

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
REGIONAL – Mestrado e Doutorado
Área de Concentração em
Desenvolvimento Regional**

Karla Gomes Nunes

**DA LETRA DA LEI AO DISCURSO DOS PROFISSIONAIS: UM ESTUDO DE
CASO DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL DE BETIM/MG**

Santa Cruz do Sul, junho de 2008

Karla Gomes Nunes

**DA LETRA DA LEI AO DISCURSO DOS PROFISSIONAIS: UM ESTUDO DE
CASO DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL DE BETIM/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional - Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr. Mozart Linhares da Silva

Santa Cruz do Sul, junho de 2008

N972I

Nunes, Karla Gomes

Da letra da lei ao discurso dos profissionais : um estudo de caso do Centro de Referência e Saúde Mental de Betim/MG / Karla Gomes Nunes ; orientador, Mozart Linhares da Silva. - 2008.

172 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2008.

Bibliografia.

1. Saúde mental – Betim (MG) 2. Serviços de saúde mental. 3. Política de saúde mental. I. Silva, Mozart Linhares da. II. Universidade de Santa Cruz do Sul. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional. III. Título.

CDD: 362.2

Bibliotecária : Muriel Thurmer - CRB 10/1558

Karla Gomes Nunes

**DA LETRA DA LEI AO DISCURSO DOS PROFISSIONAIS: UM ESTUDO DE
CASO DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL DE BETIM/MG**

Esta Dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Área de concentração em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Prof. Dr. Mozart Linhares da Silva
Orientador

Prof. Dr. Marcos Artemio Fischborn Ferreira

Prof. Dr. Neusa Maria de Fátima Guareschi

Dedico este trabalho a Edvaldo (José Gandra), Lourdes, Zé Boião, Ageu, Marcelo e Seu Hermínio, pessoas cujas trajetórias de vida me fazem lutar pela continuidade da Reforma Psiquiátrica. E também ao Mico, por apontar de um modo tão radical os paradoxos desta luta.

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação de mestrado é fruto de diversos encontros e acontecimentos que marcaram profundamente a minha vida; por esse motivo, são inúmeras as pessoas a quem devo agradecer. Uma pessoa, porém, não está mais neste plano, pois com muita dor nos deixou antes que eu concluísse esta empreitada e ele aqui pudesse ver seu nome.

Agradeço a CAPES pelos recursos que me ofereceram: as condições de possibilidade para o prosseguimento dos meus estudos e da minha formação como pesquisadora no Sul do Brasil. Tenho certeza que, em outras terras, os frutos não seriam os mesmos.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da UNISC, especialmente aos Coordenadores Professor Dr. Marcos Artemio Fischborn Ferreira e Professor Dr. Mário Riedel, por me acolherem com tanta generosidade, tornando menos árdua a distância de minha região. Estendo estes agradecimentos a Cássia Andrada, Juliana Molz e Daniela Souza Cuervo e a todos os professores que compõe este Programa.

Sou extremamente grata ao Professor Dr. Mozart Linhares da Silva, meu orientador, por apostar em uma caminhada intelectual conjunta e por se desdobrar em me fazer ver onde eu ainda não podia. Minha sincera gratidão pelo respeito com o qual me aceitou como sua “aprendiz-de-historiadora”.

Meu afeto à Professora Dr^a. Edna Linhares Garcia por ela compartilhar comigo sua sala de aula, em meu estágio de docência, e tantas outras experiências. Sou grata ao Departamento de Psicologia, aos professores, estudantes e secretárias que lá encontrei.

Aos meus pais Carlos e Adélia e aos meus irmãos Priscila e Adriano agradeço pela presença certa que eles têm em minha vida e por deixarem claro para mim o que é o amor.

O meu carinho estende-se ainda aos meus familiares mineiros e gaúchos, raízes híbridas fundamentais em minha existência. Os meus amigos *loucos* de Belo Horizonte também me tocam profundamente.

Aos membros da família Klein - Rainildo, Noeli, Ronita, Mico, Laureno, Nuki, Daniel, Henrique, Xinho, Neca e tia Julita, agradeço por tudo, pelo abrigo físico e afetivo e por tanto mais.

Agradeço sinceramente a Carmen Cristine Lange por me ajudar com os impasses da escrita e a seu filho Uri Noah por tornar-se também meu amigo.

Agradeço imensamente aos profissionais do CERSAM de Betim por contribuírem em diversos momentos de minha trajetória, especialmente Cláudia Generoso, Sônia Diniz, Maurício, Vanda 'Bubuque', Morvan e Ronaldo Zenha. Sou grata também aos meus imprescindíveis mestres: Roberta Romagnoli, Renato Diniz, Jorge Franca e Tereza Calvet.

Meu afeto aos amigos que encontrei em Santa Cruz do Sul: Fabiana Vargas, Carina, Eliane, Débora, Fabiana Funk (e a Cá), Mateus, Cláudio, Glória Silvina e a todos os outros integrantes do grupo do mestrado e do doutorado. Aos migrantes como eu: Lucir, Eduardo Reis, Esmeradison e Ronaldo Silva. Ronaldo, além de saber o que é ser mineiro, me trouxe preciosos documentos lá de Barbacena.

Ao Chico, meu amor, agradeço por ter chegado ao fim desta pesquisa junto comigo e por ter estado lá onde tudo começou. Hoje, formamos uma família!

RESUMO

Esta dissertação analisa o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil tomando como estudo de caso o CERSAM de Betim, Minas Gerais. Para tanto, discute-se o processo de institucionalização das organizações especializadas no trato da loucura no Brasil e, mais especificamente, em Minas Gerais, assim como a emergência de uma discursividade sobre a 'saúde mental' após os movimentos pelas reformas sanitária e psiquiátrica neste país. Retoma-se aqui os textos das políticas públicas no campo da assistência psiquiátrica e, posteriormente, no campo da saúde mental, por entendê-los como parte de um processo histórico maior, onde estão articulados acontecimentos, práticas, percepções e jogos entre o saber e o poder. Nesta dissertação, para além do que está documentado sob a forma da Lei, parte-se em busca do discurso dos profissionais que atuam no CERSAM de Betim, uma vez que são estes que executam a política pública implementada, levando, de algum modo, a ação do Estado à população. Inscrevendo, portanto, cidadãos como usuários dos serviços de saúde mental da cidade de Betim.

PALAVRAS CHAVE: CERSAM, Reforma Psiquiátrica, Políticas Públicas, Saúde Mental, Técnicos de Referência.

ABSTRACT

This research analyses the Brazilian psychiatric reform, taking for study object the CERSM, in the town of Betim, Minas Gerais. The institutionalization process of the specialized organizations in madness treatment in Brazil is discussed and, especially in Minas Gerais, as an urgent speech about a 'mental health' discussion after the movements for sanitary and psychiatric reforms in this country. Here are retaken the texts about the public politics in psychiatric assistances and, later, mental health, understanding them as part of a higher historical process, where events are articulated, as well as practices, perceptions and games between knowledge and power. In this research, beyond the law, there is a searching for the CERSAM (Betim) professional speech, because they execute the implemented public politics, taking, somehow, the action of the state to the people. Inscribing, thus, the citizens as users of mental health services in the town of Betim.

KEY WORDS: CERSAM, Psychiatric Reform, Public Politics, Mental Health, Reference Technicians.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População residente em Betim nos anos de 1970, 1980, 1991, 2001, 2007.....	99
Tabela 2 – Valor Adicionado Bruto dos três macrossetores do município de Betim/MG.....	101
Tabela 3 – Estrutura empresarial de Betim: principais atividades econômicas em relação à População Ocupada – Ano 2004.....	101
Tabela 4 – Número de atendimentos prestados a pacientes provenientes de Betim em instituições psiquiátricas públicas de Belo Horizonte, no período de janeiro a dezembro de 1993, em Hospitais/Clínicas privadas conveniadas entre os meses de agosto/setembro/outubro de 1993 e consultas ambulatoriais realizadas no trimestre agosto/setembro/outubro de 1993. Dados referentes ao local de atendimento, à modalidade de intervenção e ao número de atendimentos prestados (consultas, internações ou consultas ambulatoriais).....	115
Tabela 5 – Número de pessoas em atendimento pelos profissionais de saúde mental de Betim, entre janeiro e 15 de março de 1993, e quadro clínico.....	117
Tabela 6 – Perfil dos entrevistados quanto ao local de formação; tempo de formados; instrução; experiência em Hospital Psiquiátrico; tempo de trabalho no CERSAM e modalidade de ingresso no mesmo.....	122

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1. PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL: O CASO DE MINAS GERAIS.....	13
1.1 Os primórdios da Assistência Psiquiátrica em Minas Gerais: o contexto de criação da Assistência a Alienados.....	19
1.2 Políticas públicas para institucionalização e administração da loucura: a Lei 290 e o Decreto de 1903.....	24
1.3 Práticas bioquímicas de controle da vida.....	39
2. MOVIMENTOS DE REFORMA NO BRASIL: REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA	47
2.1 Democracia: condição de possibilidade para a saúde ser direito do cidadão e dever do Estado.....	50
2.2 VIII Conferência Nacional de Saúde e a consolidação do discurso da saúde como um direito civil.....	56
2.3 Quanto mais democracia se tem, mais democracia se quer: os porões da loucura e a luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	60
2.4 Abrindo os porões da loucura: o itinerário público da loucura em Minas Gerais.....	66
3. OS ANOS DE 1980/90 E AS CONDIÇÕES DE POSSIBILIDADE PARA NOVAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: O CASO DE MINAS GERAIS.....	78
3.1 A década de 1990 e as novas políticas públicas em saúde mental.....	81
3.2 Os paradoxos da legislação em saúde mental: a Lei 11.802.....	87
4. CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL – CERSAM DA REGIÃO DE BETIM/MG: UM ESTUDO DE CASO.....	97
4.1 Caracterização da região de Betim.....	99
4.2 Betim e sua rede de saúde pública.....	104
4.3 Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM.....	107
4.4 O discurso dos profissionais.....	120
4.4.1 Reforma Psiquiátrica.....	123
4.4.2 Saúde Mental.....	130
4.4.3 Público Alvo.....	135
4.4.4 Técnico de Referência.....	147
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	154
REFERÊNCIAS.....	162
ANEXOS.....	171

INTRODUÇÃO

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a partir dos anos de 1980, ocorreu um processo de grande questionamento e crítica à rede assistencial psiquiátrica constituída em torno do sistema asilar. Isto resultou na gradativa readequação e desativação dos grandes hospitais psiquiátricos, com a progressiva implementação de uma modalidade de assistência aos portadores de sofrimento psíquico baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Em Betim, Minas Gerais, em meados de 1990, foi criado o primeiro Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), um serviço aberto e inserido na comunidade. Este equipamento e os demais existentes no país, nomeados como Núcleos de Atenção Psicossocial ou Centro de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), foram posteriormente regulamentados pelas portarias 189 e 224 do Ministério da Saúde, respectivamente de 1991 e 1992.

Esta dissertação de mestrado procurou abordar as condições de possibilidades implicadas no processo de institucionalização dos equipamentos de atendimento ao portador de sofrimento psíquico, criados a partir dos discursos e das práticas que emergiram com a Reforma Psiquiátrica brasileira. Optou-se, para tanto, pela realização de um estudo de caso do CERSAM, do município de Betim, tendo em vista que o mesmo representa um exemplo importante da nova ordem multidisciplinar que se institucionaliza em torno do que, na atualidade, nomeia-se como campo da saúde mental.

O estudo de caso permite uma reflexão sobre a feição que assume no plano regional ou local uma proposição política, tendo em vista os diversos acontecimentos que entram em jogo no processo de implementação de uma política pública, sobretudo, no que se refere às ações e serviços no âmbito da saúde. Por outro lado, pode-se também indagar como alguns enunciados como: 'Reforma Psiquiátrica', 'saúde mental', 'público alvo' e 'técnicos de referência' são articulados na ordem do discurso por aqueles que levam a ação do Estado à população, ou seja, os atuais trabalhadores em saúde mental do município de Betim, isto porque tais profissionais na mesma medida em que interpelam novos sujeitos para os CERSAM, tornando-os usuários desses equipamentos, são também interpelados por

uma discursividade que os constituem como os Técnicos de Referência destes mesmos sujeitos-usuários.

A problematização dos enunciados delimitados acima, partiu da intenção de indagar ‘como’ os profissionais que atuam no CERSAM de Betim percebem os movimentos sociais e históricos que precederam a constituição das instituições nas quais trabalham e, ainda, como articulam discursivamente o campo de atuação no qual se inserem, o público que constituem e, sobretudo, como percebem a função que exercem na atualidade, tendo em vista a histórica relação institucional constituída em torno da loucura e da doença mental. Relação que este estudo buscou tensionar na tentativa de compreender em qual medida sob novos enunciados inscreve-se descontinuidades, rupturas e transformações em relação à lógica psiquiátrica/asilar precedente e ainda presente em muitos estados brasileiros.

Em vistas a alcançar as questões colocadas ao longo do trabalho de pesquisa e escrita, esta dissertação foi dividida em quatro capítulos. No primeiro, a discussão centrou-se no contexto de institucionalização do Hospício de Pedro II, destacando-se as influências européias presentes na construção do primeiro hospício brasileiro. Procurou-se demarcar a articulação entre a medicina e a política e, conseqüentemente, a articulação dos discursos da ciência, da lei e o discurso político na resignificação da loucura como doença mental. Mesmo fazendo referência ao plano nacional, boa parte desse capítulo foi dedicada à conjuntura de implantação da primeira instituição manicomial em Minas Gerais, nos primeiros anos do século XX.

No segundo capítulo, foram abordados os movimentos sociais pela reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil, sendo discutidas as condições de possibilidade de tais movimentos e a emergência de uma discursividade que passou a pressupor ‘a saúde como um direito de todos e um dever do Estado’. Esse enunciado foi ratificado pela Constituição Federal de 1988, delineando-se a partir desta época as diretrizes para um novo modelo de gestão e atenção à saúde. Esta discussão foi aqui enfrentada tendo em vista a constituição do SUS como condição fundamental no processo de reorientação nacional da assistência psiquiátrica. Ainda neste capítulo, foi construído um panorama da assistência psiquiátrica prestada no Brasil e

em Minas Gerais, por volta dos anos de 1970/1980, pois tornou-se importante demarcar contra qual realidade os movimentos pela Reforma Psiquiátrica se insurgiram. Tal empreitada culmina na descrição do itinerário público da loucura instituído em Minas Gerais naquele período, itinerário que iniciava na capital do estado, tendo como último destino o Hospício de Barbacena.

No terceiro capítulo, foram abordadas as políticas públicas em saúde mental, propostas na transição das décadas 1980/1990. Delimitando-as como integrantes de um processo histórico muito maior, onde saber e poder sempre foram postos em jogo e, também, por apreender a existência de uma nova legislação como parte integrante das condições de possibilidade para a emergência de outros discursos e outras práticas no campo da saúde mental, como por exemplo a institucionalização dos NAPS/CAPS/CERSAM.

No quarto capítulo, encontra-se o Estudo de Caso do CERSAM de Betim, onde partiu-se de uma preliminar análise regional, agregando-se à mesma a descrição da rede de saúde pública municipal existente em Betim. Seguem-se a esses tópicos, o histórico da instituição estudada, bem como uma reflexão sobre o discurso dos profissionais que atuam no CERSAM em epígrafe. Nomeia-se aqui como o discurso dos Técnicos de Referência um conjunto de dezoito entrevistas semi-estruturadas, realizadas durante o mês de janeiro de 2007. Nestas entrevistas a intenção era apreender como articulam-se no discurso dos profissionais entrevistados diversos enunciados que tornam-se fundamentais quando se aborda uma etapa - que se pretende - nova acerca da relação do homem com a 'loucura' ou, como de diz atualmente, com os transtornos mentais.

1. PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL: O CASO DE MINAS GERAIS

No Brasil, será a partir de meados do século XIX que erguer-se-ão as grandes instituições destinadas ao recolhimento dos insanos, isto é, daqueles que carregam os estigmas que, instituídos lentamente pela modernidade, esboçam o vulto do louco. Em 1830, emerge o pedido público para que seja edificado um hospício para alienados (pedido este desencadeado em meio a um grande movimento organizado por um grupo de médicos no Rio de Janeiro), os quais - além de fomentarem tal reivindicação - propuseram outras medidas de higiene pública e saneamento da vida urbana (COSTA, 1989). Para tanto, o asilo almejado deveria conter aqueles que perambulavam pela cidade, bem como recolher, sob seus cuidados, todos os insanos que estavam reclusos nas Santas Casas de Misericórdia, nos hospitais gerais ou mesmo nas casas de correção cariocas. As más condições dos porões onde estas pessoas eram trancadas (local também utilizado como palco para a prática dos castigos corporais) deveriam ser substituídos por um “asilo higiênico e arejado, onde os loucos pudessem ser assistidos segundo os princípios do tratamento moral” (COSTA, 1989, p. 70).

A constituição da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em 1829, ofereceu as condições de possibilidade para a propagação do movimento que repercutiu na opinião pública com a intenção de edificar tal asilo (COSTA, 1989; VENÂNCIO, 2003). Historicamente, os profissionais médicos lutaram para o fortalecimento do corporativismo profissional; com a intenção de alcançar tal finalidade, mobilizaram-se em prol da condenação de práticas por eles nomeadas como “charlatanismo”¹ ou “curandeirismo”, como também lutaram pelos lugares de destaque entre as lideranças gestoras do Estado, o que resultaria em pressões políticas, objetivando a proposição e implementação de políticas públicas que expandissem o mercado de serviços médicos (MENDES, 1999). Conforme Mendes, a luta dos grupos compostos por essa categoria profissional em desautorizar outras práticas e saberes visava, em última instância, à contínua afirmação do saber

¹ Sobre a luta contra o “charlatanismo” no Rio Grande do Sul ver: WEBER, Beatriz Teixeira. Médicos e Charlatanismo: uma história de profissionalização no Sul do Brasil. In: SILVA, Mozart Linhares da. História **Medicina e Sociedade no Brasil** (org). Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003, p.95-128.

médico e à conquista de poder para sua corporação; argumenta o autor que “pelo profissionalismo, as corporações transformam-se em grupos de interesses ou de pressão permanentes. Esse pólo corporativo tem grande peso na conformação de políticas em saúde” (1999, p. 25).

A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro surge em um contexto de urbanização e modernização do Brasil, no qual ocorre a constituição de várias instituições disciplinares, entre elas as casas correccionais previstas pelo Código Criminal de 1830 (SILVA, 2005c). Esta burocratização da vida é decorrente de uma estratégia do Estado - no sentido de impor-se como o ordenador do espaço público, imposição que, de certa forma, ocorreu pela intervenção na esfera privada, onde a família foi o principal alvo. Contribuiu para a subordinação das famílias ao Estado a ação do saber médico por meio de sua vertente higienista (ROMAGNOLI, 2003). A medicina passou a fazer parte do dia-a-dia dos indivíduos em um contexto onde a expansão econômica - ao lado das descobertas científicas - representava a grande esperança de progresso. Segundo Romagnoli, apenas na modernidade poderia eclodir tal aspiração pelo controle. Conforme a pesquisadora,

a era moderna trouxe consigo a criação e a ascensão do saber científico. Saber este que, através do enaltecimento da razão, vinculava a existência humana a um projeto de conhecimento que tem na ciência seu pilar de sustentação. Baseada em esquemas de rendimento e eficácia, a ciência conquista um espaço absoluto na sociedade ocidental, relegando ao descrédito e ao esquecimento outras formas de saber que não partilhem de seus pressupostos básicos: objetividade, causalidade, sistematização e produtividade (2003, p. 5).

