquiatria voltou-se sobre si mesma, tecendo questões a respeito de suas formas, de seus próprios limites, princípios, pretensões cognitivas e especulativas. Identificaremos esse modo de exercer uma atitude crítica ao que mais a frente será denominado de **ontologia formal**.

Por sua vez, o discurso político propõe uma atitude complexa diante do fenômeno loucura/doença mental, onde o que está em jogo, em primeiro lugar, são as relações de força que sustentam os atores de um determinado campo social. Esse plano procura discutir o próprio fundamento da psiquiatria enquanto instrumento de poder. Franco Basaglia, por exemplo, coloca em suspensão a idéia de doença mental, sem explicitamente refutá-la em termos epistemológicos,

1 teoria abstrata da significação ou da relação entre os signos e seus referentes (em oposição à sintaxe e à pragmática), e constituindo com estas uma semiótica.

avaliando-a se pertinente ou não para a construção de uma lógica de cuidados específica aos seus interesses éticos.

Ao criticar o princípio daquilo que toma por objeto, o plano político exercita uma problematização que em última análise coloca em questão a própria subjetividade correlata a esse objeto. Esse modelo parte também de uma ontologia formal e, dependendo da noção de poder que utilizar como operador teórico, pode superá-la e empreender o que mais tarde definiremos como uma **estética da existência**.

Podemos, grosso modo, situar como discurso reformista – no sentido lato do termo, aproximando-o da vertente epistemológica – a comunidade terapêutica de Maxwell Jones, a psiquiatria de setor francesa, a psiquiatria comunitária americana. Mas é a psiquiatria italiana que, além de experimentar na prática as conseqüências das problematizações do modelo epistemológico, acaba por introduzir a questão política em seu interior de uma forma mais enfática:

(...) o nosso discurso antinstitucional, antipsiquiátrico (isto é, antiespecialístico) não pode restringir-se ao terreno específico de nosso campo de ação. O questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica – que atua como sustentáculo dos valores dominantes –, para depois se tornar crítica e ação política. (Basaglia, 1985: 9).

Inicialmente, a psiquiatria italiana se configurou também como uma reforma *lato-senso*, representada na experiência de Gorizia e modelada pelo exemplo das Comunidades Terapêuticas. Mais tarde, o relativo fracasso de Gorizia motivou transformações radicais na direção de uma visada política por parte dos atores da reforma italiana. Essas transformações se materializaram na experiência paradigmática ocorrida na cidade de Trieste, onde a possibilidade de reversão do modelo cientificista da psiquiatria foi exercitada de maneira exemplar. Essa experiência, somada a uma série de outros acontecimentos adjacentes (p. ex., a

promulgação da lei 180 de 1978), acabou colocando como foco privilegiado do movimento italiano, *a existência-sofrimento na relação com o corpo social* (Rotelli, 1990: 89).

O “momento Trieste” possibilitou uma modificação qualitativa no operador teórico utilizado para ordenar pensamento e práxis no contexto da loucura/doença mental. Pela primeira vez colocou-se – seguindo a expressão fenomenológica utilizada por Basaglia –, a **doença mental entre parêntesis**. Isso significou a quebra do círculo vicioso dos modelos epistemológicos, abrindo espaço para a deriva das discussões do plano cientificista para uma problematização das relações de poder implícitas nas formas de ver, dizer e reproduzir a loucura dentro do contexto social.

A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura epistemológica que permite a observação do ‘duplo’ da doença mental, isto é, do que não é próprio da condição de estar doente, mas de ser e estar institucionalizado (e não apenas hospitalizado), que reabre a possibilidade de um outro conhecimento sobre essa mesma condição. (Amarante, 2000: 80).

No Brasil, a experiência de Trieste transformou-se no principal modelo, marcando nosso instante de disjunção entre a crítica epistemológica – até então hegemônica e que forjou, inclusive, o termo Saúde Mental para designar a área –, e a crítica política. Contudo, se a discussão política ultrapassou o modelo epistemológico enquanto crítica, acabou por se colocar, por sua vez, dentro de um contexto internamente polêmico e paradoxal, a partir de concepções distintas, como já dissemos, sobre a idéia de poder.

Assim, duas vertentes se abriram dentro desse espaço de discussão. A primeira tem como corpo de luta uma série de procedimentos matizados por teses que pretendem libertar a verdade (científica) de todo sistema de poder para, desse modo, iluminar o pensamento obscurecido em direção a uma “boa consciência”, livre de qualquer ideologia. Já a segunda acredita que verdade (tanto científica como não científica) confunde-se com poder e, por isso, supõe que qualquer

enfrentamento de libertação significa mudar o regime político, econômico, institucional de produção da verdade. Trata-se de

(...) *desvencilhar o poder da verdade das formas de hegemonia (sociais, econômicas, culturais) no interior das quais ela funciona no momento.* (Foucault, 1988b: 14).

O surgimento de ambas as linhas no Brasil⁵ está intimamente ligado às ambigüidades que podemos encontrar no amálgama teórico utilizado por Basaglia – em que pese a força do materialismo dialético como organizador de seu pensamento (Portocarero, 1990: 108) – e na própria história do processo antimanicomial no país.

Dessa forma, faremos uma breve apreciação sobre algumas conseqüências gerais a partir das duas concepções de poder. O paradoxo encontra-se, veremos em breve, na herança epistemológica que uma das tendências supõe, e que a liga, irremediavelmente, a um pressuposto contratualista, típico de uma posição moral e reformista, no sentido marxista da palavra; enquanto que a segunda tendência procura recuperar uma via empírica que privilegia a opção institucionalista, e acaba por se configurar como uma via revolucionária.

A primeira via tem como suportes teóricos Jean-Jacques Rousseau e, estranhamente, Karl Marx. A denominamos de reforma psiquiátrica (*lato-senso*).

A segunda abriga uma concepção de poder surgida a partir de autores como David Hume, Gilles Deleuze, e Michel Foucault, e que preferimos denominar, seguindo Amarante (1999: 163), de movimento da luta antimanicomial.

No decorrer da dissertação, procuramos esclarecer as distinções entre as duas vias de várias formas: contrapondo a idéia de contrato (como em Rousseau) com a de instituição (em Hume), ou tentando definir a idéia de territorialidade e

⁵ Segundo Portocarrero (1990), compõe um exemplo da primeira linha citada, o pensamento de José Jackson Sampaio (professor da Universidade Federal do Ceará). Acrescentaria a essa linha a visada do grupo que compõe o Instituto Franco Basaglia do Rio de Janeiro – que atualmente realiza co-gestão com o MS na implantação da Reforma Psiquiátrica no país -. A segunda vertente seria representada, entre outros, por Joel Birman, Jurandir Freire Costa (professores do IMS/UERJ), e Paulo Amarante (professor e pesquisador da ENSP/FIOCRUZ).

mundo-próprio relacionando-as a causalidade imanente; ou – a maneira dos sociólogos – pesquisar as práticas cotidianas dos serviços e a história de suas constituições. Enfim, optamos por diversos ensaios de estudos e pensamentos – isto é, não pretendemos ir além das várias **tentativas** que a seriedade e as dimensões de uma dissertação nos permitiriam hoje em dia.

2. LIBERDADE: entre o contrato e a instituição

a) Preâmbulo

A questão da **liberdade** é a pedra de toque de todas as modificações que foram engendradas na medicina mental após a Segunda Grande Guerra – e, para sermos justos, mesmo nos primórdios da psiquiatria, na própria ambição pineliana, mítica ou não, de soltar os grilhões da loucura –. Por isso, é na pesquisa histórica dessa problematização que os sentidos e contra-sentidos atuais, enfrentados em nossas práticas dentro da saúde mental, podem ser colocados de forma mais adequada.

Sustentamos a hipótese de que é a partir das diferentes concepções de poder que surgem as teses pelas quais o próprio **sujeito livre** é definido em suas origens, isto é, ora como prévio ao tipo de poder que sustenta uma formação social, ora como efeito – e ao mesmo tempo causa – desse mesmo poder. Problematizar a maneira como os homens se dizem livres implica, paralelamente, a descoberta das formas de poder pelas quais se acreditam imersos.

Essas problematizações, obviamente, vêm de longe no curso da história do pensamento, e não pretendemos realizar um retrospecto exaustivo do tema. Escolhemos limitar nossa investigação, inicialmente, a dois sentidos possíveis para a idéia de liberdade. Procedendo estrategicamente, pesquisamos as distinções para essa idéia encontradas em alguns dos “historiadores” da formação do campo social de nossa modernidade, resgatando nomes como os de Rousseau e Hume, algumas vezes permeados pela leitura de Gilles Deleuze.

Achamos que desse modo temos mais chance de encontrar, na sutileza das maneiras pelas quais podemos nos organizar enquanto seres gregários – no sentido que Nietzsche dá ao termo (1992) – as nuances que nos fizeram e nos fazem, apesar de toda a boa vontade, confundir liberdade com escravidão e empreendermos discursos de servidão voluntária (La Boétie, 1987) como os que perpetuam a cultura manicomial ainda hoje.

Queremos deixar claro que nossos objetivos não se resumem aos estudos dos autores em si (seja Rousseau, ou Hume), nem aos seus temas específicos (o

contratualismo, o institucionalismo, etc), mas à busca dos termos que nos permitam ousar, fazer tremer os limites de nossas certezas, tentar, ao menos, pensar diferentemente em vez de legitimar o que já se sabe (Foucault, 1988: 13).

b) O Bem e a morte de Deus

Grosso modo, historicamente podemos relacionar o pensamento sobre a liberdade aos diferentes dispositivos pelos quais os povos regulam os limites para as ações de suas vidas cotidianas. Contudo, como não pretendemos ser exaustivos em relação a esse tema, preferimos iniciar privilegiando, rapidamente, o momento no qual surge no ocidente o que podemos denominar de “sociedades jurídicas”, onde é a partir da noção de “lei” que se organiza a condição para todas as ações ditas livres.

Diferente das tradicionais sociedades despóticas, onde a ordenação social se baseava numa lei indiscutível (uma vez que era preenchida por um conteúdo de procedência divina), o conceito de lei na Grécia clássica está articulado a um conjunto positivo de princípios fundamentais referentes à vida e à dignidade dos cidadãos, preconizados como propícios ao desenvolvimento e ao aperfeiçoamento moral, quer desses cidadãos, quer da comunidade como um todo. Esse conjunto de princípios é chamado de **Bem**.

A noção de Bem surge como um efeito das relações que constroem uma homogeneidade de interesses. Uma homogeneidade nada natural ou permanente, nascida através do funcionamento de toda uma tecnologia do consenso que sustenta a dialética senhorial na *ágora* grega. Uma tecnologia capaz de fazer a lei derivar do embate discursivo ao transformar o consenso na aparência natural do próprio debate (Detienne, 1988). Apenas a partir dessa tecnologia e dessa homogeneidade é possível garantir a existência de um Bem. O Bem preencheria o conteúdo formal da lei que seria ao mesmo tempo a face evidente da liberdade. Durante talvez dois milênios sempre o ocidente se organizou preferencialmente de maneira a ter preenchido um conteúdo formal para a lei. Não sendo significativo aqui as diferenças acrescentadas pela era medieval na transformação do Bem em deus cristão.

Contudo, e diferente da Grécia clássica ou do medievo, em uma sociedade mercantil ou comercial (baseada na produção, na circulação e no consumo de mercadorias) fica impossível garantir a mesma homogeneidade de interesses que entronize um Bem no interior da lei. Por definição, uma sociedade comercial é uma sociedade plural, constituída no pressuposto da circulação de bens e não de apenas um “Bem”. Bens que se enfrentam, que disputam espaço e que, ao mesmo tempo, não podem se anular e destruir, já que o sistema comercial necessita de todos para garantir seu movimento de expansão. Não podendo se eliminar mutuamente ficam em confronto agonístico perpétuo. Por isso, o ocidente moderno oferece como forma de governo o que podemos chamar de democracia de consumo e não uma democracia senhorial tal qual a sociedade grega⁶.

Sendo impossível dispor da figura de um deus ou da construção de uma homogeneidade que garanta um conteúdo para a lei, nasce no seio dessa sociedade comercial não apenas a questão de como preencher o conteúdo dessa lei, mas, especialmente, a hipótese de que essa lei não tem conteúdo nenhum a ser preenchido.

Duas das respostas possíveis herdadas por nossa sociedade nascem no seio do pensamento sobre a liberdade motivado pela crise no conteúdo da lei.

Será a partir dessas respostas que teremos condições de vislumbrar as noções de liberdade que perpassam o campo social como um todo e, dessa maneira, também as de poder.

Supomos, é bom lembrar, ser através do conhecimento dessas noções que a possibilidade de emprendermos um movimento de problematização sobre o que entendemos hoje em dia como “reforma psiquiátrica” se torna real, de modo que possamos nos defender do risco daquilo que Robert Castel coloca como um **aggiornamento** (1986), ou seja, da constituição de um mero processo de

⁶ A diferença entre um consumidor e um senhor é que o senhor decide sobre aquilo que deve fazer parte de seu campo social - mesmo que submetido às tecnologias do consenso -. O consumidor, de modo diverso, não decide sobre aquilo que faz parte de seu mundo, mas apenas sobre aquilo que pode ou não dispor do mundo que lhe é dado pelo conjunto da produção. A posição do consumidor é meramente passiva, é dizer sim ou não ao que lhe é oferecido, mas nunca estar em condições de produzir aquilo que será oferecido.

recuperação do velho – de uma reforma no sentido lato que acaba por legitimar, ao invés de desconstruir, as velhas formas tão criticadas.

c) O Contrato Social: alienação e poder

Uma dessas respostas é representada pelo pensamento de Jean-Jacques Rousseau. Esse autor trabalha sob um pano de fundo muito próximo das concepções atualmente hegemônicas, especialmente quando se procura contextualizar a questão da **cidadania** – tão em voga no caso da reforma psiquiátrica no Brasil.

Rousseau parte da distinção entre civilização e estado de natureza e se vê obrigado a perguntar qual a paixão que geraria todas as paixões. Supõe haver uma paixão substancial, ou um estado natural da paixão mediante o qual todas as outras paixões seriam derivadas, e aproxima essa paixão básica daquilo que chama de amor de si mesmo. No *Emílio* (1995) Rousseau resume melhor essa idéia:

*A fonte de nossas paixões, a origem e princípio de todas as outras, a única inata ao homem e que nunca o deixa enquanto ele viva é o **amor de si mesmo** – paixão primitiva, inata, anterior a todas as outras. (Rousseau, apud Dent, 1996: 37).*

Podemos compreender essa idéia como o instinto de sobrevivência, ou a força que levaria o homem a uma atitude exclusivista, a ponto de tomar a si como referência de tudo.

O primeiro sentimento do homem foi o de sua existência, sua primeira preocupação a de sua conservação. (Rousseau, 1988: 64).

Em outros termos, ou melhor, em termos morais, é o que denominamos egoísmo.

O egoísmo seria a paixão básica de qualquer ser. A partir dela, todas as outras paixões não seriam mais que variações frente ao que o meio traz como dificuldade à expressão dessa paixão básica.

O homem, como ser dotado de paixões é, sobretudo, um egoísta, ou seja, um ser autocentrado nos interesses de se manter vivo. O egoísmo é básico não apenas porque a existência é em si frágil e constantemente ameaçada por sua situação passageira. Mas, principalmente, porque o ser vivo (seja animal ou homem) em estado natural – como fenômeno que pertence na essência à extensão (a *res extensa* cartesiana) –, é um ser sem auto-reflexão (um ser antes do *cogito*), isolado em si mesmo e inconsciente de seu isolamento.

Aqui vimos um traço do cartesianismo que toca Rousseau. Em Descartes a única certeza possível está em uma espécie de autoconsciência de si dada pelo *eu penso ou cogito*. Nas *Meditações Metafísicas* (1984) Descartes mostra que no mundo natural tudo é duvidoso, menos essa certeza que lhe dá o *cogito*: a auto-reflexão de seu próprio pensamento. No estado de natureza não há esse movimento de auto-reflexão. Resta apenas um sentimento de existência isolado de tudo o mais, ou seja, o ser em estado de natureza é solipsista por excelência. Assim, o solipsismo torna-se uma ameaça à civilização na medida em que é aquilo ao qual o homem poderia se reduzir se ficasse apenas imerso no mundo das paixões.

Pela via cartesiana, Rousseau faz um movimento com o qual desfaz a ameaça do solipsismo, confrontando-o com a reflexão do próprio pensamento sobre si, que pode conceber assim um ser superior a si mesmo (como o divino) e, frente a isso, tem que admitir a alteridade: a existência de um mundo não reduzido ao solipsismo e suas fantasias⁷.

Por essa via de raciocínio, o que seria a **liberdade natural** senão dar livre vazão ao próprio egoísmo? Se a **liberdade civil** fosse idêntica a liberdade natural, não haveria liberdade alguma, ou melhor, só haveria liberdade para aquele que possuísse força suficiente para impor-se. A livre vazão do egoísmo encontraria

⁷ Isso no animal não existe. Não há o *cogito* como auto-reflexão. Há apenas a pura sensação da existência, que é a que se reduz o *cogito* quando se retira dele a figura da auto-reflexão: “tudo é duvidoso, mas sou absolutamente certo”. O mundo das paixões no animal é o egoísmo exatamente porque essa é a única certeza sensível que ele possui. Ele existe, é indiscutível, mas o resto é ele também. Ele não se distingue, é o solipsista por excelência. Daí o egoísmo ser algo, inclusive, incurável.

barreiras exteriores, a partir de outras expressões egoístas que procurariam se impor pela força, indefinidamente, até onde o mundo agüentasse.

A liberdade natural nada mais é que a sensação de permissividade tida consigo mesmo frente a um meio onde só há barreiras e limites. O ser em estado natural encontra limites, mas os interpreta como exterioridades e não internaliza suas conseqüências. Os limites causam um incômodo externo que cessa quando se consegue ultrapassá-los. A vida no estado de natureza não é um incômodo permanente, pois não há culpa, não há fobias ou pânicos. A liberdade, nesse sentido, é apenas o poder de extravasamento dos impulsos internos frente ao exterior.

Se o egoísmo é essa paixão natural que caracteriza qualquer ser em estado de natureza, se o homem se distingue do animal por estar além do egoísmo através dessa instância de reflexão (de autoconsciência) chamada razão, é óbvio que a liberdade humana não pode ser a mesma que a encontrada no estado de natureza. Essa liberdade natural colocaria o homem face a face com a possibilidade de sua própria destruição. Então, o homem é obrigado, por sua própria fraqueza, por seu próprio despreparo em suportar sozinho o meio natural hostil, a abrir mão de algo do egoísmo inato, do qual qualquer animal é dotado.

Para Rousseau, a sobrevivência humana resulta da recusa do extravasamento impulsivo das tendências básicas do homem enquanto animal, e da **mediação** dessas tendências, ou seja, da construção dos pequenos e grandes gestos que recalcam o amor de si mesmo. Só a partir da **repressão** do afeto básico que se faz possível refletir, e a reflexão nada mais é do que um impulso em procurar a condição de não mais precisar reprimir:

*(...) o amor de si mesmo é um sentimento natural que leva todo e qualquer animal a cuidar de sua própria preservação e que, guiado no homem pela razão e modificado pela **compaixão**, cria humanidade e virtude. (Rousseau, apud Dent, 1996: 36).*

Como o próprio Rousseau sugere, esse impulso básico é positivo no homem exatamente por não se cumprir. A condição do egoísmo não pode mais

ser dada ou tornada possível no homem enquanto tal, pois toda força da humanidade depende da ampliação do próprio espaço **racional e compassivo** no qual ele se constitui e que inventa para constituir-se. Ele se torna humano já nesse espaço, da mesma forma que inventa esse espaço para constituir-se como ser vivo. Fora isso não há como subsistir sendo ainda humano.

Essa paixão básica, que é de sobrevivência e por isso mesmo não pode ser destruída, paradoxalmente tem que ser reprimida, e sua expressão mediada por aquilo que supõe o social. O instinto de sobrevivência tem que aprender a fazer antecipações e cálculos para tolerar a espera daquilo que lhe interessa. O sistema social, nessa tese, é fundado basicamente a partir da repressão do egoísmo inato do homem como ser natural.

Para Rousseau, a associação que funda o humano, em primeiro lugar, é a família. O surgimento das sociedades primitivas, a partir de uma conjugação de famílias, marca o primeiro estágio da emancipação do homem de sua submissão ao estado de natureza. São sociedades que se obrigam ao igualitarismo para, a partir de uma composição de forças, garantir espaço de sobrevivência e fazer frente a evidente inferioridade física que deixaria os homens, se considerados isoladamente, a mercê dos predadores e das intempéries do meio natural. A referencia feita por Rousseau a bondade dos selvagens advém da privação que os obriga à colaboração mútua e ao igualitarismo no seio da liberdade das sociedades sem Estado. Mas essas sociedades estão muito próximas do reino da necessidade, obrigadas a se arrisarem o tempo inteiro por suas vidas. Estão ainda submetidas, por isso, às conseqüências da liberdade natural. No lento movimento de superação do igualitarismo primitivo, Rousseau anota uma transformação vital, que abole de vez a liberdade e bondade naturais remanescentes: é o surgimento da propriedade privada. E aqui termina o império mítico do bom selvagem:

O verdadeiro fundador da sociedade civil foi o primeiro que, tendo cercado um terreno, lembrou-se de dizer isto é meu e encontrou pessoas suficientemente simples para acreditá-lo. (Rousseau, 1988: 63).

Para Rousseau, o selvagem é bom apenas por ainda estar submetido à inocência do egoísmo, isto é, sem as artimanhas inerentes à reflexão, cuja expressão é em parte impedida pelas vicissitudes da sobrevivência. Bondade em Rousseau não é um predicado que mereça exaltação, pois, quando surge alguma riqueza no seio da harmonia primitiva – mantida pela penúria que obrigava a todos se igualem – as disparidades do egoísmo voltam a se manifestar, transmutadas em uma forma auto-reflexiva do amor de si mesmo: o **amor-próprio**.

O amor-próprio pode surgir a partir de qualquer espécie de relação ou associação estável, como um desejo insaciável de dominação e prestígio, que exige e impõe deferência e subordinação (Dent, 1996: 40). É também um desejo egoísta que contém a necessidade de controlar e obliterar os outros. As sociedades primitivas não podem suportar a tensão resultante da vaidade, do orgulho e da ufania (Dent, 1996: 41). Por isso, Rousseau coloca o aparecimento do **Estado** como uma necessidade natural para regular as disparidades das forças frente a um mesmo impulso egoísta. O nascimento da **sociedade civil** e, por extensão, do Estado é visto como uma necessidade natural, uma consequência do sucesso da evolução do homem:

Grande é a possibilidade, porém, de que as coisas já então tivessem chegado a ponto de não poder mais permanecer como eram, pois essa idéia de propriedade, dependendo de muitas idéias anteriores que só poderiam ter nascido sucessivamente, não se formou repentinamente no espírito humano. Foi preciso fazer-se muitos progressos, adquirir-se muita industria e luzes, transmiti-las e aumenta-las de geração para geração, antes de chegar a esse último termo de estado de natureza (Rousseau, 1988: 63).

Rousseau será um dos grandes fabuladores do Estado como correlato ao homem plenamente livre. Por pior que seja, o Estado permite a fundação da liberdade civil por ser o lugar do compromisso para a regulagem do campo social. É através do Estado que as sociedades irão se alargar e evoluir, sofrer

transformações quantitativas e qualitativas, significativas tanto em termos das relações desse egoísmo de base, do poder que permeia as relações, como da possibilidade de ampliação e distribuição das riquezas geradas por essa associação.

O Estado, então, é um **contrato** que, se de início nasce mudo entre os homens – no calar daquele crédulo que vê um outro se apossar do que antes seria para o bem geral – necessita ser aberto e explicitado em virtude da desagregação implícita no domínio do amor-próprio e de seus efeitos, que levam Rousseau (1987: 22) a lamentar a condição do homem que *nasceu livre e por toda a parte encontra-se a ferros*.

O contrato não significa outra coisa senão o fato de que cada um, deliberadamente, **aliena** parte de sua **vontade particular** para uma instância central, que a redistribui sob a forma de uma **vontade geral**. O contrato aliena do corpo social, em outros termos, a luta, a agressividade e a violência⁸ do homem natural: ou seja, seu egoísmo. A alienação de cada pessoa à comunidade se torna condição para estabelecer uma sociedade livre e justa (Rousseau, 1987). Sob as figuras do bom selvagem, da igualdade na miséria da tribo e do egoísmo inato, Rousseau pôde estampar na face do contrato seu aspecto **positivo**.

Claro que essas figuras são míticas quando remetidas ao referente que parecem indicar. Estão nitidamente marcadas pelo “etnocentrismo” dos saberes da época⁹. Entretanto, como operadores teóricos, esses mitos funcionam adequadamente e estabelecem as bases para a resposta **contratualista** à crise do mundo moderno frente a um aspecto que a filosofia chamou de “a morte de Deus”: afinal, quem dará limites a alguém que pode algo, se não há mais um Bem ou um Ser Supremo a apavorá-lo?

⁸ Nisso Rousseau concorda inteiramente com Hobbes: estado de natureza é guerra sem fim.