Desse modo, quando na modernidade são demarcados os domínios que passarão a ordenar os núcleos sociais urbanos, delinea-se também aquilo que foge a essa ordem: como se distinguem aqueles que não se encaixam na disciplina das fábricas, não possuem endereço fixo ou origem definida. Assim, cada ordem constitui – em contrapartida – sua própria desordem, seu refugio que precisa ser varrido, escondido. No caso do louco, solicita-se que o mesmo seja proibido de deambular pelo espaço público, como também não se admite mais que o mesmo seja simplesmente banido das cidades (SILVA, 2005b). Paradoxalmente, ao estar incluído em uma organização urbana capitalista, onde os principais domínios sociais orientam-se pelo trabalho, pela produtividade econômica, pela sexualidade

controlada sob o ideal da família nuclear e pela linguagem - enquanto possibilidade de intercâmbio interpessoal - o louco torna-se excluído de todos esses domínios. Para Foucault, ele “é, sem dúvida nenhuma, o resíduo de todos os resíduos, o resíduo de todas as disciplinas, aquele que é inassimilável a todas as disciplinas escolares, militares, policiais, etc., que podem ser encontradas numa sociedade” (2006, p. 67).

Portanto, não basta excluir. É preciso incluir o sujeito em instituições moralizadoras, pois esta será a condição para que o mesmo seja governado, adestrado, podendo, assim, o poder disciplinar atuar diretamente sobre o seu corpo (SILVA, 2005b). Após o final da década de 1830, na qual a Associação Médica do Rio de Janeiro solicitou a criação de um asilo para alienados, foi assinado, em 1841, pelo imperador Pedro II, o Decreto de fundação do primeiro hospício do Brasil (COSTA, 1989; MACHADO et al, 1978).

Inaugurado em 1852 e batizado com o nome do imperador, ao Hospício de Pedro II foi atribuído o desígnio de atender aos alienados mentais de todo o país. Logo, o Decreto nº 82, de 18 de junho 1841, o qual ordenou a criação dessa instituição, é apontado pela historiografia como o marco da psiquiatria no Brasil, pois o modelo asilar seria reiterado em diversos pontos da nação brasileira, marcando o projeto civilizatório do Segundo Reinado em nosso país (MACHADO et al., 1978; RESENDE, 1987; ENGEL, 2003; HOLANDA, 2006).

A instituição asilar recém-inaugurada orientava-se pela psiquiatria francesa que, por sua vez, tinha como principal premissa a implementação de políticas assistenciais - asilares - para os alienados. Entretanto, deve-se ter em vista que, no Brasil, o Hospício de Pedro II foi criado a partir de um regime monárquico centralizador, em consonância a um declarado consenso de elites, diferentemente do que observou Venâncio sobre o caso francês; isto porque “na França, o que estava em jogo era a tentativa de criar novos modos de organização social fundados no ideário da igualdade e da liberdade” a partir da Revolução Francesa (2003, p. 13).

Posteriormente, com a Proclamação da República, o Hospício Nacional de Alienados² deixou de estar sob a administração da Santa Casa de Misericórdia, passando a ser administrado pelo Estado (COSTA, 1989; CORRÊA, 2001). Porém, o projeto civilizatório (do qual ele era o principal emblema) permanece operante na transição do século XIX para o século XX, tendo como uma de suas manifestações concretas a Lei de Assistência aos Alienados, de 1903, ou seja, lei basilar para a reorganização das instituições de reclusão e manutenção da ordem no cenário brasileiro (CARRARA, 1998).

Quando inaugurado, o Hospício de Pedro II dispunha de acomodações para 350 pacientes; logo, novos pavilhões foram implantados e sua capacidade passou para 800 vagas (HOLLANDA, 2004). Lotação rapidamente atingida, o que motivou o governo central a determinar aos estados a guarda de seus alienados. Tal determinação multiplicou a criação de hospícios ao longo do território brasileiro. É importante ressaltar que somente em 1881 foi criada a cadeira de Clínica Psiquiátrica e Moléstias Mentais na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (VENÂNCIO, 2003). Contudo, no período de um século, isto é de 1852 a 1954, foram inauguradas aproximadamente 55 novas instituições destinadas à administração da loucura. As mesmas eram divididas entre Hospícios, Asilos, Enfermarias, Sanatórios, Colônias Agrícolas e Manicômios Judiciários, o que denota que o funcionamento asilar precedeu a existência de um corpo de conhecimento regional especializado no trato da loucura (Ver: RESENDE, 1987; VENÂNCIO, 2003). Tal acontecimento foi analisado adequadamente por Silva, isto porque o historiador esclarece que em se tratando dos dispositivos disciplinares, “não é um saber que se antecipa a uma prática, mas um saber formado a partir de um dispositivo que liga o poder e o saber, cujos efeitos se multiplicam, nutrindo-os incessantemente” (2005b, p. 43).

À discussão precedente, acrescenta-se que a conexão entre saber e poder terá seu ponto de aplicação no corpo do indivíduo - corpo capturado por diferentes mecanismos com a finalidade de torná-lo dócil e submisso (ROMAGNOLI, 2003, p.

² O Hospício de Pedro II foi rebatizado, após a Proclamação da República, como Hospício Nacional de Alienados. Entretanto, em 1911, sua nomenclatura passa a ser Hospital Nacional de Alienados (HOLLANDA, 2004, p. 25 (nota 6)).

9). No curso proferido no Collège de France, entre 1973 e 1974, Foucault ofereceu alguns indícios sobre como, neste contexto, o conceito de indivíduo pode ser entendido. Conforme as palavras de Foucault:

o indivíduo é o resultado de algo que lhe é anterior e que é esse mecanismo, todos esses mecanismos, que vinculam o poder ao corpo. É porque o corpo foi 'subjetivado', isto é, porque a função – sujeito fixou-se nele, é porque ele foi psicologizado, porque foi normalizado, é por causa disso que apareceu algo como o indivíduo, a propósito do qual se pode falar, se podem elaborar discursos, se pode tentar fundar ciências (FOUCAULT, 2006, p. 70).

Nesta conjuntura, onde o corpo e a psique tornam-se objetos da ciência, emerge a exterioridade do que se configurará como o discurso do patológico, discurso autenticado pela medicina que - sob o rótulo da loucura - irá autorizar o seqüestro de determinados sujeitos, incluindo-os, conseqüentemente, em instituições manicomiais. Como assegura Carrara, "a loucura foi (e continua sendo), em grande medida, uma linguagem amplamente utilizada em nossa sociedade para controlar, gerir e, em alguma medida, neutralizar comportamentos que transgridem normas, valores e regras" (1998, p. 48). Subjacente a essa passagem está a noção de que sobre o sujeito é projetado um discurso construído previamente, ou seja, ao atribuir o status de "louco" ou, posteriormente, de "doente mental" a uma pessoa, invalidam-se, conseqüentemente, quaisquer tentativas suas de estabelecer um contrato, de modo que "os bens dos loucos tornam-se suspeitos; as mensagens incompreensíveis; os afetos desnaturados, tornando praticamente impossível qualquer possibilidade de troca" (KINOSHITA, 2001, p. 55).

Nesse sentido, pode-se inferir que os jogos políticos, as relações onde o saber assume efeitos de poder e o desejo imperativo de controle do meio público, tornaram-se algumas das condições de possibilidade para que o Estado e a medicina atuassem sobre a população, criando instituições para gerenciar e administrar a vida sob os moldes da ciência moderna. Ciência que respaldará a imposição da vontade médica e estatal sobre o corpo alheio, negando ao cidadão o poder de decidir sobre o cuidado de si mesmo. Este contexto é favorável ao desencadeamento de dois movimentos interdependentes, um dos movimentos refere-se à propagação do ideal germânico, concretizado por meio da difusão da

“eugenia”³ no Brasil, ou seja, a pretensão de gerir o homem enquanto espécie, assumindo o controle de seu corpo e de sua sexualidade em vistas ao melhoramento da “raça”. O outro movimento resulta em uma intenção de moralizar a sociedade por meio das ações médicas, segundo argumenta Mendes (1999) na seguinte passagem:

(...) a medicalização dá-se mediante rotulação médica a crescentes áreas do comportamento, convertendo certos problemas em doenças e obscurecendo a determinação última do processo saúde-enfermidade. O processo de medicalização tem a ver com uma dupla tendência convergente: a complexificação da vida cotidiana com a ampliação do campo dos “desvios” e o desenvolvimento da profissionalização médica que reforça sua identidade e poder profissional, legitimando e normalizando esses desvios. Daí resulta um processo de medicalização de todos os padecimentos, desumanizando-os, dessocializando-os e convertendo-os em patologias e, o que é pior, levando à ilusão de que se pode obter saúde mediante a eliminação das doenças (1999, p. 23).

O pressuposto precedente aponta para a interferência da medicina na institucionalização de práticas, espaços e, conseqüentemente, políticas públicas específicas para administrar os mais diversos desvios sociais, entre eles, a “loucura”. No caso nomeado do louco, a medicina justificou seu seqüestro do espaço público e preconizou que o mesmo deveria ser incluído em um campo medicalizado. A oferta desta modalidade de intervenção suscitou uma crescente demanda por vagas nos hospícios brasileiros, o que - para Mendes - poderia ser um resultado previsto, porque “se há uma tecnologia médica, ela tende a ser usada, justificada ou injustificadamente, induzindo a demanda pelo lado da oferta e submetendo os pacientes, muitas vezes, a um custo social e humano desnecessário” (1995, p. 24).

Rapidamente, o Hospício de Pedro II não comportou a imperativa demanda social para que fossem excluídos e segregados alcoólatras, andarilhos, vadios, arruaceiros, mulheres defloradas ou abandonadas, sendo necessário que as Unidades Federativas arcassem com seu próprio refugio (MOREIRA, 1983). Junto a este fato, emerge o conflito entre os alienistas cuja formação pautou-se pelo ideário francês e aqueles que passam a aderir aos preceitos da escola psiquiátrica germânica. O primeiro grupo defende políticas assistenciais, tendo o asilo como a

³ “O termo ‘eugenia’ foi criado pelo fisiologista inglês Francis Galton (1822-1911), em 1883, que o definiu como ‘o estudo dos agentes sob o controle social que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações seja fisicamente ou mentalmente’” (SANTOS, 2005).

matriz principal, enquanto o segundo preconiza a higiene mental e o controle eugênico da população como uma das medidas para se prevenir a perpetuação das moléstias mentais (VENÂNCIO, 2003). Como se observará na trajetória de Minas Gerais, a exclusão, assim como a eugenia, serão balizadoras importantes no que se refere à gênese das políticas públicas voltadas para a assistência aos alienados.

1.1 Os primórdios da Assistência Psiquiátrica em Minas Gerais: o contexto de criação da Assistência a Alienados

Em Minas Gerais, até 1900, o destino dos alienados intercambiava-se em poucas opções: as ruas, anexos das Santas Casas de Misericórdia de São João Del Rei e Diamantina, acomodações domiciliares, as cadeias públicas ou o encaminhamento ao Rio de Janeiro, por meio de um convênio firmado com o Hospital Nacional de Alienados (MAGRO FILHO, 1992). No entanto, assim como no Rio de Janeiro, na passagem do século XIX para o século XX, são questionadas as condições insalubres às quais são expostos os insanos encarcerados nas cadeias públicas e Santas Casas de Misericórdia. Por outro lado, ao ser fundada Belo Horizonte⁴, a capital do Estado de Minas Gerais, nos anos de 1897, são instituídas regras de conduta, limpeza e organização do espaço público condizentes com o imaginário daquela época. Essas regras, por sua vez, demarcavam a intenção de ordenar o recém-criado lócus para a alta administração do Estado mineiro; para tanto, deixaram fora de suas fronteiras tanto os operários envolvidos na edificação da nova capital quanto todos aqueles que rompiam com o ideal do que deveria fazer parte daquele território em vias de urbanização⁵.

Tais movimentos ocorreram em um período durante o qual difundia-se a idéia do asilo como o principal lugar para recolher todos aqueles que precisavam ser

⁴ Em 1893, é assinado o decreto determinando a transferência da capital de Minas Gerais de Ouro Preto para a nova sede, àquela época denominada como “Cidade de Minas”; entretanto, a inauguração oficial só vem a correr em 12 de dezembro de 1897. Em 1901, a capital do estado mineiro passa a chamar-se “Belo Horizonte” (www.mineiros_uai.com.br – acessado em 24/07/07).

⁵ O projeto de construção da capital mineira previa que a mesma deveria restringir-se aos limites da Avenida do Contorno, pois -como o próprio nome sugere -trata-se de uma avenida construída ao longo de todo o entorno da área central de Belo Horizonte; esse mesmo projeto previa a construção dos bairros operários fora dos limites da referida avenida.

“tratados”, pois os transtornos morais, os vícios, os delírios, as alucinações, a indigência, assim como as afecções da conduta, junto aos conceitos de monomania e degenerescência (Ver: CARRARA, 1998), compunham o quadro de comportamentos entendidos como desviantes e patológicos e, por conseguinte, indicativos da necessidade de internação em instituições especializadas (SILVA, 2005a). Junto a essas questões, se encontra a necessidade do governo mineiro em concentrar os recursos públicos dispersos entre as Santas Casas de Misericórdia, bem como o desafio de enfrentar as restrições relativas às internações impostas pelo Hospital Nacional de Alienados, devido ao aumento de sua demanda.

Portanto, neste contexto histórico, diversos agentes sociais, concomitantemente, impuseram ao Governo de Minas a necessidade dele assumir o controle e a assistência de seus alienados, como acontecia no restante dos Estados brasileiros. Tal reivindicação era procedente tanto do governo republicano quanto de lideranças médicas e políticas mineiras, onde se destacaram os médicos Antônio Gonçalves Gomide (1770-1835), Josephino Santa Rosa (1878-1950) e Joaquim Antônio Dutra. Deste alinhamento entre políticos e médicos, concretizou-se um projeto de lei apresentado à Câmara Estadual propondo a criação da Assistência a Alienados na terra do ouro. Projeto logo aprovado, configurando-se “na Lei 290, de 16 de agosto de 1900, que cria a Assistência aos Alienados em Minas Gerais” (MAGRO FILHO, 1992, p. 27).

O projeto que culminou na criação da Assistência a Alienados em Minas Gerais, restrita em sua gênese a um único hospício situado no município de Barbacena, foi apresentado ao Senado pelo Dr. Joaquim Antonio Dutra, médico cuja trajetória política deixou marcas na história mineira, pois seu projeto não só é aprovado como o próprio autor é o indicado para implementá-lo, por meio de sua nomeação como diretor da instituição. A síntese biográfica do fundador da assistência psiquiátrica em Minas Gerais revela a aliança estabelecida entre as instâncias mais influentes do estado com a intenção de institucionalizar um espaço especializado no controle dos alienados, conforme demonstra o fragmento a seguir:

Joaquim Antônio Dutra, nascido em São João Nepomuceno (MG) em 1853, formou-se em medicina no Rio de Janeiro em 1881, tendo como paraninfo

de sua turma D. Pedro II. Passou a clinicar em Leopoldina, onde ocupou a Presidência da Câmara. Após a Proclamação da República, foi eleito deputado à Assembléia Constituinte de MG. Posteriormente, ascendeu ao Senado Mineiro, onde esteve até 1903. Em 1900 apresentou o projeto da criação de um Hospital de Assistência a Alienados, sendo sancionado pelo Presidente do Estado Silviano Brandão. Em 1903, o Presidente Francisco Sales escolheu Barbacena como sede do Hospital, designando o Dr. Joaquim Dutra para implementação do projeto e o nomeando Diretor. Exerceu o cargo por 33 anos, quando se aposentou da função aos 83 anos, em 1936. Em 1933, a Sociedade Médico-Cirúrgica de MG conferiu-lhe a Cruz de São Jorge pelos 30 anos à frente do Hospital, condecoração instituída pelo Professor de Psiquiatria da Universidade de Kharkoff, o russo P. J. Kovalevsky, aos psiquiatras que permanecessem dez anos como diretores de Hospital Psiquiátrico (DUTRA CÂMARA et al, 2001, p. 1).

O fragmento biográfico acima demonstra como a constituição das instituições manicomiais, em Minas Gerais, remonta a toda a organização política desse Estado, expressando um jogo de forças e poder centralizado em poucas mãos (MAGRO FILHO, 1992). Jogo que se tornou concreto através de políticas públicas que incidiram diretamente sobre a população e sobre o modelo de desenvolvimento regional ideal àquela época.

Apesar disso, o caminho adotado por Minas Gerais seguirá rumos, por vezes, discordantes das estratégias traçadas pelos países europeus na institucionalização e administração da loucura em asilos específicos para esta finalidade. Os estudos de Foucault (2005) demonstram que, na Europa, a partir do século XVIII, o hospital deixará de ser uma simples figura arquitetônica, substituindo sua função de atender aos pobres e miseráveis – tanto materialmente quanto espiritualmente - pela estratégia de ser uma máquina de curar.

Nesta mesma época, são desenvolvidas uma série de estratégias de gestão dos homens, as quais foram descritas por Foucault como sendo atributos de uma “sociedade disciplinar”, cujo modelo institucional proposto por Bentham⁶ representou a expressão máxima do desejo de controle e docilização dos corpos, como assegura o próprio filósofo na seguinte passagem:

⁶ O Panóptico de Bentham refere-se a um modelo arquitetônico que poderia servir ao controle de presos, doentes, loucos ou escolares, cujo principal efeito seria “induzir no detendo um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder” (FOUCAULT, 2005, p. 166). Para um maior entendimento do projeto de Bentham, torna-se imprescindível a leitura de: BENTHAM, Jeremy. *O Panóptico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, como também as análises empreendidas por Foucault na obra já mencionada e ainda: SILVA (2005).

Durante o primeiro episódio da história do poder psiquiátrico, o que é que cura no hospital? (...) O que cura no hospital é o hospital. Ou seja, é a própria disposição arquitetônica, a organização do espaço, a maneira como se circula por ele, a maneira como se olha ou se é olhado nele, tudo isso é que tem em si valor terapêutico. A máquina de cura, na psiquiatria daquela época, é o hospital (FOUCAULT, 2006 p. 127).

À preposição precedente, Foucault acrescenta que é “como aparelho panóptico que o hospital cura” (Foucault, 2006, p. 127). Nesse sentido, o deslocamento da ação médica para dentro do hospital, auxiliada pelas novas técnicas de controle, constituiu uma metodologia voltada para disciplinar o hospital, implicada ainda em controlar o ar respirado pelos internos, a alimentação por eles ingerida, bem como a temperatura do meio onde habitam, atingindo - em última medida - os corpos daqueles que ali se encontram.

Todavia, quando se analisa a história de Minas referente às políticas públicas em saúde mental, pesquisadores como Silva (2005a), Magro Filho (1992) e o jornalista Hiram Firmino (1982) são contundentes ao postularem que, neste caso, a escolha - tanto da região quanto do local para a institucionalização do primeiro hospício de Minas Gerais - atendeu principalmente aos jogos políticos. Eles afirmam que foram negligenciadas as orientações que aconselhavam a observação das condições climáticas ou os preceitos arquitetônicos recomendados à distribuição do espaço e dos homens dentro de uma instituição psiquiátrica naquela época. Cabe lembrar que a região de Barbacena está localizada a 157 km da capital do estado de Minas Gerais, ou seja, em terras bem distantes da recém construída Belo Horizonte, centro político, administrativo e social do estado. Sobre o desígnio de Barbacena pelas autoridades estaduais, Magro Filho observa que:

É provável que tenha influído na escolha do local para o hospício o fato de Belo Horizonte ter sido inaugurada por um Barbacenense, quando Barbacena havia constado da lista das cidades candidatas para sede da nova capital. Como um dos prêmios de consolação à cidade preterida, ali se instalou um hospício (MAGRO FILHO, 1992, p. 32).

A cidade acima mencionada tornou-se o centro de convergência de todos os encaminhamentos relativos à indigência e insanidade mental de Minas Gerais, ação sustentada, em grande medida, por um sonho de que o hospício atrairia investimentos e desenvolvimento econômico para a região. Como atesta a historiografia, com o passar dos anos, o hospício não proporcionou os lucros

esperados ao município, rendendo-lhe, apenas, o epítáfio de “cidade dos loucos” (SILVA, 2005a, p. 29).

Em muitos momentos, o resgate do histórico da região ou mesmo a descrição dos aspectos físicos do lugar não permitem ao pesquisador fazer a clara distinção entre mitos e fatos concretos. Desse modo, não é possível precisar se a escolha do município, em questão, ocorreu devido à sua posição geográfica (que aproximava o Estado do Rio de Janeiro, então capital do país) ou se tratava-se mesmo de uma consolação política ao povo barbacenense. O fato é: sobre este território marcado por lutas políticas travadas, sobretudo, por uma forte elite local, será edificado o primeiro hospício mineiro. Conforme SILVA, Barbacena torna-se “o ponto de referência no tratamento daqueles que, no quadro inicial do Hospital, eram compreendidos como doentes mentais”; porém “o fato de ser um ponto de referência pode ser explicado não por ser uma instituição perfeita, mas sim pelo fato de ser a primeira instituição para doentes mentais no Estado de Minas Gerais” (2005a, p. 2930). Em 1903, as terras da antiga Fazenda da Caveira, que pertenceram ao traidor da causa da Inconfidência Mineira, Joaquim Silvério dos Reis, tornariam-se o destino de uma grande população, composta por “alienados” ou mesmo “indigentes”, visto que o governo de Minas Gerais adquiriu tais terras porque lá existira um Sanatório para tuberculosos fundado em 1870, centralizando os doentes do Estado de Minas para Barbacena. Para facilitar o fluxo dos enfermos, foi criada uma estação férrea que ligava o Sanatório a outros pontos do estado, ainda no século XIX (FIRMINO, 1982). Segundo Moretzohn (1989), a instituição foi fechada em decorrência de sua má situação financeira, apesar de possuir dependências consideradas luxuosas para a época.

1.2 Políticas públicas para institucionalização e administração da loucura: a Lei 290 e o Decreto de 1903

A Lei 290, de 16 de agosto de 1900, é apontada como a lei basilar no que se refere às políticas públicas em saúde mental no estado de Minas Gerais. Sancionada pelo então presidente do Estado, Dr. Francisco Silviano de Almeida Brandão, esta lei cria a Assistência de Alienados nas terras de Minas. Composto por sete artigos, tal instrumento legal subordina ao governo todos os estabelecimentos destinados ao recebimento de alienados no Estado, bem como demarca o hospício como o principal organizador da Assistência aos alienados, devendo tal estabelecimento ser organizado tanto espacialmente, quanto administrativamente, conforme preconizava a Lei nos seguintes artigos⁷:

- Art. 1º - Fica criada, no Estado de Minas Gerais, a Assistência a Alienados.
 Art. 2º - Ficam na dependência da Assistência todos os estabelecimentos que venham a ser auxiliados pelo Estado para receberem alienados e, portanto sujeitos ao mesmo regime.
 Art. 3º - No prédio que for destinado ao hospício haverá, além de acomodações precisas, um pavilhão para observação dos indivíduos suspeitos, um gabinete eletro-terápico e oficinas, quando necessárias e a juízo do governo.
 § 1º - Fica o governo autorizado a aproveitar um prédio estadual para instalação do hospício.
 Art. 4º - A Assistência a Alienados terá um diretor profissional, cujos vencimentos não deverão exceder os dos diretores das Secretarias do Estado e terá os auxiliares que o governo julgar necessários com vencimentos marcados por ele.
 Art. 5º - O Governo regulamentará todos os serviços de Assistência, bem como estabelecerá a competência de cada funcionário.
 Art. 6º - Fica o Governo autorizado a abrir o necessário crédito para a montagem e custeio da Assistência.
 Art. 7º - Revogam-se as disposições em contrário (MINAS GERAIS, 1900, apud MORETZOHN, 1989, p. 13).

Torna-se notório que, na letra da Lei de 1900, não há nenhuma referência às tradicionais ordens religiosas, que habitualmente se ocuparam do trabalho com a loucura, o qual reitera a cisão entre o Estado e o poder eclesiástico, especificamente, no que tangencia à guarda e ao cuidado dos alienados a partir da Proclamação da República e da Constituição de 1891 (CORRÊA, 2001). Dessa forma, vale salientar que a Assistência a Alienados, em Minas Gerais, foi concebida e, logo, subordinada à Secretária do Estado dos Negócios do Interior. Além disso,

nos artigos anteriormente transcritos, pode-se verificar a inexistência de referências ao papel ou lugar do médico dentro da instituição; nota-se um momento no qual o Estado assume o amplo papel de administrar as tensões sociais através do controle do meio público e do espaço institucional.

Em Minas Gerais, a influência da corporação médica, junto às instâncias políticas, contribuiu, em maior medida, para a formalização legal de um espaço especializado no trato da loucura, ficando para um tempo posterior a nomeação do médico enquanto soberano do asilo. Tal inferência pode ser justificada quando se verifica que, no Art. 4º, da Lei 290, não há qualquer deliberação quanto à categoria profissional que estará à frente do hospício. Outro aspecto importante refere-se ao gabinete eletro-terápico e às oficinas: indicações terapêuticas, em tese, mas sob o julgo do Governo e não de uma disciplina ou terapêutica médica.

Mesmo sendo formalizada, a criação da Assistência a Alienados, em 1900, nenhum prédio pertencente ao Governo mineiro foi aproveitado para atender à finalidade prevista na Lei em questão. Tal proposição viria a ser implementada, posteriormente, em 1903, ano no qual foi expedido - pelo Presidente do Estado de Minas Gerais, Francisco Antonio de Salles - o Decreto n. 1579A, ou melhor, aquele que “aprova o Regulamento que organiza a Assistência de Alienados” (MINAS GERAIS, 1903, apud MORETZSOHN, 1989, p. 15).

Tal ato se configurou como o tema da mensagem dirigida pelo Presidente de Minas Gerais, à época, aos membros do Congresso Legislativo de seu Estado. Neste pronunciamento, o Presidente justifica a criação da Assistência de Alienados, demonstrando que a estratégia mineira para lidar com a loucura estaria respaldada pela experiência do Hospício de Pedro II e do Hospital Franco da Rocha (Juqueri), instituições inspecionadas pelo Dr. Joaquim Antônio Dutra, como se verifica nas próprias palavras de Francisco Antonio Salles:

Continuando em progressão o crescente número de loucos, que o governo é obrigado a manter em tratamento por conta do Estado, no Hospício Nacional de Alienados e hospício anexo à Casa de Caridade de São João

⁷ Para facilitar a leitura do texto optou-se por grafar todos os extratos de Leis ou Regulamentos seguindo-se as regras contemporâneas da língua portuguesa.

Del Rei, onde já subiu a 88 o número de internados até ao segundo semestre do ano passado, excedendo a despesa com esse serviço em mais do dobro da quantia consignada no orçamento, julguei que era oportuno dar execução à Lei nº 290, de 10 de agosto de 1900, que criou no Estado a Assistência a Alienados. Foi comissionado o hábil clínico Sr. Dr. Joaquim Antonio Dutra para examinar e observar a organização que é dada a esse serviço no Rio de Janeiro e em São Paulo, a fim de aproveitar-se, si julgado fosse conveniente, do sistema adotado nesses estabelecimentos, para modelar o que devemos fundar (...) (ARQ. PÚBL. MINEIRO, 1920, apud, MORETZSOHN, 1989, p. 22).

Em outro momento da mesma declaração, Francisco Salles formalmente nomeia a cidade para onde deverão orientar-se todos os encaminhamentos relativos à alienação do estado. Em seguida, o discurso político empenha-se em esclarecer o motivo pelo qual não foi seguido o que determinava o 1º§ do Art. 3ºda Lei 290. Por meio de um jogo de palavras, o desejo de seduzir os ouvintes opera-se pela apresentação das supostas vantagens obtidas pelo governo em “aproveitar” um prédio do Estado, mesmo que para isso fosse preciso comprá-lo, conforme o Presidente:

(...) foi expedido o decreto nº 1.579, de 21 de fevereiro deste ano, dando regulamento àquela lei e designando a cidade de Barbacena para a sede do estabelecimento, por lá possuir o Estado um prédio que pode ser adaptado a esse mister.

Tendo o Banco da República se proposto a ceder ao Estado em boas condições o vasto edifício que serviu de Sanatório ali, não hesitei em adquiri-lo, tais as vantagens que lobriguei na operação.

Esse edifício, reunido ao que já possui o Estado, depois de convenientemente adaptado, oferece acomodações para mais de 200 enfermos. Tendo sido nomeado para dirigir o estabelecimento o Sr. Dr. Joaquim Antonio Dutra, aguardo do Governo a conclusão das obras necessárias de adaptação para autorizar a aceitação de enfermos. Era medida inadiável a fundação desse instituto, que, até considerando sob o ponto de vista econômico, oferece vantagens apreciáveis (ARQ. PÚBL. MINEIRO, 1920, apud, MORETZSOHN, 1989, p. 22).

Por força da lei, em 1903, o antigo Sanatório de Tuberculosos, construído na antiga Fazenda da Caveira, será transformado no Hospício Central de Barbacena. Nesse sentido, pode-se sublinhar que os anos subseqüentes à Proclamação da República ofereceram condições de possibilidade tais que o Decreto nº1.579A teve a força de desdobrar-se em dois acontecimentos simultâneos. Em um deles ratificou a Lei de 1900, oficializando o hospício como o principal organizador da lógica assistencial relativa à loucura. Em um acontecimento contínuo, tornou a mesma Lei ainda mais especializada, ao subjugar “a morada dos loucos” ao mando do profissional médico, cabendo a esta categoria a direção do hospício, como ratificado

no Art. 4º do Decreto em questão (DECRETO N. 1.579A - de 21/02/1903 Apud MORETZOHN, 1989).

Em Minas Gerais, afim de que a maquinaria manicomial entrasse em funcionamento, o diretor médico deveria ser auxiliado por um corpo técnico e administrativo designado pelo Governo, composto por escriturário, auxiliar, almoxarife, farmacêutico, porteiro e médicos auxiliares, estes últimos contratados desde que na proporção de - um - para grupos de cem doentes. Seriam contratados ainda um enfermeiro e uma enfermeira chefes, segundos enfermeiros, inspetores de enfermarias, serventes e cozinheiros. O diretor-médico, externamente subordinado ao Secretário do Interior e internamente no topo da hierarquia do manicômio, deveria responsabilizar-se por toda a parte administrativa e clínica do lugar.

Na Europa, semelhante institucionalização do saber psiquiátrico foi um dos grandes objetos de pesquisa de Foucault, o que, para Magalhães (1997), vai indicar que a série de análises arqueológicas desenvolvidas pelo filósofo se organiza com a finalidade de explicitar a situação da loucura na modernidade. Portanto, a hierarquização intra-asilar tornou-se o tema de uma das aulas proferidas por ocasião do Curso *O Poder Psiquiátrico*. No registro destas aulas, encontra-se uma importante passagem que pode auxiliar na compreensão do poder atribuído aos alienistas em Minas Gerais, por meio do Decreto de 1903. Na ocasião do Curso, Foucault observou que:

essa espécie de ordem imanente, que pesa indiferentemente sobre todo o espaço do asilo, na realidade é percorrida, inteiramente animada de ponta a ponta por uma dissimetria que faz que ela seja ligada imperiosamente, a uma instância única que é, ao mesmo tempo, interior ao asilo e o ponto a partir do qual se fazem a repartição e a dispersão disciplinares dos tempos, dos corpos, dos gestos, dos comportamentos, etc. Essa instância interior ao asilo é ao mesmo tempo dotada de um poder ilimitado, a que nada pode nem deve resistir. Essa instância, inacessível, sem simetria, sem reciprocidade, que funciona assim como fonte de poder, elemento da dissimetria essencial da ordem, que faz com que essa ordem seja sempre derivada de uma relação não recíproca de poder, pois bem, é evidentemente a instância médica que como vocês vão ver funciona como poder muito antes de funcionar como saber (2006, p. 5).

Conseqüentemente, ao analisar a posição dos médicos europeus dentro da instituição, Foucault demonstrou como, gradativamente, o corpo do médico dissipou-

se pela hierarquia e estrutura do hospital, ato que tornava todas as medidas terapêuticas e até os empregados apenas “dispositivos” ou “meios” através dos quais sua vontade e o seu poder poderiam ser exercidos. Observando o Regulamento de 1903, depreende-se que, em Minas Gerais, em certa medida, buscou-se constituir um sujeito revestido de parecido status e poder, outorgando-lhe a posição de diretor-médico do asilo. Deve-se considerar, contudo, que o Regulamento em questão tornava o diretor um efeito do poder e, ao mesmo tempo, um intermediário, não uma finalidade última, pois como concluiu Foucault: “o poder transita pelo individuo que ele constitui” (2002b, p. 35).

Levando em consideração as investigações foucaultianas sobre as instituições européias, torna-se oportuno refletir sobre outro aspecto relativo ao processo de institucionalização das práticas de gestão da loucura no Brasil e no caso em Minas Gerais, ou seja, deve-se levar em conta a precedência das estratégias de poder em relação à formalização de um saber psiquiátrico, pois, no caso de Minas, os documentos atestam que o ensino de psiquiatria na Faculdade de Medicina de Minas Gerais somente ocorreu a partir de 1920 (sendo este o marco do ensino da psiquiatria em MG), duas décadas após a promulgação da Lei 290 (MAGRO FILHO, 1992). Entretanto, este fato não impediu que, desde o Decreto de 1903, ao médico fosse atribuída a gestão clínica e administrativa da instituição manicomial. Logo, nos primórdios da Assistência aos Alienados, postulou-se que o diretor visitasse, quando necessário, todas as seções do asilo, deliberando tanto sobre a distribuição espacial dos enfermos quanto ao tratamento a eles dispensado; em tais ocasiões, deveria ser efetivado o registro escrito do estado dos internos, com a justificativa das intervenções realizadas. Conseqüentemente, o controle da alimentação tornou-se mais um atributo da ampla função do diretor, competindo-lhe a tarefa de elaborar os cardápios, bem como deliberar sobre a distribuição dos alimentos aos internados. O referido instrumento centralizava no dirigente a prestação de contas relativa à receita e despesas da instituição, a distribuição de funções entre todos os funcionários, além da vigilância quanto à conduta e à assinatura do livro de ponto pelos subordinados. Competia ainda, ao diretor, fornecer informações aos familiares dos internos, bem como providenciar o sepultamento destes últimos ou mesmo a venda de seus corpos à Faculdade de Medicina (DECRETO N. 1.579A - de 21/02/1903 Apud MORETZOHN, 1989, p. 15 -16; AMORIM, 2006).

Ao ser descrita a trama institucional organizada em Barbacena, evidencia-se como os demais funcionários do asilo eram fixados estrategicamente como ao ser tecida uma grande rede. Assim, a hierarquia institucional, ora instaurada, pode ser pensada como uma tática implicada em estender os olhos do diretor a todos os recantos do hospício, através dos médicos auxiliares, enfermeiros, guardas e porteiros. Aos médicos auxiliares, o Regulamento prescreveu a rotina de visitar os enfermos às 8 horas da manhã, receitando-lhes tratamentos ou cirurgias, anotando todas as alterações encontradas para, em seguida, serem informadas à diretoria. Além disso, ao conhecimento do diretor deveria chegar de imediato o resultado das autopsias realizadas pelos médicos auxiliares, porém, somente quando se tratasse de óbito dos pensionistas (DECRETO N. 1.579A - de 21/02/1903 Apud MORETZOHN, 1989, p. 16).

Já os enfermeiros-chefes, foram situados na hierarquia institucional de um modo intermediário, porquanto deveriam ser subordinados imediatos ao diretor-médico e aos médicos assistentes, obedecendo às suas ordens e prescrições. Em contrapartida, deveriam exercer o controle e a vigilância sobre o restante do grupo da enfermagem e, principalmente, sobre os internos por meio do exercício da constante vigilância e - quando indispensável - da coerção física, conforme descrito no Regulamento de 1903:

Art. 19º- Aos enfermeiros-chefes compete:

I. Observar assídua e atentamente os alienados, tomando nota de tudo quanto possa interessar ao tratamento dos mesmos;

II. Assistir à distribuição dos remédios e dos alimentos;

III. Aplicar o tratamento prescrito pelos médicos; socorrer prontamente os enfermos que carecerem de cuidados imediatos, recorrendo ao Diretor nos casos graves; aplicar, na ausência do Diretor e dos médicos, só quando forem absolutamente indispensáveis e durante o menor prazo possível, os meios coercitivos necessários para conter os alienados, de acordo com as ordens e prescrições do Diretor;

IV. Consignar, em livro especial, todas as ocorrências que se derem com referência ao serviço clínico, compreendida a aplicação dos meios coercitivos;

V. Executar as instruções que receberem dos médicos ou do Diretor, com referência ao serviço clínico;

VI. Manter inteira disciplina entre os segundos enfermeiros, inspetores de enfermarias e demais pessoal do serviço da seção, que estiver a seu cargo, e irrepreensível nas dependências (DECRETO N. 1.579A de 21/02/1903 Apud MOORETZOHN, 1989, p. 17-18);

Os artigos supracitados atestam à contínua busca de uma hierarquização que, através da relação entre poder e saber, possa interpelar os enfermeiros-chefes a assumirem uma posição que reproduza continuamente o lugar da autoridade médica. Porém, estrategicamente, o corpo do enfermeiro é disposto na linha de frente do campo de batalha. Nota-se, nas atribuições dos enfermeiros-chefes, uma série de estratégias e táticas postas em ação para que eles enfrentem tudo aquilo que a sociedade mineira relegou para dentro da instituição asilar. A regulamentação da atividade profissional dos enfermeiros-chefes, por meio de normas, requer dos mesmos a manutenção da ordem de modos superpostos, ora convocando-os a exercer um controle ostensivo por meio de um olhar permanente, ora interpelando-os a alimentar os internos, registrando por escrito todos os acontecimentos do asilo. Entretanto, a Lei vai além. Ela os autoriza ao uso da força, dos meios coercitivos, que, à época, eram as camisas-de-força, algemas, pegemas⁸, celas-fortes, células e solitária (FIRMINO, 1982; DECRETO N. 1.579A - de 21/02/1903 Apud MOORETZOHN, 1989).

Neste contexto, o uso da escrita tornava-se fundamental para garantir que o fluxo das informações percorresse todo o sistema hierárquico implantado nos hospícios. Para Foucault, o uso do controle gráfico pode ser compreendido em três níveis:

primeiro para garantir a notação e o registro de tudo o que acontece, de tudo o que o indivíduo faz, de tudo o que ele diz; depois, para transmitir a informação de baixo para cima, ao longo da escala hierárquica e, por fim, para poder tornar sempre acessível essa informação e assegurar assim o princípio da onivisibilidade, que é, creio, a segunda grande característica da disciplina (2006, p. 60).

De modo geral, a estrutura burocrática, esboçada até aqui, destinava-se a uma população previamente delimitada pelo Regulamento de 1903. População que, mediante a suspeita de alienação mental, deveria ser submetida a um período probatório de avaliação, a partir do qual caberia a instituição dizer sobre o seu destino, como pode ser observado no Artigo 31º:

Art. 31º - Todos os indivíduos que, por atos indicativos de alienação mental, tiverem de ser recolhidos ao hospício, darão entrada provisória ao pavilhão

⁸ Semelhantes às algemas, mas com a função de conter os internos por meio da junção de seus pés.

de observação, até ser verificada a alienação. A matrícula se fará 15 dias depois da entrada salvo o caso de dúvida ainda existente (DECRETO N. 1.579A - de 21/02/1903 Apud MOORETZOHN, 1989, p. 18).