⁹ Textos de antropólogos de nossa modernidade, como os de Pierre Clastres, nos fazem ver uma outra realidade sobre as sociedades que Rousseau chamava de primitivas. Ao invés da miséria, Clastres fala de sociedades da abundância; e, ao mesmo tempo, não enxerga como natural o surgimento do Estado, pelo contrário (Clastres, 1990).

d) A positividade do poder

David Hume, filósofo contemporâneo de Rousseau, está imerso no mesmo dilema, mas sua resposta é completamente diferente. Para Gilles Deleuze, no texto *Empirismo e Subjetividade*, dedicado ao pensador escocês, se Hume também encontra uma natureza da paixão humana, esta não é o egoísmo e sim a expressão parcial de um afeto.

Segundo Deleuze, Hume pensa paixão como sinônimo de afeto. A palavra afeto resume a dupla faculdade de afetar e ser afetado. Em outras palavras, é o poder de tocar e ser tocado no mesmo movimento. Sendo assim, podemos nos perguntar como algo que por sua própria natureza é afecção pode ter alguma parcialidade?

De fato, Hume coloca que a afecção enquanto tal não permite a parcialidade. A parcialidade vem da existência do que é produzido a partir da paixão, não pela natureza da paixão. Não é uma essência da própria paixão, mas algo que se acrescenta à essência pela condição da existência. Dito mais amiúde: a natureza humana é parcial, mas a parcialidade não pertence à natureza e sim ao “humana”, ou seja, a natureza é plena, não parcial, e “humana” é uma parcialidade dessa natureza plena.

A paixão não tem limites naquilo sobre o qual investe. Ela é, em princípio, o que se mistura indefinidamente e sempre se permite efetuar. Hume empenha-se em pensar a parcialidade que se acrescenta à paixão, na medida em que ela ganha com isso uma condição para sua plena expressão¹⁰.

Por sua vez, a condição não é algo dado, mas vem na perspectiva de tudo que é, necessariamente, uma parte da natureza e não a própria natureza. A parcialidade se torna uma condição na medida em que ela é a **parte** capaz de exprimir a própria paixão da qual é constituída, ou seja, a parcialidade vem pela dificuldade de expressão desse irrestrito que a paixão porta, já que nem tudo pode ser expresso diante da condição que a existência impõe.

¹⁰ Em Hume a palavra liberal perde esse ranço reacionário que normalmente tem dentro do campo político. Hume é um pensador dito liberal porque a liberalidade é um estado da paixão.

A parcialidade não é o estado natural da paixão, pelo contrário, é um efeito daquilo que diante das condições de existência se torna dificuldade de expressão para uma paixão irrestrita, que a tudo quer afetar e por tudo ser afetada.

Uma vez que nem tudo pode ser tocado impunemente, a existência não nasce pronta em sua parcialidade, mas marcada por uma condição: certas misturas, certos encontros, trazem a destruição. Contudo a destruição – o mau – é um limite na expressão, não na paixão em si. A paixão é a **vontade irrestrita de conjugação** (Nietzsche falará em vontade de potência), e busca de forma incessante um meio de exprimir essa vontade sem que a própria existência seja colocada em risco de enfraquecimento ou dissolução. É a partir da expressão, portanto, que a questão da parcialidade surge (não é em qualquer circunstância que se pode tocar e ser tocado).

É desse modo que as **relações** acontecem de forma exterior aos **termos**: estes são a condição, mas as relações são os devires da paixão, que por sua vez não é interior, mas exterior, como puro movimento de afetar e ser afetado. A relação acontece quando algo se une a algo e a partir de então se forma uma **singularidade**. A paixão é exterior, seu movimento não é interiorizado, e não pode, por isso, ser solipsista ou egoísta. Não está voltada sobre si mesma, não é reflexiva, muito pelo contrário.

Para Hume (2001) as relações padecem sob a parcialidade. É justamente essa parcialidade que tem que ser **recalcada**. Mas, diferente de Rousseau, o recalque humeano não significa repressão, pelo contrário, pois é a repressão que produz mais parcialidade. Aqui a teoria humeana é irreconciliável com a de Rousseau. Repressão, para Hume, é sinônimo de parcialidade, pois o movimento da paixão pela condição tende à parcialidade e a repressão acentua essa tendência.

O recalque, então, deve incidir sobre a parcialidade através de **artifícios** que possibilitem à “paixão da condição” passar de uma coisa a outra; artifícios que dêem à paixão um campo apropriado de expansão e expressão. O artifício é o elemento que permite a passagem das paixões, através do qual toda a natureza

constitui os seres. Ou seja, a natureza é toda artificiosa quando se trata de constituições.

Dessa forma, os princípios da paixão da natureza humana são os modos pelos quais a paixão se associa¹¹:

*O remédio, portanto, não vem da natureza, mas do **artifício**; ou, mais corretamente falando, a natureza fornece, no juízo e no entendimento, um remédio para o que há de irregular e inconveniente nos afetos. (Hume, 2001: 529).*

Toda a natureza é artificiosa, não artificial. Opera por signos, o que permite a livre expressão da paixão na construção de vínculos, laços, associações. O natural da paixão é se associar, por isso ela, ao se expressar através de artifícios, mesmo assim é natural. O artifício apenas garante a ampliação desse movimento próprio da paixão em constituir misturas. Sem o artifício, rapidamente a paixão encontraria barreiras intransponíveis, ou seja, o artifício é aquilo que dobra os limites da paixão e os fazem ir além.

Por isso, em Hume, a **liberdade** não se apóia em um campo contratual, mas de **instituição**. Instituição dos meios e caminhos pelos quais a paixão irá se associar. A paixão nunca faz contrato. Se sua natureza é associativa, **ela não permite a alienação de nada de si**.

Instituição, aqui, é o artifício que permite a livre associação. Todo o trabalho em direção à liberdade, na perspectiva de Hume, não é reprimir a paixão, mas recalcar a parcialidade. Quanto mais se puder fazer incidir um recalque na parcialidade que é fruto da condição, mais a paixão pode se ampliar. E o ato de recalque sobre a parcialidade é justamente o que se chama instituição.

A instituição não impede – como no contrato – que a paixão se exprima. Pelo contrário, oferece um campo de expressão que faz com que a paixão possa ter uma extensão maior que teria se estivesse entregue a si mesma.

¹¹ A associação, sendo algo próprio da paixão, se faz entre corpos. Por isso, qualquer associação psicológica é efeito de algo concreto. Esses princípios de associação em termos de paixão humana seriam **semelhança, contigüidade e relação de causa e efeito**.

Se para Rousseau a lei é fruto do contrato, Deleuze pode afirmar – a partir de Hume – que a lei é sempre um elemento do artifício, fruto da instituição, e nunca pode ser contratado.

A instituição é um movimento prático que vale por aquilo que institui, por aquilo que possibilita e nunca por aquilo que inviabiliza. Ela é uma instância que permite a realização de um movimento qualquer dando as condições de sua realização. Com isso, para Deleuze, Hume consegue deslocar completamente a questão sobre a lei e seus conteúdos:

(...) a essência da sociedade não é a lei, mas a instituição. A lei, com efeito, é uma limitação dos empreendimentos e das ações, e retém da sociedade um aspecto tão-somente negativo. A falha das teorias contratuais é apresentar uma sociedade cuja essência é a lei, que só tem como objeto apenas garantir certos direitos naturais preexistentes e que não tem outra origem a não ser o contrato: o positivo é posto fora do social; o social é posto em outro lado, no negativo, na limitação, na alienação. (Deleuze, 2001: 42).

Toda crítica marxista à instituição se deve ao fato desta ser entendida apenas como aparelho do Estado. Nesse caso o Estado é o **corpo ativo** e alguns homens seriam a parte **alienada** frente a esse corpo que predomina e determina a atividade. É evidente que desse ponto de vista as instituições do Estado têm que receber críticas, à medida que por força delas temos a expressão de nossa paixão submetida a paixões alheias, o que nos torna sujeitados ou individuações conseqüentes ao próprio Estado.

Mas a instituição não é negativa em si. Não é boa ou má. Apenas é algo que viabiliza a expressão de certas paixões. A fábrica, a família, o hospital, enfim, nenhuma instituição é em princípio boa ou má enquanto artifício que visa positivar algo. Entretanto, uma crítica pode e deve ser feita em função do que é instituído, já que o instituído apóia sua expressão às custas de outras possibilidades

expressivas. E as instituições funcionam, no Estado, por contrato. O contrato faz o movimento contrário do movimento de ampliação da paixão e atua alienando, fazendo alguém abrir mão de algo. A existência fica, assim, determinada por essa alienação. A instituição em princípio não inviabiliza nada. Mas ao tornar algo viável ela pode, como efeito colateral, inviabilizar outra coisa. Isso é que deveria ser discutido e “contratualizado”.

Enfim, a diferença entre o instituído e o contratado é que o contratado implica na alienação de um quantum de força e capacidade expressiva, enquanto que o instituído é aquilo que viabiliza maior potência para a expressão:

A instituição não é uma limitação, como é a lei, mas é, ao contrário, um modelo de ações, um verdadeiro empreendimento, um sistema inventado de meios positivos, uma invenção positiva de meios indiretos. Essa concepção institucional reverte efetivamente o problema: o que está fora do social é o negativo, a falta, a necessidade. Quanto ao social ele é profundamente criador, inventivo, é positivo. (Deleuze, 2001: 42).

Para Deleuze, Hume, inventa um recalque que se torna **positivo** ao incidir sobre a parcialidade. Torna-se positivo por só se manifestar em suas conseqüências, ampliando o campo de expressão de algo.

Essa perspectiva modifica a questão da lei, que deixa de ser o que é contratado e passa a ser o que é instituído. A lei estaria onde algo pode ser viabilizado ou inviabilizado, onde algo pode manter uma parcialidade ou ganhar maior amplitude. Nesse jogo é que enfim encontraríamos nossa liberdade

e) Alienação ou vontade de potência?

É nesses termos, então, que podemos dividir a história da “antipsiquiatria” no Brasil em duas vertentes:

1. a que se caracteriza pela **reforma lato-senso**, expressa pelo chamado **aggiornamento**, que significa manter-se nos limites da

discussão sobre o poder contratual do doente mental – ou seja, sobre tudo aquilo que ele deve antes **alienar** para ter o direito de partilhar o corpo social;

2. ou a caracterizada pela **potencialização**, expressa na instituição ou artifício que permite a livre expressão da paixão (vontade) contida sob a parcialidade da condição – isto é, no caso da loucura, ser incapaz de alienar qualquer coisa de si mesmo.

3. VONTADE E PODER: liberdade em si ou como exercício?

a) Preâmbulo

Achamos válido estender a questão levantada anteriormente, deslocando-a do nível da composição das formas que inventamos para legitimar as sociabilidades – ou a partir de um contrato que aliena um suposto princípio *a priori* da condição humana, ou a partir do estímulo daquilo que é potência (ou força) no homem –, para o nível das maneiras pelas quais podemos lutar enquanto sujeitos por nossa liberdade.

Novamente a questão reitera a dicotomia explicitada na sessão anterior: as formas que temos para lutar por nossa liberdade parecem estar divididas entre os que acreditam em uma subjetividade *a priori*, e os que supõem o sujeito como efeito (e ao mesmo tempo causa) das relações de força que constituem um campo social.

Dessa vez, preferimos falar rapidamente sobre alguns autores chaves. Queremos nesta sessão apenas alargar as opções de estudo e esclarecer um pouco melhor a hipótese inicial sobre as duas vertentes – ou talvez devamos dizer possibilidades – da “antipsiquiatria” no Brasil.

b) Método

Nossa pretensão, nesse momento, é averiguar de que maneira a noção de sujeito pode implicar nas diferentes visões sobre como devemos tratar nossos loucos e loucuras. Para tanto, escolhemos traçar um recorte – que confessamos arbitrário – na história do pensamento, imaginando filiações de pensadores mais ou menos complementares.

Iniciamos com a filiação “Kant-Hegel-Marx” (antecedidos por Rousseau, que vimos anteriormente). Não negamos que nosso objetivo é Marx, ou melhor, o marxismo e as noções de alienação e ideologia. O contraponto a essa filiação seria a linha “Hume-Nietzsche-Foucault-Deleuze”. No entanto, achamos conveniente darmos a palavra apenas a Foucault (uma vez que já efetuamos acima uma pequena abordagem dedicada à composição “Hume-Deleuze”; e

Nietzsche está “passim” neste trabalho). Esperamos que nossa parcimônia não tenha se tornado a marca de uma insuficiência.

c) A liberdade original

Tentaremos colocar de forma talvez demasiado “enxuta” os fundamentos da idéia de um sujeito a priori, exterior à natureza, anterior a ela, onde a liberdade se encontra nas expressões da razão como um fim em si mesmo, em contraposição a um sujeito imanente à natureza, histórico, onde a liberdade é a finalidade de um exercício perene e a razão apenas um instrumento que surge como um meio e não um fim – mesmo que às vezes apareça como um meio privilegiado.

Convém iniciarmos com Kant e a Crítica da Razão Pura, um marco da *aufklärung*.

Na epistemologia kantiana, se de um lado temos a matéria apreendida pela experiência sensível – o chamado mundo concreto –, de outro encontramos as estruturas *a priori* do sujeito do conhecimento (Kant: s/data). A matéria experimental pressupõe, para se organizar racionalmente, das estruturas desse sujeito epistemológico. O sujeito é constituído como um imperativo¹, separado da matéria empírica (ou natureza) e anterior a ela, mas com o poder de formalizar a matéria imprimindo-lhe a lei de organização dos fenômenos. É dessa maneira que podemos dizer que esse sujeito não apenas está numa estranha exterioridade em relação à natureza, mas também se coloca anterior a ela.

Para Kant, o conhecimento só é possível na condição articulada pela junção entre a matéria sensível e as estruturas formais (transcendentais) que constituem o sujeito. *Das coisas*, diz Kant (s/data), *só conhecemos o que nelas vemos*, conforme a razão. Na Crítica da Razão Pura se inaugura uma **ontologia do sujeito** que irá ser fundamental para qualquer pensamento moderno sobre a liberdade.

1 Lei ou imperativo: sentença com forma de ordem ou mandamento, uma exortação veemente que cada espírito racional propõe a si próprio, tendo como objetivo a consecução de um fim prático

É na *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* (1785), que Kant perscruta como seria possível a liberdade para esse sujeito ao mesmo tempo transcendental e empírico. Encontra então a **vontade** como uma faculdade do sujeito capaz de representar mentalmente um ato que pode ou não ser praticado em obediência a um impulso ou a motivos ditados pela razão. A liberdade para Kant se dá quando nossa vontade se dirige à lei universal ou razão, e não ao mundo particular da sensibilidade. A volta da metafísica na moral se dá nesse movimento no qual a vontade humana se liga não a vida material em primeiro lugar, mas é mediada pelas formas puras do sujeito. Sujeito livre é então aquele cuja ação tem como fim suas próprias leis. Em outras palavras, para o homem livre, a razão não deve ser um meio, mas o fim de toda ação humana.

Desde o seu “advento”, Kant passa a dominar o pequeno mundo dos filósofos. Em particular, sua definição de sujeito e de liberdade parece ter influenciado toda uma corrente filosófica e política de importância crucial para nossa modernidade em sua luta contra a tirania e a exploração.

Hegel é um dos que participam desse vasto movimento, mesmo que se diga jamais ter sido rigorosamente kantiano (Huisman, 2001: 467). Não é à toa que, no hegelianismo, a liberdade do homem está comprometida no processo pelo qual a consciência se torna estranha a si mesma, afastada de sua real natureza, exterior a sua dimensão espiritual, colocando-se como uma coisa, uma realidade material, um objeto da natureza: É a isso que Hegel chama “alienação” (Hegel, 1992).

Embora com algumas diferenças, também o marxismo – que está na tradição direta do hegelianismo e, por extensão, do kantismo – trabalha com o conceito de alienação. Para essa corrente, de forma geral, a alienação acontece quando o sujeito é afastado de sua **realidade a priori**. Daí provem, por exemplo, a importância da **ideologia** como elemento negativo cuja função é exatamente alienar o sujeito, torná-lo estranho a si mesmo à medida que não controla sua atividade essencial (no caso específico: o trabalho), pois os objetos que produz – as mercadorias – passam a adquirir existência independente do seu poder e antagônica aos seus interesses.

Nesse sentido é interessante lembrar que o marxismo trabalha com duas categorias fundamentais: a determinação e a dominação. As determinações de um campo social são econômicas em última instância. Mas, além disso, o campo social recebe o que se chama de efeitos superestruturais, constituídos pelas formas ideológicas, sejam jurídicas, políticas, religiosas etc.

Por exemplo, na Grécia clássica a infra-estrutura determinante da sociedade era o econômico, e a superestrutura dominante, o político. Já no mundo medieval, o determinante era o econômico, e o religioso assumia o papel dominante. No mundo capitalista, o determinante é o econômico que é, também, o dominante. Por isso, em nossa modernidade, alienação e ideologia estão vinculadas intimamente à **exploração**:

Todos os Aparelhos Ideológicos de Estado sejam eles quais forem, concorrem para um mesmo resultado: a reprodução das relações de produção, isto é, das relações de exploração capitalistas. (Althusser, s/data: 62-63).

Para entendermos o problema da liberdade no marxismo, temos que admitir a existência do sujeito “verdadeiro”, anterior a própria natureza (ou matéria empírica), como aquele que teria o poder de ultrapassar as determinações do campo sócio-político e econômico e manifestar suas estruturas **a priori**. É célebre, nesse caso, a distinção entre ciência e ideologia, sendo a ciência o lugar da verdade e a ideologia o lugar do poder e do erro.

No marxismo, o campo social (capitalista) seria constituído, além de práticas repressivas de dominação, por aparelhos ideológicos que, recalçando as estruturas *a priori* do sujeito, produziram uma máscara sobre a verdadeira subjetividade (Althusser, s/data: 46).

Para todos os que pensam a ideologia nestes termos, o homem nasce livre e é escravizado nas relações sociais, políticas e econômicas. Parece-nos nítida a influência de Rousseau nessa concepção.

d) A Liberdade inventada

Para os pensadores da linha Deleuze-Foucault, diferentes da tradição marxista, o que constitui um campo social não é a determinação econômica, mas as **relações de poder**. Nunca um processo ideológico, mas uma **produção de subjetividade**:

A noção de ideologia me parece dificilmente utilizável por três razões. A primeira é que, queira-se ou não, ela está sempre em oposição virtual a alguma coisa que seria a verdade. Ora, creio que o problema não é de se fazer à partilha entre o que num discurso releva da cientificidade e da verdade e o que relevaria de outra coisa; mas de ver historicamente como se produzem efeitos de verdade no interior de discursos que não são em si nem verdadeiros nem falsos. Segundo inconveniente refere-se necessariamente a alguma coisa como o sujeito. Enfim, a ideologia está em posição secundária com relação a alguma coisa que deve funcionar para ela como infra-estrutura ou determinação econômica, material etc. Por estas três razões creio que é uma noção que não deve ser utilizada sem precauções. (Foucault, 1988b: 7).

Para Foucault, um campo social não poderia se sustentar se dependesse apenas de atividades ideológicas e **repressivas**. O que determina um campo social na verdade são práticas de estimulação e incitação que atualizam os indivíduos, fazendo-os participar de um determinado quantum de força específica, adequada à manutenção das relações hegemônicas. O sujeito não seria originário, mas uma emergência “sujeitada” a um determinado dispositivo ou diagrama de relações de força. Para esse pensamento as relações de poder são imanentes ao campo do saber:

Em vez de orientar a pesquisa sobre o poder para o âmbito do edifício jurídico da soberania, para o

âmbito dos aparelhos de Estado, para o âmbito das ideologias que o acompanham, creio que se deve orientar a análise do poder para o âmbito da dominação (e não da soberania), para o âmbito dos operadores materiais, para o âmbito das formas de sujeição, para o âmbito das conexões e utilizações dos sistemas locais dessa sujeição e para o âmbito, enfim, dos dispositivos de saber (Foucault, 2000: 40).

A liberdade, nesse caso, pressuporia uma experimentação sobre si que motivasse o ultrapassamento das relações constituintes desse sujeito. Para esse pensamento nasceríamos escravos e a liberdade viria por uma prática contínua de conquista. Não haveria a liberdade em si mesmo, mas a liberdade como um exercício de artifício e astúcia, ou seja, de invenção¹².

A produção de uma subjetividade livre se refere ao poder de efetuar esse exercício de problematização de si mesmo. Como não há um sujeito prévio as determinações de um fora hegemônico, problematizar a si mesmo refere-se sempre a uma **micropolítica**.

¹² Do latim *inventum* que, além de descoberta e achado, pode significar também feito, ação, artifício, astúcia (Saraiva, 2000: 633)

4. DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À LUTA PELA “VIDA NÃO-FASCISTA”

a) Preâmbulo

Devemos lembrar que o momento histórico em que estávamos quando os ventos da reforma psiquiátrica nos tocaram – entre as décadas de 1960 e 1970 – era de turbulência política, com uma ditadura militar instalada, uma resistência armada sendo dissipada e uma resistência ética em construção. Muitos reconhecem no caráter combativo do movimento pela reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial um sintoma da politização inerente ao período. Alguns trabalhos produzidos nessa época tentam, de forma bastante objetiva, ligar a psiquiatria às formas de dominação construídas pelo Estado (Serra, 1981).

Em parte, não podemos refutar essa tese. Contudo, consideramos revolucionário, não a aberta recusa ao modelo psiquiátrico, mas sua problematização. Afirmar o desvio moral do modelo, a necessidade de um retorno aos seus ideais, o melhoramento de seu aparato assistencial, sua humanização, assim como simplesmente propor o fim da psiquiatria *tout court* nos parece ainda um saudosismo do tipo platônico, uma crença no modelo que, degenerado, deve ser reconstituído à sua forma original e plena.

A questão a ser colocada sempre foi de ordem ética, não moral; de ordem micropolítica, não de tomada de poder. Mesmo porque, ver a psiquiatria apenas como um aparelho ideológico seria, em última análise, absolvê-la de antemão de uma crítica mais profunda. Um risco que, na verdade, ainda é nosso. A luta atual nesse campo se faz nos interstícios entre uma crítica moral, que derruba um ídolo para manter seu lugar, e uma crítica ética, que pretende transformar a realidade ao nos transportar para além do que somos.

Tentamos, a seguir, colocar que o primeiro período da reforma no Brasil se deu conforme duas fases distintas, mas associadas – que chamamos respectivamente de ontologia formal e estética da existência. De propósito tentamos passar ao largo das questões morais que impregnaram algumas análises do período e suas conseqüências até aqui. Consideramos essas análises superficiais (e por isso mesmo, morais) especialmente por não serem capazes de distinguir, a não ser através do recurso óbvio do dicionário vernacular, o conceito

de micropolítica – considerado invariavelmente como o nome indica, uma política menor – do de política; ou mesmo confundi-lo para enfatizar uma suposta oposição com a idéia de macropolítica. Veremos porque não interpretamos esse conceito nem como uma política menor, nem a partir de uma oposição a macropolítica...

b) “Uma introdução a vida não-fascista”

Em um mundo onde não há uma autoridade regendo o discurso, onde a palavra de ordem (mágico-religiosa ou moral) do déspota foi superada pelo diálogo público – pela chamada palavra-diálogo (Detienne, 1988) –, toda proposição produzida – seja afirmativa ou negativa – pode ser discutida, refutada, defendida.

Esse jogo dialógico reflete uma diferença com o mundo da tirania onde a censura, os atos institucionais, os aparelhos repressivos ou ideológicos do Estado (Althusser: s/data), suprimem toda separação temporal necessária entre a deliberação e a ação correspondente. Na tirania, toda palavra coincide com a ação que institui o campo social. A palavra-diálogo é, ao contrário, “uma palavra que precede a ação humana, que é seu complemento indispensável” (Detienne: 1988, 51).

Por essa distinção, podemos dizer que um dos índices da superação de um estado de tirania seja o aparecimento da palavra como um bem comum – uma *κοινε* - e a possibilidade do indivíduo expressar-se em situação de igualdade e reciprocidade, conjugando **teses**, defendendo-as, fazendo-as ganhar aliados, potencializando-as até transformá-las em **ação**. Revestidas desse sentido, as “teses-ação” ajudam a identificar no campo social os sistemas hegemônicos ou – em linguagem foucaultiana – os dispositivos de poder-saber (Foucault, 1985) que imperam, atualizando (produzindo) realidades antes virtuais.

A conquista da palavra-diálogo é feita historicamente de várias formas. A complexidade das lutas que foram engendradas nos eximem, no contexto dessa dissertação, da necessidade de abordá-las de forma mais específica. Mas, para evitar certas confusões, é importante colocar que a política, tal qual a entendemos

até aqui, não se refere a uma história matizada pelo materialismo dialético; não supõe, em princípio, um poder centralizado como o grande operador a partir do qual emana toda a verdade do campo social. Pois, uma sociedade autoritária, de certa forma, pode já estar determinada antes mesmo que uma ditadura se aposses do Estado.

Além disso, mesmo em um campo sociologicamente bem definido como democrático – no sentido moderno de suas instituições – uma sociedade pode abrigar um contexto iníquo e excludente. Não é, portanto, unicamente a partir de ações voltadas contra o Estado que podemos exercer uma resoluta resistência que poderíamos chamar de antifascista, na medida em que foi no fascismo que descobrimos a máxima potência do que Hanna Arendt chamou de a “banalidade do mal” (1999). Como coloca Foucault, não basta mais estarmos alertas apenas contra

o fascismo histórico de Hitler e Mussolini – que soube tão bem mobilizar e utilizar o desejo das massas – mas também o fascismo que está em todos nós, que assombra nossos espíritos e nossas condutas cotidianas, o fascismo que nos faz amar o poder, desejar esta coisa mesma que nos domina e nos explora (1991: 82-83).