A análise do documento em epígrafe evidência aspectos que já estavam presentes na Lei 290, como a referência às oficinas e ao gabinete eletro-terápico, permanecendo, além disso, a deliberação quanto ao funcionamento do pavilhão de observação para os suspeitos de alienação mental, como ratifica o fragmento transcrito acima. Tal organização institucional seguia a experiência do Hospício de Pedro II, lugar onde o escritor Lima Barreto esteve internado por duas vezes nas primeiras décadas do Século XX. No romance Cemitério dos Vivos, Lima Barreto oferece um importante testemunho de quem conheceu uma instituição total e disciplinar por dentro:

Estive no pavilhão de observação, que é a pior etapa de quem, como eu, está por aqui pelas mãos da polícia [...]. Tiram-nos a roupa que trazemos e dão-nos outra só capaz de cobrir a nudez e nem chinelos ou tamancos nos dão (2004, p.19) .

O pavilhão de observação é uma espécie de dependência do hospício a que vão ter os doentes enviados pela polícia, isto é, os tidos e havidos por miseráveis e indigentes, antes de serem definitivamente internados (2004, p. 151).

Tal como observado pelo literato no hospício da Praia Vermelha, em Minas Gerais, a admissão de internos procedia a uma peculiar classificação, porquanto os distinguia entre indigentes e pensionistas. Tal divisão não se restringia apenas às diferenças quanto à hospedagem e aos serviços prestados aos internos, estendendo-se mesmo aos critérios da admissão. Na categoria dos indigentes, a internação ocorreria por ordem do Secretário do Interior, desde que acompanhada por uma guia que caracterizasse o candidato a asilado com “nome, filiação, naturalidade, idade, sexo, cor, profissão, domicílio, sinais físicos e fisionômicos do individuo ou a sua fotografia, bem como os demais esclarecimentos que puder coligir em ordem a certificar-se a identidade” (MINAS GERAIS, 1903, apud MORETZSOHN, 1989, p. 18). Em conjunto a esses dados, deveriam ser expostos os motivos que justificassem a alienação, bem como atestados médicos - caso existissem - confirmando a moléstia mental. À autoridade local competiria a expedição de atestado, assegurando a situação social de indigência do sujeito, bem

como seu tempo de residência, que deveria ser superior a seis meses em Minas Gerais (MINAS GERAIS, 1903, apud MORETZSOHN, 1989).

Quanto aos pensionistas, o requerimento deveria ser feito ao diretor, contendo os mesmos dados de identificação já mencionados, acrescido de um parecer dos médicos pelos quais o “doente” foi examinado. Neste caso, a reclusão do sujeito poderia ser solicitada por um grupo maior de pessoas quando comparado à situação precedente, podendo o internamento ser requerido pelo cônjuge; ascendente; descendente; tutor ou curador; chefe da corporação religiosa ou beneficente (a que pertencer o enfermo) e, ainda, pelos seus parentes próximos. Contudo, a efetiva entrada do enfermo estaria condicionada ao pagamento dos custos relativos ao primeiro trimestre de internação. Tais custos dependeriam da classe escolhida para se internar o indivíduo, isto porque a primeira classe abarcava o direito a quartos individuais, mobiliados, com alimentação especial; já a segunda classe dispunha de quartos duplos, mobiliados e também alimentação especial, enquanto a terceira classe não oferecia nada além de um quarto comum. Os contribuintes de primeira e segunda classe poderiam dispor de servente ou criado especial oferecido tanto pelo estabelecimento quanto pelas famílias, desde que o custo de tais serviços fosse acrescido ao valor da mensalidade (MINAS GERAIS, 1903, apud MORETZSOHN, 1989, p. 18).

Conforme o Decreto, também o direito a receber visitas estaria atrelado à condição de indigente ou pensionista do interno. No primeiro caso, as visitas poderiam ocorrer apenas nos primeiros domingos de cada mês, salvo em casos de licença extraordinária do diretor. Já no segundo caso, os parentes ou interessados poderiam reencontrar seus entes queridos aos domingos ou em dias da semana, com licença do diretor.

Pode ser observado que o acesso ao hospício era regulamentado de tal modo que nem todos poderiam ultrapassar os muros da instituição. O acesso aos internos e as visitas às acomodações ou locais onde os mesmos permaneciam estava sujeito a autorização ou não do Diretor, conforme o artigo 57º.

Art. 57º - As pessoas que desejarem visitar o hospício terão entrada permitida aos domingos e dias feriados, das 11 horas da manhã às 2 horas da tarde, com permissão do Diretor, e limitar-se-ão a percorrer a parte do edifício não ocupada pelos loucos. A entrada nas diferentes divisões do estabelecimento só será permitida por licença especial do Diretor (MINAS GERAIS, 1903, apud MORETZSOHN, 1989, p. 18).

As distintas modalidades de ingresso no mundo asilar, seja como pacientes ou visitantes, chamam atenção para um importante aspecto problematizado por Celi Pinto: para a pesquisadora, torna-se notório que muitas vezes “os sujeitos sociais não são causas, não são origem, mas são efeitos de discursos” (1989, p. 25). Discursos cuja capacidade de exercer poder está atrelada à sua capacidade de responder às demandas veiculadas pela sociedade, ou ainda pela capacidade de compartilhar do conjunto de significados de um grupo, mas com a intenção de construir outras modalidades subjetivas para revestir os corpos somáticos (PINTO, 1989). Do artigo 57º, pode-se depreender que mais do que constringer o encontro dos internos com seus familiares, o discurso enunciado pela letra da Lei promete, subliminarmente, ocultar do olhar cotidiano aqueles cuja demanda social banuiu para dentro do hospício, tornando possivelmente a instituição asilar algo como um “Cemitério dos Vivos”, como observou Lima Barreto (2004).

Ainda neste contexto, deve-se levar em conta que o vocabulário de uma instituição é formado por enunciados articulados em relações de saber-poder importantes nas análises acerca da significação dos conceitos e categorias que instrumentalizam as práticas de determinada área de saber. Por conseguinte, a imprecisão das categorias utilizadas pelo Decreto de 1903, como “pensionistas”, “indigentes”, “loucos” ou “doentes” obscurece o fundamento epistemológico que autoriza o seqüestro e a internação de seres humanos. Como consequência, o manicômio pode tornar-se o destino de uma população tão difusa e múltipla quanto àquela com quem Lima Barreto compartilhou seu tempo de reclusão no Hospício de Pedro II. Dessa forma, tanto no romance “Triste fim de Policarpo Quaresma” quanto em “Cemitério dos Vivos” o escritor retrata as tensões sociais existentes no Brasil. Especificamente, na segunda obra mencionada, o autor denuncia as iniquidades da sociedade brasileira através da construção de um breve perfil da população que o circunda no hospício da Praia Vermelha. Logo, ao descrever uma experiência que incidiu diretamente sobre sua vida, ele encontrou a sensibilidade necessária para

demonstrar como o universo dos rostos reclusos assemelhava-se ao rosto da grande população excluída de seu país. Em uma das páginas de Cemitério dos Vivos, pode-se ler a seguinte observação:

Os loucos são de procedência as mais diversas, originam-se em geral, das camadas mais pobres da nossa gente pobre. São pobres imigrantes italianos, portugueses, espanhóis e outros mais exóticos, são negros roceiros, que levavam a sua loucura humildemente [...], são copeiros, trabalhadores braçais e proletários mais finos, tipógrafos, marceneiros, etc. (BARRETO, 2004, p. 182).

Por meio de um árduo conhecimento empírico, o escritor reconhece na face de seus companheiros de hospício aquilo que de algum modo estava previsto pela lei, ou seja, em um momento anterior à edificação das instituições psiquiátricas, há um instrumento legal que dispõe sobre as condições que legitimam a reclusão, determinando os grupos sobre aos quais ela recairá, como bem exemplifica o Decreto nº 1579A. Por conseguinte, ao serem consideradas as observações de Corrêa (2001), pode-se inferir que junto à institucionalização da medicina, à cristalização de leis e à organização de espaços especializados no controle da população – por meio da reclusão de seus loucos - está diretamente ligado um jogo de relações muito mais amplo e complexo, que se destina a gerir e controlar os seres humanos. Em consonância a esta posição, Silva assegura que “o sistema judiciário, assim como os sistemas de normalização como a medicina sanitária e a psiquiatria, fazem parte de um processo comum de emergência da sociedade disciplinar” (2005c, p. 20), onde o controle de muitos pode ser exercido pela suposição de um olhar, apenas.

Há que ser considerado, além disso, que a instituição asilar, de certa forma, reproduz a organização da sociedade que a demandou. Sobre este aspecto, Corrêa ressalta que “nossa sociedade se constituiu historicamente como um espaço onde as desigualdades se expressaram tanto nas leis como nas normas sociais em vigência desde o período colonial” (2001, p. 56). A favor dessa posição, Eirizik (2002) afirma que os processos de exclusão devem ser entendidos dentro de uma cultura, onde confluem tempo e espaço, multiplicando as formas que os dispositivos de controle tomam ao se misturarem ao tecido social, percorrendo a vida por meio das instituições. No caso de Minas Gerais, será preciso ponderar que o poder

disciplinar, silencioso e discreto das instituições européias, tão bem descritas por Foucault (1972, 2006), foi exercido nas instituições em questão lado a lado com certo poder soberano, que não abdicava ao uso da força. Este argumento pode ser sustentado a partir do enunciado contundente de Corrêa, quando a antropóloga aponta que as importações teóricas, sobretudo as européias, ganhavam contornos outros quando em terras tropicais. Dessa forma, ela afirma que, no tocante às instituições brasileiras, o discurso disciplinar não passou “em muitos casos de uma retórica afinada aos reclamos da ciência contemporânea, dificilmente posta em prática em uma sociedade tão indisciplinada” (2001, p. 57). Por último, Corrêa adverte que a concepção de uma sociedade indisciplinada, com uma origem corrompida, está subjacente a uma série de tecnologias de controle que perpassam toda a trama social no momento em que as instituições começam a se organizar no Brasil.

São essas condições de emergência subjacentes à promulgação da Lei de Assistência a Alienados, em Minas Gerais, as quais permitiram que, no instrumento legal, fossem dispostos - em um mesmo artigo - os meios de tratamento e de manutenção da ordem asilar. Mais especificamente, o Artigo 55^o demonstra que concepção de tratamento permeava as instituições disciplinares à época; ela se baseava na intenção de moralizar os internos através de práticas que incidissem diretamente sobre seus corpos, como pode-se verificar adiante:

Art. 55^o - Como meio de tratamento e para manutenção da ordem entre os enfermos, poderá o Diretor recorrer:
1^o. A privação de receberem visitas, passeios e quaisquer outras distrações;
2^o. A reclusão solitária;
3^o. Ao colete de forças e à célula (MINAS GERAIS, 1900, apud MORETZOHN, 1989, p. 20).

Com o tempo, será observado que o tratamento moral, em voga nos primeiros anos da assistência psiquiátrica, no Brasil não produzirá os efeitos esperados no asilo, nem mesmo conseguirá conter a demanda sempre crescente por vagas no Hospício de Barbacena. Por este motivo, a partir de 1905, a instituição começa a sofrer sucessivas ampliações, uma das quais resulta na inauguração, em 1911, de um anexo em forma de uma Colônia Agrícola, para onde deveriam ser transferidos os internos aptos à exploração da terra (MAGRO FILHO, 1992). Entretanto, o

advento da laborterapia (ou praxiterapia), nova modalidade de tratamento preconizada naqueles anos, deveria aplicar-se somente aos internos na condição de indigentes. Essa peculiaridade é apontada por Magro Filho junto à observação de que a emergência de tal prática de tratamento é concomitante ao desencadeamento de uma crise financeira que acompanhará a longa existência do hospício. Nesse sentido, o pesquisador esclarece que o trabalho como meio terapêutico ocorre ao mesmo tempo em que se torna pública a crise financeira instaurada na instituição.

Conforme atestam os documentos compilados por Magro Filho, em 1916, a produção da Colônia de Barbacena correspondeu a aproximadamente um terço da receita da Assistência a Alienados, através do cultivo de gêneros agrícolas, da produção de peças de vestuário e, também, por meio da construção de estradas que facilitavam, em contrapartida, o fluxo de novos sujeitos à internação. No ano mencionado, a contabilidade da produção revela os seguintes dados:

3.521/2 quilos de marmelada, 278 quilos de batata, 3.099 peças de roupa, consertos de estradas, limpeza de pastos, plantação de 10 alqueires de milho, 05 alqueires de batata doce, 09 hectares de mandioca, 07 alqueires de feijão, 05 alqueires de arroz, 04 résteas de alho (MAGRO FILHO, 1992, p. 40-41).

Para Foucault, o fundamento último da laborterapia assentava-se sobre a seguinte premissa: “se a inaptidão ao trabalho é o primeiro critério da loucura, basta que se aprenda a trabalhar no hospital para curar a loucura” (FOUCAULT, 2002c, p. 266). Porém, quando a concepção descrita por Foucault é confrontada com o considerável montante da produção da Colônia de Barbacena, torna-se insustentável a idéia de que o trabalho foi utilizado simplesmente como meio terapêutico com vistas à cura ou à alta hospitalar. Os números apresentados invalidam também qualquer argumentação no sentido de afirmar que os internos destinados ao labor agrícola ou às oficinas eram inaptos ao trabalho. O trabalho é instituído em Barbacena em um tempo posterior à institucionalização dos grilhões ou dos meios físicos coercitivos; todavia o labor não invalida tais artefatos; ao contrário, se junta a eles para subtrair do sujeito sua força de trabalho, obrigando-o a participar do sustento e da manutenção do lugar que o segrega.

Em seu tempo de reclusão, em algum sentido, Lima Barreto conseguiu combater, denunciando por meio da literatura a fragilidade epistemológica do sistema manicomial que o fez cativo. Mesmo tendo seu corpo capturado, fixado por dispositivos de coerção que percorrem desde o pavilhão de observação à cozinha, atravessando indiscriminadamente funcionários e asilados, ele expressou sua resistência por meio de sua crítica mordaz contra uma maquinaria, que para ele não realizava nem mesmo o pressuposto das ancestrais instituições européias: de ser uma máquina de curar. Como atestam suas palavras:

Conheço loucos, médicos de loucos, há perto de trinta anos, e fio muito que a honestidade de cada um deles não lhe permitirá dizer que tenha curado um só (BARRETO, 2004, P. 64).

É bem sabido que os especialistas, sobretudo de países satélites, como o nosso, são meros repetidores de asserções das notabilidades européias, dispensado-se do dever mental de examinar a certeza das suas teorias, princípios, etc., mesmo quando versam sobre fatos ou fenômenos que os cercam aqui dia e noite, fazendo falta, por completo, aos seus colegas da estranha. Abdicam do direito da crítica, de exame, de livre-exame; e é como se voltássemos ao regímen da autoridade (BARRETO, 2004, p. 138).

Esta passagem clarifica que o desejo de esquadrihar, vigiar, controlar não acontece sem oposição, porquanto a existência do poder pressupõe ontologicamente resistência. Contra os processos de captura e formação de subjetividades apáticas e adestráveis, insurgem contra-movimentos que buscam a libertação por meio de linhas de fuga que escapam ao controle - que se pretende soberano - a qualquer expressão de vida (DUARTE, 2006). Entretanto, o sujeito também se cansa de colocar-se em contínuo combate, cedendo frente aos sutis mecanismos de controle impetrados para administrar a vida. No interior de um manicômio, conforme Lima Barreto, a função da refeição ultrapassa a saciedade das necessidades fisiológicas ou nutricionais, revestindo-se da capacidade de controlar o tempo, dando pausas no ócio contínuo que habita a vida enclausurada. Em sua experiência, parece que de algum modo o ato da alimentação religa-o à vida, transformando a espera em um momento, mesmo que fugaz, de esperança. Os fragmentos a seguir demonstram a expressividade do escritor sobre essa vivência em seu tempo de interno:

Vive-se aqui pensando na hora das refeições. Acaba-se o café, logo se anseia pelo almoço; mal se vai deste, cogita-se imediatamente o café com pão; à uma hora volta-se e, no mesmo instante, se nos apresenta a imagem

do jantar às quatro horas. Daí até dormir, são as horas piores de passar (BARRETO, 2004, p. 102).

Para mim, eram as mais tristes horas que passei no hospital, aquelas que vão da refeição até a hora do sono. Durante as outras, há sempre uma esperança para nos animar e sustentar o espírito: são as das refeições. Marca-se a vida daquelas horas vazias de que fazer, do ócio obrigado, mas cheias de tédio, por elas, mas depois do jantar, não há mais nenhum marco no tempo que vai correr, senão o duvidoso do instante em que se lhe concilie o sono. Vem então uma melancolia, que a luz da tarde faz mais sombria, mais física, mais dolorosa; e o nosso pensamento, quando pára em alguma coisa, é para os tristes episódios de nossa vida (BARRETO, 2004, p. 222).

Este mesmo relato pode ser um exemplo valioso para se pensar como as estratégias de poder, nas sociedades disciplinares, podem despojar-se de certas características negativas e apenas repressoras, tornando-se positivas, produtivas mesmo (DUARTE, 2006). Produtivas de sujeitos submissos, controlados pelo arbitrário bater de garfos e tampas de panelas. Controlados, muitas vezes, por um olhar (su)posto, que age diretamente sobre “as fibras moles de seu cérebro” (FOUCAULT, 2006, p. 50). Silva, ao revelar a episteme subjacente às diversas instituições disciplinares operantes na modernidade (escolas, quartéis, oficinas, prisões ou hospícios), realiza uma importante síntese ao afirmar que o ideal Panóptico se realiza para além da realidade de uma presença, pois “o que adentra o sujeito é o fato de que ninguém precisa estar realmente vigiando para que o sujeito se sinta vigiado. Esta é a grande estratégia da ortopedia social de BENTHAM” (2005b, p. 54).

Como resultado, o ápice do sistema manicomial, fundamentado pelos dispositivos disciplinares, ocorre quando o controle do corpo dispensa o uso da força, do trabalho, ou mesmo de um olhar físico, prolongando-se para o interior do corpo do sujeito por meio do controle químico à distância; neste momento, o controle não visa apenas fixar ou governar um indivíduo, ao contrário, quando ocorre o entrelaçamento entre o poder estatal e o poder médico as estratégias de dominação são mais ambiciosas, visando à gestão da população, dos homens enquanto espécie.

1.3 Práticas bioquímicas de controle da vida

As primeiras duas décadas da Assistência a Alienados em Minas Gerais têm o Asilo Central de Barbacena como o destino privilegiado daqueles que, por ordem das autoridades policiais ou médicas, foram considerados “suspeitos de alienação” ou “alienados”. Durante este período, as intervenções realizadas na instituição limitavam-se à contínua expansão de vagas, ou à exploração da mão-de-obra dos internos, com uma suposta intenção de minimizar a crítica situação financeira do lugar (MAGRO FILHO, 1992).

Em 1920, Arthur da Silva Bernardes, governador de Minas, manifesta ao Congresso Mineiro seu descontentamento frente à situação à qual são expostos os alienados, bem como propõe uma reforma que prevê a reorientação da Assistência que deveria passar da qualidade de asilo à condição de hospital, portanto, tendo o tratamento como uma de suas finalidades. Tais inferências podem ser feitas a partir do seguinte fragmento:

Temos que transformar a Assistência de Barbacena, de simples depósito de loucos ou asilo-prisão, baldo dos mais elementares recursos terapêuticos, em um hospital de tratamento, onde os doentes, como nos demais hospitais, possam recuperar a saúde e a liberdade.

Temos que adaptar e desenvolver a Colônia de Alienados por forma que o trabalho, clinicamente orientado como elemento de cura e não como fator econômico, complete o tratamento médico da Assistência, consoante o ensino dos especialistas (“MENSAGEM”, 1920, apud MORETZOHN, 1989, p. 27).