A conquista do processo democrático, dentro dessa linha argumentativa, nos transfere para um contexto onde as resoluções das oposições proposicionais ou dialéticas se transformam em condição para a ação ou práxis. O que não nos garante vitória para uma vida “não-fascista” (Foucault, 1991: 83).

Contudo, devemos observar que, em relação à luta antimanicomial, antes de empreender um esforço a favor de uma solução para questões específicas dos interesses de seu objeto, sua aparição se liga à conquista do direito de existir como antítese do discurso representado pela psiquiatria e por extensão pelo Estado. É, portanto, o direito à negação que em primeiro lugar motiva a reforma psiquiátrica no Brasil. Esse direito, além de implicar algo a ser negado, a escolha do que negar, o alvo sobre o qual o maior peso dessa negação deve recair,

significa, antes, “apenas” o poder de negar. Por evidente condição *sine qua non*, essa negação teve que ser dirigida, sobretudo, contra o regime político ditatorial do país. O movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil foi, por isso, um dos movimentos de luta transversal – usando o termo tal qual Felix Guattari (1972) – mais longos, inventivos e bem sucedidos de nossa história.

Uma luta **transversal** ou micropolítica implica, especialmente, na capacidade coletiva de inserir, no seio de um contexto social – mesmo o constituído por palavras de ordem, iniquidades, violência explícita – o pressuposto de qualquer discurso prepositivo: a refutação. Assim, a luta contra o modo “manicomial” de tratar a loucura foi – antes que uma luta contra o modo de se conceber a política e a disponibilidade dos bens públicos – uma prática contra-discursiva no seio daquilo que por definição não permite o diálogo.

Mas, se o discurso é a manifestação concreta da fala – oral ou escrita – em seu poder de referenciar o mundo, então nos é legítimo perguntar se um contra-discurso não seria o calar-se, o silêncio que nega qualquer expressão da palavra e, nesse caso, a afirmação de um mundo cujo sentido era a palavra de ordem. Sobre isso, Roland Barthes, na obra *Sade, Fourier, Loyola* (1971), define como contra-discurso não a ausência da palavra, mas a palavra que, voltando-se sobre si mesma – como numa auto-reflexividade – não mais se dirige às coisas.

Nesse aspecto, podemos aproximar as práticas iniciais da reforma psiquiátrica no Brasil – em especial as histórias que Paulo Amarante e outros (1998) nos contam sobre a crise na DINSAM e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) até pelo menos o congresso de Bauru e o surgimento do movimento da luta antimanicomial – como etapas de um processo contra-discursivo que, abstendo-se das lutas propriamente militantes hostis a ditadura em particular, voltou-se sobre si mesmo enquanto **disciplina médica**, tomando-se como objeto num movimento destinado a criticar e ultrapassar os limites de suas próprias condutas cujo cotidiano se mostrava insuportável.

Em seus primórdios, a reforma psiquiátrica no Brasil realizou aquilo que Foucault (2001) coloca como a experiência trágica, isto é, a experiência da descoberta dos próprios limites; uma espécie de ontologia formal – em oposição a

ontologia clássica – que antes de se preocupar com a relação de adequação semântica e metafísica entre as palavras e as coisas, entre as coisas e seus significados – como entre o doente e sua doença –, faz um retorno sobre si mesmo para libertar-se de seu sentido como representação das palavras de ordem, que, nos termos que nos interessam aqui, constituem os liames de uma disciplina e o comportamento quase estereotipado de seus técnicos especialistas.

Inspirado em autores como Nietzsche, Blanchot e Bataille, o conceito de experiência em Foucault *tem como objetivo arrancar o sujeito de si mesmo* (Motta, 2001: VII). A experiência assim entendida se afasta da fenomenologia, *na medida em que nesta trata-se de lançar um olhar reflexivo sobre um objeto qualquer do vivido, para apreender suas significações* (Motta, 2001: VII). Coloca-se em segundo plano a relação entre signo e referente, entre as palavras e as coisas, para ater-se aos limites de sua própria formalização. Trata-se a rigor de um importante processo no qual termina-se necessariamente “re-formado”.

Quebrar limites é estabelecer conexões para além do que está interdito ao homem comum em sua existência obediente à ordem, ou seja, ser capaz de transgredir uma existência ordinária (Foucault, 2001: 33). O efeito do contra-discurso da reforma psiquiátrica nos seus primeiros dias buscou, antes de tudo, construir sobre si mesmo – mais que destruir os limites do fascismo dos anos de “chumbo” – o extraordinário, ou a medida desmesurada da distância que se abre e desenha o traço que faz descobrir os limites de suas próprias formas.

O termo “extraordinário” refere-se aqui a tudo aquilo que se arrisca ao quebrar os valores reconhecidos para descobrir sua própria essência. Algo que, no entanto, causa hesitação, pois se aproxima, pelo estranhamento que acarreta, da própria loucura. Uma loucura negada avidamente pelo homem médio, aquele a quem os psicanalistas denominam **neurótico**.

É neurótico, justamente, o incapaz de suportar a própria **perversão**. Incapaz de suportar o inominável da novidade mais absoluta (Deleuze & Guattari, s/data: 38-39). O neurótico não só se subordina a tudo que seja mesmice, mas acredita e deseja a subordinação por não suportar a mínima diferença. É aquele

que clama por um diretor de consciência ou um coronel que lhe diga como se comportar. Para falar politicamente: é o ovo da serpente; a condição do fascismo.

Mas os neuróticos têm suas razões: não é possível para qualquer um suportar a novidade, viver nela e por ela. Sempre queremos – e com muita justiça diante de toda nossa fragilidade – o familiar, o definível, o certo e seguro. Em outras palavras: a repetição. Por outro lado, é fácil entender que não podemos viver sem a crença na repetição. Acreditar, por exemplo, que a água sempre vai matar a sede. Mas, se a reforma psiquiátrica conseguiu forças para expandir-se, mesmo no seio da repressão política, foi – e isso deve ser entendido mais em termos de experiência vital do que apenas intelectualmente – a partir da crença de que a vida é justamente aquilo que tem o poder de ultrapassar a repetição, de que essa é, por assim dizer, a essência da vida.

Henri Bergson – filósofo francês falecido em 1941, curiosamente no auge do fascismo histórico – diz que o **espírito** – apelido que dá à vida, sem nenhuma conotação religiosa – é pura diferença, ou seja, é pura novidade. A vida injeta no seio da matéria repetitiva, senil e monótona, a frescura do novo (Bergson, 1990). Diz-se, por esse motivo, que quando um amor acaba é porque deixou de ser espiritualizado, virou repetição mecânica, rotina e tédio. Isso explica querermos quase compulsivamente justificar nossos afetos não por eles mesmos, mas por qualquer coisa de transcendente: corriqueiramente cremos que um casamento já sem razão de ser deve ser mantido pelos filhos ou pelas aparências, que um trabalho insuportável vale o sacrifício pelo salário ou a aposentadoria, que devemos freqüentar o cinema no fim de semana para esquecer que não se tem muito que dizer sobre uma realidade encolhida pela hegemonia dos *mass media*, que devemos ler o último *best seller* porque, afinal, “tá” na moda, é fácil de entender e “mata o tempo...” Aliás, matar o tempo é a expressão mais incrível de nossa modernidade: não resta outra coisa a fazer se a maior parte da vida é tediosa, a não ser matar o tempo...

Para nos livrar do tédio, temos que ultrapassar os limites estreitos de nosso conforto, de nossas “certezas senso comum”, e ousarmos buscar o novo, cair no inominável que a ontologia formal encontra mas que – frente aos riscos

insuportáveis – ainda hesita e arrefece. Temos que ousar espiritualizar (no sentido bergsoniano) nossas práticas, nossas relações, sem o costumeiro medo do “enlouquecimento”.

É, muitas vezes, na experiência com os limites – como estar nas fronteiras da loucura sem enlouquecer – que o novo se apresenta. Às vezes, o inominável aparece a partir de um trabalho em um rincão longínquo; uma dissertação de mestrado impossível de ser escrita; uma academia que só quer reconhecimento, quando o que queremos é pensamento; um sistema psiquiátrico excludente, mesquinho, cruel.

Foi enfrentando o risco do inominável, da loucura e da perversão – na época, também conhecida como “subversão” – que a reforma psiquiátrica criou seu poder de “espiritualizar” a vida, abandonar as banalidades de uma psiquiatria clinicamente otimista, tributária e escrava da mesmice em todos os níveis, desde a crença iluminista do século XIX – que ligava a salvação do homem às conquistas tecnológicas – ao conservadorismo que sustentava o Estado que nos fazia inofensivos e cabisbaixos.

Não há dúvida que a banalidade é, mais do que nunca, valorizada e desejada como o melhor dos mundos possíveis. É a vitória do que antigamente chamávamos de ideal pequeno-burguês expressando-se tanto na obsessão por segurança – na vida que mantém o controle máximo sobre os riscos de qualquer espécie – quanto na própria idéia de que somos cada vez mais felizes em razão direta a quantidade de opções de consumo a escolher.

Hoje, mais do que nunca, é o mercado quem dita a regra de uma cultura que inventa o prosaico e acessível bom burguês, sem horizontes além da “sorte” de um salário e de uma aposentadoria – ou da vida com bom senso –. Cada vez mais a beleza é coisa de almas “aristocráticas”, incapazes de suportar o tédio, incapazes de viver sem o direito ou o poder da criação – seja de um novo amor, de uma nova música, ou de um novo dia –. Artistas, como diria Foucault, sempre mais belos, livres como os inventores de si mesmos. Cada vez menos pessoas têm entendimento da dor de um Nietzsche frente à cultura de massas que já em seu tempo delineava essa “penúria”.

Voltando ao nosso tema – e, na verdade, dele não saímos –, se há um sentido **nobre** na reforma psiquiátrica, ele está na história da conquista desse poder de se dizer a si mesma, a partir de si mesma, e lançar finalmente sobre o campo social seu grito. Finalmente seu discurso, sua novidade como um direito à refutação, contra o modelo psiquiátrico e, mais do que isso, por uma sociedade sem manicômios.

Uma sociedade sem manicômios pode ser uma proposição antitética específica contra um modo de se tratar alguém. Mas, para além da extinção das prisões de loucos, não haverá maior contra-senso para a luta antimanicomial se ela, principalmente, não combater também pela extinção das **clusuras do espírito**. O risco para esse esquecimento é o paradoxal retorno ao manicômio, disseminado por cada território onde haja a “liberdade” do bom senso moderno.

Assim, a tarefa atual para a reforma psiquiátrica é ultrapassar sua obsessão pela organização “burocrática” e fazer-se expressão do movimento da luta antimanicomial, ou seja, empreender a transgressão hiperbólica, a transgressão da transgressão, e ultrapassar os limites da própria ontologia formal.

Ultrapassar a ontologia formal significa, em outras palavras, transgredir a própria crítica feita às formas, aos produtos; remeter-se ao produtor, ao que chamamos causa exemplar¹³. Ao invés de estarmos preocupados com a forma do produto – a psiquiatria, a doença mental, os manicômios –, nos preocuparmos antes com as forças que geram esse produto. É o que Foucault chama de **estética da existência**. Não mais uma estética da obra, mas uma estética do artista, daquele que produz a obra, ou seja, da própria vida.

Para tornar nossa vida uma vida bela, e nesse sentido livre, precisamos abandonar as preocupações utilitárias, ou melhor, torná-las secundárias frente a uma preocupação estética, a uma motivação quase metafísica de transcender as próprias determinações do nosso campo social, político e econômico. Um tipo de transgressão que não mais hesita em ultrapassar o cotidiano, a medianidade, a

¹³ “Modelo (...) concebido pelo espírito como um ideal artístico e conformemente ao qual a causa eficiente produz o seu efeito.” (Lalande, 1999)

resignação do homem banal ou neurótico: uma transgressão que também é, de certa maneira, a própria loucura.

5. MTSM: da reforma técnica ao movimento da luta antimanicomial

No final da década de 1970, a formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) marca o início, dentro da própria psiquiatria brasileira, da mobilização contra o asilamento e a mercantilização da loucura. Esse tipo de mobilização, fruto do que chamamos auto-reflexividade ou ontologia formal, se deu de forma espontânea e independente dos aparelhos de Estado e de qualquer política pública.

No início, o MTSM se une às propostas da reforma sanitária, baseando suas denúncias nas formas “degeneradas e desumanas” da assistência psiquiátrica, associando-as a um tipo predominantemente hospitalocêntrico de abordagem, patrocinado por um contexto privatizante, ou seja, comprometido com as leis do mercado e, conseqüentemente, sob a determinação do lucro. O MTSM reage e, preconizando uma reforma no setor, assume propostas de *humanização da assistência, baseando-se nas experiências da reforma americana, que pressupunham estratégias preventivistas que levassem prioritariamente a desospitalização* (Caliman, 1999).

Aos poucos foi se configurando uma luta conjunta com os demais trabalhadores de saúde por um modelo sanitarista regionalizado, integrado e hierarquizado, expresso nas "Ações Integradas de Saúde" e que, em termos das políticas do governo federal, se alinha a implementação do Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM) em 1978/9 com a formação das primeiras equipes multiprofissionais de saúde mental nas coordenações estaduais de saúde.

No período entre 1980/82 e 1987, há uma expansão do movimento, seguido concomitantemente pela formalização do modelo sanitarista (AIS e, posteriormente, SUS). É um período que marca em vários municípios e estados a conquista de espaços políticos para lideranças do MTSM, abrindo condições para suas atividades, momento onde é estabelecida a montagem de equipes multiprofissionais ambulatoriais de saúde mental, bem como maior fiscalização e tentativas de humanização do setor hospitalar.

Nesse momento, o MTSM define suas propostas de reforma em alguns pontos paradigmáticos:

1. contra a criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados e possível redução dos existentes;
2. pela regionalização das ações em saúde mental;
3. pelo controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados;
4. pela expansão da rede ambulatorial em saúde com equipes multiprofissionais de saúde mental;
5. pela humanização dos espaços hospitalares e
6. implementação de estratégias de reinserção social dentro dos asilos estatais com equipes multiprofissionais.(Vasconcelos, apud Caliman: 1999).

No período entre 1987 e 1992, o MTSM começa a problematizar suas próprias limitações. Esse novo período de auto-reflexividade, leva o movimento a questionar sua excessiva burocratização, que restringia seu espaço de luta à tomada de posições dentro do Estado e a objetivos de transformação baseados no modelo sanitarista.

A inspiração mais direta das propostas de Basaglia e da psiquiatria democrática apontará para a emergência da Luta Antimanicomial e transição do movimento em direção à proposta de “desinstitucionalização” psiquiátrica.

De acordo com Amarante (1995), a trajetória da reforma marcada pela noção de “desinstitucionalização” como proposta por Basaglia, tem início somente na segunda metade dos anos de 1980¹⁴, fazendo parte dos movimentos pela redemocratização brasileira.

Emerge a luta pela construção de um espaço social para o louco, ou melhor, da construção de uma nova loucura, não mais reduzida aos esquemas

¹⁴ Alguns momentos são tidos como marcos das lutas por transformações na saúde. Destaca-se a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, a criação do primeiro CAPS em São Paulo e do NAPS de Santos, a Constituição de 1988 e aprovação do SUS, a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89 (Projeto Paulo Delgado) e, dentre outros, a II Conferência Nacional de Saúde Mental (Caliman, 1999)

puramente médicos-biológicos e jurídicos. São elaboradas inovações teóricas e práticas, segundo uma forma de se conceber a loucura de maneira a não mais reduzi-la aos efeitos técnicos e discursivos da assistência.

Rompe-se, dessa forma, com o âmbito puramente tecnológico da reforma psiquiátrica. São colocadas em prática intervenções mais vastas, na busca de uma dimensão articulada entre os vários campos que definem uma **territorialidade**.

Em 1987, transformado em movimento social, o MTSM lança o lema "por uma sociedade sem manicômios", remetendo para o *socius* a discussão sobre a loucura, a psiquiatria e sua peculiar forma de exclusão, que pressupõe a normalização das condutas sob o subterfúgio de defender a sociedade. Nesse sentido, o MTSM passa a adotar, estrategicamente, a noção de desinstitucionalização como operador guia, voltado para a invenção não só de práticas assistenciais, como também de intervenções territoriais, dentro de *um processo (...) de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas* (Amarante, 1994: 8).

Portanto, as propostas de reformulação da assistência psiquiátrica deixam de ser a única preocupação e, em alguns casos, a preocupação determinante frente às propostas de problematização da cultura manicomial.

Não há dúvidas de que esse período – iniciado em 1987 e que se estende até os dias atuais – foi marcado pelas maiores e mais significativas mudanças na história das políticas de saúde mental no Brasil, consolidando a perspectiva da “desinstitucionalização” psiquiátrica e colocando o país *pari passu* aos principais centros internacionais de reforma da assistência psiquiátrica.

Além disso, esse período marca especialmente a trajetória de um modelo reformista na direção de sua própria superação como (...) *um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural, e conceitual* (Amarante, 1997: 165).

6. REFORMA, INVENÇÃO DA SAÚDE E REPRODUÇÃO SOCIAL DOS SUJEITOS

a) Reforma

Paralelamente às observações feitas até aqui, julgamos necessário tentar situar historicamente a relação dos instrumentos estratégicos disponibilizados pela reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial em suas ligações com as políticas de saúde mental dos últimos 10 anos; relacionar, mesmo que superficialmente, a proposta de “institucionalização” da reforma psiquiátrica elaborada pelo Ministério da Saúde (MS) e colocar até que ponto ela foi implementada, ou seja, explicitar em linhas gerais o acumulado técnico que transformou os Centros de Atenção Psicossocial na estratégia para a implantação da reforma psiquiátrica no Brasil.

Nos últimos 10 anos se tornou evidente a implantação progressiva de políticas municipais de Saúde Mental. A conseqüente proliferação dos Centros de Atenção Psicossocial denota a hegemonia dos movimentos da reforma psiquiátrica que, em torno da coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, passou a assumir as iniciativas para a construção das políticas nesse campo. Resultante dessa posição privilegiada, ordens ministeriais e portarias (em anexo) foram lançadas no sentido de organizar e induzir o processo de implantação de novos serviços (Caliman, 1999).

Embora as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental apontem para a importância da adequação de custos, o que está em discussão, fundamentalmente, é a mudança na definição do modelo assistencial de uma lógica hospitalocêntrica para um modelo que garanta acolhida, vínculo e responsabilidade, elementos indispensáveis para o sucesso de qualquer abordagem clínica e/ou psicossocial (Ministério da Saúde, 1994).

Nos primeiros anos da década de 1990 as estratégias de intervenção em saúde, de forma geral, foram baseadas na concepção de uma hierarquia de problemas e uma organização em rede, sob forte influência da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que dividia os instrumentos de assistência em atenção primária, secundária, e terciária – configurando toda a burocratização dos

serviços. Atualmente as diretrizes para a inflexão do modelo de atenção ressaltam uma tendência que ganhou corpo entre os técnicos do Ministério da Saúde (MS) em 1994. A partir daí, e com o início de implantação da estratégia PSF, sobressai como fórmula para a ética de toda a organização do sistema de cuidados a "promoção à saúde e à vida", priorizando a comunidade como local de atuação. Sobre isso, Paulo Buss comenta que

no debate sobre promoção social da saúde e qualidade de vida, um especial destaque deve ser dado ao tema das políticas públicas saudáveis, da governabilidade, da gestão social integrada, da intersetorialidade, das estratégias dos municípios saudáveis e do desenvolvimento local (2000).

No nosso entendimento, estes são mecanismos operacionais concretos que a reforma psiquiátrica no Brasil utiliza desde pelo menos 1987, ano da inauguração do CAPS Luís Cerqueira e, com certeza desde 1989, quando da construção dos serviços substitutivos ao modelo manicomial de Santos – em que pese o amalgama de teorias “alternativas” que a caracteriza (Portocarrero, 1990).

Do ponto de vista da substituição do modelo psiquiátrico hospitalar, a estratégia inicial se resumia, desde a década de 1970, em uma proposta cujos pilares, baseados nas idéias sanitaristas de organização da rede de assistência, se consubstanciava no hospital-dia. O hospital-dia era, e continua sendo, um serviço de atividade intermediária entre o ambulatório e o hospital psiquiátrico, para pessoas que necessitam de atenção diária. Mas logo ficariam evidentes as insuficiências e contradições dessa estratégia. Segundo Amarante (1998: 93),

o início da trajetória institucional da estratégia sanitarista é uma tentativa tímida de continuar fazendo reformas, sem trabalhar o âmago da questão, sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem construir novas formas de atenção, de cuidados, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades.

b) Invenção da saúde

No final da década de 80 surge, na cidade de São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial: CAPS professor Luís da Rocha Cerqueira. Na época, o CAPS não se inseria como organizador da rede, nem nas propostas de organização baseadas no território. Tecnicamente falando, estava entre o hospital-dia e o que hoje denominamos serviços territoriais ou comunitários.

No entanto, foi a partir do CAPS Luís Cerqueira que o processo estratégico atualmente hegemônico da reforma psiquiátrica começou a ser montado. Isso por dois motivos:

- Em primeiro lugar, por sua estrutura permitir alguma flexibilidade em relação as amarras burocráticas impostas pela OPAS aos hospitais-dia (atenção primária, secundária e terciária).
- Em segundo lugar, por ter o mérito de incorporar a idéia de atenção psicossocial, definida como tudo aquilo que, além do neuropsicológico, compõe os problemas da constituição de uma “subjetividade”.

A partir desse ponto, se pode dizer que a prática clínica deixou de operar com o conceito de doença para atuar através da idéia de **“problema”**, Deixou igualmente de se preocupar com o tratamento – como corolário da primazia do ponto de vista da doença – para se esmerar nas ações de **cuidado** (Goldberg, 1996). A isso se chamou **clínica ampliada**, conceito que remonta a década de 1970 com a constituição das comunidades terapêuticas e que, atualmente, tende a ser substituído pela idéia mais adequada de **clínica política**.

Apenas em 1989 apareceu o primeiro serviço territorial organizador efetivo da rede de saúde mental: o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos. De acordo com Nicácio (apud Amarante, 1998b: 83) os NAPS foram criados como serviços regionalizados,

funcionando 24h/dia, sete dias/semana, devendo responder à demanda de saúde mental da área de referencia. (...) Diferentemente de ambulatórios,

dirigidos aos sintomas, a prática terapêutica dos NAPS coloca a centralidade da atenção na necessidade dos sujeitos e, por isto, têm múltiplas valências terapêuticas: garantia do direito de asilo, hospitalidade noturna, espaço de convivência, de atenção à crise, lugar de ações de reabilitação psicossocial, de agenciar espaços de transformação cultural. O NAPS se orienta criando diversidade de redes de relações que se estendem para além de suas fronteiras, ao território.

Na confluência entre o CAPS e o NAPS consolidou-se a opção estratégica hegemônica no Brasil para a reversão do modelo manicomial. Assim, se em 1991 tínhamos um CAPS em São Paulo e dois NAPS em Santos, em 1996 já possuíamos 154 CAPS/NAPS no país; em 2001, em torno de 281. A esse respeito podemos dizer, ainda, que no início de 1990, contava-se 313 hospitais psiquiátricos e 88.842 leitos financiados pelo sistema público, comparados à estimativa atual de um total de 256 hospitais com 72.752 leitos (DATASUS/MS, 2001).

c) CAPS/NAPS

Apesar das diferenças entre hospital-dia, CAPS e NAPS, as portarias que regulamentaram seus funcionamentos produziram uma redução conceitual entre esses serviços, admitindo-se, porém, serem todos instrumentos de superação do modelo manicomial. Por exemplo, a portaria MS/SAS 224 de 29 de janeiro de 1992 define tais serviços como

unidades de saúde locais/regionais, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimentos de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

A recusa dos membros responsáveis pelas políticas de saúde mental, no plano nacional, em discutir tais diferenças reforça hoje a impressão de que os fundamentos da reforma no Brasil foram deixados em segundo plano, em favor do puro desmantelamento do sistema psiquiátrico tradicional. O óbvio maniqueísmo inserido nessa atitude é, em nossa opinião, um dos responsáveis pelas confusões que alimentam o risco de um fortalecimento do poder psiquiátrico travestido com a roupagem moderna dos serviços abertos.

Sobre isso, Amarante (1997: 172) afirma que o *CAPS nasceu como uma proposta que (...) diferia substancialmente do NAPS por sua aceitação, mesmo que provisoriamente, do hospital psiquiátrico, o que, para o projeto no qual se inseria o NAPS seria inadmissível. Por outro lado o CAPS seria um serviço sanitário sensu strictu, com uma proposta terapêutica calcada no modelo médico-psicológico de análise, enquanto que os NAPS seriam serviços não apenas médicos, no sentido rigoroso do termo, mas assumidamente sociais e culturais.*

Uma justificativa dos responsáveis pela elaboração da portaria 224 é a de que, até 1993, a transferência de recursos do MS para os municípios e estados era feita pelo antigo INAMPS, que mantinha um sistema rígido, pouco adaptável a velocidade das transformações situacionais. Na época, por exemplo, ações ambulatoriais não podiam financiar ações hospitalares, nem vice-versa, e os cuidados territorializados (ex: NAPS) não eram dissociados das antigas amarras conceituais sanitaristas impostas pela OPAS.

Assim, os serviços acabaram por receber a mesma descrição, o que aparentemente facilitou para cada município a aplicação dos recursos de forma mais adequada, de acordo com suas possibilidades. A cidade de Santos, por exemplo, optou por desmontar seu hospital psiquiátrico e implantar um serviço substitutivo, de base territorial, com a função de organizar a rede de saúde mental do município. Isso também aconteceu em Betim e em Angra dos Reis. Já Campinas optou por implantar um hospital-dia no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. A cidade do Rio de Janeiro também optou pelos hospitais-dia como estratégia de reestruturação psiquiátrica, com a abertura do CAIS, no Instituto

Phillipe Pinel; do CAD, no Hospital Jurandir Manfredini; e da Casa do Engenho e o Espaço Aberto ao Tempo (EAT), no Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII).

Mas apesar das vantagens que essa opção estratégica trouxe diante das dificuldades momentâneas, questionamos se ela não permitiu que, depois de um prazo relativamente curto, encontrássemos alguns impasses, como por exemplo, a “cronificação” dos pacientes dos CAPS, a crescente burocratização das formas de “atendimento” e o distanciamento em relação à questão política – preferindo-se as soluções “sociais” provisórias, geralmente voltadas para o apaziguamento de situações de conflito em detrimento da constituição de “máquinas de guerra” (Deleuze & Guattari: s/data) que instituem um novo “ecossistema”, mais propício ao recalque da parcialidade percebida nessa condição existencial que chamamos loucura.

Recentemente, a partir da portaria MS/SAS 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, foi feita a unificação dos termos (apesar de continuar a ambigüidade conceitual), tendo-se abandonado o nome NAPS em favor da denominação CAPS.

d) Clinicus (*Κλινικος*)

Alguns autores de saúde mental insistem que não devemos perder tempo em procurar um modelo único, pertinente, para configurar o funcionamento dos CAPS. Não importa, a rigor, se o CAPS vai funcionar, por exemplo, oito, doze ou vinte e quatro horas diárias. A questão é outra e diz respeito à qualidade dos serviços. O melhor indicador de qualidade do serviço seria, sob esse ponto de vista, o grau de sua acessibilidade, aferido a partir de três indicadores indissociáveis:

1. a geografia ou o lugar onde está o serviço, que deve ser de fácil acesso à população adscrita;
2. o menu de programas oferecido, que deve ser o mais complexo possível segundo o objetivo primordial de oferecer cuidados e promover saúde;

3. e, só por último, quanto tempo ele está disponível para o usuário por dia e quantas vezes por semana.

Achamos, contudo, que – dentro da complexidade do movimento da luta antimanicomial – a busca pela qualidade não pode se manter restrita ao desempenho de funções burocráticas, visando a antiga assistência especialística. Torna-se importante relacionar a qualidade com a capacidade do serviço em desprender-se de suas amarras tecnocráticas.

Dessa maneira, devemos privilegiar a discussão sobre o cardápio de programas. Se a idéia é, com a estratégia CAPS, superar a ênfase da nosologia psiquiátrica, o serviço tem que passar a trabalhar com diversas variáveis, como a assistência propriamente dita, as ações de inserção social, os programas voltados para o lazer, o trabalho e a hospitalidade.

Sobre a questão da hospitalidade é interessante notar que, por mais cruel e arcaico que seja o modelo manicomial, o ato de hospedar – no sentido literal de dispor de hospedagem, e não necessariamente oferecer acolhimento afetuoso – é muito mais óbvio nos Hospitais que nos CAPS. Até porque os CAPS não possuem leito (no sentido de *κλινικος*, ou o local próprio da observação nosológica). Quando muito, possuem algumas camas para o descanso ou o acolhimento numa crise.

A problematização dessa situação consolidou o projeto das residências protegidas ou terapêuticas, indispensáveis para prestar assistência necessária aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional e/ou que não possuam suporte social e laços familiares que favoreçam sua desospitalização e reinserção na vida societária (portaria número 106 de 11 de fevereiro de 2000 do Ministério da Saúde). Esse projeto pretende evitar que a “reforma psiquiátrica” incorrera na estimulação de duas violências que paradoxalmente esperava conjurar. Ou seja:

- 1) o aumento do processo estigmatizante dos “doentes mentais”, associando-os ao que alguns autores chamam “categorias socialmente perigosas”, na medida em que estes se constituiriam, se rejeitados por suas famílias quando destituídos da situação asilar, em “população de rua”.

2) e a violência de obrigar famílias sem vínculo afetivo a acomodarem indivíduos quase desconhecidos, exceto pelo nome parental e pela lembrança ressentida de uma existência comum de sofrimentos.

Vê-se que a avaliação desses serviços ultrapassa largamente o olhar que busca medir desempenho. Os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade, sob essa ótica, devem ser revistos profundamente.

e) Reprodução social dos sujeitos

Enquanto o movimento pela reforma sanitária no Brasil propôs uma **melhoria** do desenho institucional da saúde, com a criação de um sistema único, universal, descentralizado, hierarquizado e regionalizado – e a inovação fundamental que foi a garantia da saúde como direito de cidadania e dever do Estado – poderíamos dizer que a reforma psiquiátrica avançou ainda mais. Tal afirmação sustenta-se no pressuposto de que, ao questionar a essência do saber psiquiátrico como aparelho de dominação e normalização do sofrimento individual e da vida social, a reforma psiquiátrica ultrapassou o campo da reorganização da assistência como um processo meramente técnico e propôs uma mudança radical nos parâmetros éticos que sustentavam o antigo modelo.

Pode-se discutir, a partir desse ponto, se a reforma psiquiátrica constitui propriamente um novo paradigma – como Thomas Kuhn (1970) entenderia o termo –. Mas foi a partir da desconstrução da psiquiatria como senhora da verdade sobre a loucura que foi possível a construção de uma nova idéia de loucura: uma loucura que deixa de estar reduzida a fatos biológicos ou psicológicos e que colocou entre parêntesis o antigo conceito – com todo o peso de seus duzentos anos – de doença mental, deslocando-o, sem suprimi-lo, do sistema que o valorizava como regime de verdade e onde se apóia toda a lógica de poder do modelo manicomial.

Esse acontecimento induziu a construção de um aparato técnico-político de transformação social que problematiza a liberdade não como um movimento de corte entre um poder que nos reprime ou engana, impedindo-nos de enxergar a dominação por trás da ideologia, mas como um movimento crítico que nos permite

ir além de nós mesmos como cúmplices desse poder, que longe de apenas nos enganar ou reprimir, nos constitui ao mesmo tempo em que se sustenta em nossa própria vontade, em nossas crenças e desejos (Foucault, 1988b: 14).

Trata-se, portanto, de um processo de mutação das condições históricas de possibilidade (Foucault, 1986) de toda uma ordem de poder-saber – que não se reduz apenas à epistemologia e seus paradigmas.

Segundo Amarante (1999: 143-144), a reforma psiquiátrica nos permitiu *substituir o processo de cura pelos de invenção da saúde e de reprodução social dos sujeitos*. Ter a possibilidade de pensar nos termos de uma invenção da saúde e na produção de subjetividade já significa um reordenamento da produção de verdade, que não supõe mais a hegemonia do modelo cientificista psiquiátrico. Por isso, a reforma não é feita apenas por meio de mudanças científicas ou técnicas. Ela pode ser materializada a partir do conjunto de práticas que traduzem o objetivo de promover um novo modo de vida para o indivíduo e para a coletividade.

Assim, sob o ponto de vista das estratégias de luta, devemos ter em mente que a reforma psiquiátrica, ao superar-se na forma de um movimento de luta – a luta antimanicomial – deve atuar em sintonia com as situações de poder que explicam os sintomas de nossa modernidade. Felix Guattari, em um texto intitulado *As Três Ecologias*, coloca que o capitalismo moderno

tende, cada vez mais, a descentrar seus focos de poder das estruturas de produção de bens e de serviços para as estruturas produtoras de signos, de sintaxe e de subjetividade, por intermédio, especialmente, do controle que exerce sobre a mídia, a publicidade, as sondagens etc. (1991: 32).

Guattari propõe, então, relacionar os instrumentos mais gerais sobre o qual repousa o capitalismo moderno em:

- a) semióticas econômicas (instrumentos monetários, financeiros, contábeis, de decisão...)
- b) semióticas jurídicas (título de propriedade, legislação e regulamentações diversas...)

- c) semióticas técnico-científicas (planos, diagramas, programas, estudos, pesquisas...)
- d) semióticas de subjetivação, das quais algumas coincidem com as que acabam de ser enumeradas, mas que conviria acrescentar muitas outras, tais como aquelas relativas à arquitetura, ao urbanismo, aos equipamentos coletivos etc. (Guattari, 1991: 31-32)

Obviamente, se como movimento social a luta antimanicomial pretende construir a viabilidade para uma aceitação cada vez maior por parte da sociedade da exigência de mecanismos de inclusão social, as estratégias de atuação devem levar em conta – se acreditarmos em Guattari – as quatro semióticas supracitadas.

7. TERRITÓRIO E PROBLEMA: dois problemas...

a) Comunidade e setor

O conceito de território implica, no caso do modelo italiano (base teórica da reforma psiquiátrica brasileira) uma superação dos conceitos de comunidade (reforma norte-americana e inglesa) e setor (reforma francesa), com a introdução da noção (segundo nossa interpretação) de sujeito "político".

Na reforma americana, a comunidade era o espaço geográfico-administrativo onde uma determinada população residia. Era o lugar onde qualquer rompimento da norma social, vista como saudável, revelava o risco de adoecimento mental, que deveria ser contido através de medidas promotoras de saúde mental, isto é, de determinada regularidade de comportamento.

Na psiquiatria de setor francesa, criou-se um novo espaço de cuidados dentro do meio social, dividido em setores também sob critérios administrativos. Manteve-se o hospital psiquiátrico como uma fase do tratamento, legitimando o monopólio da psiquiatria sobre o fenômeno loucura/doença mental e "psiquiatrizando" o meio social sob o mesmo subterfúgio da promoção da saúde mental inferida como um processo de adaptação social:

O que ocorre nesta prevenção sem sustentação teórica efetiva é uma forma abusiva de psiquiatrização da vida social, com o nome de promoção da Saúde Mental, já que a doença torna-se caracterizada como desadaptação social ou negativismo social (Costa, J. F. & Birman, J., 1994: 45).

b) Serviço de saúde mental forte

A "territorialização" da assistência psiquiátrica, contida nas propostas da psiquiatria "preventivista" americana, da comunidade terapêutica de Maxwell Jones e da psiquiatria setorial francesa, difundiam a medicalização do corpo social sem se darem conta dos custos políticos envolvidos – próximos que estavam aos pressupostos das instituições totais de tolerância repressiva –. O modelo italiano,

ao contrário, propõe exatamente a problematização do nexos radical existente entre o sofrimento e a opressão, contido no âmago das teorias e práticas de tratamento, cura e recuperação que motivaram a constituição da psiquiatria e dos hospitais psiquiátricos.

Não por acaso a psiquiatria italiana se tornou política, engajada, adquirindo uma dimensão crítica não apenas dos saberes especializados e das negociações abstratas e puramente internas desse saber, mas também se misturando às teias de sustentação do social, procurando dar para as idéias de território e de saúde mental uma outra dimensão relacional. Com isso, a psiquiatria italiana procurou operar a desconstrução (Derrida, 1973) não apenas do manicômio, mas também do tipo de loucura que pudesse justificá-lo. Assim, retirou a loucura de sua costumeira posição anódina ou inerme, politizando-a, tornando sua capacidade de interação sócio-política um sintoma do grau de civilização que seríamos capazes de construir.

Dessa forma foi forjado o chamado "serviço de saúde mental forte" de Trieste na Itália, tendo como um de seus pilares a idéia de território, visto não apenas como espaço geofísico ou administrativo, mas como processo intersubjetivo, positivado por relações afetivas complexas, dinâmicas, que de algum modo constitui um aspecto inerente à subjetividade humana.

c) Problemas

No Brasil, as questões relativas ao território receberam importante apreciação do geógrafo e professor Milton Santos, que sustenta o conceito de território como um processo ou devir, dando ênfase à sua permanente mobilidade e reconstrução:

(...) quando quisermos definir qualquer pedaço do território, devemos levar em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, isto é, o trabalho e a política.

Dessa maneira defrontamo-nos com o território vivo, vivendo. Nele, devemos considerar os fixos, isto é, o que é imóvel, e os fluxos, isto é, o que é móvel. Os fixos são geralmente constituintes da ordem pública ou social, enquanto que os fluxos são formados por elementos públicos e privados (...). (Santos & Silveira, 2001: 247)

Transportado o conceito para a área da saúde pública, Mendes resume da seguinte forma a importância do território na abordagem abaixo:

(...) a concepção de território-processo transcende à redução a uma superfície-solo e às suas características geofísicas, para instituir-se como território de vida pulsante, de conflitos de interesses, de projetos e de sonhos. Esse território, então, além de um território-solo, é, ademais, território econômico, político, cultural e sanitário.(...) O território é visto como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tencionam sujeitos sociais colocados, em situação, na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em constante reconstrução (Mendes, 1996: 241-248).

Torna-se claro que território, mais do que mera referência geográfica, significa um processo complexo que envolve um conjunto de agentes (ou atores) sociais, ou, usando uma outra linguagem, significa um conjunto de fluxos relacionais geradores de “mundos-próprios”. Trata-se, portanto, de uma arena de enfrentamento político. Mas, o que seria fazer “política” nesse sentido? Parece-nos que estaríamos aqui em uma encruzilhada, na qual os vários objetivos possíveis se relacionam com a idéia de poder que sustenta o horizonte de liberdade desejado. Novamente a dicotomia é entre a idéia de uma liberdade original perdida a ser reconquistada e um exercício de liberdade a ser

perenemente conquistado. Essa questão transparece nos mecanismos “democráticos” que o sanitarismo vem tentando construir dentro da reforma sanitária. Por exemplo, há uma tentativa de se evitar ao máximo a idéia de imposição ao se procurar aplicar os enfoques construídos na saúde pública. Para tanto se busca a cumplicidade da “população”, construindo-se mecanismos de produção de boa-vontade. Um destes mecanismos se refere a substituição dos velhos programas de saúde pelo abrasador “enfoque por problemas”.

Segundo Mendes, o enfoque por problemas parte do reconhecimento de um território para, sem posições apriorísticas, identificar, descrever e explicar os macroproblemas de saúde, referidos por atores portadores de um dado projeto de saúde, para depois articular, mediante a vigilância da saúde, um conjunto de operações intersetoriais, destinadas a resolvê-los, tendo presente a disponibilidade real de recursos existentes nesse território (apud Cerqueira, 1999).

Pelo colocado acima, o que aparece como **problema** no território é uma situação de transição entre o observado e o desejado. Obviamente isso parece contradizer a posição ideal já preconizada, que procura prescindir de um *a priori*. Pois, o que seria na verdade esse hiato entre a experiência e o desejo senão o *locus* de expressão de um transcendental, de uma forma *a priori* mediadora entre o caos da realidade sensível e a razão compreensiva?

O que devemos ter em mente quando falamos em problema é sua posição “a-propositiva”, meramente disjuntiva, isto é, incapaz de formar juízos ou incapaz de antecipadamente desejar uma ordem e com isso conceber um “tratamento” para a desordem correspondente.

Mendes afirma ainda que o enfoque por problemas permite

(...) substituir uma eleição apriorística, universalizada e de caráter técnico dos problemas, própria do enfoque por programas, por uma leitura, com forte enraizamento social, porque compartilhada, no interior de um território, por técnicos e população. Nesse sentido, o enfoque por problemas facilita o desenvolvimento da

consciência sanitária da população desse território que passa a compreender, além do campo meramente fenomênico, os problemas que o atingem (Mendes, 1996: 251).

A defesa deste tipo de leitura implica o que podemos denominar de “sociologismo” na saúde pública. Isto porque há nitidamente o pressuposto de uma “**consciência**” sanitária *a priori* que deve ser desenvolvida a partir da solução dos problemas perturbadores de sua fiel expressão. Problema, aqui, é um eufemismo para ideologia – no sentido marxista do termo.

Face ao exposto, percebe-se como os conceitos de problema e território são utilizados de maneira confusa dentro da ótica sanitária que pretende vislumbrar a promoção social da saúde como um novo “paradigma” sanitário. Contudo na essência não vemos diferença entre o “novo” ideal sanitário e os antigos pressupostos que motivaram o surgimento da medicina pública e, mesmo, os da medicina mental. Na verdade, o novo aqui é confundido mais uma vez com o efeito de uma reforma, de um melhoramento, o que, no fundo, acaba por dar sobrevida ao velho, ou seja, àquela medicina nascida na confluência entre a polícia médica, o higienismo urbano e a medicina para os pobres (Foucault, 1988a). Mas a confusão entre os termos acaba por gerar contradições importantes, não tanto para a reforma sanitária, mas especialmente para a luta antimanicomial. Pois, assim como Mendes, também Foucault nos propõe a novidade a partir de um pensamento por problemas, mas a problematização em Foucault significa colocar a vida como uma tarefa atual, a ser exercida na prática de desvencilhar o **poder** da verdade das formas de **hegemonia**, e que não pode resultar em mera reforma. Trata-se de um exercício complexo e também político, que pressupõe ações sobre os campos econômicos, sociais e culturais (1988b;14).

A evidente influência dessas duas maneiras “problematizadoras” de pensar e agir sobre toda a saúde pública, incluindo a saúde mental, impõe-nos um estudo mais detalhado sobre as concepções de território e problema.

8. O QUE SIGNIFICA PROBLEMATIZAR?

a) Lógica das proposições

É no livro *Tópicos*, um dos textos que compõem o *Órganon* (1987) – obra clássica de investigação de lógica e linguagem –, que Aristóteles faz uma célebre distinção entre dois modos pelos quais se pode produzir um discurso: o modo proposicional, que pressupõe teses e antíteses sobre um tema já definido; e o modo problemático, que subentende a abertura para todas as possibilidades de uma investigação temática:

*Os argumentos partem de ‘proposições’,
enquanto os temas sobre os quais versam os
raciocínios são problemas (Aristóteles, 1987: 7).*

Diferente da linguagem proposicional, quando se elabora uma questão-problema (Deleuze, 1988) não se está produzindo uma tese, ou seja, não se está no campo das afirmações ou negações. A questão-problema se abre não para uma resposta afirmativa ou negativa sobre o que está sendo apreciado a partir de uma proposição, mas para uma interrogação sobre a própria pertinência do problema gerador daquela proposição. A questão-problema, por isso, leva os interlocutores a se conciliarem na interrogação, antes de se engolfarem nos jogos dialéticos.

A diferença entre problema e proposição está, em primeiro lugar, no fato de que a proposição se constitui como tese, e toda tese poder ser refutada. O problema, antes de se constituir como tese, é uma disjuntiva, isto é, uma relação ou conjunção que liga dois termos de sentidos diferentes, indicando que para verificar-se o que é dito em uma delas deixa-se de verificar o que é dito na outra, tornando a conjunção por si só impossível de ser refutada antes de um exame temático rigoroso.

Em segundo lugar: a questão-problema é aquilo que faz as próprias bases de sustentação de um determinado mundo hesitar diante de uma aporia, que paralisa as intervenções práticas direcionadas a solucionar seus dilemas. A proposição, apesar de seu poder de produzir metamorfoses (Castel, 1976) na vida

cotidiana – que alguns chamam até de “progresso” –, não tem o poder de conduzir um mundo à mutação, na direção de novos modos de vida.

Em terceiro lugar, uma disciplina, mantida como uma prática proposicional, estará aliada a uma necessidade tética¹⁵, amparada por tecnologias de provas e demonstrações. Isso implica dizer que o campo proposicional é aquele que está intimamente ligado à prática científica e a todo sentido utilitário que a conduz.

Mas, na questão-problema, estamos diante não das necessidades inerentes implícitas às soluções utilitárias, e sim do fundamento da questão. O que significa dizer que estamos diante da **questão do ser**, que só podemos vislumbrar mediante um investimento de caráter **ontológico**, anterior às postulações paradigmáticas e utilitaristas do mundo proposicional.

Em quarto lugar, é através de práticas de provas e demonstrações que uma proposição se sustenta, ou seja, entra nos jogos de verdade, onde pode adquirir verificabilidade (Foucault, 1986).

O homem das proposições é aquele que não pára de procurar a verdade, as respostas e soluções práticas adequadas ao seu mundo. Contudo, quando um investigador entra no contexto das problematizações, apesar de também ter que se deparar com jogos de verdade, produz um deslocamento da questão do verdadeiro e do falso.

O pensamento, quando imerso no problemático, tem que construir toda uma estratégia – antes que um método – para colocar em prova a verdade ou a falsidade de seu ser; e só a partir de então se voltar para as proposições.

Esse modo do pensamento, antes de se preocupar com o utilitário, é obrigado a problematizar as próprias questões que mais tarde constituirão o campo proposicional ou utilitário. Logo, o mundo das proposições nada mais é do que a conseqüência do mundo dos problemas. Por isso, falamos e organizamos nossos discursos conforme os problemas de nosso mundo, não o contrário. Não podemos produzir qualquer proposição em qualquer lugar e tempo. As proposições são efeitos das problemáticas e, estas, geram mundos.

¹⁵ Necessidade própria de uma tese.

Em quinto lugar, o pensamento problemático nos faz concluir que não podemos falar em apenas um mundo. Isso pressuporia uma regularidade de proposições e problemáticas idênticas por toda a história, reduzindo-a a uma lógica proposicional e neutralizando a possibilidade ontológica da problematização. Seríamos levados a concluir que a história é um *continuum*, uma evolução; coisa que nos permitiria falar de uma história da loucura, por exemplo, como se a loucura guardasse consigo uma verdade escondida que o tempo e a tecnologia viriam desvelar de forma cada vez mais próxima da realidade.

O que há, entretanto, é uma multiplicidade de mundos, conforme a emergência dos sistemas proposicionais derivados das problematizações. Sendo assim, a loucura nada mais é que um nome recorrente para sentidos diversos dependentes dos movimentos de pensamento, que articulam uma realidade conforme condições históricas de possibilidade (Foucault, 1986).

b) Ontologia dos problemas

Qualquer mundo está fixado na verdade de suas proposições. Mesmo falsos problemas, que geram mundos supersticiosos, com baixo grau de liberdade constroem campos proposicionais totalmente adequados e verdadeiros segundo as tecnologias de verificabilidade. Um mundo nunca será investido por proposições falsas, visto que se elas aparecerem serão rejeitadas de imediato.

Já no âmbito da problematização o que se faz, antes de repetir o trabalho sobre os limites da **razão suficiente**, do **princípio de não-contradição** e do **terceiro excluído**, é proceder a uma recuada na direção das condições históricas de possibilidade para a constituição do mundo proposicional, isto é, pensar a constituição dos problemas e inseri-los num processo de avaliação. Assim, o pensamento problemático não é constituído como uma **lógica das proposições**, mas como uma **ontologia dos problemas** ou condição do mundo proposicional.

Sabemos que a ciência tem que dar conta do mundo empírico produzindo respostas verdadeiras. É uma ação do pensamento poderosíssima, mas está sempre provisória a um campo de problemas. Por isso, não pára de se diferenciar e gerar novas proposições. Caso tivéssemos a pretensão de construir uma tópica

sobre o assunto, poderíamos dizer que o lugar das ciências é na lógica das proposições, na superfície onde se desenrola a materialidade dos saberes. E que a ontologia dos problemas está no estofa ou nas profundezas onde encontramos uma metafísica dos poderes¹⁶. Sobre isso damos o exemplo de Michel Foucault.

Em Foucault, a problematização é feita através de uma **arqueologia do saber**, uma análise do campo enunciativo que está no fundo de tudo o que pode ser referido e observado num período histórico; e que responde a questão de como uma determinada modalidade de existência das coisas pode ser vista e dita. A problematização também é feita através de uma **analítica (ou genealogia) do poder**, onde uma análise das motivações que perpassam um determinado campo enunciativo responde à questão do porquê é essa e não outra a maneira de se ver e dizer:

*Parece-me que seria melhor perceber agora de que maneira, (...) eu me conduzi nesse empreitada de uma história da verdade: analisar, não os comportamentos, nem as idéias, não as sociedades, nem suas "ideologias", mas as **problematizações** através das quais o ser se dá como podendo e devendo ser pensado, e as práticas a partir das quais essas problematizações se formam. A dimensão arqueológica da análise permite analisar as próprias formas da problematização; a dimensão genealógica, sua formação a partir das práticas e de suas modificações.*

(Foucault, 1988: 15)

O tema de uma das obras de Michel Foucault, chamada *A Arqueologia do Saber*, advém da questão sobre como, em determinado instante da história, pode aparecer um determinado tipo de enunciado.

Um enunciado é, numa linguagem medieval, ao mesmo tempo, um conceito formal e um conceito objetivo, ou seja, é composto de forma e conteúdo. A

¹⁶ Trata-se de uma reversão do platonismo com a superação da metafísica clássica e a constituição de uma nova metafísica (Ulpiano, 1983).

questão foucaultiana gira em torno das condições históricas de possibilidade para a aparição do conceito formal e do conceito objetivo que compõem o enunciado. Os conceitos formais e os objetivos não podem aparecer em qualquer tempo ou fora do campo de problemas em que são gerados.