Essa passagem confirma que também na percepção de Arthur Bernardes a recorrência ao trabalho dos “doentes” era, especialmente, uma medida econômica em favor da instituição. Entretanto, além de constatar a situação atual, o posicionamento do governador avança ao apontar o restabelecimento da saúde dos internos como uma meta a ser alcançada; preconiza-se, desta feita, o tratamento - concomitantemente com a formação local de especialistas no assunto. Esta mensagem demarca o momento em que o Estado demanda a formalização do saber e do ensino psiquiátrico, dado que os profissionais que atuavam em Minas Gerais eram formados, sobretudo, no Rio de Janeiro (MORETZOHN, 1989). Pode-se considerar, além disso, que o Presidente do Estado está em franca sintonia com as medidas de saúde executadas em todo o país, especificamente as campanhas de

vacinação, o saneamento das cidades, pois ao longo de seu discurso ele redefine as funções do asilo, ao ampliar o seu público alvo, bem como ao estabelecer atribuições à Assistência, o que deverá ocorrer além das fronteiras de Barbacena.

Como consequência, é autorizada a criação de um pavilhão de observação em Belo Horizonte, nomeado como Instituto Neuro-Psiquiátrico, estabelecimento no qual deveria ocorrer, por meio de um convênio com a Faculdade de Medicina, a formação tanto de alienistas como de enfermeiros especializados no trato da loucura. Durante a mesma mensagem, mas já extrapolando os muros institucionais, o Presidente expressa a urgência da saúde da população ser defendida; para isso refere-se ao saneamento do meio rural através dos postos de profilaxia com o intuito de combater o “mal de chagas e outras moléstias igualmente aniquiladoras que roubavam às lides sadias e nobilitantes da lavoura tantas energias úteis” (“MENSAGEM”, 1920, apud MORETZOHN, 1989, p. 28).

A referida “Mensagem” concretizou-se na Lei nº. 778, de 16 de setembro de 1920, Lei que - por sua vez - seria posta em prática pelo Decreto nº. 6.169, de 31 de agosto de 1922, o qual aprovou um novo “Regulamento de Assistência a Alienados em Minas Gerais”. Este regulamento traz significativas inovações quando comparado ao de 1903, sobretudo, por incluir em seu texto a necessidade de compartimentalizar botanicamente o asilo, separando os internos – indigentes – em categorias cada vez mais especializadas, distinguindo-os entre epiléticos e alcoolistas (MORETZOHN, 1989, p. 31).

A interface entre o crime e a loucura é também objeto da nova regulamentação, ao passo que se observa a determinação da institucionalização do manicômio judiciário, ao qual seriam remetidos os “criminosos loucos” e os “loucos criminosos”. Para os “psicopatas não-alienados”, entretanto, deveriam ser criados meios de tratamento em todos os estabelecimentos da Assistência; esta última medida constava na IV Seção do Regulamento intitulada: Profilaxia da Alienação Mental. Os dois parágrafos subseqüentes dessa seção são de crucial importância para se entender como a junção entre Estado e a medicina resultou na extensão de estratégias que ultrapassaram o corpo individual, fixado nos asilos, chegando à população. Logo, na íntegra do Art. 8º, pode-se ler :

Art. 8º - Em todos os estabelecimentos de Assistência poderão ser instalados, como meio profilático de alienação mental, ambulatórios para tratamento dos psicopatas não alienados.

§1º - Para o mesmo fim, a Diretoria de Higiene poderá celebrar acordo com o Departamento Nacional de Saúde Pública, no sentido de anexar aos ambulatórios, postos de profilaxia das doenças venéreas, quando nos lugares não tenham ainda sido fundados.

§2º - Os diretores dos estabelecimentos poderão instituir conferências públicas, mensais, sobre assunto de eugenia, feitas em linguagem simples e destinadas a apurar as qualidades da raça, obstando sua degeneração. Tais conferências ficarão a cargo dos médicos do estabelecimento previamente designados pelo diretor ("MENSAGEM", 1920, apud MORETZOHN, 1989, p. 32).

Os enunciados presentes na letra da Lei expressam os novos domínios institucionalizados sob a tutela do Estado, onde emergem práticas que pretendem enfrentar uma série cada vez mais ampla de anômalos, nomeados como alienados, indigentes, alcoolistas, epiléticos, psicopatas, criminosos loucos, loucos criminosos e os doentes venéreos. Todavia, não bastava mais extirpar as irregularidades do meio social, incluindo-as em instituições disciplinares, tornando-se necessárias táticas que façam com o que a população seja finalmente higienizada e moralmente aperfeiçoada. Deve-se ressaltar que o Decreto de 1922 encontra as condições de possibilidade de sua emergência em um contexto onde as idéias eugênicas são propagadas no Brasil, pela intelectualidade da época presente nos meios jurídicos, criminológicos e médicos, tendo como um de seus principais divulgadores Renato Kehl, fundador da "Sociedade Eugênica de São Paulo (1917)" (SILVA, 2005c, p. 80). Neste período, em contraposição ao alienismo francês, que respaldou a criação de políticas públicas voltadas para assistência asilar aos alienados, ganha força a psiquiatria alemã que passa gradativamente a influenciar os psiquiatras brasileiros, formando uma verdadeira escola no Rio de Janeiro, regida pelo famoso psiquiatra Juliano Moreira (VENÂNCIO, 2003).

Conforme Venâncio (2003), o interesse dos psiquiatras brasileiros deslocava-se da formulação de políticas para a realização de pesquisas, estas últimas espelhadas nas descobertas do alemão Émil Kraepelin, cuja ênfase recaía sobre as relações de causalidade entre alterações somáticas e distúrbios mentais. O Art. 8º, do Regulamento de 1922, demonstra que o entendimento da emergência de uma nova episteme psiquiátrica - que perpassa o corpo, mas visa à gestão da população

- não pode ser dissociado do contexto social, econômico e político onde foi produzido. Neste sentido, Silva, a partir da análise do imaginário daquele tempo, situa o contexto no qual foram construídos discursos semelhantes aos da Lei em questão, demonstrando algumas de suas condições de possibilidade. Para o historiador, entendia-se naquele período que:

para o Brasil entrar no rumo das nações civilizadas não bastava os avanços técnicos, os econômicos e mesmo os sociais se, antes, não fosse resolvido um problema estrutural na concepção da época: o biológico, estrutura da espécie humana, mutante pelas leis da evolução, mas, de acordo com o otimismo evolucionista que caracterizou aquele contexto, controlável pelo próprio homem. Desde que conheçam as leis da hereditariedade, se legisle a partir delas, se eduque as novas gerações a partir de seus ensinamentos, se organize o meio onde vive o homem, através da higiene do campo e da cidade, o homem pode aperfeiçoar a espécie (2005c, p. 81).

Por conseguinte, diversos problemas inerentes à nação brasileira como imigração de estrangeiros, migração de camponeses, desamparo dos afrodescendentes pós-escravidão, ou seja, toda ordem de desigualdades é deslocada para o mundo da natureza, para dentro das células do corpo que ao serem controladas adequadamente poderiam produzir bons frutos (COSTA, 1989). Assim, em Minas Gerais, o ideal eugênico prolifera-se sobre um solo que viu grande parte de suas riquezas serem produzidas por negros africanos na condição de escravos. Homens que trabalhavam em um período em que a opulência do ouro não impediu a disseminação da fome decorrente das escassas áreas destinadas à agricultura; em contrapartida, visando ao aumento do desempenho dos cativos, nunca faltou água-ardente por aquelas terras. A conseqüente mestiçagem do povo mineiro e o alcoolismo de boa parte dele, gradativamente, situam-se como problemas a serem enfrentados dentro e fora do hospício.

O Regulamento de 1922, além de ampliar os poderes do Estado frente ao combate da degeneração da raça, autoriza e incentiva a iniciativa privada a fundar estabelecimentos para o tratamento dos alienados, oferecendo subsídios a todas as “instituições pias” que se voltassem para esta finalidade, como registrado no Capítulo II, no seguinte artigo:

Art. - 138º - As instituições de caridade que se propuserem a fundar e manter anexados aos seus serviços hospitalares, pavilhões destinados ao tratamento dos alienados em geral ou de certas formas de alienação

mental, em particular, o Governo concederá a autorização pedida, independentemente do pagamento da quota de fiscalização e concederá subvenção proporcional [...] (“MENSAGEM”, 1920, apud MORETZOHN, 1989, p. 47).

São mencionadas, no decorrer do longo artigo, subvenções proporcionais ao número de indigentes socorridos, bem como maiores adicionais às instituições que mantiverem pavilhões “destinados ao asilamento e educação médico-pedagógica das crianças anormais de inteligência [...]” (“MENSAGEM”, 1920, apud MORETZOHN, 1989, p. 47). Com estas últimas medidas, o Regulamento pretende normatizar todo o ciclo da vida, controlando desde as condições de gestação, por meio da educação, dos casamentos eugênicos, dos exames pré-nupciais, chegando até ao asilamento precoce das “crianças anormais”; ao incluí-las em instituições totais⁹, tem-se a ilusão de que o mal não seja disseminado.

A análise da emergência e institucionalização de práticas relativas à loucura e à anormalidade em geral permite que seja visualizada a sutil sofisticação dos mecanismos disciplinares, a partir dos quais a disciplina foi integrada e modificada por uma tecnologia de poder ainda mais complexa, cuja conceituação realizada por Foucault, em aula proferida no Collège de France, em 1976, é esclarecedora: “a biopolítica lida com a população e a população como problema político, como um problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder” (2002b, p. 292). Para o filósofo, tais mecanismos regulamentadores que percebem o homem não mais como ser individual, mas como pertencente a uma série biológica - parte de uma população - foram consolidados, em toda sua radicalidade, em terras em que o racismo e a eugenia percorreram toda a estruturação de um regime político como o nazismo. Entretanto, Silva (2005c) pondera que, no Brasil, a influência do ideal eugênico não ocorreu de uma forma uniforme, sem resistências ou adaptações ao gosto local. Deste modo, a influência germânica, com os pressupostos da psiquiatria biológica, repercute em práticas largamente utilizadas no meio institucional, consideradas como meios bioquímicos de intervenção no corpo, ou mais especificamente, terapêuticas que abordavam a dimensão orgânica do paciente (VENÂNCIO, 2003).

⁹ Sobre a completa e detalhada análise do que foi conceituado como “instituições totais” ver: Goffman, 1990.

Quando o corpo é percebido como uma máquina e as doenças psíquicas como decorrências de perturbações inerentes ao funcionamento dessa máquina, a função do médico torna-se, aos olhos de Nise da Silveira, a de “atuar por meios físicos ou químicos para consertar enguiços mecânicos”, porém os tratamentos eram “extremamente agressivos e utilizados para consertar à força a máquina doente” (2001, p. 11).

A partir da segunda década de 1900, ocorre gradativamente a inclusão das práticas bioquímicas de controle da vida em Minas Gerais; entre elas, métodos que geravam reiteradas convulsões no paciente, como a piroterapia que provocava um choque protéico desencadeado pela aplicação intravenosa de ‘Termogênio’. Tal técnica substituíra, em alguns casos, a malarioterapia¹⁰, que pretendia promover a recuperação do doente através da inoculação do vírus da malária em seu organismo. Nesta série, constam ainda a insulino-terapia e a convulsoterapia; no primeiro caso, as convulsões eram provocadas pela aplicação de insulina nos internos, enquanto no segundo pela aplicação, também endovenosa, da suspensão de cânfora, sendo substituída, posteriormente, pelo cardiozol (MORETZOHN, 1989, p. 173).

Em meados da década de 1940, chega ao Instituto Neuro-psiquiátrico de Belo Horizonte, neste período já rebatizado como Instituto Raul Soares, a penicilino-terapia destinada ao tratamento de pacientes com neuro-sífilis; conforme o psiquiatra Joaquim Afonso Moretzohn, tratava-se do uso de penicilina em “solução aquosa para aplicações intramusculares com espaço de 4/4 horas. Os braços e nádegas dos pacientes tornavam-se um verdadeiro ‘paliteiro’, mas os resultados, miraculosos” (1989, p. 174). A observação do psiquiatra demonstra que os efeitos colaterais no corpo dos internos não eram indicativos últimos para a suspensão dos métodos. Nesse sentido, como apontado por Santos (2005), o coma insulínico poderia ser uma conseqüência prevista em pacientes diabéticos, porém, em suas pesquisas, ao menos no Hospital Psiquiátrico São Pedro (Rio Grande do Sul), não eram realizados testes prévios para a identificação de diabetes entre aqueles que seriam submetidos ao tratamento. A aniquilação da memória, além da degradação

¹⁰ Em obras como a de Moretzohn (1989), Silveira (2001), Santos (2005) encontram-se uma criteriosa descrição de tais métodos bioquímicos de intervenção no corpo.

moral e física do paciente, é apontado por Silveira como conseqüências inerentes à prática da eletroconvulsoterapia ou eletrochoque, como popularmente conhecido. Prática amplamente utilizada em Minas Gerais, derivada do pressuposto de Ugo Cerletti de que, entre a esquizofrenia e a epilepsia, existia uma intrínseca incompatibilidade. Para o professor de neuropatologia e psiquiatria em Roma, tal constatação toma a forma de um problema e logo de uma solução, ambos sintetizados por Silveira nos seguintes termos:

Mas como conseguir que um esquizofrênico apresentasse crises epiléticas? A luz se fez para Cerletti quando ele visitou um matadouro de porcos em Roma. Por que o grande psiquiatra teria se sentido atraído a visitar um matadouro de porcos? Ali ele verificou que os porcos submetidos a choques elétricos antes de serem abatidos apresentavam crises convulsivas. Foi uma iluminação às avessas! Cerletti concluiu que se poderia também provocar no homem uma convulsão, por corrente transcerebral, sem matá-lo. Assim nasceu, em 1928, o eletrochoque (SILVEIRA, 2001, p. 11).

Tão mortificante quanto o eletrochoque, a lobotomia - ou psicocirurgia - deve ser incluída entre as técnicas que antecederam ao amplo e, ainda atual, uso dos medicamentos psicotrópicos ou quimioterapia. Ao serem descritas tais abordagens orgânicas, torna-se mais compreensível o temor de Lima Barreto dentro do hospício carioca, como também sua incredulidade nas explicações pautadas na gênese da loucura ou na sua efetiva cura pela medicina. Ele, negro, boêmio, alcoólatra, capturado pelo sistema manicomial, mas ainda expressivo em sua obra literária, deixou para a humanidade um importante testemunho histórico, como expressam suas palavras:

Todas as explicações da origem da loucura me parecem absolutamente pueris. Todo problema de origem é sempre insolúvel; mas não queria já que determinassem a origem, ou a explicação, mas que tratassem e curassem as mais simples formas. Até hoje tem sido em vão, tudo tem sido experimentado (BARRETO, 2004, p. 44).

Tentou-se de tudo um pouco até difundir-se o uso dos medicamentos, considerados como camisas-de-força químicas, inaugurando uma fase em que o controle pode ser exercido à distância, pois a função normalizadora do hospício passa a ser desempenhada quimicamente no corpo do “paciente”. A calma alcançada nos hospícios, como aquela calma típica dos aquários observada por Foucault (2006), desloca-se do meio institucional para o ambiente doméstico, de tal

forma que a população dentro ou fora do manicômio torna-se passível da mesma ação biopolítica. Entretanto, a serenidade intra-asilar, arranjada pela força química, por vezes é atravessada por raios de violência, pela resistência que se opõe às mutações do poder (FOUCAULT, 2006). O grito dos insanos é silenciado por um longo período, entretanto, dentro e fora dos manicômios reverberam a indignação e a contestação contra a opressão em suas mais distintas formas. Decorrido mais de um século desde o movimento, o qual culminou na edificação dos hospícios, delineiam-se outros, entre eles movimentos sociais que lutam pela ampla redemocratização do país, tendo como ponto de discussão privilegiado a reforma sanitária brasileira.

2. MOVIMENTOS DE REFORMA NO BRASIL: REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA

O contexto histórico da Primeira República, compreendido entre 1889 e 1930, caracterizou-se pelo avanço do controle do Estado sobre a população brasileira por meio das políticas de saúde. Nessa fase, ocorreram as campanhas contra a febre amarela e contra peste, nas quais se destaca a ação de Emílio Ribas e Oswaldo Cruz. Por força da Lei, em 1904, é regulamentada a vacinação compulsória contra a varíola. Poucos anos após essa ação política, mais especificamente a partir de 1921, torna-se legítimo o uso da força policial para submeter pessoas suspeitas de serem portadoras da lepra a realizarem o exame diagnóstico. Nos casos em que a suspeita se confirmava, as autoridades sanitárias poderiam proceder ao isolamento compulsório dos doentes em colônias ou sanatórios específicos para esse fim (RISSI JUNIOR, NOGUEIRA, 2002, p. 121). Como observou Foucault (1972), o mundo europeu estava livre da lepra ainda no século XVIII, enquanto o Brasil, conforme Rissi Junior e Nogueira (2002), na segunda década do século XX, ainda estava a realizar sensos leprológicos, com o fim de identificar e isolar os portadores daquele mal. A imposição da força do Estado, através do uso de seus diversos aparelhos, torna-se evidente, sobretudo quando se observa a expansão das instituições manicomiais ao longo da Primeira República, em boa parte dos estados brasileiros (Resende, 1989).

Vale demarcar que a Primeira República foi caracterizada politicamente como predominantemente oligárquica, com as unidades federativas capitaneadas por agentes locais em constante luta por um Estado mínimo e liberal. Entretanto, o governo centralizador de Getúlio Vargas, entre 1930 e 1945, procurou consolidar - no Brasil - o ideal do Estado Nacional. Tendo em vista o alcance de tal desígnio, as políticas sociais serviram à sua liderança como uma grande estratégia para adentrar o tecido social, espalhando seus pontos de controle pelo território brasileiro. No caso da saúde, as diretrizes do primeiro governo de Getúlio Vargas primaram em construir um sistema pautado na verticalização, centralização e setorialização (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2006, p. 27). Neste contexto, a complexificação do Estado com a criação de diversos órgãos como o Ministério da Educação e Saúde, o Ministério do Trabalho Indústria e Comércio e, posteriormente, o Departamento

Nacional de Saúde foi seguida de árdua elaboração normativa. Isso porque se acreditava que a orientação deveria emanar do órgão central de governo para que as unidades federativas e, conseqüentemente, os municípios seguissem a mesma ordem. Desse modo, “ocorreu a elaboração de leis, regulamentos e códigos sanitários que objetivavam padronizar as atividades dos diversos serviços de saúde em seus mínimos detalhes, acompanhando o processo de burocratização do Estado que se intensificava” (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2006, p. 43-44).

Conforme Santos, o Estado Novo despoticamente governado por Vargas, inspirava-se nas realidades fascistas européias com o objetivo de implantar no Brasil um aparelho estatal absoluto, sustentado pelo amplo desenvolvimento da indústria como uma forma de viabilizar o bem-estar social. Neste solo, tornava-se propício o franco desenvolvimento das idéias eugenistas, uma vez que o desejo de obter o pleno controle social era compatível com a aspiração de alcançar o controle da espécie. Tal análise leva a historiadora a concluir que: “eugenia e Estado novo combinam...” (2005, p. 81). Silva (2005a) compartilha desse posicionamento ao afirmar que a década de 1930 foi um marco para a psiquiatria brasileira, porque o respaldo da Liga Brasileira de Higiene Mental, cujos membros foram eleitos para cargos legislativos estaduais, amplia o poder corporativo da psiquiatria.

Em Minas Gerais, a pesquisadora Maristela Nascimento Duarte (1996) observou um aumento significativo do número de internações nos anos de 1922, 1934 e 1937 no Hospital Colônia de Barbacena; a pesquisadora, no entanto, denuncia a ausência de fichas de pacientes e informações relativas aos registros de novos internos no ano da instauração do Estado Novo por Getúlio Vargas, precisamente em 1937. Neste mesmo ano é inaugurada a primeira instituição psiquiátrica privada em Belo Horizonte, prática que se repetirá nos anos subseqüentes em todo o estado de Minas Gerais e por quase todo território nacional (MORETZSOHN, 1989; RESENDE, 1989). Para Foucault (2002b), o melhor exemplo de uma intrínseca correlação entre o regime totalitário e as concepções eugenistas localiza-se na experiência do nazismo. Dessa forma, Duarte (2006) conclui que será nos regimes totalitários que Foucault irá reconhecer a expressão radical da biopolítica. Pode-se inferir que o Estado Novo priorizava ações direcionadas ao

conjunto da massa, visando a atingir o homem enquanto espécie e não mais enquanto pessoa humana.