No texto referido, Foucault usa o exemplo de um sintagma famoso como problema de lógica: “o atual rei da França é careca”. Teríamos então uma perfeita proposição clássica constituída por sujeito, verbo ser e predicado. Mas, quando observamos que o atual rei da França não existe, concluímos que esse sintagma não tem referente, não possui evidência extradiscursiva, o que significa dizer, em linguagem filosófica, que esse sintagma não tem correspondente no real. Exatamente por não encontrarmos correspondentes no real, entramos em um paradoxo no qual podemos afirmar ao mesmo tempo uma coisa e o seu contrário – no caso do exemplo, que esse sujeito é careca e não é careca. Ou seja, sem referência ao mundo real, esse sintagma é incapaz de fazer parte dos jogos de verdade que constituem a realidade mundana. Fica evidente que se alguém produzir esse enunciado aqui e agora não estará dizendo absolutamente nada. “O atual rei da França é careca” não é uma proposição, pois a proposição tem que ser tética (ser uma tese, o que imediatamente significa pressupor sua antítese), passível de refutação ou verificação.

No entanto, se alguém escrever um romance onde a França é uma monarquia, e disser que o “atual rei da França é careca”, isso é uma proposição, pois ela é – mesmo que apenas no âmbito ficcional – refutável, provável e demonstrável. Então, conforme o exemplo citado, para que o “atual rei da França” ganhasse a qualidade proposicional, foi preciso o aparecimento de um outro mundo onde uma correspondência real estivesse garantida para a proposição levantada.

O campo das proposições é um produto do problema, isto é, como coloca Deleuze (1998), de um real virtual que condiciona as relações possíveis do real atualizado. A questão de Foucault é saber o que pode ser dito como proposição em um determinado período da história, pois o que constitui o nosso mundo é a produção e o encadeamento das proposições. Assim, dizer que a loucura é

doença mental, no século XV, não tem diferença nenhuma para o sintagma “o atual rei da França é careca”, dito hoje em dia. A doença mental não era proposição no século XV. Foi preciso a ocorrência de novas problematizações no campo social para que “doença mental” se transformasse numa proposição.

Em outras palavras: a proposição é social, lingüística, utilitária, etc, enquanto que a problematização é ontológica – por isso trata-se, antes de tudo, de empreender uma **ontologia histórica de nós mesmos** (Foucault, apud Morey, 1990: 21). Trata-se de problematizar ao mesmo tempo as “práticas” pelas quais um modo de agir e pensar fornece inteligibilidade para a constituição correlativa do sujeito e do objeto; e as relações de poder, enquanto determinantes dos diferentes modos de objetivação do sujeito (Florence, 2001: 391).

O homem da proposição é aquele que está intrinsecamente ligado ao campo da utilidade. Sobre isso podemos dizer que qualquer Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – como instituição – pressupõe uma burocracia, um conjunto de normas, regras e funções utilitárias. A função utilitária desse CAPS se define exatamente por administrar proposições. Isso não implica juízos negativos de valor, desde que, antes de tudo, estejamos seguros de não estarmos administrando castelos no ar, no qual mora um psicótico, de quem algum psicanalista cobra aluguel... senão, poderíamos chamar esse CAPS de... manicômio.

9. A ESPECIFICIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE BASE TERRITORIAL

Torna-se agora importante, no contexto deste estudo, enfatizar a especificidade que supõe um serviço de saúde mental de base territorial, baseado em um amálgama de

referencias teóricas e práticas, provenientes de saberes e fazeres científicos e não científicos, que não implicam em qualquer pretensão de conhecimento da verdade, mas em linhas de contato/experiência com a realidade vivida (Giovannella & Amarante, 1994: 138).

De forma geral, devemos considerar duas articulações táticas, que podem sintetizar como opera esse dispositivo¹⁷ essencialmente estratégico.

Para a primeira articulação tática devemos levar em conta que se trata de um serviço que se pretende substitutivo ao modelo manicomial. O termo “substitutivo” incorpora as noções de **desospitalização** e **desinstitucionalização**, significando ao mesmo tempo a superação do modelo psiquiátrico clássico de intervenção sobre o fenômeno loucura/doença mental¹⁸ e a criação de uma nova cultura que beneficie o acolhimento e a integração do ex-interno às vicissitudes inerentes às relações complexas da sociedade. Essa idéia está relacionada ao que Basaglia chama de **duplo da doença mental** (Amarante, 2000: 80).

¹⁷ Utilizo o termo dispositivo como sinônimo de agenciamento: montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos. Acontecimento, por sua vez, “é ato, processo e resultados conseqüentes a conexões insólitas que escapam das constrações do instituído” (Barembliitt, 1992: 151).

¹⁸ Considero dois aspectos de um mesmo fenômeno de nossa experiência moderna possível: o fato moral e social, contido no termo loucura, e o fato médico-científico contido no termo doença mental. A crítica que a reforma psiquiátrica “basagliana” - hegemônica no Brasil - faz ao aspecto médico-científico do fenômeno não visa privilegiar sua vertente “leiga”, mas transformá-la, a ponto de fazer possível a criação de uma terceira perspectiva diferenciada das outras duas, e capaz de produzir nova cientificidade e uma nova visão ética e social - ou seja, capaz de inventar um outro fenômeno. (Alarcon, 2000)

Superar o duplo da doença mental, ou seja, o estigma que acaba por configurar no imaginário – não apenas popular, mas igualmente técnico – um *a priori* do fenômeno loucura. Superar o duplo da doença mental significa também, e inicialmente, colocar **entre parênteses** o próprio conceito de doença mental (Amarante, 1994).

Colocar "entre parêntesis" é uma expressão que traduz o antigo procedimento cético da *epoché* ou suspensão do juízo e que foi tomada pelo filósofo alemão Husserl em um sentido um pouco diverso. Para Husserl, a *epoché* fenomenológica se insere como um veto a todo juízo sobre a realidade espaço-temporal existente, mas não sobre o seu "ser-aqui" ou sobre o mundo adjacente.

Basaglia utiliza o procedimento na psiquiatria, mas este se complexifica a partir de uma mescla de teorias cuja uniformidade está relacionada a premissas que negam os atributos e conceitos marcados pela metafísica e pelo determinismo causal, marcadamente relacionadas com a noção de sujeito. Em contrapartida afirma a possibilidade de um novo "sujeito", como derivação histórico-política, onde as noções de espaço e de tempo se desprendem das formas de conhecimento e destituem o ser de toda sujeição antropológica, transcendental e teleológica. Isso acaba por colocar em crise toda uma concepção científica e tecnológica de objetivação da loucura.

Já o chamado modelo manicomial se refere a um tipo de intervenção que privilegia a doença como ponto de partida para as ações sobre o indivíduo, objetivando-o a partir de uma negatividade inerente à nosologia médica, que se coloca como interface para as relações desse indivíduo com seu meio (noção de duplo da doença mental, em outras palavras, a reificação do doente a partir da doença), produzindo assim um sujeito adequado ao objeto da própria psiquiatria.

De forma diferente, Basaglia propõe privilegiar o indivíduo em sua singularidade, colocando a doença entre parêntesis. Essa inversão, em nosso entender, está próxima da observada na área da Saúde Pública quanto ao conceito da promoção social da saúde, que supõe o deslocamento do conceito negativo de saúde como ausência de doença, para o de saúde como qualidade de

vida¹⁹. Buscando também ações que promovam a qualidade de vida, Basaglia opera lançando mão de uma série de tecnologias voltadas à intervenção social e que objetivam as idéias de desospitalização e desinstitucionalização como uma "tomada de responsabilidade", para com isso prescindir da retaguarda que se referencie em retorno ao manicômio.

A segunda articulação tática obedece a um esforço de inclusão, que trabalha perenemente valores como cidadania, liberdade, etc. no sentido de se construir uma nova ética dos cuidados. Como bem colocou Paulo Amarante (1998), tratar a territorialidade implica em agir sobre a rede de relações do sujeito (que constitui uma existência-sofrimento) com o corpo social, de forma a reduzir a finalidade terapêutica dos serviços de saúde mental à finalidade de emancipação social (subjativação).

Trata-se, portanto, de duas opções táticas que agenciam a invenção de tecnologias específicas de intervenção social com uma ética baseada na noção de liberdade como capacidade de se relacionar produzindo trocas sociais e intersubjetivas que, de certa maneira, acabam por reorientar a questão dos cuidados, procurando assim fazer emergir

*as dores e os desejos do sujeito concreto na sua
experiência-sofrimento como ponte para sua relação
com o corpo social* (Rotelli, 1990: 89).

Na verdade, o processo substitutivo e as técnicas de tomada de responsabilidade acabam subsumidos pela problematização das relações do serviço com o fenômeno complexo²⁰ loucura/doença mental, em sua interação

¹⁹ A questão que se abre no caso é: quem avalia o que é ou não qualidade de vida? É tão somente a partir dessa questão de interesse que o valor qualidade de vida ganha expressão positiva e pode ser avaliada fora das relações de poder já constituídas. Nesse caso fica mais evidente porque uma análise de viabilidade implica em um entendimento das relações de força envolvidas.

²⁰ No dizer de Edgar Morin (1996), "*Complexus* significa o que está tecido junto. O pensamento complexo é um pensamento que busca ao mesmo tempo distinguir e unir. De outra parte, é preciso lidar com a incerteza. O dogma de um determinismo universal foi superado. O universo não está submetido à soberania absoluta da ordem, ele é o campo de uma relação dialógica (ao mesmo tempo antagônica, concorrente e complementar) entre a

com valores socioculturais e político-econômicos, segundo um dado território geofísico e intersubjetivo, com a finalidade estratégica de emancipação social.

ordem, a desordem e a organização. Portanto, o objetivo da complexidade é, de uma parte, unir (contextualizar e globalizar) e, de outra, enfrentar o desafio da incerteza".

10. TERRITORIALIDADE: Corpo Fisiológico e Corpo Expressivo.

a) Mundo próprio

Há um conceito utilizado na biologia moderna – mais especificamente na Etologia – chamado **mundo próprio** (UexKühl: s/data; passim). Este conceito supõe que cada ser vivo – espécie ou indivíduo – tem o poder de criar ou inventar um mundo singular. A formiga e a abelha, por exemplo, mesmo habitando um mesmo território geográfico têm cada qual o seu mundo próprio. A partir desse conceito, torna-se impossível supor que dois seres, por habitarem um mesmo território, teriam por isso a mesma forma de viver. Todos os seres vivos trariam consigo uma singularidade existencial, o poder de inventar o seu próprio modo de vida.

b) Sentido

Ao estudarmos filosofia da linguagem (Costa, 1992) nos deparamos constantemente com um grupo de palavras que têm a função específica de designar as coisas que existem no real. No entanto, no seio do processo de construção da singularidade existencial, que se dá nos interstícios entre o ser vivo e o real, em nenhum momento somos capazes de indicar uma designação. A explicação para isso é simples: a designação é uma função da linguagem para dizer e lidar com as coisas que existem no real, ou seja, o designado é sinônimo de estado de coisa. Podemos dizer, ainda, que a noção de estado de coisa é física, é o que se diz de uma coisa e suas propriedades.

Contudo, a relação que o ser vivo constrói no seu contato com o real cria um território abstrato que não pode ser observado como designado. Emerge algo que está para lá dos corpos visíveis ou estados de coisa em relação. Esse produto que surge das relações entre os corpos é o que podemos chamar de sentido. Dessa forma, diferente dos designados que são os termos das relações, o sentido é um incorporeal.

Para a experiência mais banal existe, nitidamente, um território físico correspondente aos estados de coisa, aos designados. Os designados da

proposição lingüística são os corpos. Quando esses designados entram em relação emerge o sentido, que não mais faz parte desse território concreto, mas de um mundo inteiramente abstrato. O sentido é o resultado da relação entre os designados da proposição, não um designado em si.

Dessa maneira, o sentido não seria um objeto real, mas constituiria um território abstrato e invisível (incorporal). Um mesmo designado pode ter, portanto, múltiplos sentidos, dependendo das suas relações no mundo concreto. A noção de mundo próprio surge, então, da capacidade que tem um corpo vivo de construir um sentido ou singularidade ao relacionar-se com outros corpos.

É uma ilusão afirmar que existe apenas um mundo. Existe um mundo enquanto designado. Mas temos uma multiplicidade de mundos no que se refere ao sentido. Se todos estamos necessariamente dentro de um real concreto, é da multiplicidade de relações com esse real concreto que emerge o sentido, ou o real abstrato, aonde nossa vida irá se passar como singularidade.

Com o exposto até aqui, podemos observar de imediato uma dificuldade para qualquer conduta que pressuponha intervenções sobre a subjetividade. A intervenção fisiológica, por exemplo, própria da medicina, age apenas em segmentos corpóreos, nunca nas singularidades. Além disso, um mundo próprio cria um campo de afetos – um horizonte existencial – tão complexo e incomum que exclui a compreensão dos outros mundos. Um mundo só é percebido a partir de uma análise das relações que compõem a singularidade existencial daquele corpo. É nesse território abstrato que um corpo vivo passa todo o seu campo de afetos, ou seja, adquire sua peculiar capacidade de afetar e ser afetado por outros corpos, constituindo assim um corpo expressivo que ultrapassa a simples determinação orgânica.

c) Causa adequada

Qualquer designado só nos tem importância enquanto relacionado ao nosso mundo próprio. O que implica em dizer que os problemas que possam surgir nas relações do ser vivo com os designados mudam conforme muda o sentido, a singularidade, o mundo próprio.

Por outro lado, fica evidente que a causa do real abstrato é a relação entre os corpos do real concreto. Nessa relação, dois tipos de causa podem ser observadas – ambas imanentes –, uma ativa e outra passiva. A atividade ou a passividade causal está de acordo com o termo que for determinante para a construção de um específico território abstrato. Uma causa é ativa quando capaz de determinar uma adequação propícia nas relações de corpos e criar um sentido. Há uma adequação imediata entre a causa ativa e o mundo abstrato. A causa ativa gera um mundo que é adequado à sua atividade. A causa ativa, pode-se dizer, produz a realidade que lhe interessa.

Questão: se toda causa ativa é uma causa adequada, ou seja, capaz de gerar uma realidade que lhe é imediatamente positiva, de onde então viria a inadequação? Se a loucura é, no mundo moderno, uma inadequação, como explicá-la enquanto mundo próprio?

O problema parece ser solucionado da seguinte maneira: se numa relação entre corpos um deles estiver numa posição passiva, isto significa que ele é a matéria de uma causa ativa. Desta forma, ao encontrarmos um campo social onde o modelo manicomial for causa ativa na relação com um conjunto de homens, todo o real emergirá para esses homens de forma adequada a essa causa, em detrimento de seu poder de atividade ou liberdade.

Essa hipótese causal gera um novo entendimento ético para se pensar a vida, interessante em movimentos como o da luta antimanicomial, no sentido de supor, como princípio, que todo ser vivo procura ser uma causa ativa para produzir um território adequado para si mesmo.

Assim, a vida – num sentido particular – não se processaria primeiramente conforme um modelo contratualista – segundo a fórmula mais geral que justificou em parte a criação dos manicômios e que pressupõe o humanismo –, mas conforme suas causas adequadas.

Fica nítido que, ao falarmos de causas falamos de corpos. O regime de causalidade pertence aos corpos. O mundo do sentido não é causal. Por isso, o sentido nunca altera um estado de coisa e a verdade do sentido nunca está na

coisa em si. Causa e efeito formam duas séries independentes, ainda que seja o sentido – o efeito – a marca de uma hierarquia entre potências causais.

(...) é preciso a ruptura aparentemente impossível da relação causal: separar-se causa e efeito.

(Ulpiano, 1996: 113)

Uma lógica do sentido nos mostraria, então, a superfície histórica dos valores dominantes, enquanto uma genealogia dos poderes determinaria a emergência desses valores, isto é, os avaliadores ou o conjunto de causas ativas de um determinado mundo próprio.

Torna-se aqui fundamental para pensar a causalidade entendermos o que seria um corpo. Ou melhor, o que importa é entender o que **pode** um corpo (Deleuze, 1970), o seu campo de **potência**, pois potência é nesse caso sinônimo de **atividade ou poder**. Por isso pensadores como Espinoza, Nietzsche e, mais recentemente, Michel Foucault, fizeram em suas obras pesquisas sobre a categoria de poder.

Para Foucault, por exemplo, poder não é alguma coisa que alguns tenham e outros não – como alguns teóricos supunham, em uma visão parcial. Poder é aquilo que circula em toda natureza, uma vez que todos os corpos são causais. A potência é, por assim dizer, a essência do corpo. Por isso, para Foucault (e outros, como Gilles Deleuze), o que é problema não diz respeito ao significado do corpo, mas a sua potência, ao que ele pode; e um corpo tem o poder de se agenciar. Todo o real passa a ser entendido a partir das relações de força que configuram o poder dos corpos.

Um serviço territorial, portanto, não visaria a comunidade e os suspeitos de desvio, nem a constituição de setores e a "psiquiatrização" dos espaços exteriores ao manicômio, mas uma mediação para a condução do sujeito ao seu "mundo próprio", ou seja, a uma particularização da vida humana irreduzível tanto à psicopatologia quanto ao contrato social burguês. Essa direção, decerto, aponta para uma outra clínica e nova "institucionalidade", que permitam a maior flexibilidade e porosidade possíveis nas relações entre esses sujeitos e o tecido

social, motivando trocas que suponham qualidade de vida segundo a causa adequada “loucura”.

d) Prática

Esse esforço de entendimento e de criação de práticas novas na área de Saúde Mental é mais que terminológico e procura justamente readequar o conceito doença ou saúde mental, colocando-o dentro de um regime semiótico mais abrangente, que escape do determinismo das práticas médico-psiquiátricas, sem evidentemente desqualificá-las de uma vez por todas, mas incorporando-as em um amálgama teórico multifacetado, que possa dar conta da complexidade que pressupõe o **exercício** da liberdade. Essa multiplicidade teórica manifesta a necessidade que a luta antimanicomial pode induzir – a partir de sua própria superação enquanto reforma psiquiátrica lato-senso – de se atuar antes que sobre o indivíduo (corpo), nos processos de individuação (relação entre corpos), não confundindo a estrutura complexa de uma individuação com a simplicidade da função-indivíduo.

Voltando novamente à Guattari, *a identidade é aquilo que faz passar a singularidade de diferentes maneiras de existir por um só e mesmo quadro de referência identificável* (Guattari & Rolnik: 1986; 68, 69). Deixar-se prender pela identidade é, portanto, estancar as possibilidades de criação e liberdade.

Um modelo de ação que se pretende de tal forma “libertador” está adequado ao pressuposto de que a saúde não pode mais ser pensada a partir tão-somente dos diagnósticos médicos, e que problematizar a noção de qualidade de vida deve ser trabalhar a condição para a saúde do indivíduo e da coletividade desde os processos de individuação próprios de nossa sociedade.

Essa disposição coloca as teses que perpassam a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial dentro de um espaço privilegiado para influenciar propostas e criar condições para uma promoção social da saúde como qualidade de vida distinta dos modelos basicamente sanitaristas.

Sobre isso, devemos observar que os pontos de contato entre a visão da promoção da saúde e da reforma psiquiátrica no Brasil são muitas. Pode-se dizer,

por exemplo, que a reforma psiquiátrica também admite a migração do conceito saúde do âmbito da anatomopatologia – como ausência de doença – para o campo sócio-político, do qual deriva a idéia de saúde como qualidade de vida.

Segundo Akerman (1998), qualidade de vida é a possibilidade de melhor redistribuição e usufruto da riqueza social e tecnológica auferida por um dado agrupamento humano.

a qualidade de vida não depende do oferecimento isolado de um dado serviço, mas da oferta de um conjunto de condições de vida e de trabalho que respeite as especificidades de áreas e grupos populacionais, não podendo ser padronizado sequer para o município como um todo.

Na terminologia que encontramos na área da Saúde Mental, o conceito qualidade de vida está intimamente ligado às práticas que pressupõem temas como o duplo da doença mental, a existência-sofrimento, as problematizações sobre a contratualidade do portador de sofrimento psíquico etc, e não mais unicamente aos sinais e sintomas da nosologia psiquiátrica.

Dessa maneira, podemos estrategicamente diagramar os campos de intervenção situacional, onde a prática da reforma pretende se situar, adaptando as quatro semióticas de Guattari, de acordo com alguns aspectos que Paulo Amarante enfatiza ao tentar descrever a especificidade da luta antimanicomial (Amarante, 1998). Esses campos de intervenção pressupõem uma organização “territorial” na forma de um movimento político e social, de maneira a forçar ações intersetoriais que, em parte, são dependentes do Estado. Esses campos seriam, em princípio:

1. teórico-conceituais: qual a capacidade cognoscente da psiquiatria? Discutir permanentemente questões como doença mental, terapêutica; cura, manicômio, etc;
2. técnico-assistenciais: não mais tentar conduzir o sujeito na direção de uma normalidade abstrata, não mais privilegiar relações de autoridade e hierarquia. Integralidade das ações de intervenção, etc;

3. político-jurídicos: discutir cidadania, direitos humanos, ética médica, códigos civil e penal;
4. socioculturais: construir um lugar longe do conjunto de incapacidades e estigmas relacionadas a diagnósticos que recaem como uma condenação a exclusão social.

Esses tópicos exemplificam a complexidade de um serviço de base territorial. E denotam também a especificidade da Saúde Mental como um conjunto de disciplinas intervencionistas dentro do campo sócio-político, cuja responsabilidade é elaborar questões operacionais para forçar um horizonte adequado à formulação e à implantação de políticas públicas específicas. Um horizonte que garanta descentralização administrativa, intersetorialidade, integralidade, territorialidade, rede de atenção e assistência, financiamento condizente, e, especialmente, o aumento do “**poder**” do usuário para que ele se torne protagonista entre os atores sociais que lutam por uma sociedade sem manicômios.

11. ESTUDO EXPLORATÓRIO: As dificuldades práticas para uma Estética da Existência

O texto a seguir está baseado em pesquisa de campo, realizada através de observação participante, e de algumas entrevistas abertas com moradores e técnicos do setor da saúde e da administração local, além de dados documentais. A pesquisa foi feita entre março de 2000 e dezembro de 2001. Foi desenvolvida antes da guinada teórica sofrida pela dissertação que, originalmente, buscava elementos para corroborar a aplicação do Planejamento Situacional Estratégico (PES) no campo da Saúde Mental.

Mantivemos o texto, apesar do descompasso aparente com o restante da dissertação por dois motivos. Em primeiro lugar, pelo valor que possa ter um diário de campanha sobre a implantação de um CAPS em região pobre do Brasil. Em segundo lugar por que sua manutenção implicou em uma reordenação dos dados e da maneira de escrevê-los que nos pareceu uma aplicação, mesmo que parcial, da idéia nietzscheana de que as palavras são inocentes, e que somos nós em nossas práticas que ditamos seu sentido (Nietzsche, 1978: 45-52).

Dar sentido é promover novos agenciamentos. A história nada mais é que o tempo de emergência desses agenciamentos: por isso, podemos dizer que a loucura ligada ao saber geométrico na Grécia clássica não é a mesma loucura ligada à medicina pela síntese “doença mental”. A história da loucura, portanto, não é a história da loucura em si, mas dos sentidos das sínteses que a compõem. A loucura é apenas um nome com vários sentidos e por trás dos sentidos não há nenhuma verdade última, nenhuma coisa em si. Paul Veyne não chama a história foucaultiana de nominalista à toa (Veyne, 1998). E Foucault seguia a risca a máxima nietzscheana de que não existem fatos, apenas interpretações (Nietzsche, 2002: 159).

Assim, apesar do uso de termos gastos como os de qualidade de vida ou promoção social da saúde, neste trabalho seus pressupostos – problematizados

anteriormente – ganharam nova visibilidade prática diferente da típica visão sanitária, talvez mais próxima do que entendemos como luta antimanicomial e do que queremos para um termo tão cheio de sentidos como a liberdade.

a) As condições do território

Antigo distrito do município de Itaguaí, Seropédica foi emancipada em 1º de Janeiro de 1997. Possui uma área territorial de 274 km² (sendo grande parte ocupada pelo campus da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRRJ), com uma população de aproximadamente 70 mil habitantes, onde 75,38% residem em área urbana, e o restante (24,62%), em área rural. A antiga estrada Rio-São Paulo e a Rodovia Presidente Dutra são as principais vias de acesso à cidade.

Seropédica (que faz limite com os municípios de Itaguaí, Japeri, Paracambi, Nova Iguaçu, Queimados e Rio de Janeiro), é parte integrante da chamada região metropolitana do Rio de Janeiro, possuindo condições sócio-econômicas e políticas precárias, ressaltando-se a deficiência ou ausência de sistemas de saneamento básico em grandes áreas, favelização, subabitação, infestação de vetores de doenças infecto-parasitárias, desrespeito ao meio-ambiente de forma generalizada (p. ex.: riscos ambientais devido à extração de areia, feita de modo inadequado, uso de agrotóxicos fora dos limites de segurança, assoreamento de corpos de água, etc); condições que compartilha com seus vizinhos da baixada fluminense.

A administração pública atual pode ser caracterizada como patrimonialista, dada a generalizada promiscuidade entre os setores público e privado, e a presença de ativas máquinas políticas que dominam as relações econômicas e sociais.

O clientelismo patrimonialista – entendido como a prevalência ou dominância de relações de mando e subordinação (Bezerra: 1999) – se perpetua graças ao predomínio de atividades econômicas primárias, principalmente o extrativismo predatório, baseado na extração de areia. Observa-se uma progressiva migração da mão de obra local para o setor extrativista, em detrimento das outras atividades mais tradicionais na região, como a agropecuária. Podemos

adiantar, ainda que apenas como hipótese, que os empresários ligados à extração de areia compõem atualmente o principal grupo econômico da cidade.

A renda familiar mensal é, em média, de dois salários mínimos. A maioria da população economicamente ativa está alocada no setor agrário, de extração (areais) e na administração pública, com situação trabalhista, em geral, precária.

A receita tributária municipal baseia-se na arrecadação do IPTU e do ISS, aparentemente insuficiente, a julgar pelas deficiências locais, para atender as necessidades de investimentos públicos básicos.

A cidade possui 20 escolas municipais e 9 estaduais, localizadas principalmente no centro urbano. Há cerca de dois anos foi realizado concurso público na área – com assessoria da UERJ – que, no entanto, foi anulado por fraude.

O exercício da cultura e lazer públicos está resumido a atividades espontâneas nas praças, nas festas oficiais da cidade – largamente utilizadas para fins de propaganda política –, além de raras peças encenadas no Teatro Municipal ou a filmes apresentados no cinema da UFRRJ.

O município dispõe, na área de saúde pública, de 13 unidades básicas que prestam atendimento médico assistencial nas especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Dermatologia, Ginecologia, Psiquiatria, Cardiologia, contando ainda com atendimento em Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Serviços Social.

Entre as 13 unidades, três funcionam com atendimento 24 horas (PS de Piranema, PS do Km 49 e PS do Km 40), oferecendo repouso quando necessário e serviços de radiologia e laboratório de análises clínicas.

A cidade dispõe ainda de duas unidades de saúde prestadoras de serviços em convênio com o SUS: Clínica Nossa Senhora do Carmo e Clínica São Luiz de Seropédica, que oferecem atendimentos ambulatoriais das especialidades básicas.

O teto financeiro para atenção básica em saúde para o município é de R\$ 45.000,00 (dados de 1999).

O mecanismo de controle social dos dispositivos públicos de saúde e educação é exercido, **em tese**, através do Conselho Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Educação, conforme o Plano Municipal de Assistência de Seropédica e o Plano Municipal de Saúde de Seropédica. Recentemente foi criado o Conselho Municipal de Assistência Social. Em fase de implantação, encontra-se o Conselho Tutelar e de Direitos da Criança e do Adolescente.

A Secretaria de Saúde de Seropédica funciona precariamente, tendo a cidade conhecido no período de quatro anos (1997-2001), dez secretários de saúde.

Do ponto de vista gerencial, as atividades são realizadas por reprodução das rotinas burocráticas e as metas estão restritas à resolução de problemas cotidianos. Além disso, limitam-se ao cumprimento do mínimo necessário para a implantação de programas tidos como prioritários para a habilitação do município à condição de gestão plena da atenção básica. Portanto, restringem-se a oferecer consultas médicas nas especialidades básicas e em pronto atendimento, assistência pré-natal, atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior, bem como programas de Vigilância Sanitária, de Epidemiologia e Controle de Doenças, de Combate às Carências Nutricionais, e Saúde da Família.

Muitas vezes, os responsáveis pelos programas não apresentam habilitação adequada ou acumulam a gerência de vários programas. O Programa Saúde da Família, por exemplo, coordenado por profissional sem capacitação específica na área, apresentou, nos quatro meses em que durou nossa observação, idiossincrasias na implantação (outubro de 2000 a janeiro de 2001); incluindo-se, entre outros contra-sensos: uma gerência centralizadora que não considera como agenda os problemas específicos de cada área programática; equipes técnicas sem capacitação comprovada, selecionadas segundo critérios obscuros; coleta de dados adquiridos a partir de atividades tangenciais à proposta do Programa Saúde da Família (PSF) – confundido com o programa Médico da Família ou mesmo com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – e, por isso, tem enfatizado de forma precária a área materno infantil, atendimentos médico-ambulatoriais e assistência médica domiciliar. A medicalização e

focalização do programa são o resultado mais óbvio desse contexto, sendo que os princípios da promoção social da saúde não são aplicados e, quando mencionados, são tidos como exteriores ao setor saúde, além de “politicamente” perigosos²¹.

Pode-se dizer que, de forma geral, a cultura organizacional em Seropédica é incipiente e a gestão da coisa pública é materializada em uma "agenda" do tipo assistencialista, de baixa responsabilidade. É inexistente a idéia de uma prestação de contas dada por metas resultantes de algum planejamento, acarretando mecanismos de gerência pouco criativos, mecânicos e rotineiros. Isso parece ser reflexo da forte tendência ao centralismo do poder decisório, que se materializa na baixa governabilidade das organizações executivas, em especial a da saúde, e em uma qualidade irrisória de assistência sanitária.

Resumindo:

1. Apesar de a secretaria de saúde ser uma burocracia do tipo racional-legal, a forma de administração se assemelha ao tipo patrimonialista, pois a autoridade faz uso privado dos recursos públicos. Embora não haja provas de corrupção, parece evidente que os recursos financeiros, materiais e humanos são utilizados em favor dos interesses do grupo político detentor do poder. Em outras palavras, aqueles que ocupam cargos públicos, seja por eleição popular (prefeito), seja por indicação política (secretário de saúde), fazem uso clientelista dos recursos públicos. Dessa maneira tais recursos, que deveriam retornar na forma de serviços de qualidade aos cidadãos – já que são estes que, através dos tributos, os provêm para serem investidos em programas de interesse geral –, acabam a serviço de interesses pessoais ou de grupos privilegiados.
2. Os meios para exercer o poder são variados. Observa-se manipulação, cooptação, ameaça disfarçada, engano descarado.

²¹ Informações colhidas junto a técnicos da Secretaria de Saúde de Seropédica, e junto a profissionais e usuários do PSF na área programática do bairro Canto do Rio, entre outubro de 2000 e janeiro de 2001.

Quanto aos recursos de poder, a autoridade outorgada pela lei e o prestígio político local são os mais evidentes.

3. Os pontos um e dois reforçam o esquema de dominação vigente em Seropédica, constituindo um círculo vicioso que se perpetua porque a população é pobre e foi acostumada a receber qualquer melhoria na sua condição de vida e saúde como uma prebenda – como um favor – e não como um direito. Assim, por temor a perder o pouco que "ganha" – e por ignorar que é pouco o que lhe é dado – subordina-se, não raro com reverência, aos desmandos das autoridades locais.
4. Conseqüentemente, a burocracia pública funciona como uma máquina a serviço do poder local e não para cumprir os fins que a lei lhe atribuiu, ou seja, implementar as políticas públicas e resolver os problemas dos cidadãos.
5. A secretaria de saúde possui um sistema para registrar, coletar e armazenar dados que poderiam constituir um conjunto muito valioso de informações para os gestores traçar planos, intervir de forma eficiente e oportuna e, mais ainda, conseguir também apoio político mostrando as metas positivas alcançadas e obter adesões para novos empreendimentos. Mas, a cultura política local (patrimonial e clientelista) faz com que todo esse potencial seja desperdiçado, cumprindo-se apenas com os rituais mínimos exigidos pelas normas para preencher os formulários necessários para receber recursos financeiros.
6. Essas situações se perpetuam pela falta de fiscalização adequada. A fiscalização externa é esporádica e só atua em casos muito óbvios. E o conselho de saúde, que foi justamente criado para formular as políticas de saúde e monitorar seu cumprimento, é esterilizado mediante variadas artimanhas destinadas a impedir o controle social.
7. Assim, podemos dizer que na esfera política, os detentores do poder tomam as decisões com base em razões políticas – ou melhor,

conforme as ambições pessoais que se expressam e passam pela detenção do poder político – antes do que técnicas.

b) O serviço de saúde mental de Seropédica

Paradoxalmente, foi a partir da fragilidade política da Secretaria de Saúde que, em janeiro de 1997, foi feita diretamente ao Prefeito da cidade – sem a participação dos gestores do setor saúde – a proposta de implantação de um programa de saúde mental.

A estratégia era simples: uma vez que a implantação do SUS obrigava cada município a assumir compromissos com a gerência do setor saúde e, por conseguinte, da reestruturação da política de saúde mental preconizada pelo Ministério da Saúde, a prefeitura de Seropédica não se oporia, em princípio, a constituição de um Programa de Saúde Mental (PSM).

No mês de maio a equipe já estava contratada e o serviço iniciou suas atividades. Mais do que vontade política, portanto, coube ao município passar a cumprir as orientações normativas de saúde mental inclusas no processo de municipalização da reforma sanitária e psiquiátrica.

A equipe foi organizada, inicialmente, com a participação de três Médicos Psiquiatras, uma Assistente Social e uma Terapeuta Ocupacional. O serviço funcionava de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h, dentro da estrutura física do posto de saúde do bairro de Piranema, em espaço construído a partir da adaptação de um centro cirúrgico desativado, que passou a abrigar a sala de estar, a cozinha, um pequeno salão onde passaram a acontecer os encontros entre os técnicos para a discussão de casos clínicos e institucionais, e onde também se realizavam algumas atividades terapêuticas em grupo.

Nessa primeira fase, o serviço pode ser caracterizado como ambulatorial, com oficina terapêutica associada, e intermediário ao sistema psiquiátrico hospitalocêntrico. Sua proposta de trabalho, contudo, já pretendia reorientar a demanda regular e irracional de internações psiquiátricas, criando novos critérios para o controle da qualidade do atendimento.

c) A implantação do serviço de saúde mental de Seropédica

Cerca de dois anos decorreram (1997-1999) até a construção de estratégias para delinear uma situação favorável de barganha, com o intuito de viabilizar a implantação de um serviço de saúde mental de base territorial no município; de um serviço que pressuponha mecanismos de ação social para sua efetuação prática no território e que seja substitutivo, prescindindo assim de qualquer referência dentro de seu espaço de competência médica e psicossocial.

Na análise dos atores envolvidos, a equipe admitiu como primeiro problema as formas pelas quais o poder executivo – principalmente prefeitura e secretaria municipal de saúde – elaborava seu processo de tomada de decisões. Processo esse que quase nunca ocorreu pela constatação e hierarquização de problemas provenientes de demandas sociais, o que comprometia a agenda de governo ou gestão, formulada a partir de situações particularizadas, não coletivas, geralmente do tipo assistencialista.

Isso caracterizava a administração como de baixa responsabilidade, dissociada da produção e garantia dos bens públicos, que acabavam indiferenciados do patrimônio pertencente ao grupo dirigente. Essa situação tornou o acesso aos bens públicos “relativizados” por um sistema meritório, do tipo punição-recompensa, que hierarquizava o **acesso** aos serviços conforme as relações de cumplicidade ou contraposição aos gestores, produzindo uma casta de “privilegiados”.

Por outro lado, mesmo esses privilégios eram relativos, uma vez que os serviços foram construídos para seduzir a clientela, não para atendê-la, sendo que a avaliação destes era feita a partir de indicadores que não aferiam qualidade, mas apenas desempenho. Pela mesma lógica, as administrações “abandonaram” determinadas comunidades consideradas hostis e “mal agradecidas”.

Essas relações promíscuas entre o público e o privado tornavam arriscada a implementação de um sistema de saúde que possuísse como um de seus pilares a co-responsabilidade entre gerência, técnicos e clientela, com conseqüente politização do meio social.

Mesmo assim, foi, como já dissemos, no hiato decorrente das dificuldades do poder público – em especial do setor saúde – em realizar suas tomadas de decisão, que as estratégias de implantação de um serviço substitutivo de saúde mental foram elaboradas e planos de ação executados. Todo o processo, é importante explicitar, aconteceu tanto à margem das políticas públicas municipais de saúde quanto da própria organização burocrático-administrativa dos órgãos da prefeitura.

De início, com a colaboração ativa dos usuários e de seus familiares, o serviço iniciou a problematização de suas próprias formas de atuação, incorporando uma série de atividades alternativas às ações terapêuticas, especialmente as relativas ao ambulatório.

Sabia-se que o ambulatório, nos seus moldes clássicos de funcionamento, não representa uma alternativa eficaz ao modelo de atendimento hospitalar em saúde mental. O medo era que sua expansão pudesse criar um outro circuito de cronificação da clientela, marcado pela indução à farmacodependência, tal qual já registrado na cidade do Rio de Janeiro (SMS/GSM, 1997). Tornar complexo os meios de atendimento foi a resposta que a equipe procurou dar à questão.

A primeira medida tentando transcender os limites do modelo ambulatorial foi a constituição de **unidades móveis**, que faziam atendimentos domiciliares em caso de crise.

A partir daí uma série de medidas foram sendo incorporadas ao serviço:

- Construiu-se, uma porta de entrada, chamada Recepção Multidisciplinar, com a qual os usuários puderam ser encaminhados aos serviços do Programa de Saúde Mental ou a rede de saúde pública a partir de uma visão conjunta e participativa da equipe.
- Integrou-se o conceito “resposta à crise” de Dell' Acqua & Mezzina (1991), o que permitiu um alargamento das formas de manejo das situações conflitantes, que passaram a ser, sempre quando possível, atendidas por equipe multidisciplinar, com especial atenção aos familiares. Essa medida foi tomada não apenas no intuito de oferecer

assistência, mas também estabelecer contratos no sentido de possibilitar as estratégias de cuidados necessárias e prevenir quaisquer tendências que levem à “desassistência”.

- A intervenção psicofarmacológica foi transformada em uma prática intermediária e relacionada às ações da equipe, no sentido de procurar estreitar um vínculo positivo com o paciente.
- As pressões constantes e conjuntas da equipe, dos usuários e seus familiares, permitiu a “conquista” de dois “leitos” na enfermaria de clínica médica do posto de saúde onde funcionavam os serviços de Saúde Mental, nos quais casos especiais poderiam ficar em observação por algumas horas.
- Oficinas (educativas, de lazer, terapêuticas, etc) foram multiplicadas e passaram a funcionar a partir da interação de todas as especialidades técnicas envolvidas no serviço de atenção, de acordo com as demandas variadas dos usuários e seus familiares.
- As oficinas tornaram-se também um ponto de convergência para atividades de solidariedade. O grupo, sem intervenção hierarquizada, passou a deliberar sobre as atividades a serem trabalhadas num determinado espaço de tempo. Evoluiu-se para uma organização de atividades mais variadas e voltadas para a cultura. As oficinas de cunho terapêutico se mantiveram, mas foram re-elaboradas para as demandas de cuidado, antes que para a cura.
- Os encontros de equipe tornaram-se irrestritos, abertos aos interessados, usuários ou não, durante duas manhãs por semana, e sua dinâmica voltou-se espontaneamente para as relações e as trocas, catalisando sentimentos, reativando espaços e objetos de interlocução de vida intersubjetiva como condição para a efetuação de diversos projetos em todos os níveis, e na elaboração conjunta de estratégias e ações de expansão das possibilidades resolutivas do serviço.

- Em todas essas modificações buscou-se o envolvimento “transdisciplinar” dos técnicos na direção de relações transversais²² com os usuários.
- Rapidamente, por afinidade, noções clássicas da psiquiatria democrática italiana foram incorporadas nas problematizações do grupo. Idéias como a **doença mental entre parêntesis e duplo da doença mental** tiveram resultados práticos na maneira como foram constituídas as relações de convivência entre os técnicos, os usuários e familiares, e também nas relações entre o grupo e a coletividade. Assim, de maneira geral, os técnicos passaram a agir como tais apenas nos momentos precisos quando uma demanda era evidente. Fora isso, mantiveram relações comuns de sociabilidade. Tornou-se assim difícil, num primeiro momento para um visitante estranho, distinguir técnicos de usuários e familiares. Na relação com a comunidade, o grupo procurou ocupar os espaços de comunicação disponíveis, publicando textos informativos nos jornais, participando de programas de rádio, eventos públicos, dando palestras em escolas, igrejas, etc.

Paulatinamente foram induzidas transformações dentro do serviço que incluíram a contratação, por força do aumento de sua complexidade, de novos profissionais e a inclusão de voluntários.

Assim, por exemplo, surgiram os serviços de terapia familiar e psicologia, cujas demandas ficaram vinculadas principalmente aos encaminhamentos a partir do Grupo de Recepção Multidisciplinar, do ambulatório de psiquiatria e das oficinas, com atendimentos em grupo ou individual, conforme as necessidades específicas dos usuários.

Em Março de 1999, a equipe era constituída por três médicos psiquiatras, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma agente domiciliar de saúde mental em estágio não remunerado, três voluntários oriundos da Pastoral

²² No sentido dado ao termo por Felix Guattari.

da Criança, e técnicos de outros programas cedidos em acordo (psicóloga, cirurgião dentista, médico generalista, etc.).

A constante participação popular no contexto do PSM gerou uma série de debates em torno da qualidade da assistência prestada e um quase consenso de que era fundamental a sua transformação. O PSM procurava, respeitadas suas singularidades, seguir Basaglia, reiterando a necessidade de

inventar novas estratégias que (...) possam fluidificar as relações dentro-fora da instituição (...), criar novos níveis de trocas e relações, não tanto em condições de humanizar a instituição, mas de suplantá-la e substituí-la por uma organização alternativa
(Basaglia & Gallo, 1991: 38)

Fortalecendo essa proposta foi realizado em outubro de 1999, na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), em Seropédica, o **I Seminário de Saúde Mental da Baixada Fluminense**, organizado pelo PSM e patrocinado pela Assessoria Estadual de Saúde Mental. Neste espaço de interlocução e negociação com a população, gestores e outros profissionais da área, a equipe do PSM, seus usuários e familiares, apresentaram o principal norte de ação da Política de Saúde Mental do Município: "o atendimento integral às pessoas com sofrimento psíquico, de forma a possibilitar a construção, pela clientela, de seu mundo-próprio ou territorialidade, não apenas objetivando a aceitação e reintegração sociais, mas uma real existência na qual se é o protagonista nas relações que regem os diversos contextos de sociabilidade" (SMSS/PSM, 1999).

Todos os acontecimentos descritos irão permitir à equipe de saúde mental ganhar visibilidade e legitimidade na condução de suas ações tanto internamente – na Secretaria de Saúde – quanto externamente – em especial, com a Coordenação de Saúde Mental do Estado.

Estavam assim colocadas as bases políticas para a construção de um serviço de atenção psicossocial voltado para o território.

No entanto, impasses dentro da equipe, adiam por mais de um ano o passo definitivo nesta direção. Isso porque, além da resistência de alguns membros da SMS – em especial da subsecretária, cujo poder excedia, em virtude de suas ligações íntimas com o prefeito, a autoridade do secretário de saúde – o coordenador do programa na época, apesar da postura muitas vezes neutra ou “tolerante” com as ações antimanicomiais, recusava-se a implementar a totalidade das mudanças pedidas.

Foi necessário então uma aliança do grupo antimanicomial com novos atores para reverter a inércia da coordenação do PSM e da Secretaria de Saúde. Em meados de 2001, favorecido com a queda do nono secretário de saúde e, surpreendentemente, da subsecretária – no bojo de um processo de cassação do chefe do executivo iniciado por ação do ministério público –, o grupo antimanicomial consegue a troca da coordenação do PSM²³, realizada através de acordos com setores da secretaria de saúde, da prefeitura, e, em especial, com apoio da assessoria estadual de saúde mental. Isso resultou na construção efetiva de um projeto de transformação do modelo de assistência em saúde mental, que culminou no final de 2001, com a inauguração do **CAPS Bicho-da-Seda**.

Reproduzimos a título de ilustração, um trecho do referido projeto, enviado à Secretaria Estadual de Saúde em fevereiro de 2001:

PROJETO Bicho-da-Seda (Centro de Atenção Psicossocial de Seropédica)

Objetivo

Criar unidade de saúde psicossocial com uma população adscrita definida pelo nível local e que ofereça estratégias e cuidados substitutivos ao regime ambulatorial e a internação hospitalar, em dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

²³ Assume a Assistente Social Jupiara dos Santos, com o apoio da maioria da equipe.

Objetivos específicos

Organizar a porta de entrada para os casos de transtorno mental no município de Seropédica.

Criar o Serviço de Atenção Psicossocial como uma referência de assistência aos portadores de transtornos mentais e familiares no município de Seropédica.

Criar um serviço que possa assumir o papel simbólico de garantia para as relações intersubjetivas da clientela e seu meio, e não como instituição de limitação física e segregação moral.

Criar as condições que possibilitem a tomada de responsabilidade pelo serviço e a co-responsabilidade com a comunidade, através, entre outras medidas, da presença ativa dos agentes de saúde mental, contribuindo para se modificar a cultura segregacionista associada a doença mental.

Influenciar na criação de leis municipais que garantam aplicação de recursos nas propostas voltadas aos programas e projetos. E que ao mesmo tempo proíba a construção de hospital psiquiátrico no município.

Estimular a organização de associação de usuários, familiares e amigos do serviço de saúde mental.

Desenvolver atividades culturais que facilitem articulações entre usuários, familiares, e sociedade civil organizada.

Ativar uma base de rendimentos para favorecer os intercâmbios, através da implantação de cooperativas sociais, convênios com a própria municipalidade – através das secretarias de educação; esporte e lazer; ação social (projetos de habitação e trabalho) e agricultura etc.; com a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – UFRRJ (cursos profissionalizantes e treinamento) e convênios trabalho o empresariado local, além dos envolvidos na cotidianidade do usuário.

Criar uma "raiz" institucional que supere o atual estágio "artesanal" em que se encontra o serviço de saúde mental de Seropédica, permitindo maiores possibilidades de sobrevivência ao programa e melhor utilização dos recursos públicos investidos.

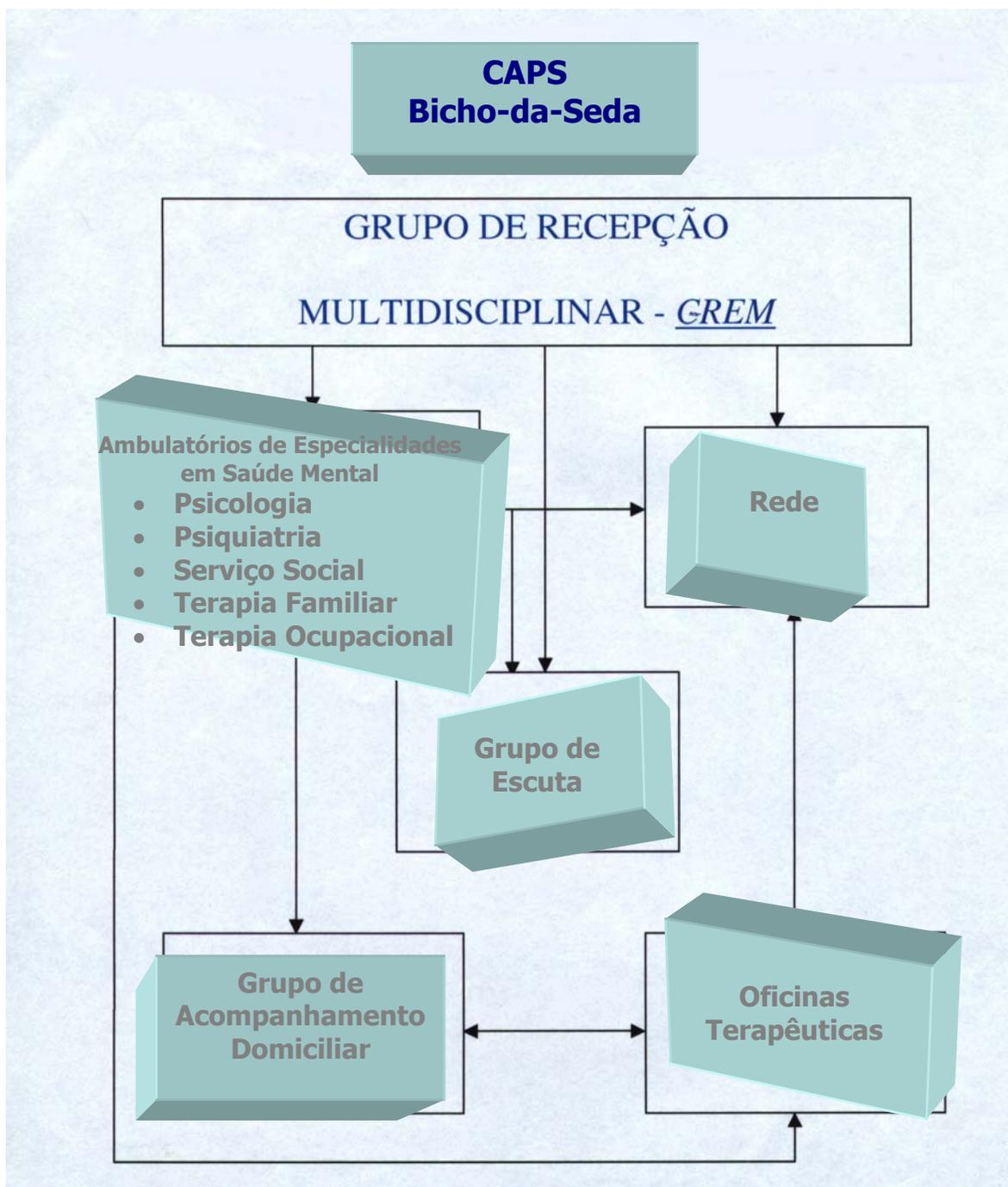
População Alvo

A unidade deverá ser capaz de oferecer acolhida ao universo de aproximadamente 150 indivíduos cadastrados com atendimento médio de 30 indivíduos dia/turno.