Quanto às diretrizes políticas, pode-se apontar, além disso, que a heterogeneidade dos municípios brasileiros, com as profundas diferenças regionais e sociais que lhe são inerentes, foi relegada ao segundo plano em vistas a uma normatização central e homogênea a ser executada de forma descentralizada. Paradoxalmente ampliou-se a ação do Estado nos espaços micro políticos do território brasileiro, ao passo que as lideranças municipais foram destituídas da possibilidade de construir arranjos locais implicados com a realidade da região e dos homens que ali constroem suas histórias.

Em 1945, Getúlio Vargas é derrubado pelo Congresso Nacional e logo, no ano seguinte, é promulgada uma nova Constituição, fato antecedente ao processo eleitoral que conferiu o lugar de presidente da República a Eurico Gaspar Dutra. Após 15 anos de governo autoritário de Vargas, o país atravessou uma temporada de quase duas décadas nas quais as ações de saúde foram discutidas dentro e fora dos aparelhos de Estado. Entre 1945 e 1964, a luta pela saúde e pela erradicação das doenças surge atrelada a um discurso cuja tônica é o desenvolvimento do país. A idéia da miscigenação da população brasileira, vista até a década de 1920 como uma estigma de sua inferioridade, é suplantada gradativamente pelo pressuposto de um povo doente, sobretudo o rural, que precisava ser tratado e não excluído. Nesse ambiente, as relações entre pobreza e doença ganhavam outra perspectiva quando se pensava na transformação social e política do país (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2006).

Apesar de não existir uma posição única quanto à equação saúde ↔ desenvolvimento, posto que alguns atores sociais acreditavam que o primeiro termo era uma condição necessária para o segundo, enquanto outros postulavam que somente o desenvolvimento poderia conferir condições dignas de existência à população, ocorreu significativamente, em 1953, a criação do Ministério da Saúde e “o deslocamento das discussões e do processo decisório para o legislativo e para a esfera política”, atos fundamentais para “incorporação irreversível da dimensão

político-partidária à definição de políticas para o setor” (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2006, p. 51). Surge, portanto, a partir de 1950, um novo olhar para a importância dos municípios no cenário nacional, junto com a imagem de que a mão-de-obra doente precisa ser recuperada. Admite-se, além disso, a importância da estrutura de cada sociedade no sentido de garantir - ou não - condições de saúde aos seus membros.

2.1 Democracia: condição de possibilidade para a saúde ser direito do cidadão e dever do Estado

Neste cenário a 3ª Conferência Nacional de Saúde (3ª CNS), realizada em 1963, é apontada como um marco histórico quando se observa a discursividade em torno do tema da saúde dentro de uma arena mais ampla, a qual almejava a democratização do país com as reformas sociais necessárias. Cabe ressaltar que “os principais pontos da 3ª CNS eram a rediscussão da distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, uma avaliação crítica da realidade sanitária do país e uma clara proposição de municipalizações dos serviços de saúde...”, entretanto, o entusiasmo gerado neste processo de discussão “foi abortado três meses depois pelo golpe militar de 31 de março de 1964” (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2006, p. 54-55).

Os articuladores do golpe militar de 1964 justificaram tal ato alegando a necessidade da ordem social e política do país ser restabelecida, juntamente com o realinhamento da economia. Em consequência disso, foi instaurado um regime político, autoritário e auto-centrado, que reprimiu diversas formas de articulação e manifestação política da sociedade civil. Isto ocorreu por meio do fechamento dos canais de comunicação entre Estado e sociedade, extinção dos partidos políticos, cassação dos mandatos dos parlamentares, além da crescente exclusão econômica de grande parte da população brasileira (EDLER, ESCOREL, NASCIMENTO, 2006).

A partir de 1969, o governo exercido pelo general Emilio G. Médici acentua as características de um mando autoritário e brutalmente repressivo, agressivo também nas atitudes para retomar o controle inflacionário e o crescimento econômico do

país; esta fase ficou marcada pelo chamado “milagre econômico brasileiro”, milagre este distribuído desigualmente entre a população. Pesquisadores como Edler, Escorel e Nascimento atestam que, nesse período, “pelo menos metade da população economicamente ativa estava fora do mercado de trabalho formal, portanto, sem acesso a qualquer direito previdenciário” (2006, p. 60). Ao estar excluído do mercado de trabalho, o sujeito via-se relegado a um grande desamparo, pois as políticas públicas implementadas pelo governo militar provocaram uma clara cisão entre assistência médica e saúde pública, dessa forma o direito à assistência médica era assegurado àqueles cujo trabalho formal garantia assistência através de institutos de aposentadorias e pensões. Crianças, idosos, donas-de-casa, trabalhadores informais e toda a população indígena do país eram percebidos como um grande encargo que o Estado deveria assumir (PAULIN, TURATO, 2002).

A Primeira República (1889) tornou-se reconhecida também por desencadear um intenso projeto sanitarista, como um verdadeiro plano de Estado, ao passo que o período posterior à mesma é caracterizado como uma fase de sucateamento do setor público no que tangencia as ações sanitárias (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2006; MERHY, ONOCKO, 1997). Todavia, é preciso estar atento às estratégias do governo militar, porque após os anos de 1964 acontece uma ampliação do número de leitos no país, especialmente leitos psiquiátricos; porém, ao ser analisado o momento em questão, evidencia-se um processo de intensa privatização da assistência médica institucional. No que se refere à assistência psiquiátrica, o processo de privatização dos leitos é denunciado pelo médico Luiz Cerqueira como uma verdadeira ‘indústria da loucura’ (CERQUEIRA, 1989), sobre este tempo Paulin e Turato afirmam que:

o período foi marcado pelo crescimento, não apenas numérico como também político, dos setores privados. Tal força política emergente se concretizou com a indicação, em 1968, de Leonel Miranda, grande proprietário de leitos psiquiátricos no Rio de Janeiro, para a pasta de saúde no governo Costa e Silva. A filosofia que se tentou impor na administração de Miranda, por meio do Plano Nacional de Saúde, refletia uma proposta radical de privatização da assistência médica, eliminando-se o setor próprio de serviços médicos previdenciários, cujas instituições seriam repassadas aos produtores privados. Ao Estado caberia somente o papel de financiador (2004, p.6).

Torna-se notório que o projeto de Leonel Miranda centrava-se totalmente na privatização dos serviços médicos; tal proposição refletia o alinhamento do governo com a elite nacional, principalmente no que a recorrente tentativa de privilegiar os já privilegiados (MERHY, ONOCKO, 1997). O período de transição, entre as décadas de 1960 e 1970, consolida a mercantilização da saúde provocada pela ditadura militar e a instauração da burocratização do Estado. Este aspecto foi lucidamente apontado por Madel Therezinha Luz quando a pesquisadora conclui que “os interesses contraditórios enraizados no solo político brasileiro manifestam-se com muita intensidade nas políticas de saúde, na medida mesma da importância histórica destas políticas para a própria consolidação da Ordem” (1994a, p. 133).

Tal consideração nos indica que o poder estatal não pode ser entendido como algo apenas verticalizado, que se exerce ao se impor o que é permitido e o que não o é. Ao contrário, todo poder é produtivo e plural, sendo exercido através das relações, de práticas distintas e com certa capacidade de transfiguração e complementaridade, ou seja, “o poder se dá em um conjunto de práticas sociais constituídas historicamente, que atuam por meio de dispositivos estratégicos que alcança a todos e dos quais ninguém pode escapar, pois não se encontra uma região da vida social que esteja isenta de seus mecanismos” (DUARTE, 2006, p. 47). No entanto, Duarte insiste na potência do ser ao asseverar categoricamente: “onde há poder há resistência” (2006, p. 48). Frente a tal pressuposto, pode-se inferir que as eleições de 1974 garantiram à população um importante meio para manifestar seu repúdio e sua oposição contra todas as táticas ditatoriais e de aniquilamento da vida. Retornava, além disso, ao debate intelectual a intrínseca relação entre desenvolvimento e saúde, conforme ratifica a seguinte passagem:

Foi nesse momento, ainda, que começaram a ganhar visibilidade estudos e pesquisas que demonstravam os efeitos maléficos do modelo de desenvolvimento adotado no país para a qualidade de saúde de amplos grupos populacionais e, ao mesmo tempo, o caráter irracional e perdulário do sistema de saúde (EDLER, ESCOREL, NASCIMENTO, 2006, p. 62).

As diversas formas de repressão e controle do homem, típicas das sociedades disciplinares caracterizadas por Foucault, visam, em alguma medida, à produção de corpos dóceis e úteis, com a conseqüente produção de subjetividades facilmente adestráveis, ou melhor, sujeitos que reproduzam o sistema (ROMAGNOLI, 2006).

Contudo, a historiografia brasileira atesta que a ditadura militar encontrou resistência ao seu autoritarismo e às múltiplas tentativas de uso do equipamento público para extinguir física e moralmente um imenso contingente de pessoas. Sendo assim, o movimento em prol da saúde pública e da permeabilidade da máquina estatal pela sociedade civil, iniciado entre os anos de 1945 e 1964, começa a rearticular-se ao longo da década de 1970. Tal acontecimento tornou-se conhecido como movimento sanitário, cujo enfrentamento pautava-se em primeiro lugar por um posicionamento político-ideológico, como assegura Eugênio Vilaça Mendes (1999). Esta perspectiva é compartilhada por Edler, Escorel e Nascimento que percebem no movimento sanitário uma aspiração maior de transformação que abarcava a toda a estrutura social do país e não apenas uma simples realocação de recursos no setor da saúde; segundo os pesquisadores,

O pensamento reformista, que iria constituir uma nova agenda no campo da saúde, desenvolveu sua base conceitual a partir de um diálogo estreito com as correntes marxistas e estruturalistas em voga. A reformulação do objeto saúde, na perspectiva do materialismo histórico, e a construção da abordagem médico-social da saúde pretendia superar as visões biológica e ecológica do antigo preventivismo (2006, p. 64).

A mobilização em prol de uma profunda mudança epistemológica e metodológica - acerca tanto das concepções de saúde quanto das práticas relacionadas à vida e, fundamentalmente, à oposição ao governo militar – têm como um dos marcos fundamentais a formalização do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a revista Saúde em Debate. Essas propostas foram apresentadas por David Capistrano e José Rubens “em 1976, no encontro nacional da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência em Brasília” (CAMPOS, 2006a, p. 130). Ambas as experiências apresentaram-se como dispositivos importantes de reflexão, articulação e mobilização entre os intelectuais comprometidos com a causa da redemocratização, destacando-se dentre eles o nome do sanitário Sérgio Arouca, como uma importante liderança tanto no campo intelectual quanto na prática política militante (CAMPOS, 2006a). Em linhas gerais, o movimento sanitário caracterizava-se como:

constituído principalmente por médicos e intelectuais de formação comunista, socialista e liberal, e originado nos Departamentos de Medicina Preventiva das faculdades de medicina, o movimento sanitário influenciou o mundo acadêmico e atuou como liderança do processo de reformulação do

setor saúde. Exercia uma forte crítica à antiga abordagem estritamente biológica da medicina e discutia a prática da medicina numa perspectiva histórico-estrutural, pela qual se buscava apreender as relações entre saúde e sociedade (EDLER, ESCOREL, NASCIMENTO, 2006, p. 62).

Como uma das condições de possibilidade para a emergência do movimento sanitário pode-se apontar o gradativo declínio do regime militar. Observa-se que o período compreendido entre os anos de 1974 e 1985 representa um processo de progressiva abertura política do país, ou melhor, um intervalo de tempo que compreende desde a posse do general Ernesto Geisel, em 1974, até o final do último governo militar, em 1985, comandado pelo general João Figueiredo. Neste ínterim, em 1975, Geisel decretou o fim da censura à imprensa e, em 1977, o ministro da justiça pôde negociar com diversos segmentos da sociedade civil a intenção do governo de promover um processo de abertura política controlado, neste sentido: “lento, gradual e seguro” (EDLER, ESCOREL, NASCIMENTO, 2006, p. 66). Nesse momento de negociações, destacam-se dois movimentos da Igreja Católica: a Conferência Nacional dos Bispos (CNBB) e as Comunidades Eclesiais de Base (CEBS), juntamente com organizações laicas como a OAB e a Associação Brasileira de Imprensa. Reorganizaram-se, ainda nesta década, o movimento estudantil, o movimento pela anistia, o novo sindicalismo, além da consolidação do já mencionado movimento sanitário (EDLER, ESCOREL, NASCIMENTO, 2006).

Frente ao repúdio popular às iniciativas militares, o governo Geisel (1974-1979), buscando legitimar sua permanência no poder, lançou o II Plano Nacional de Desenvolvimento, cujas diretrizes priorizavam ações no campo social, mais especificamente, na área da educação, saúde e infra-estrutura de serviços urbanos. Entretanto, tal iniciativa ofereceu as condições de possibilidade para que agentes contrários à política estatal, em voga, adentrassem o espaço institucional, isto porque o governo militar:

não tinha quadros para ocupar todos os espaços abertos e terminou por criar espaços institucionais para pessoas de pensamento contrário, senão antagônicos, ao dominante em seu setor. Por esta brecha, lideranças do movimento sanitário entraram na alta burocracia estatal, na área da saúde e da previdência social (EDLER, ESCOREL, NASCIMENTO, 2006, p. 66).

A possibilidade de militantes do movimento sanitário adentrar a estrutura estatal permitiu o desenvolvimento de ações focadas nas necessidades das

comunidades mais empobrecidas, democratizando o acesso à assistência a saúde (EDLER, ESCOREL, NASCIMENTO, 2006).

Luz identifica a década de 1980 como um momento histórico ímpar para o Brasil, período durante o qual ocorreu a convergência de diversos esforços para criação de um Estado democrático. Segundo ela, “foi durante essa década que a sociedade brasileira passou a considerar, em sua maioria, que a saúde é um direito de cidadania, e que certas ações políticas de estado foram nessa direção” (1994a, p. 131). Ao analisar a década em epígrafe, a pesquisadora afirma a ocorrência de dois acontecimentos marcantes: o primeiro deles consiste na emergência do tema ‘saúde como direito civil’ na discursividade de diversos segmentos da população brasileira, o outro acontecimento remonta à percepção social dos trabalhadores como os principais provedores dos sistemas de saúde, em vistas aos descontos em folha e aos impostos pagos por cada um.

Convergente com esta posição, GERSCHMAN (1995) aponta que o tema da saúde sempre foi recorrente nos movimentos populares, mas seu aparecimento enquanto um tema central e articulador de diversos movimentos em prol de uma mesma luta é algo que na história brasileira só ocorreu na transição dos anos de 1970 para 1980.

Em 1985, a eleição indireta de Tancredo Neves demarca o final da era militar, porém a rápida morte do presidente eleito confere a José Sarney a missão de conduzir o país em sua fase de redemocratização, nomeada como Nova República. Cabe ressaltar, neste contexto, a grande influência dos governadores eleitos, entre 1982 e 1986, “pois José Sarney, além de não ter sido eleito diretamente pelo povo, era muito identificado com a ditadura militar” (COSTA, 2004). Nesta fase, diversas lideranças do movimento sanitário são escaladas para posições estratégicas em instituições estatais responsáveis pela formulação e implementação de políticas públicas na área da saúde brasileira. Sérgio Arouca assume a presidência da Fundação Oswaldo Cruz e, em 1986, preside a VIII Conferência Nacional de Saúde, “considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do movimento pela redemocratização da saúde em toda sua história” (EDLER, ESCOREL, NASCIMENTO, 2006, p. 77).

2.2 VIII Conferência Nacional de Saúde e a consolidação do discurso da saúde como direito civil.

Realizada em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde reuniu mais de 4.000 participantes entre profissionais da área da saúde, instituições atuantes no setor, bem como representantes dos usuários do sistema de saúde brasileiro, através da presença de diversos segmentos da sociedade civil organizados em movimentos sociais, partidos políticos e representantes das categorias profissionais (GERSCHMAN, 1995; LUZ, 1994a).

O Relatório da VIII Conferência consolida as principais discussões que ocorreram nos três dias de Conferência, cujos principais eixos temáticos foram: “Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial” (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, p. 381). Nessa ocasião ocorreu um amplo debate quanto à necessidade de ser reformulado o conceito de saúde enunciado até então; isso porque a idéia de saúde enquanto ausência de doença foi percebida como reducionista, medicalizada, conveniente apenas aos prestadores privados de assistência médica (LUZ, 1994a). Extrapolou-se a noção de uma medicina curativa, pensando na necessidade da União garantir políticas que promovam, protejam e recuperem a saúde de seus cidadãos, a partir de um novo modo de se compreender os processos de saúde-doença, como bem expressa o fragmento do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde pode-se ler:

1-Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (1986, p. 382).

A passagem acima demarca a influência do legado do marxismo histórico e, em certa medida, dos pressupostos foucaultianos na luta pela superação do modelo biomédico hegemônico, que insiste em medicar o corpo, sem considerar as diversas forças contraditórias que atuam sobre o mesmo (BEZERRA JR, 1994). Para

Campos, essa problematização não é recente; ao contrário, ainda em 1800 “Engels traça um paralelo entre as condições de vida da classe trabalhadora e a ocorrência de doenças, mortes e agravos, concluindo que as condições de vida interferem diretamente na produção da saúde, associando pobreza e injustiça com doença, morte e degradação da dignidade humana” (2006b, p. 111). Ao tornarem-se visíveis algumas das influências teóricas que subsidiaram o processo de luta pela redemocratização da saúde no Brasil, torna-se plausível o argumento de que a luta pela reforma sanitária caracteriza-se como um movimento de cunho eminentemente político-ideológico, não se reduzindo a uma proposta meramente reformista ou incrementalista (MENDES,1999). A radicalidade do movimento está, em seu nítido posicionamento, em defesa da vida (MERHY, ONOCKO, 1997), em contraponto aos seculares processos de alargamento das desigualdades e democratização da pobreza impostos ao povo brasileiro. Essas inferências podem ser elucidadas por meio da leitura das seguintes passagens:

2- A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3- Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, p. 382).

A reformulação do conceito de saúde era uma condição necessária para ser o principal orientador da reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, porque - ainda na VIII Conferência - postulou-se a urgência de ser criado o “Sistema Único de Saúde (SUS)”, com a intenção de que este viesse a atender toda a população brasileira de modo descentralizado e eqüitativo. Estados e municípios são convocados a assumir grande parcela de responsabilidade no que tangencia a estruturação de dispositivos que oportunizem à população o acesso aos diversos níveis de atenção à saúde e, ainda, aos dispositivos de participação e controle dos mesmos. A inovação da participação dos usuários pode ser entendida como uma tentativa de construir uma ampla estrutura democrática, conforme o conceito proposto por Gerschman: “denomino de estrutura democrática a capacidade reprodutiva da democracia, ou seja, a capacidade de o governo e a sociedade virem a autogerar comportamentos políticos democráticos” (1995, p. 25).

Tal estrutura democrática só encontra as condições para sua emergência quando o coletivo passa a apreender a idéia de saúde como um direito. Conforme Fuerwerker (2005), essa foi a grande potencialidade do movimento em prol da reforma sanitária, pois ele conseguiu convergir forças de tal modo que a luta pela saúde e pela democracia mobilizou diversos segmentos do país. Porém, tais pressuposições precisam ir além do discurso, constituindo-se em práticas; para isso, no entanto, precisam ser inseridas na Carta Magna da Nação. Sobre este aspecto é contundente o Relatório da VIII CNS, como pode ser observado na passagem a seguir:

A efetivação das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a continuidade do processo de discussão sobre a questão da saúde devem ser asseguradas através do aprofundamento das teses debatidas e do estudo dos temas específicos, como forma de subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte e criar as bases para uma Reforma Sanitária Nacional. Os participantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde propõem, com essa finalidade, a criação do Grupo Executivo da Reforma Sanitária composto por Órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada, de forma paritária. Cabe ao Ministério da Saúde a convocação e constituição do referido Grupo, segundo os critérios aqui propostos (1986, p. 388).

A Nova República (1985-1989) é marcada por fatos importantes para a constituição de um novo discurso e de novas práticas relacionadas à saúde e aos direitos sociais. Após a Conferência, em epígrafe, é constituída a Assembléia Nacional Constituinte e, em 1988, a nova Constituição da República Federativa do Brasil traz em seu texto vários dos princípios propostos em prol de uma Reforma Sanitária Brasileira (LUZ, 1994a). Portanto, a nova Carta Constitucional do Brasil proclama o país como um Estado Democrático, onde “a saúde é um direito de todos e dever do Estado...”. Tal inscrição encontra-se consagrada no artigo 196 do referido instrumento legal (BRASIL, 2005, p. 141). Posteriormente, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentou os serviços de saúde em todo o território nacional, consolidando os princípios doutrinários e administrativos do SUS. Neste ano também é decretada e sancionada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1999a; BRASIL, 1999b, p. 1).

Por outro lado, Gerschman argumenta que mesmo com a regulamentação da Reforma Sanitária na Constituição Federal, com os conseqüentes desdobramentos em Constituições Estaduais e leis Orgânicas Municipais, pode ser observado que o poder de proposição de políticas públicas foi maior que a capacidade de implementação das mesmas. Para a pesquisadora criou-se “uma situação *sui generis*, como a de ter conseguido plasmar apenas na Constituição o que deveria ser a política de saúde no país” (1995, p. 137). Tal posicionamento aponta a distância, que por vezes ocorre, entre a proposição de uma política pública e sua conseqüente implementação, processos inerentes ao sistema político de qualquer país. As políticas públicas são, afinal, ações de governo ou o governo em ação, na tentativa de responder às demandas diversas provenientes da vida social, por conseguinte, no jogo político entram em cena interesses diversos, que por vezes dão rumos distintos ao que determina a lei.

Maria Eliana Labra observa que na “neodemocracia” brasileira o SUS representa um importante marco - quando se considera a mudança estrutural ocorrida no país a partir da Reforma Sanitária. Entretanto, a pesquisadora reconhece a intrincada e difícil implementação do sistema (1999, p. 162). Costa, por sua vez, ao analisar as bases políticas do federalismo no Brasil, com as inerentes relações entre governos, afirma que “apesar dos problemas que enfrenta, como falta de recursos e conflitos com a rede privada, o SUS é um exemplo bem sucedido de cooperação intergovernamental” (2004 p. 180).

Especificamente no campo do atendimento psiquiátrico, que passará gradativamente a ser redefinido como campo da saúde mental, todos os acontecimentos de contestação à Ordem, ocorridos especialmente a partir da segunda metade do século XX, foram de primordial importância para abalar as práticas e estratégias de controle e exclusão solidamente fundamentadas sobre as grandes estruturas manicomiais. Nesse sentido, a constituição de uma nova discursividade, a permeabilidade da sociedade civil no aparato estatal, a reestruturação da legislação brasileira e, fundamentalmente, a criação do SUS são algumas das condições de possibilidade para que aconteçam a proposição de práticas descentralizadas, territorializadas e inseridas na comunidade, como por exemplo, a estruturação dos Centros de Referência em Saúde Mental no município

de Betim - Minas Gerais, ao longo da década de 1990, além da regulamentação de toda legislação em saúde mental que demarcará - na letra da Lei - uma nova orientação sobre o tratamento do sofrimento psíquico a partir do século XXI (ZENHA, 2001).

Vale sublinhar que os movimentos instituintes, no campo da saúde mental, que marcam a transição do século XX para o século XXI, devem ser entendidos como produções cujas condições de emergência remontam às lutas e embates travados entre profissionais da assistência psiquiátrica, intelectuais, atores da sociedade civil, familiares de usuários e usuários do sistema, como também representantes tanto do Estado como da oligarquia da saúde¹¹. Essa série de acontecimentos tornou-se historicamente conhecida como Reforma Psiquiátrica.

2.3 Quanto mais democracia se tem, mais democracia se quer: os porões da loucura e a luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil

O movimento social pela Reforma Psiquiátrica brasileira configura-se como um dos acontecimentos inscritos no seio das manifestações articuladas em prol da redemocratização do país, na transição dos anos de 1970-1980. Neste período de embate à organização política do país, as críticas às instituições ganham espaço nas arenas de discussão, este fato acontece porque as instituições passam a ser entendidas como permeadas por normas, regras, estruturas e, principalmente, interesses (CAMPOS, 2001). Ainda neste contexto, os variados discursos decorrentes do movimento pela Reforma Psiquiátrica condensavam a contestação e a crítica às diversas formas de opressão e controle do homem; contudo a instituição manicomial constituiu-se como seu principal alvo de luta, por ser um local onde, historicamente, se condensam ou se superpõem uma multiplicidade de estratégias repressoras.

¹¹ Segundo Luz “a oligarquia da saúde pode ser caracterizada, quanto à sua composição, por proprietários de grandes empresas médicas, hospitais e clínicas médicas, grupos financeiros ligados aos serviços médicos destinados às empresas e ao público em geral; grandes indústrias de equipamentos médicos, nacionais e internacionais; empresas multinacionais de produtos farmacêuticos; finalmente, os médicos liberais mais bem situados na escala profissional, defensores de uma ideologia privatista em relação aos serviços de saúde” (1994a, p. 134).

Acontecimentos em países estrangeiros, como a Psicoterapia Institucional, proposta por Tosquelles, na França, em 1940; a Comunidade Terapêutica organizada, em 1943, no Reino Unido, por Bion e Rickeman, bem como os pressupostos da antipsiquiatria - veiculados por David Cooper e Ronald Laing começam a repercutir, no Brasil, em um momento de franco declínio da ditadura militar (DESVIAT, 1994). Junto a estas experiências, as pesquisas de Michel Foucault, Gilles Deleuze, Felix Guattari, Erving Goffman, Robert Castel e, ainda, o advento da psiquiatria democrática liderada por Franco Basaglia, em Gorizia e, posteriormente, em Trieste (ambas as cidades italianas)¹², compõe parte do cenário político-ideológico que mobilizou diversos atores brasileiros a empreender uma luta contra a 'indústria da loucura', estabelecida, no Brasil, a partir das medidas privatizantes oriundas do regime militar (BEZERRA JR, 1994).

Após a Segunda Guerra Mundial, ocorre no plano internacional, uma série de denúncias relativas aos danos subjetivos causados àqueles que são submetidos à reclusão em organizações manicomiais semelhantes aos hospícios brasileiros. Isto porque os sujeitos permanecem "reclusos numa estrutura que impõe a supressão da liberdade, o afastamento do convívio sócio-familiar, a inflexibilidade das regras, o distanciamento hierárquico, a suspensão das negociações, o anulamento dos atos (...), a suspensão de direitos" (FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL, 2004, p. 7).

É preciso observar que a inflexão do regime militar favoreceu tanto a introdução de referências estrangeiras às arenas de discussão do país, como por exemplo, as noções mencionadas acima, mas - principalmente - o fim à censura permitiu a exposição das chagas provocadas pelas medidas estatais. Deve-se notar que o movimento em prol da Reforma Psiquiátrica desenvolveu-se em um momento próspero, posto a precedência dos acontecimentos que culminaram no movimento social pela reforma sanitária brasileira.

¹² Sobre a experiência de Franco Basaglia torna-se esclarecedora a leitura de: BASAGLIA, F. (Coord.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

A partir dessa época, a histórica aliança entre o Estado¹³ e as práticas psiquiátricas começa a ser problematizada, pois gradativamente esta aliança passa a ser percebida como um encontro estratégico, a partir do qual derivam diversas medidas biopolíticas de controle da vida, conforme conceituado por Foucault na obra *O Poder Psiquiátrico* (2006). Conseqüentemente, concebe-se as relações de poder e saber como totalmente implicadas nos discursos e nas práticas que produzem, não existindo aí qualquer sentido essencial ou natural; ao contrário, trata-se tão somente de construções humanas, por isso mesmo históricas. No caso da loucura, são produzidos estudos que abalam os fundamentos epistemológicos da psiquiatria e a hegemonia do saber médico que por décadas se encarregou de livrar as cidades de “seus loucos”. Estes estudos postularam que a loucura “é, antes de tudo, construção política e teórica, institucional e científica” (LUZ, 1994b, p. 89). Observa-se que quando a “loucura” deixa de ser entendida como uma resposta psíquica de uma disfunção biológica ou quando se tem a percepção de que a mesma não é uma mera conseqüência do meio social (LUZ, 1994b), insere-se a discussão em um outro plano, em um plano político.

Mais do que reconstituir cronologicamente todos os aspectos envolvidos no movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, trata-se de ir em busca de certos acontecimentos cruciais que favoreçam o entendimento da emergência de uma discursividade - que se pretende nova - quando se trata das práticas, discursos e políticas públicas em torno da loucura. Desse modo, torna-se pertinente citar a delimitação mencionada por Paulo Amarante (1995), quando o pesquisador nomeia como “crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)¹⁴” o ponto de eclosão do referido movimento.

Segundo Amarante (1995), a crise deflagrada na DINSAM, em 1978, pode ser entendida como um momento de ruptura com o silêncio e a negligência à qual estavam submetidos tanto os profissionais quanto os internos das unidades

¹³ O conceito de Estado, neste estudo, baseia-se nos pressupostos de Luz, conforme a socióloga - no sentido mais restrito - o conceito de Estado refere-se ao “conjunto de seus aparelhos institucionais, repressivos e ideológicos. Estes aparelhos incluem tanto a escola, o hospital, como o cárcere, a polícia, a lei, a norma – forma do discurso institucional – e os Ministérios” (1994b, p. 87).

¹⁴ A DINSAM era um órgão estatal responsável pela formulação de políticas públicas em saúde mental, sob seu controle estavam o Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, todos no estado do Rio de Janeiro (AMARANTE, 1995).

hospitalares deste setor estatal. Neste ano, três residentes assumem os riscos de registrar no livro de plantão do pronto-socorro as irregularidades de todo Centro Psiquiátrico Pedro II¹⁵. Segue-se a este fato uma mobilização entre diversos profissionais da DINSAM e externos a ela, que não só apóiam a atitude dos residentes - que como tantos outros trabalham em condições irregulares - como também articulam reuniões e discussões junto aos integrantes do CEBES e do Movimento de Renovação Médica (REME). Na ocasião, é organizada uma greve cujo desfecho normativo foi a demissão de 260 trabalhadores. Entretanto, as demissões não conseguem extinguir o movimento que, aos poucos, organiza-se como Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O MTSM é apontado como um articulador fundamental para o processo em desenvolvimento, uma vez que tem a capacidade de inserir, em uma lógica de equivalência, tanto as questões de cunho trabalhista quanto a demanda humanitária, condensando-as em uma reivindicação em conjunto contra a instituição manicomial. Ao analisar a trajetória desse movimento Amarante relata que:

A pauta inicial de reivindicações gira em torno da regularização da situação trabalhista – visto que a situação dos bolsistas é ilegal – aumento salarial, redução do número de excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Ou seja, reflete um conjunto heterogêneo e ainda indefinido de denúncias e reivindicações que o faz oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro corporativo (1995, p. 52).

Na passagem acima, Amarante ressalta claramente a vastidão das reivindicações do MTSM; todavia, talvez neste aspecto encontra-se uma possível chave para a compreensão da habilidade agregadora deste movimento, bem como a capacidade de inserção de seu discurso em espaços, até então, marcadamente conservadores, no que tange ao discurso e à prática psiquiátrica. Segundo Pinto (1989, p. 36), “um discurso só exerce poder pela identificação, pela adesão espontânea”. Nesse sentido, pode-se inferir que a amplitude dos questionamentos veiculados pelo MTSM consegue abarcar uma série de demandas da sociedade, naquele contexto específico, de tal forma que a interpelação de atores tão distintos

¹⁵ Conforme Oliveira, após o golpe militar de 1964 o Hospício Nacional de Alienados (Hospício de Pedro II até a Proclamação da República) passa a ser nomeado como Centro Psiquiátrico Pedro II, como uma forma de negação aos ideais republicanos. Entretanto, em 2000, com a municipalização da instituição ela torna-se: Instituto Municipal Nise da Silveira (2001).

torna-se possível. Outro ponto importante, relativo à configuração deste movimento, remonta à conexão do mesmo com outros grupos que já mantinham uma forte posição política e militante, como é o caso do CEBES e do REMES. Tais organizações congregavam diversos atores implicados não só com a reflexão intelectual, mas também com a militância política, o que os tornava importantes difusores de pesquisadores cujo cerne de suas indagações era a questão do poder, como por exemplo, Karl Marx e Michel Foucault (BEZERRA JR, 1994).

Ainda, em 1978, dois grandes eventos favorecem a articulação de diversos atores em prol da Reforma Psiquiátrica. O primeiro deles refere-se ao V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú, SC. Evento historicamente organizado de um modo conservador, mas que, neste ano, desdobra-se em uma série de discussões distintas do esperado. A introdução de novos problemas e reflexões é uma consequência da mobilização realizada por vários militantes antes do episódio. Quanto ao segundo evento, trata-se do I Congresso Brasileiro de Psicanálise Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro. Nesta última ocasião, estão presentes Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman, pensadores que decididamente contribuem para que as discussões confluem para um plano eminentemente político, aspecto essencial para o “engajamento das novas gerações de psiquiatras, psicólogos e outros profissionais da área na direção da reforma” (BEZERRA JR, 1994, p. 176).

Nesses eventos, a presença de Franco Basaglia, devido à sua experiência transformadora na Itália, aquece as discussões, oferecendo subsídios teóricos para novas pesquisas, além de contribuir para a interpelação de novos sujeitos identificados com a causa. Também Michel Foucault estivera no Brasil se posicionado contra todas as formas de tortura e enclausuramento da vida (AMARANTE, 1995; BEZERRA JR, 1994).

Em 1979, ocorre, em São Paulo, o I Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental e, em Belo Horizonte, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria - este último organizado pelos residentes do Instituto Psiquiátrico Raul Soares (VAN STRALEN, 2001). O cartaz de convocação deste evento contém a fotografia de uma mulher caída ao chão, paciente do “Raul Soares”, e a inscrição dos artigos 5º e 9º

da Declaração Universal dos Direitos Humanos, ao que dizem respectivamente: “ninguém será submetido a tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano e degradante”; “Ninguém será arbitrariamente preso ou detido ou asilado”. Nesta oportunidade, são realizadas diversas denúncias pelos psiquiatras Halley Bessa e Francisco Paes Barreto (FIRMINO, 1982, p. 34).

O III Congresso Mineiro de Psiquiatria contou com a presença de Robert Castel e Franco Basaglia (VAN STRALEN, 2001). Este último percorreu boa parte das instituições manicomiais mineiras, o que favoreceu em muito o acesso da imprensa a estes locais. Quanto ao impacto das imagens presenciadas por Basaglia, o jornalista Hiram Firmino faz a seguinte descrição:

Horrorizado com o que viu e não acreditava mais existir no Brasil, Basaglia comparou o Hospital “Galba Veloso”, de Belo Horizonte, onde é feita a triagem de todos os doentes mentais do Estado, via INAMPS, a uma “cadeia pública”. Chamou os médicos psiquiatras e enfermeiros do estabelecimento de “carrascos” e seus diretores de “carcereiros”. Quanto ao manicômio de Barbacena, Basaglia classificou-o como “um campo de concentração nazista” (1982, p. 11).

Quando Basaglia compara às macro-instituições psiquiátricas de Minas Gerais (que foram construídas sobre a mesma matriz epistemológica das demais instituições deste gênero no país) aos campos de concentração nazistas, ele faz mais do que uma contundente denúncia quanto à precariedade das instalações locais: ele convoca à cena uma das grandes catástrofes provocadas pela pretensão humana, cujo subsídio maior foi o discurso da ciência. De algum modo, o genocídio dos judeus praticado pelos nazistas ainda permanece no imaginário coletivo. Portanto, quando o mesmo é evocado, parece existir a intenção de convocar os brasileiros a barrarem a reedição de uma tragédia já conhecida, lembrando ainda que a mesma já está posta em movimento, através da segregação em manicômios de milhares de homens, mulheres e crianças por todo o território nacional.

Nesse momento, faz-se necessário retomar alguns aspectos da Assistência Psiquiátrica, em Minas Gerais, no contexto em que se articula o movimento pela Reforma Psiquiátrica. Deste modo, ao ser apresentado um panorama geral da situação da rede de serviços psiquiátricos no estado, tornar-se-á mais compreensível a realidade que se pretende transformar.

2.4 Abrindo outros porões da loucura: o itinerário público da loucura em Minas Gerais

Em Minas Gerais, ainda em 1979, o Secretário da Saúde do Estado, Eduardo Levindo Coelho, concede a Hiram Firmino e à fotógrafa Jane Faria o acesso aos hospitais psiquiátricos da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG)¹⁶. Como resultado, no dia 16 de setembro de 1979, o jornal Estado de Minas anuncia a série de reportagens: “Nos Porões da Loucura”, através das quais passa a ser descrito o “itinerário público da loucura” no estado mineiro. Trajeto que, àquela época, era iniciado no Hospital Psiquiátrico Galba Veloso e dividia-se em poucas opções: Instituto Raul Soares¹⁷, clínicas psiquiátricas particulares estabelecidas na capital e, por fim, o Hospital Central e o Hospital Colônia de Barbacena. Cabe mencionar que as clínicas privadas reivindicavam avidamente os pacientes, pois junto aos mesmos seguiam os recursos públicos que financiavam suas internações. Esta afirmação é ratificada pelo neurologista Novantino dos Santos Filho (diretor do “Raul Soares” e ex-diretor do “Galba¹⁸”), quando indagado por Hiram Firmino sobre as pressões sofridas pelo diretor do “Galba Veloso” na triagem dos pacientes, momento no qual o destino dos mesmos é decidido. Conforme Novantino: “as clínicas particulares sustentam-se à custa dos loucos do INAMPS. E Vivem reclamando mais doentes” (FIRMINO, 1982, p. 38).

O Hospital Psiquiátrico Galba Veloso tornou-se, a partir de 1969, a porta de entrada prioritária a todos os que requeressem ou fossem encaminhados a qualquer tipo de tratamento psiquiátrico em Minas Gerais, ou seja, tratava-se de uma assistência centralizada no paradigma hospitalar e distante da região de origem da grande maioria das pessoas que residiam fora da capital do estado e da região de Barbacena (MORETZSOHN, 1989). Segundo Firmino (1982), os pacientes que chegavam ao “Galba Veloso” eram rapidamente atendidos em uma pequena sala anexa à portaria; em seguida, eram encaminhados ao Posto de Sedação e,

¹⁶ Órgão responsável por todos os hospitais estatais (psiquiátricos ou não) no estado de Minas Gerais.

¹⁷ Os Instituto Psiquiátrico Raul Soares foi inaugurado em 24 de agosto de 1924 (MORETZSOHN, 1989), ao passo que o “Galba Veloso” fora inaugurado em 25 de janeiro de 1961 (FIRMINO, 1982).