Funcionamento

O serviço funcionará de Segunda à Sexta, de 08:00 às 17:00, para as oficinas, porta de entrada da rede, atendimento das crises, grupos de família, visitas domiciliares, reuniões de equipe com discussão de casos etc.

Abaixo, quadro com sugestão para organização do serviço.



GREM - Deverá ser composto por equipe multidisciplinar, com pelo menos três membros, não se privilegiando nenhuma categoria profissional em particular. Sua configuração pretende infletir a lógica ambulatorial de acesso, através do exercício prático do pressuposto transdisciplinar que o serviço pretende focar. O objetivo é o de fornecer um atendimento que não reduza ou simplifique o caráter complexo do indivíduo em sofrimento psíquico. A partir do GREM é que será modulado o enfoque caso a caso que os diversos instrumentos de acolhimento e tratamento permitirem.

GE - O Grupo de Escuta será organizado por dois profissionais de nível superior da Saúde Mental. Terá por objetivo acolher os indivíduos com demanda em psicologia que por algum motivo não puderam ser absorvidos pelo ambulatório e que estejam esperando atendimento na rede ou no próprio ambulatório do Programa de Saúde Mental.

GAD - O Grupo de Acompanhamento Domiciliar será constituído por indivíduos da própria comunidade, usuários e, pelo menos, um técnico do serviço de atenção diária. O objetivo é proporcionar acolhimento integral ao portador de sofrimento psíquico, inclusive na própria residência, além de construir maiores laços de cooperação com a comunidade assistida. Visa também dar maior visibilidade as demandas por qualidade de vida da comunidade, ajudando a dissolver o distanciamento burocratizado e verticalizado da relação entre o público e o privado, de maneira que, em certo sentido, o serviço possa se tornar um instrumento crítico para a população, ajudando-a a se organizar, delimitar problemas, hierarquizá-los, produzir metas e planos de ação para enfrentá-los e dirimi-los.

AMBULATÓRIOS - Os ambulatórios manterão o caráter clássico de atendimento médico e psicossocial tanto individual quanto em grupo.

GRAF - O Grupo de Apoio à Família fará parte da oficina terapêutica, onde serão discutidas questões do dia-a-dia, ou relacionadas a momentos de crise, etc.

OFICINAS TERAPÊUTICAS - As oficinas funcionarão a partir da interação de todas as especialidades técnicas envolvidas no serviço de atenção com as demandas variadas dos usuários. Em outros termos, trata-se do envolvimento transdisciplinar dos técnicos na direção de relações transversais com os usuários. Os encontros serão abertos aos interessados, usuários ou não, durante cinco dias por semana, em horário integral, e sua dinâmica estará voltada para as relações e as trocas, catalisando sentimentos, reativando espaços e objetos de interlocução de vida intersubjetiva como condição para a efetuação de diversos projetos em todos os níveis, pretendendo ser as oficinas um ponto de convergência para as atividades que se querem de socialização. É o grupo como um todo, sem a intervenção hierarquizada, quem deliberará sobre as atividades a serem trabalhadas num determinado dia ou período. Tratar-se-á de uma organização de atividades que visando uma espécie de terapêutica voltada para o cuidado, antes que para a cura. (SMSS/PSM: 2001)

12. CLÍNICA POLÍTICA: O CAPS como promotor da saúde?

a) Preâmbulo

Com a criação do Centro de Atenção Psicossocial, as discussões retrocederam, num primeiro momento, à organização burocrática do serviço clínico, preocupando-se, por exemplo, com a divisão “racional” do trabalho em equipe. Contudo, rapidamente a vocação crítica em relação às condições de vida do território fez retornar a tendência micropolítica que vinha caracterizando o núcleo antimanicomial do PSM.

Nesse momento ficou evidente que a clínica não poderia ser exercida sem que uma certa atividade política fosse conflagrada concomitantemente. Na procura por uma atuação territorial mais ativa, e no sentido de atualizar a idéia de **clínica política**, foi proposta uma nova forma de intervenção que levava em conta algumas idéias provenientes das estratégias de **promoção social da saúde**.

Resumimos abaixo o resultado de diversas digressões sobre essa questão fomentadas pelo CAPS, conforme nos ficou entendido em nossa experiência de campo. Evidentemente, trata-se de uma aproximação que não pretende dizer a “verdade” absoluta sobre as motivações e crenças individuais da equipe ou da população.

b) A clínica política

Na maior parte das discussões e mesmo em várias práticas anteriores à implantação do CAPS, a equipe de Seropédica tende a ver o exercício da clínica, quando deslocado de uma relação política, geralmente reduzido ao modo pelo qual a medicina – ou o “poder médico”, que faz gravitar por uma mesma lógica as demais disciplinas de saúde – avalia os signos que configuram seu objeto.

Na cotidianidade do serviço de Seropédica notou-se que a clínica, ao se associar com a política, desmedicaliza sua condição: desta feita não se trata mais de se fazer observações específicas apenas sobre o paciente, mas é sobre todo

um espaço complexo de territorialidade que nos inclinamos²⁴ para fins de observação e avaliação. É então sobre a política – entendida como movimento de se agenciar ou de atualização dos territórios – que se faz a clínica.

A clínica, assim indissociável da política, passa a ser um outro nome que podemos dar ao termo problematização. Fica nítido que não se trata em princípio, para esse ponto de vista, de uma clínica que se faz almejando um fim como a cura ou a conquista da verdadeira intimidade. É um instrumento ou uma ferramenta a ser usada de forma transdisciplinar. Por isso não é posse de nenhuma disciplina em particular, geralmente existindo em “transdisciplinas”, como no caso da saúde mental.

Não se pode imaginar a clínica política sendo exercida pela medicina ou a psicologia, ou mesmo sob as óticas particularizadas de técnicas como a psicanálise ou a psicopatologia fenomenológica. Medicina, psicologia, psicanálise ou psicopatologia já são os termos de chegada de uma clínica política exaurida por seus resultados, isto é, são respostas definidas que não permitem mais a política em sua clínica e se “estatizam” a partir de seus objetos plenos de sentido, como a doença ou o inconsciente “psíquico”. A clínica política é necessariamente um canteiro de obras, onde construções estão em processo. Acabar ou não as obras, essa a disputa atual dentro da própria reforma psiquiátrica.

Para alguns, ditos reformistas em seu sentido lato, a obra deve ser finalizada, e a suspeita é se a partir daí não teremos uma outra disciplina melhorada, como já antes a psiquiatria rejuvenescida pela psicanálise ou a psicanálise reinventada por Lacan. Uma clínica política com objetivos nítidos de restabelecer a pura clínica, aquela clínica despolitizada, monopolizada pelo especialista, retornada ao seu lugar de apaziguamento natural, pronta a exercer suas reais tendências reterritorializantes. Uma clínica que censura a psiquiatria por ter-se aliado ao Estado, por ter-se alinhado, politicamente, como um aparelho de reprodução ideológico antes que como uma ciência. Uma clínica política que só

²⁴ Do grego *κλινε*, inclinar, daí ao latim *clinicus*, leito, que na acepção moderna se associa a enfermo acamado ao mesmo tempo que a medicina racional – em oposição a empírica (Saraiva, 2000: 234) e (Cunha, 1996: 189).

se quer política até o dia da redenção final, até o dia no qual o fantasma de Pinel retorne feito o messias para soltar de vez esses grilhões que se mantiveram apesar dele mesmo e de seu mito.

Para outros, antimanicomiais – antifascistas como diria Foucault – a clínica política (na saúde mental) nada mais é que uma “poética da obra aberta” (Eco, 1971), ou um constante **exercício de liberdade**.

b) Interregno teórico: a relação entre a medicina moderna e o processo de medicalização da sociedade na perspectiva da promoção de saúde

1

Ao pensarmos a clínica política e suas relações com o conceito de promoção social da saúde, não podemos deixar de colocar em pauta o contexto que nos possibilita entender melhor o significado que o termo política deve possuir quando inserido no bojo da medicina e da saúde pública. Deste modo, faremos aqui uma abordagem histórico-genealógica dessas relações utilizando para tanto as idéias de biopoder, disciplina e controle, encontradas em Foucault e Deleuze.

Segundo Foucault, biopoder é um termo que resume o conjunto de tecnologias e estratégias que tornam o corpo e a saúde objetos, por excelência, do poder sobre a vida na modernidade. Por isso, ocupa um lugar privilegiado como princípio ético, político e estético no exercício do governo de si e dos outros (Foucault, 1985). Falar em promover a saúde, enquanto o termo saúde permanecer sob uma lógica do biopoder, pode dizer tanto sobre a longevidade individual, como fenômeno fisiológico particularizado, quanto sobre a longevidade de um determinado poder/saber hegemônico, enquanto estofo para a reprodução das condições sociais e políticas da atualidade. Por isso, para irmos além das determinações parciais, devemos antes de tudo entender melhor o que queremos dizer com saúde.

2

Mais que o estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação de “normalidade”, saúde é também a condição geral de possibilidade para se adquirir maior força, vigor, robustez (Nietzsche, 2001). Inclui,

além do biológico, outros aspectos da vida cotidiana. Assim, motivar a adesão da população às práticas de saúde através, por exemplo, da informação e formação de uma consciência sanitária não significa, necessariamente, um progresso no sentido da aquisição de liberdade individual, uma vez que a consciência nada mais é que o conjunto das marcas das estratégias de soberania, disciplina e controle que desenham um tipo de "alma" adequado aos seus interesses (Foucault, 1975).

Dessa forma, a verdade nunca é aquilo que está recalcada por alguma ideologia, mas a resposta para os problemas relativos ao que se pode ver e dizer em determinada época, em função das configurações de poder/saber que lhe sustenta. A consciência nada mais é que o efeito dessa maneira de ver e dizer da configuração heterogênea que constitui a verdade da época. Lutar pela verdade pode ser, com isso, lutar pelos valores estabelecidos, ser essencialmente conservador (Foucault, 1988a: *passim*), tanto no que concerne a lutas individuais quanto a coletivas.

Como não há como pensar a saúde pública sem as relações de poder nas quais ela se sustenta, cabe então perguntar, a todo o momento, de que maneira poderíamos nos prevenir dos equívocos cheios de boa vontade – como os das medidas eugênicas, por exemplo –, pelos quais a medicina, *a posteriori*, vem se desculpando timidamente.

A saúde mental, ao se associar à promoção social da saúde pretende, sob esse ponto de vista, começar um novo discurso para a medicina moderna, que inclui a possibilidade de linhas de fuga, nomadismos, problematizações (Deleuze: 1992). Problematizar (como já tentamos dizer) seria o poder de justamente estar além da consciência e ser “saudável” a ponto de vislumbrar a criação de novas verdades (Foucault, 1988: Introdução) capazes de garantir uma arte e ciência, não apenas para prevenir ou curar doenças, ou mesmo paliar seus efeitos, mas para seguir criando horizontes de liberdade, incorporando modelos abertos de qualidade de vida em sua atividade.

Sob esse ponto de vista, entender a saúde como qualidade de vida significa, mais amiúde, uma visão desregrada da normalidade implicada em um

biopoder que dita as formas de controle das sociedades modernas, ou seja, uma certa liberação da visão sanitária social do homem, para seguir na direção de uma complexidade irreduzível a qualquer disciplina.

Neste tópico procuramos pontuar, de forma sucinta, uma problematização em torno da medicina moderna, de suas tendências a partir de sua constituição, da sua emergência como medicina pública, ou seja, do que diz respeito a problematização da liberdade como condição *sine qua non* de toda política sanitária. Levantamos a questão, não original e genérica, de que as implicações de uma saúde pública trazem o fato político – para além dos benefícios de um “bem estar social” – representado pelas medidas de controle adotadas pelo *status quo* que se delinea de forma bastante incômoda, paradoxal ao discurso liberalizante e moral no qual está sustentado.

3

Entre os séculos XVIII e XIX instaura-se um novo olhar médico sobre o doente e a morte: Nasce a patologia. E com ela uma forma diferencial de se olhar a doença: a anátomo-clínica. Esse diferencial constituiu, progressivamente, o campo da medicina moderna.

A medicina moderna não se transformou evolutivamente a partir de uma medicina arcaica e defasada, uma vez que o modo de se exercer a medicina anteriormente ao advento da clínica não possuía uma ausência essencial de conhecimento. Sendo assim, a medicina moderna não surgiu a partir de uma evolução linear epistemológica ou de um progresso teórico-prático. Apenas erigiu-se a hegemonia de uma nova maneira de olhar – novidade que alterou o próprio objeto em perspectiva – : não mais a doença como o invisível inimigo a ser desvelado por manifestações mais ou menos regulares e obscuras, cuja existência metafísica supunha o exercício do *kairós* (καιρός) médico como única defesa possível. Agora, sob o olhar da anatomia patológica – olhar das profundidades que chega ao inefável e ultrapassa os limites do invisível – doença é aquilo que produz lesão, que comporta uma história natural regida pelo tempo e no devir imanente de uma causalidade evidenciável. É a partir da anatomia patológica que uma

etiologia propriamente científica é possível e toda uma teoria das doenças se constrói (Foucault, 1987).

Essa ruptura com o passado pode ser compreendida não só através das transformações médicas, mas também das mudanças econômicas e políticas – advindas a partir da nova ordem internacional constituída pelo capitalismo industrial, além da configuração dos últimos Estados-nação europeus.

Nesse contexto, o papel que os médicos desempenham tem um objetivo implícito: combater a desordem social, o perigo dos homens e das coisas decorrentes da não planificação da distribuição e do funcionamento da cidade. A medicina passa a ser reguladora de diversos espaços que dizem respeito a sociedade. Passa a não ter fronteiras. Peça integrante da nova estratégia política que cria e controla indivíduos e populações, vai pouco a pouco – não sem lutas e obstáculos – impregnar o aparelho de Estado e se organizar como uma medicina propriamente social.

As políticas da medicina social são claras: dominar o perigo que grassa contra a saúde do corpo coletivo no interior da sociedade (Machado, 1978). E para isso não basta expulsar o agente etiológico dos esconderijos das ruas estreitas e das casas fechadas e excessivamente privadas – expostas ao perigoso contágio miasmático. É necessário controlar os riscos.

Cada vez mais a medicina social (um sinônimo de medicina moderna segundo Foucault) requer um refinamento maior de seus instrumentos de análise e intervenção para atingir novas faixas da população até o controle total de todos os riscos possíveis, numa espiral que vai do risco dos miasmas ou dos fluxos livres ao risco da transmissão ou das trocas desordenadas; do risco da anormalidade das aglomerações e promiscuidades, que inventa as populações para discipliná-las por baixo do perigo mais intenso, quase irresistível da propagação do mal, ao risco contemporâneo de uma normalidade tranqüila que não percebe o risco que é a gestão dos riscos.

Assim, na genealogia das medicinas públicas, uma regularidade marca a marcha forçada no sentido da promoção da saúde: a possibilidade de fazer permear sobre toda a sociedade uma forma peculiar de tutela, sob o subterfúgio

dos cuidados higiênicos, ou a infantilização das condutas ou, segundo Guattari, o controle ideal através de uma “coleira eletrônica” (Deleuze, 1992). Em suma, uma máquina de poder, resultado de uma luta médica e político-econômica que parece impor, inerente a si mesma – e cada vez com mais peso – a presença normalizadora dos biopoderes como uma das características essenciais da sociedade capitalista.

Entretanto, como faz transparecer Deleuze em um texto sobre as “sociedades de controle”, talvez não nos caiba temer ou esperar, mas buscar novas armas para, em cada regime de poder/saber duro ou intolerável, constituir as sujeições e as liberações que merecemos (Deleuze, 1992).

Acreditamos que é dessa maneira – no intuito de inventar novas armas – que a luta antimanicomial deve se servir dos materiais transformáveis que, como a promoção social da saúde, estão a serviço dos poderes estabelecidos.

c) Retornando à prática

Parece que tudo o que tentamos dizer nesta dissertação converge para a questão de como tornar os novos serviços de saúde mental desconectados dos sistemas disciplinares ou de controle. Como se desvencilhar daquilo que nos “objetiva” enquanto sujeitos? Acreditamos que as experiências da luta antimanicomial sejam tentativas originais de uma “resposta prática”. Como nos coloca Desviat no final de seu livro *A Reforma Psiquiátrica* (2000; 165):

a originalidade brasileira encontra-se na maneira de integrar, no discurso da cidadania, na consciência social, a trama de atuações que deve construir um programa comunitário e o estilo de inventar novas fórmulas de atenção a partir do protagonismo de todos (...), na mobilização de um grupo amplo e atuante, militante no campo social, que procura criar novas experiências para transformar a vida (e não apenas a assistência psiquiátrica). Muito pouco seria possível (...) sem que as formas de vida fossem modificadas.

Nessa tentativa de se manter coerente com as propostas da luta antimanicomial, o CAPS de Seropédica inicia, ao final de 2001, logo após sua inauguração, estudos para uma nova inflexão de seu “guia de orientações” para a atenção ao território. As discussões tomam um ritmo acelerado, e, sob influência de alguns profissionais ligados as estratégias de promoção da saúde, admitti-se alguns deslocamentos conceituais centrais.

Assim, por exemplo, a idéia de promoção social da saúde foi conjugada a da “*epoché* basagliana” na intenção de se fazer o próprio conceito de saúde mental (e não apenas o de doença mental) sofrer uma importante modificação: deixar de ser tratado como a negação da doença – visão ainda estritamente médica – para se transformar em qualidade de vida – visão que tem a pretensa vantagem de introduzir um cunho político-social, na forma de uma **micropolítica**, às tarefas do CAPS.

Isso significa, em outras palavras que, em termos de parâmetros para as ações do CAPS, não bastaria colocar entre parêntesis a doença mental para alcançar a saúde mental. Promover saúde, então, diz respeito ao bem estar global do indivíduo, que não pode ser visto como uma idealidade, mas como conquistas a partir de lutas que incluem a problematização de suas condições políticas, econômicas, sociais e subjetivas de estar no mundo. Como enfatiza Amarante

(...) torna-se possível, e necessário, superar a própria noção de “saúde mental”, enquanto projeto de normalização, construção de “sujeitos ideais”
(Amarante, 1998b: 27).

Promover a saúde – além do direito à água encanada, esgotamento público ou a assistência médica, e além do esforço pelas condições que possibilitem o lazer, o trabalho, o transporte, a educação, a informação, a vida afetiva, etc. – também significa construir o hábito da **problematização** de todos esses termos como singularidades na produção de sujeitos (subjetivação).

Outro importante conceito introduzido diz respeito ao princípio da **co-responsabilidade** entre a comunidade, a gestão pública e seus técnicos na resolução dos problemas. Apesar da dubiedade do termo, que nos faz pensar nos

parâmetros neoliberais de reforma do Estado e o abandono das medidas de bem-estar social, acreditamos que ser co-responsável não significa apenas dividir os fracassos e os sucessos – de maneira a que não se diga que haja culpados ou heróis – mas também e, principalmente, ser livre para atuar sobre suas próprias condições de vida e modificá-las positivamente. Isso traz à tona a participação ativa da população e do poder público local na constatação e hierarquização dos seus problemas (na escolha dos problemas mais importantes que devem ser atacados em primeiro lugar), assim como na elaboração das estratégias necessárias para acabar ou amenizar esses problemas.

Dessa forma, o CAPS atuaria como catalisador e mediador na formação de uma **estratégia comunitária de solidariedade** que possa, por exemplo, atuar diretamente e sem intermediários na reivindicação e construção das condições de melhoria para a aquisição de bem-estar individual e social.

A situação de co-responsabilidade teria a vantagem adicional de poder induzir modificações na agenda de prioridades dos gestores, em função das demandas estruturadas territorialmente. Isso facilitaria a racionalização do planejamento administrativo e suas prioridades (inclusive orçamentárias), diminuindo a relação de custo/benefício das ações, além de favorecer uma relação democrática e produtiva com as comunidades do território.

Influenciadas por esses critérios particulares e relativamente novos, outras características da saúde pública são problematizadas na construção das estratégias do CAPS. Como exemplo, a função do médico, que normalmente se limitaria, enquanto tal, às ações curativas e preventivas, no CAPS tende a perder sua especificidade (apesar de manter certa importância política) ao tratar das ações de promoção da qualidade de vida (e de saúde por extensão), que requer uma atuação transdisciplinar de agenciamento social. Além disso, essa função transdisciplinar específica pressupõe uma autonomia de ação acentuada em relação aos dispositivos típicos de atenção primária.

Assim, o CAPS vem tentando construir um esquema geral para organizar melhor a especificidade da proposta de seu funcionamento como órgão de promoção da saúde. Em um primeiro esboço, funcionaria em três fases:

- Uma fase quantitativa, de análise de dados coletados no campo territorial;
- uma análise qualitativa, de interpretação desses dados quantitativos para um diagnóstico situacional;
- uma fase de planejamento, de análise estratégica e de formulação de metas e planos de ação, conforme o diagnóstico situacional.

A partir desse momento, três ações seriam possíveis:

1. ação curativa e/ou de cuidados, que supõe um sistema eficiente de “respostas à crise”, acolhimento e hospitalidade, referência e contra-referência, etc;
2. ação preventiva, que na saúde pública supõe movimentos que favoreçam, por exemplo, o saneamento básico e a educação sanitária, e que na saúde mental se aplicam às condições de possibilidade de afirmação das diferenças. Trata-se então de um envolvimento político que se confunde com as práticas relacionadas abaixo;
3. ação de promoção de saúde e agenciamento social, que retroalimentariam as duas outras ações. O agenciamento social pressuporia reuniões periódicas com usuários, familiares, técnicos, e outros atores sociais. O objetivo das reuniões está relacionado às necessidades de democratizar a participação de todos os interessados no processo de luta e aquisição de melhores condições de vida.

Particularmente, essa participação se faz para:

- constatação dos problemas que afligem cada território e cada territorialidade, sendo “**problema**” definido não apenas pelas necessidades apreendidas como imediatas pela percepção do indivíduo, nem por uma inadequação a partir da suposição de um ecossistema ideal, mas como o resultado de uma **problematização**,

resultante do encontro entre a demanda objetiva e os limites da territorialidade considerada²⁵,

- hierarquização dos problemas, ou seja, a escolha dos problemas mais importantes que devem ser atacados em primeiro lugar por serem mais graves ou básicos,
- e a elaboração das estratégias necessárias para a superação desses problemas.

Evidentemente alguns contra-sensos, ligados à excessiva centralização nos critérios da promoção social da saúde e do planejamento situacional estratégico (Testa: 1986), vêm sendo questionados. O que se tentou explicitar aqui não foi uma fórmula infalível, nem uma solução que possa vir a ser universal, mas a história de um processo que, enquanto se fizer apenas como “obra aberta”, terá como horizonte o rincão do que acreditamos ser a liberdade.

²⁵ por exemplo, quando a comunidade pede por mais assistência médica à saúde mental, considerar como problema a relação subjetiva dessa comunidade com a mística da medicina, tanto quanto a real necessidade de provimento sanitário e, ao mesmo tempo, os riscos de uma medicalização do espaço social. O problema é, na verdade, não a demanda em si, mas o devir problemático levado a cabo entre a comunidade e o serviço, podendo resultar na ação ou reivindicação por provimento adequado, que pode tanto ser o pedido para a contratação de mais médicos, como a mudança nas formas de intervenção do serviço ou a constituição de unidades móveis para a resposta a crise, etc.

CONCLUSÃO

1

A grande questão para a implantação das ações antimanicomiais – muito além dos programas que supõem a intersectorialidade e a integralidade; anterior ao consubstancializar de uma vontade política ou das modificações de ordem tecnológica – é a conquista de um hábito de agir e pensar que chamamos durante todo esse trabalho de problematização. Nesse sentido, para sermos “práticos”, diríamos que é no conceito de co-responsabilidade – que implica no controle social – onde podemos nos apoiar para iniciarmos procedimentos que nos conduzam aos pressupostos para a inflexão do sistema.

O Ministério da Saúde tem lançado mão de estratégias para induzir as modificações do modelo assistencial – como, por exemplo, o Programa Saúde da Família (PSF) – baseadas, pelo menos teoricamente, em uma ativa participação da população nos movimentos de promoção da saúde. Por isso, podemos supor que o Ministério da Saúde acredita que sem a co-responsabilidade não há mudança significativa do modelo.

Agora, para que ocorra uma participação ativa das comunidades, antes é necessária uma outra estratégia, que viabilize condições para essa mobilização. A política de promoção social da saúde construiu um esboço dessa estratégia no bojo do Programa Saúde da Família. Mas a viabilidade política dessas estratégias esbarra especialmente na penúria de nossa cultura política e na tradição clientelista da cultura cívica brasileira. O que significa, em outras palavras, que vivemos numa democracia de direito, mas numa ditadura de fato, onde as discussões dos principais problemas recebem a censura prévia dos sistemas locais de hegemonia.

Como resistir e escapar desse silêncio imposto sub-repticiamente (na maioria das vezes não só pela força bruta ou econômica, mas principalmente através da moral) pelos poderes estabelecidos? Parece evidente que o tempo das grandes lutas revolucionárias acabou. Uma saída se mostra impossível, mesmo

sob nossas condições terceiro-mundistas, sem os engajamentos micropolíticos de resistência e combate.

Assim, não podemos mais fazer política sem pensarmos em **lutas transversais** – como as da Saúde Mental ou da Dependência Química –, e a condição das lutas transversais é a problematização, isto é, a delimitação do campo ou território epistemológico e ético no qual cada luta deve ser travada.

Com isso diria que socializar os espaços de problematização é tanto o meio quanto o fim mesmo de um modelo público que pretenda privilegiar os direitos de cidadania ou, o que dá no mesmo, a liberdade do indivíduo coletivo frente a outros aparatos estatais que deixaram escapar de seu horizonte a liberdade – o que significa também poder combater um certo estadismo sem com isso ceder as simplificações mercadológicas do pensamento neoliberal ou correlato.

Deste modo, supomos que falar em produção de subjetividade – segundo a idéia foucaultiana de que vivemos a era da biopolítica – nada mais é que falar em luta social, em atores que conduzem, por crença e desejo, suas vontades ao máximo de sua potência.

Nesse sentido, o campo da Saúde Mental só se constituiu quando foi capaz de se desligar dos porta-vozes que insistiam em dizer-lhes a verdade por trás de um suposto saber especialístico. Sabemos que antes da Segunda Guerra Mundial, todo o sentido sobre o fenômeno da loucura fora construído por uma estratégia de simplificação cientificista dos acontecimentos internos que ela produzia, ou seja, estimulados por um exterior, ou melhor, por uma vontade distinta (como causa ativa) daqueles que eram os seus protagonistas passivos – e incluímos nessa categoria não apenas os próprios loucos, mas também toda uma rede social –, segundo o modelo que desembocou no conceito de doença mental.

Dizemos, por isso mesmo, que o ato de problematização na Saúde Mental foi construído, ano após ano, em vários países, ao estimular a atividade desses protagonistas na produção dos sentidos do fenômeno loucura/doença mental.

É que, se a realidade não se faz primeiramente, segundo Foucault (1985), por recalcamientos ou proibições, resistir deve ser algo mais que simplesmente inviabilizar a existência dos manicômios. Acreditamos que seja, antes – conforme

a idéia de instituição que explicitamos – estimular determinadas forças colocadas estrategicamente à margem dos jogos de verdade para, a partir daí, criar novas vontades para novas crenças, novos desejos... e novas loucuras.

Por isso parece que nada está definido dentro da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Dependendo do solo sobre o qual se assenta o discurso supostamente pró reforma, seus resultados, em que pese à abolição da “grande internação”, pode significar simplesmente o que Robert Castel chama de *aggiornamento* (1986).

Ainda é necessário definir nosso método de identificar os falsos problemas, conjurá-los para, só então, condicionar a montagem de qualquer jogo de verdade ou tecnologia proposicional – que sendo “tética” pressuporia os debates, as antíteses, enfim, a política no sentido lato – de uma intervenção de caráter público que justifique, na prática, seu discurso pró-justiça social e cidadania.

Ou seja, a condição de qualquer política pública de inclusão é a problematização; é concordar tacitamente com a interrogação que uma questão disjuntiva produz antes de se iniciar uma pesquisa dialética na direção de respostas e soluções (lógico que alguém pode dizer que o custo social desse fenômeno requer respostas e soluções imediatas... mas como é possível dar conta de um problema se ele foi, desde o início, falseado, moralizado, escamoteado?).

2

O empenho para que os mecanismos para essas intervenções se efetuem marca o grau de coerência de cada serviço em seus processos práticos – incluindo a própria implantação – e caracteriza cada um quanto às suas relações internas como instituição e também com a rede de poderes locais na qual está imerso. A partir daí podemos encontrar, nos discursos que compõe a reforma, como sugere Vera Portocarrero (1990), uma dicotomia, uma bifurcação, que aparentemente ainda não foi totalmente explorada, e que está no cerne dos graves riscos que a reforma sofre de ser, por ironia, apenas uma reforma – no sentido etimológico do termo - que garantirá à psiquiatria o melhoramento de suas atribuições já demarcadas, e não a construção de um dispositivo que nos garanta novos modos de vida.

BIBLIOGRAFIA

ACÚRCIO, SANTOS & FERREIRA. O Planejamento Local de Serviços de Saúde. In: MENDES, E.V. (Org.) *A Organização da Saúde no Nível Local*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1998.

AKERMAN, M. A Construção de Indicadores Compostos para os Projetos de Cidades Saudáveis: um convite ao pacto transetorial. In: MENDES, E.V. (Org.) *A Organização da Saúde no Nível Local*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1998.

ALARCON, S. Aos Homens de Boa Vontade. In: AMARANTE, P. (Org.) *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

ALTHUSSER, L. *Ideologia e Aparelhos Ideológicos de Estado*. Lisboa: Editorial Presença, s/data.

AMARANTE, P. Loucura, Cultura e Subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: A Luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____ *Loucura e Ação Cultural: Sobre os Campos da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, LAPS/FIOCRUZ, 1998. mimeo.

_____ (Org.) *Loucos pela Vida*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998b.

_____ *O Homem e a Serpente*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

_____ *Uma Aventura no Manicômio: A Trajetória de Franco Basaglia*. Rio de Janeiro: Revista Manguinhos, Vol. I, 1994.

ARENDT, H. *Eichmann em Jerusalém : um relato sobre a banalidade do mal*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

ARISTÓTELES. *Tópicos*. Lisboa: Ed Guimarães, 1987.

BAREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1992.

BARTHES, R. *Sade, Fourier, Loyola*. Paris: Editions du Seuil, 1971.

BASAGLIA, F. (Org.) *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Ed Graal, 1985.

- BASAGLIA, F. & GALLO, G. *Vocação Terapêutica e Luta de Classes – para uma análise crítica do modelo italiano*. In DELGADO, J. (Org.): *A Loucura na Sala de Jantar*. São Paulo: Ed. Resenha, 1991.
- BLANCHOT, M. *O Espaço Literário*. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.
- BATAILLE, G. *O Erotismo*. Porto Alegre: L&PM Editores, 1987.
- BERGSON, H. *Matéria e Memória*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- BENVENISTE, E. *Problemas de Lingüística Geral*, Campinas: Pontes, 1988.
- BEZERRA, M. O. *Em Nome das Bases: Política, Favor e Dependência Pessoal*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.
- BIRMAN, J. *A Cidadania Treloucada*. In: AMARANTE, P. & BEZERRA JR., B. *Psiquiatria Sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília: Editora UnB, 2000.
- BUSS, P. M. *Promoção da saúde e qualidade de vida*. *Ciências e Saúde Coletiva*. ABRASCO, volume 5, número 1, 2000.
- CALIMAN, L. V. *A Reforma Psiquiátrica e os Novos Serviços - Formação dos Novos Profissionais*. Monografia para o Título de Especialista em Saúde Mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. Mimeo.
- _____ *Dominando Corpos e Conduzindo Ações: Genealogia do Biopoder em Michel Foucault*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. Mimeo.
- CAMARGO JR, K. R. (Ir) *Racionalidade Médica: Os Paradoxos da Clínica*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 2 número 1, 1992.
- CASTEL, R. *A Gestão dos Riscos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- _____ *L'Ordre Psychiatrique: l'age d'or de l'alienisme*. Paris: Les Editions de Minuit, 1976.
- CERQUEIRA, P. M. *A Política de saúde Mental na Cidade do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado. Mimeo. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 1999.
- CLASTRES, P. *A Sociedade Contra o Estado: Pesquisas de Antropologia política*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

- COSTA, C. F. *Filosofia Analítica*. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 1992.
- COSTA, J. F. & BIRMAN, J. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.): *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.
- CUNHA, A. G. *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1996.
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à Crise. In: DELGADO, J. (Org.) *A Loucura na Sala de Jantar*. São Paulo: Ed. Resenha, 1991.
- DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- _____ *Diferença e Repetição*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- _____ *Empirismo e Subjetividade*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2001.
- _____ *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1988a.
- _____ *Lógica dos Sentidos*, São Paulo: Editora Perspectiva, 1988b.
- _____ *Spinoza*. Paris: Presses Universitaires de France, 1970.
- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia II* Vol. V. São Paulo: Ed. 34, 1997.
- _____ *O Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia I*. Lisboa: Assírio & Alvim, s/data.
- DELEUZE, G. & PARNET, C. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.
- DELGADO, J. (Org.). *A Loucura na Sala de Jantar*. São Paulo: Ed. Resenha, 1991.
- DELGADO, P. G. A Psiquiatria no Território: construindo uma rede de atenção psicossocial, *Revista Saúde em Foco*, ano VI, nº 16, nov/97, SMS, Rio de Janeiro.
- DENT, N. J. H. *Dicionário Rousseau*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.
- DERRIDA, J. *Da Gramatologia*. São Paulo: Perspectiva, 1973.
- DESCARTES, R. *Meditações Metafísicas*. São Paulo: Nova Cultural, 1984.
- DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2000.
- DETIENNE, M. *Os Mestres da Verdade na Grécia Arcaica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.
- ECO, U. *Obra Aberta*. São Paulo: Perspectiva, 1971.

FLORENCE, M. Foucault. In HUISMAN, D. (Org) *Dicionário dos Filósofos*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, M. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1986.

_____ *Coleção Ditos & Escritos III - Estética: Literatura e Pintura, Música e Cinema*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

_____ *Dits et Écrits*. Vol. IV. Paris: Gallimard, 1994.

_____ *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____ *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____ *História da Sexualidade II: O Uso dos Prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____ *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1988a.

_____ *Verdade e poder*, in *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1988b.

_____ *Nietzsche, a genealogia e a história*, in *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1988c.

_____ *O sujeito e o Poder*. In RABINOW, P.; DRAYFUS, H. *Uma Trajetória Filosófica*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1995.

_____ *O Nascimento da Clínica*. Ed. Forense-Universitária: Rio de Janeiro: 1987.

_____ *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

_____ *Surveiller et Punir*. Paris: Gallimard, 1975.

GUATTARI, F. *As Três Ecologias*. Rio de Janeiro: Papyrus Editora, 1991.

_____ *Psychanalyse et Transversalité*. Paris: Maspero, 1972.

GUATTARI, F. & ROLNIK, S. *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

- GIOVANELLA, L. & AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: AMARANTE, P.(Org.): *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.
- GOLDBERG, J. *Clínica da Psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Cora editora e IFB Livros, 1996.
- HEGEL, G. W. F. *Fenomenologia do Espírito*. Petrópolis: Vozes, 1992.
- HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo: Tomo I*. Petrópolis: Vozes, 1988.
- HUISMAN, D. *Dicionário dos Filósofos*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- HUME, D. *Tratado da Natureza Humana*. São Paulo: Ed. Unesp & Imprensa Oficial, 2000.
- KANT, I. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Lisboa: Edições 70, 1964.
_____. *Crítica da Razão Pura*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian, s/data.
- KUHN, T. *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago: Chicago U.P., 1970.
- LA BOÉTIE, E. *Discurso da Servidão Voluntária*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.
- LALANDE, A. *Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- MACHADO, R. ET AL. *A Danação da Norma*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.
- MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Ed Hucitec, 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação em Saúde Mental, 1999-2001*.
_____. DATASUS, 2001.
_____. *Relatório Final da 2º Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Cosam, 1994.
- MOISÉS, M. *Dicionário de Termos Literários*. São Paulo: Cultrix, 1974.
- MOREY, M. Introducción: La Cuestión del Método. In Foucault, M. *Tecnologías del Yo y otros Textos Afines*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1990.
- MORIN, E. *O Método: A Natureza da Natureza*. Lisboa: Europa-América, 1977.
_____. Por uma Reforma do Pensamento. *O Correio da Unesco*, nº 24, abril, pg 10 - 14. Rio de Janeiro: 1996.

MOTTA, M. B. Apresentação. In Foucault, M.: *Coleção Ditos & Escritos III - Estética: Literatura e Pintura, Música e Cinema*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

NIETZSCHE, F. *Além do Bem e do Mal*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

_____ *Ecce Homo: como alguém se torna o que se é*. São Paulo: Max Limonad, 1986.

_____ *Fragmentos Finais*. Brasília e São Paulo: Editora Unb e Imprensa Oficial do Estado de São Paulo (seleção, tradução prefácio de Flávio R. Kothe), 2002.

_____ *A Gaia Ciência*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

_____ *Genealogia da Moral: uma polêmica*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

_____ *Obras Incompletas*. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

PANOFSKY, E. *Idea*. Madrid: Catedra, 1980.

_____ *La prospettiva come forma simbolica*. Milano: Feltrinelli, 1961.

PLATON. *Obras Completas*. Madrid: Grados, 1986.

PORTOCARRERO, V. *O Dispositivo da Saúde Mental: Uma Metamorfose na Psiquiatria Brasileira*. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado, IFCS/UFRJ, 1990, mimeo.

RIEGL, A. *Problemas de estilo*. Barcelona: GG Arte, 1980.

ROTELLI, F. O Inventário das Subtrações. In: *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROUSSEAU, J-J. Discurso sobre a Desigualdade entre os Homens. In: *Os Pensadores*. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

_____ *Emílio, ou Da Educação*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

_____ O Contrato Social. In: *Os Pensadores*. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

SAFRANSKI, R. *Nietzsche – Biografia de Uma Tragédia*. São Paulo: Geração Editorial, 2001.

SANTOS, M. & SILVEIRA, M. L. *O Brasil: Território e Sociedade no Início do Século XXI*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2001.

SARAIVA, F. R. DOS S. *Dicionário Latino-Português*. Rio de Janeiro: Livraria Garnier, 2000.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO/GERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL. *Esboço de um Programa de Saúde Mental para a cidade do Rio de Janeiro*. Documento Interno/SMS, Rio de Janeiro: 1997. (mimeo).

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SEROPÉDICA. *Plano Municipal de Assistência de Seropédica e Plano Municipal de Saúde de Seropédica*, 1997.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SEROPÉDICA/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. *Texto da Apresentação Oral do Programa de Saúde Mental de Seropédica no I Seminário de Saúde Mental da Baixada Fluminense*. Documento interno da SMS/PSM. Seropédica: 1999, (mimeo).

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SEROPÉDICA/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL. *Projeto de Implantação do Centro de Atenção Diária de Seropédica*. Documento interno da SMS/PSM. Seropédica: 2001, (mimeo).

SERRA, A. A. *A Psiquiatria como Discurso Político*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1981.

TESTA, M. *Pensamiento Estratégico, Lógica de Programación. Estrategia y Programación*. Buenos Aires: 1986, Mimeo.

UEXKHÜLL, J. *Dos Animais e dos Homens*. Lisboa: Ed. Livros do Brasil, S/data.

ULPIANO, C. Afetos: Um Sorriso, Um Gesto. In: *Pontos de Fuga: Visão, Tato e Outros Pedacos*. Rio de Janeiro: Editora Taurus, 1996.

_____ *Do Saber em Platão e do Sentido nos Estóicos como Reversão do Platonismo*. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado, IFCS/UFRJ, 1983. Mimeo.

VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da Cidadania, *Empowerment* no Campo da Saúde Mental e Estratégia Política no movimento de Usuários. In: AMARANTE, P. (Org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

VEYNE, P. *Como se Escreve a História e Foucault Revolucionou a História*. Brasília: Editora Unb, 1998.

ANEXOS

A - DECLARAÇÃO DE CARACAS

As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, Verificando,

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;

2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:

a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;

b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;

c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e

d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

Considerando,

1. Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000;

2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores

condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva;

3. Que os programas de Saúde Mental e psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde.

Declaram

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;

2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:

a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;

b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;

c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;

4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:

a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;

b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;

5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;

6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Para o que solicitam:

Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apóiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região.

Aprovada por aclamação pela conferência, em sua última sessão de trabalho no dia 14 de novembro de 1990.

B – LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: 1999 - 2001

Lei n.º 9.8677, de 10 de novembro de 1999

Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando a integração social dos cidadãos conforme especifica.

Comentário

Esta lei permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. É um valioso instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e incluí-los na dinâmica da vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais. Há uma evidente analogia com as chamadas “empresas sociais” da experiência de reforma Psiquiátrica Italiana. O projeto original é de iniciativa do Deputado Paulo Delgado (PT-MG).

Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Comentário

Esse texto, aprovado em última instância no plenário da Câmara Federal, reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil. Tem como base o Projeto original do Deputado Paulo Delgado e versão

final modificada do Substitutivo do Senador Sebastião Rocha. Inclui proposições contidas em substitutivos anteriores favoráveis ao projeto original (dos senadores Beni Veras e Lúcio Alcântara) ou contrários a ele (do senador Lucídio Portella).

a) A lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária e/ou desnecessária.

LEIS ESTADUAIS

Comentário Geral

Desde 1992 existem oito leis estaduais em vigor, todas inspiradas no Projeto de Lei Federal de autoria do deputado Paulo Delgado. Em todas está prevista a substituição progressiva da assistência no hospital psiquiátrico por outros dispositivos ou serviços. Há incentivo para os centros de atenção diária, a utilização de leitos em hospitais gerais, a notificação da internação involuntária e a definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Neste capítulo incluímos um decreto do Governo do Distrito Federal, para exemplificar que, dentro da sua jurisdição e utilizando-se de dispositivos da Lei Orgânica da Assistência Social, o chefe do executivo pode tomar a iniciativa de ampliar a rede de cuidados, antes mesmo da edição de norma federal, desde que definida a fonte de recursos e a forma do custeio, como ocorre no exemplo citado.

Ceará

Lei n.º 12.151, de 29 de julho de 1993

Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências.

Câmara Legislativa do Distrito Federal

Lei n.º 975, de 12 de dezembro de 1995

Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências.

Espírito Santo

Lei n.º 5.267, de 7 de agosto de 1992

Dispõe sobre direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais e dá outras providências.

Minas Gerais

Lei n.º 11.802, de 18 de janeiro de 1995

Dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências.

Emenda da Lei n.º 11.802, de 1.º de dezembro 1997

Altera a Lei n.º 11.802, de 19 de janeiro de 1995, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências.

Paraná

Lei n.º 11.189, de 9 de novembro de 1995

Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais.

Pernambuco

Lei n.º 9.716, de 7 de agosto de 1992

Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências.

Rio Grande do Norte

Lei n.º 6.758, de 4 de janeiro de 1995

Dispõe sobre a adequação dos hospitais psiquiátricos, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, construção de unidades psiquiátricas e dá outras providências.

Rio Grande do Sul

Lei n.º 9.716, de 7 de agosto de 1992

Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção

integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências.

Portaria n.º 189, 19 de novembro de 1991

Comentário

Altera o financiamento das ações e serviços de saúde mental.

Política pública se faz conhecer quando se define o seu financiamento. Essa portaria evidenciou que o nível central do SUS, enquanto principal financiador do sistema público, oferecia para os demais gestores a possibilidade de implantar, no campo da atenção em saúde mental, ações e serviços mais contemporâneos à incorporação de conhecimentos e de valores éticos, substituindo o modelo tradicional: ela aprova os procedimentos NAPS/CAPS, oficinas terapêuticas e atendimento grupal e sinaliza que se seguirá outra norma administrativa regulamentando todo o subsistema, considerado claramente inadequado.

Portaria n.º 224, de 29 de janeiro de 1992

Comentário

Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental.

Além da incorporação de novos procedimentos à tabela do SUS, esta portaria tornou-se imprescindível para regulamentar o funcionamento dos hospitais psiquiátricos que sabidamente eram, e alguns ainda são, lugares de exclusão, silêncio e martírio. Ela estabelece normas, proíbe práticas que eram habituais e define como co-responsáveis, à luz da Lei Orgânica da Saúde, pela fiscalização do cumprimento dos seus conteúdos, os níveis estadual e municipal do sistema, que são estimulados inclusive a complementá-la. Esta portaria teve a particularidade de ter sido aprovada pelo conjunto dos coordenadores/assessores de saúde mental dos estados, para que, entendida como "regra mínima", pudesse ser cumprida em todas as regiões do país.

Portaria n.º 407, de 30 de junho de 1992

Comentário

Cria código de procedimento transitório para hospitais psiquiátricos que ainda não cumprem integralmente a Portaria SNAS/MS 224/92, definindo exigências mínimas e mecanismos para habilitação neste procedimento.

Portaria n.o 408, de 30 de dezembro de 1992(*)

Comentário

Relaciona todos os códigos de procedimento da assistência psiquiátrica e regulamenta o cadastramento dos serviços.

Portaria n.º 088, de 21 de Julho de 1993*(*) Comentário

Prorroga o prazo de validade do código de procedimento Internação em psiquiatria III.

Portaria n.º 145, de 25 de agosto de 1994* Republicada por ter saído com incorreção, do original, no DOU de 29/8/1994.

Comentário

O GAP representou um importante instrumento de qualificação da assistência psiquiátrica hospitalar do SUS. Suas equipes, multidisciplinares e com integrantes dos diversos níveis de gestão, percorreram o país estabelecendo os critérios objetivos de acreditação e qualificação dos hospitais psiquiátricos públicos ou contratados. De 1997 em diante, o GAP foi sendo progressivamente desativado, com algumas exceções estaduais (como o Rio Grande do Sul), e sua lógica de funcionamento, como dispositivo ágil e articulado de supervisão hospitalar, é retomada agora, através da Portaria 799, de 19/07/2000 (ver página 88).

Portaria n.o 147, de 25 de agosto de 1994

Comentário

A exigência da exposição objetiva do projeto terapêutico da instituição psiquiátrica, de uma forma susceptível de confronto com a realidade institucional

no momento da supervisão técnica, é o objetivo desta portaria, que teve grande importância na qualificação do atendimento realizado pelos hospitais, no período de 1994 a 1996. Ainda hoje ela é um instrumento normativo importante para os gestores.

Portaria nº 1.077, de 24 de agosto de 1999

Comentário

Dispõe sobre assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica.

Assegura medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em saúde mental. Representa um aporte efetivo e regular de recursos financeiros para os estados e municípios manterem um programa de farmácia básica em saúde mental.

Portaria n.o 106, de 11 de fevereiro de 2000

Comentário

Cria e regulamenta o funcionamento dos "Serviços Residenciais Terapêuticos".

Desde a 2.^a Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992, que já se apontava à importância estratégica, para a reestruturação da assistência psiquiátrica, da implantação dos lares abrigados, agora mais apropriadamente designados de serviços residenciais com função terapêutica, parte que são do conjunto de cuidados no campo da atenção psicossocial.

Esta portaria tem papel crucial na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, pois possibilita desenvolver uma estrutura que se contrapõe à tão propalada, e para alguns insubstituível, "hospitalidade" do hospital psiquiátrico.

Portaria Nº 799/GM, de 19 de julho de 2000

Comentário

Auditoria especial nos serviços de saúde mental.

Determina avaliação da assistência prestada em saúde mental pelo Sistema Único de Saúde, estabelecendo mecanismos de supervisão continuada dos serviços hospitalares e ambulatoriais, bem como proposição de normas técnicas e alternativas que reforcem a continuidade dos processo de reversão do modelo de atenção em saúde mental vigente no País.

Portaria n.º 1.220, de 7 de novembro de 2000

Comentário

Regulamenta a portaria MS n.o 106, de 11 de fevereiro de 2000, para fins de cadastro e financiamento no SIA/SUS.

Portaria n.º 175/GM Em 7 de fevereiro de 2001.

Conforme esta portaria, o artigo 7º da portaria 106 fica alterado para: “Art. 7º. Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental aos quais os serviços residenciais terapêuticos estejam vinculados, possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades constituídas, no mínimo pelos seguintes profissionais”:

- a) 01 (um) profissional médio;
- b) 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação profissional.

C - RESOLUÇÕES DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Resolução n.º 93, de 2 de dezembro de 1993

Comentário

Constitui a Comissão Nacional de reforma psiquiátrica

Acatando Recomendação contida no Relatório Final da 2.a Conferência Nacional de Saúde Mental, o plenário do Conselho Nacional de Saúde cria comissão específica para assessorá-lo, entendendo ser a reforma psiquiátrica

processo complexo e prioritário, devendo, para tanto, incorporar na formulação das suas diretrizes os diversos atores sociais envolvidos nesta empreitada. Respeitando o disposto na Lei 8.142/91, a Comissão tem representado usuários, familiares, gestores, prestadores de serviços e associações de profissionais de saúde.

Resolução n.º 298, de 2 de dezembro 1999

Comentário

Constitui a Comissão de Saúde Mental. É a nova denominação, com variação na quantidade de instituições representadas da Comissão anterior, visando ter a mesma estrutura e atribuições das demais comissões daquele órgão colegiado.

Bipartite/RJ n.º 54, de 14/3/2000

Comentário

Aprova o Programa de Implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos para Pacientes Psiquiátricos de Longa Permanência.

Essa deliberação foi incluída nessa publicação pelo caráter exemplar que encerra: os níveis estadual e municipal podem e devem legislar em questões relativas ao financiamento setorial. Cabe ressaltar também o fórum apropriado onde se deu a pactuação, pois o sucesso da iniciativa depende de ação articulada pelo estado entre os diversos municípios das respectivas regiões