¹⁸ “Raul Soares e Galba” refere-se ao modo como popularmente são nomeados estes hospitais em Minas Gerais.

posteriormente, a uma das enfermarias, subdivididas em: Ala dos Neuróticos, Ala dos Psicóticos, Ala dos Alcoólatras, Ala Mista e Ala das Mulheres Neuróticas e Epiléticas. Atendendo aos regulamentos da Assistência Psiquiátrica, ali também se encontrava uma ala para pensionistas. A descrição das alas para pacientes conveniados com INAMPS ou com a Polícia Militar e Rodoviária em nada se assemelha à asserção de Foucault (1987) de ser o Hospital, depois do século XVIII, uma máquina de curar. Talvez a intenção de disciplinar a instituição e obter o controle por meio da disposição dos corpos dos internos e, conseqüentemente, através da vigilância de todos os seus atos, ocorresse - no caso da rede psiquiátrica da FHEMIG - mais eficazmente pelas características intrínsecas aos arranjos arquitetônicos de seus manicômios, do que propriamente por um olhar que pousasse sobre os que ali habitavam. Conforme veiculado pelo jornal Estado de Minas, o “Galba” resumia-se a:

Um jardim florido na frente. Uma seqüência de pátios ensolarados, tipo alçapões de cimento, ao fundo. Muros acinzentados de até cinco metros de altura. Nenhuma área verde no interior, nenhuma sombra, um banco para se sentar. Sequer uma peteca, uma bola, um cigarro para fumar. Apenas uma única salinha de praxiterapia. Enfermarias escuras e fétidas. Homens e mulheres transmutando seus problemas, piorando da doença. Neuroses, psicoses e ausência de amor reunidas em dormitórios comuns. Nenhum médico nos ambulatórios, nas enfermarias ou nos pátios... (FIRMINO, 1982, p. 15).

Na ocasião da presença do jornalista, os internos do referido hospital demonstram a total iniquidade a qual estão expostos, seja através da nudez de muitos deles, seja por meio da indicação da ausência dos chuveiros ou quaisquer recursos para o cuidado de si e de sua higiene pessoal, pois inexistiam sabonetes e toalhas. Entretanto, as queixas maiores recaem sobre a impossibilidade de estabelecerem contatos com seus familiares. Apontam, além disso, as transferências arbitrárias para as clínicas particulares e, ainda, a prevalência da medicação a despeito de quaisquer necessidades do ser humano, como a fome. A este respeito é contundente o apelo de um interno: “Eles obrigam a gente a tomar remédios em jejum. A gente tem de engolir os comprimidos com água, antes do café. Às oito e meia isso, pensa bem?! A gente de barriga vazia, morrendo de fome” (FIRMINO, 1982, p. 20).

Há que ser ressaltado que os pacientes não-pagantes ou considerados indigentes não eram submetidos ao período de 72 horas mínimas para “controle, medicação e avaliação” (FIRMINO, 1982, p. 24), sendo levados diretamente para o Instituto Raul Soares, o segundo estágio público da loucura: “único refúgio, além de Barbacena, de todos os loucos pobres do Estado. Os mendigos e os bêbados sem Instituto, nome ou endereço” (FIRMINO, 1982, p. 33).

Ao chegar ao “Raul Soares”, Hiram Firmino logo percebe que se repetem as mesmas cenas de horror, reproduzindo-se as estratégias de confinamento de seres humanos em pátios de cimento, sem qualquer atividade ou perspectiva de saída. O diretor da instituição com poucas palavras define ao jornalista a finalidade daquele hospital: “Atender a todo paciente indigente do Estado. Os pacientes agudos que não têm INAMPS”. Em seguida, ele explicita sua percepção sobre o lugar cuja direção está a seu comando:

Isso aqui é um inferno. Aqui vem gente doida de todo o País. Não sei o que acontece. Ou se eles gostam do tratamento que recebem aqui. Mas a polícia dos outros Estados põe os seus doidos nos ônibus e os despacha para cá. Todo mundo, essa é a verdade, quer vir para este hospital (FIRMINO, 1982, P. 36).

No ato da entrevista, o hospital contava com 386 pacientes internados, entre homens e mulheres e um adolescente, cuja média de reinternações girava em torno de 55%, mesmo com a utilização em massa de tratamentos extremamente agressivos, conforme os avalia Silveira (2001), como é o caso dos medicamentos, do eletrochoque e da lobotomia, além dos meios coercitivos. O médico-historiador que se dedicou a retratar os fatos importantes do “Raul Soares” despoja-se de toda a parcimônia quando pretende exaltar o papel de vanguarda deste hospício, no que tange à importação de técnicas terapêuticas e ao desenvolvimento de estudos empíricos, como se observa no relato de Moretzsohn sobre a utilização da insulino-terapia:

Depois que Manfred Sakel (1900-1957), em Viena, começou a usar a insulina no tratamento de alguns casos de dependência de morfina, publicando suas conclusões em 1933 e introduzindo sua técnica em 1936, a psiquiatria passou a contar com um extraordinário processo de tratamento para a esquizofrenia, até então considerada incurável. Em nosso meio, dois anos depois da comunicação de Sakel, no Instituto “Raul Soares”, o psiquiatra Nagib Abdo (1910-1952) publicava notável trabalho, no qual

demonstrava todo seu conhecimento e sua experiência com o novo processo terapêutico: “Tratamento da Esquizofrenia pelo choque hipoglicêmico” (Método de Sakel) (1989, p. 173).

Também quanto ao uso do eletrochoque, Moretzsohn ressalta seu caráter revolucionário na terapêutica psiquiátrica, como se pode observar em suas próprias palavras: “este método é usado até hoje e, por vezes, com êxitos verdadeiramente espetaculares, sobretudo depois que sua técnica foi muito aperfeiçoada graças à introdução, por A. E. Bennet, em 1941, da narcose e da curarização prévia do paciente” (1989, p. 174). Esta técnica chega a Belo Horizonte em 1958. Em 1979, depois de algumas discussões sobre a ética médica, a imprensa consegue presenciar e relatar à população uma sessão de eletroconvulsoterapia (ECT) realizada no Hospital Raul Soares. Antes do início da sessão, o funcionário do hospital descreve ao jornalista o funcionamento do aparelho eletroconvulsor, bem como o processo que provoca reiteradas convulsões no paciente submetido à mencionada técnica. Como veiculou o Jornal *O Estado de Minas*:

Isso aqui é um eletroconvulsor (um aparelho com marcador de voltagem e duas tomadas, ligadas a dois fios). E isso aqui se chama “ambu”, somente usado para emergências. Se o paciente tem uma parada respiratória após o choque, como é comum acontecer, acompanhada de parada cardíaca, aí temos de lançar mão deste aparelho (uma espécie de máscara nasal e bucal de sucção). [...] O coração parou mais de 60 segundos, a gente então lança mão dele. Já isso aqui é um pedaço de látex, uma espécie de borracha grossa, que é colocada na boca do paciente. Senão, ele quebra os dentes, quando o eletroconvulsor for ligado. [...] Nos homens, geralmente nós aplicamos 120 volts. Nas mulheres, temos que aumentar a dosagem um pouco. Eu por exemplo, aplico uns 130 volts. A mulher é muito mais resistente que o homem (FIRMINO, 1982, p. 48).

Após conceder tais informações ao jornalista Hiram Firmino, o trabalhador prossegue em sua jornada cotidiana. Sob o olhar e temor dos internos, ele, assim mesmo, obedece à prescrição médica, conforme narra o jornalista:

Teve início a sessão.

O primeiro foi um rapaz ainda, de uns 25 anos, que acompanha a nossa conversa com os olhos arregalados. O ajudante do aplicador de ECT subiu literalmente - em cima dele e colocou uma perna em cima de cada braço, assentando-se sobre sua barriga, imobilizando-o completamente. Passou um algodão molhado nas duas frentes do paciente, segundo ele para aumentar o contato e passar maior carga elétrica. Colocou o látex na boca do rapaz e segurou, firme, com as duas mãos, o seu queixo. O rapaz ficou olhando para cima, sob o olhar passivo, alheio, dos outros dois pacientes. O aplicador chegou para trás. Colocou as duas tomadas de uma só vez, na sua cabeça. O rapaz deu um grito. E começou a pular sem parar, na cama.

O corpo entrou todo em convulsão. Os olhos pulavam tanto, pareciam que iam pular das órbitas. Começou a babar e a gemer, enquanto continuava se contorcendo todo, violentamente. O funcionário segurou seu queixo, por algum tempo. Depois, virou-o de costas, ainda em convulsão. Uma secreção branca, espécie de gosma, começou a sair pela boca e pelas narinas... (1982, p. 48).

Esta mesma cena foi repetida com as outras duas pessoas, que aguardavam sentadas no chão. Atitudes repetidas, mesmo frente à recusa dos internos. O jornalista pergunta ao aplicador por que o procedimento não poderia ser realizado fora do olhar dos próximos da fila, tendo em vista o pavor presente nos semblantes daqueles expectadores. À indagação, o funcionário responde respaldado por sua experiência: “tem problema, não. O cabra já vem pra cá meio lerdo. Antes de chegar aqui, ele já passou no psiquiatra que prescreveu o ECT. Já foi devidamente examinado e medicado para isso. E tem mais: depois que toma o choque, o paciente não se lembra de mais nada. Nem se doeu” (1982, p. 48).

Nise da Silveira (2001) é contundente ao denunciar o quão degradante são os tratamentos de choque, tendo em vista que eles provocam a perda da memória naqueles em que são aplicados. Perder a memória pode significar fugir dos “fantasmas” por um tempo, mas também pode significar perder os fios, ou perder-se entre os fios, que vão compondo a história de vida de cada um, com seus nós, laços e embaraços. Santos (2005), por sua vez, faz uma importante análise acerca do uso da insulinoterapia, informando inclusive os riscos de morte aos quais são expostos os pacientes. Historicamente os meios de tratamento eram pouco ou quase nada diferenciados dos meios punitivos, como atesta o já analisado Regulamento que organizou a Assistência Psiquiátrica em Minas Gerais. Regulamento atravessado por uma série de enunciados do discurso científico, do discurso político e do discurso jurídico. Discursos atravessados pela percepção de uma época cujas conseqüências, em muitos casos, resultaram na composição de uma trama, ou melhor, de um círculo nada virtuoso cujo efeito era aniquilação do sujeito. Aniquilação psíquica muito antes que física. Conforme Oliveira (2004), o ponto crucial dos manicômios localiza-se no fato de sua lógica operante trabalhar com a porta de entrada sem a porta de saída, ou seja, uma vez preso às conexões do sistema asilar, as possibilidades de um sujeito se ver livre das mesmas tornam-se muito reduzidas, em virtude da alta incidência das reinternações. A análise - adiante

empreendida por Oliveira - decompõe a dinâmica da clausura, de forma clara e precisa como pode ser observado:

As práticas oficiais do manicômio são produtos da organização de um recorte espacial e temporal hierarquizado, normatizador, reduzindo o interno ao espaço de nulidade e de troca zero na impossibilidade da autonomia. Não há trocas, mas ordens a serem obedecidas. Mesmo o afeto não é trocado e se, às vezes, doado é só por quem está na condição hierárquica de doar. O interno colocado no local de troca zero é despojado das possibilidades de afeto e é justificado por estar ali por não possuir laços afetivos por características da enfermidade. E os labirintos arquitetônicos com portas, maçanetas, móveis, chaves, grades, longos corredores, banheiros sem privacidade, camas iguais, pessoas iguais, deambulando em círculos que não levam a lugar algum e repetem os gestos da fila do almoço, do remédio, do banho, do deitar, do não-ser, garantem este recorte espacial e temporal. Conjugação de tempo e espaço que se repete até a exaustão de se estar “desorientado no tempo e no espaço” (2004, p. 110).

Este modo de entendimento do hospital permite que seja visualizado como o poder do médico está necessariamente implicado na verdade que ele produz. É nesse sentido que Foucault fala de “efeitos” produzidos sobre o doente, a partir de relações assimétricas, desiguais, cujo poder torna-se uma condição primeira para todo saber, tal como aponta o próprio filósofo, no texto intitulado *Casa dos Loucos*, presente em sua obra *Microfísica do Poder*.

As relações de poder constituíam o a *priori* da prática psiquiátrica. Elas condicionavam o funcionamento da prática asilar, aí distribuíam as relações entre os indivíduos, regiam as formas de intervenção médica (...). Esse jogo de uma relação de poder que dá origem a um conhecimento que, por sua vez, funda os direitos deste poder, caracteriza a “psiquiatria clássica” (2005, p. 127).

Foram, portanto, os pressupostos da psiquiatria clássica à qual se refere Foucault, nomeadamente o alienismo francês, que orientou a edificação do Hospício de Pedro II. Este último foi molde para a grande maioria dos outros manicômios do país, como é o caso do Hospício Central de Barbacena¹⁹, derradeiro estágio público da loucura em Minas Gerais (FIRMINO, 1982).

Ainda em 1979, a cidade de Barbacena constituía-se como o principal destino dos “alienados” *crônicos* do estado, cujos principais encaminhamentos provinham do “Raul Soares”, ou diretamente dos 72 municípios que formam o entorno de

Barbacena, região nomeada como Zona da Mata. Os encaminhamentos diretos visavam à contenção dos custos decorrentes da triagem dos pacientes em Belo Horizonte. Naquele ano, o Hospício Central e a colônia agrícola a ela anexa contavam com 1.360 leitos, entretanto a população interna superava a capacidade de alojamento, uma vez que, àquela época, os internos estavam divididos entre: “717 mulheres, 640 homens e 38 crianças”, o que totalizava 1.395 pessoas (FIRMINO, 1982, p. 52).

A edificação do hospício em Barbacena ocorreu logo nos primeiros anos do século XX; nas décadas seguintes, deu-se a construção do Hospital Colônia e a expansão de pavilhões em ambas as unidades. A esse respeito a entrevista concedida pelo psiquiatra-diretor da instituição em setembro de 1979, José Theobaldo Tolendal, ao repórter do Jornal Estado de Minas, oferece um importante testemunho sobre a realidade daquela instituição:

Para vocês terem uma idéia, os nossos pavilhões mais modernos datam de 1940. Esse hospital foi construído em 1903, dentro daquela concepção psiquiátrica reinante no início do século. Muros altos grossos, pátios no meio, tipo senzala, onde os doentes ficam confinados (FIRMINO, 1982, p. 52).

Um mil trezentos e noventa e cinco internos, entre homens, mulheres e crianças. Confinados em pátios de cimentos, cercados por muros que impedem qualquer contato com o mundo exterior. Para atendê-los, seis psiquiatras, na proporção de um médico para cada grupo de 200 internos, uma enfermeira formada, seis atendentes de enfermagem e cento e oitenta funcionários do corpo não-médico. Números que esclarecem a comparação feita por Basaglia entre a assistência psiquiátrica prestada em Barbacena e os campos de concentração nazistas. Comparação que se torna ainda mais eloqüente quando se leva em conta outros trechos da fala do diretor registrados pelo repórter:

Para cada um de nossos 16 pavilhões, ou seja, para cada 200 loucos, nós temos duas moças para tomar conta [...]. Temos só seis médicos para tratar de todos os casos de doença aqui. Tuberculose, doença de chagas, verminose etc. [...]. Com muita dificuldade, conseguimos vacinar os doentes contra a varíola. Isso mesmo, só de vez em quando. Já tivemos casos, e

¹⁹ Com o passar dos anos, este estabelecimento foi renomeado como: Centro Psiquiátrico de Barbacena.

eles foram vários, de contaminação geral em quase todo o hospital. Uma vez, por falta de exame (abreugrafia), descobrimos um pavilhão de 200 pacientes todos tuberculosos. A doença já tinha contaminado todos eles [...]. Aqui não se faz pesquisa alguma. A gente nem sabe de que os doentes morreram. Às vezes, tem um paciente conversando com você e, de repente, ele cai para trás, morto. A gente vai ver, ele estava com doença de chagas. Isso é muito comum aqui (FIRMINO, 1982, p. 53-55).

A passagem acima demonstra que mesmo as funções diagnósticas e classificatórias, típicas da psiquiatria do século XIX - que transformava os hospícios em espécies de hortas ou zoológicos - deixaram de ser exercidas em Barbacena. Também não se pode dizer que, neste contexto, a reclusão fosse recomendada para que a vontade reta do médico, junto a sua paixão ortodoxa, confrontasse as vontades perturbadas e as paixões pervertidas dos internos (FOUCAULT, 2005). Dessa forma, o escritor Lima Barreto que ocupou um dos leitos psiquiátricos públicos, no Rio de Janeiro, consegue expressar com sagacidade a episteme que sustentou a prática psiquiátrica brasileira por mais de cento e cinquenta anos. Quando se alinha a descrição de uma instituição psiquiátrica estatal e asilar às anotações de Lima Barreto, realizadas durante seu tempo de internação, os sentidos de suas palavras tornam-se ainda mais precisos, como pode ser averiguado pelo próprio leitor: “Amaciando um pouco, tirando dele a brutalidade do acorrentamento, das surras, a superstição das rezas, exorcismo, bruxarias, etc., o nosso sistema psiquiátrico de tratamento da loucura ainda é o da Idade Média: o seqüestro” (2001, p. 69).

Em Barbacena, à segregação alia-se o uso maciço de antipsicóticos, sedativos e antiparkinsonianos, posto que na farmácia do hospital psiquiátrico em questão encontrava-se junto aos remédios para vermes e diarreias, “prateleiras e mais prateleiras de Haldol, Neozine, Amplictil e Akineton” (FIRMINO, 1982, P. 61). Para Foucault a introdução da farmacologia nos hospícios opera dois golpes estratégicos, em um deles “transforma a sala dos agitados em grandes aquários mornos” e, em uma ação contínua, faz desaparecer a loucura, instituindo a doença mental (2002c, p. 219). Logo, doença pressupõe cura. Porém, lembrem-se! Os pacientes descritos nos manuais de psiquiatria como “crônicos” são aqueles cujas doenças os acompanharam por toda a vida, tal como aponta Bezerra Jr. na seguinte passagem:

De fato, a psiquiatria criou os crônicos, mas não porque fosse pessimista. A figura do crônico resulta de um “otimismo terapêutico” ilimitado e totalitário. Conceber o sofrimento psíquico como *doença*²⁰ é inscrevê-lo num ideal normativo de *cura*, de retorno a um estado universal de normalidade. O chamado crônico é, porém, uma pedra no caminho desse ideal. Ele é a testemunha da limitação e inadequação de qualquer vocabulário, de qualquer rede conceitual que pretenda reduzir o polimorfismo da experiência subjetiva a um modelo normativo absoluto. Sempre haverá aqueles que não se encaixam bem, que não se enquadram nas descrições normativas oferecidas. Quando se define a cura como elemento ordenador dessas descrições, cria-se automaticamente a figura do crônico como definição negativa (1994, p. 187).

Se para os “pacientes crônicos” a medicação perdeu a finalidade de cura, pode-se supor que ela se alinha então às práticas disciplinares, fabricando “efeitos homogêneos de poder” (FOUCAULT, 1987, p. 167). A medicação, portanto, é mais uma tática para atingir a todos os corpos, de forma tal que a calma prescrita nos asilos seja prolongada até o interior do corpo dos internos (FOUCAULT, 2006). Sem a disciplina, levada às últimas consequências do indivíduo, seria impossível executar todas as manobras necessárias para alimentar a população do hospital em questão. Hiram Firmino presenciou o momento do almoço no pavilhão “Crispim Jacques, onde ficam crônicos, os mais antigos, indigentes, que nunca receberam uma vista sequer” (1982, p. 59), ao que ele descreve:

A gente se deparou com um campo de concentração, como havia-nos advertido. Duzentos e sessenta homens reunidos em um pátio de apenas 300 metros quadrados. Dividido em uma parte aberta, cercada por muros intransponíveis. E outra, um galpão escuro, fétido. Umhas mesas compridas de pedra, eles almoçando. Todos os 260 pacientes nus e sujos. Muito machucados, sangrando, com feridas pelas pernas, pelos braços. Uma comida de aparência horrível. Esbranquiçada, servida em pratos de lata. Apenas colheres. A maioria comendo com as mãos mesmo, de toda maneira. Obedecendo às atendentes como se fossem meninos (1982, p. 60).

Os refeitórios não comportavam todos os pacientes de uma só vez. De modo que os internos tinham que ser “manejados” em grupos de cem para que todos comecessem. Àquela época eram preparadas 3.000 refeições-dia, por oito funcionárias incumbidas do serviço de cozinha, que preparavam as refeições tanto dos internos do hospital-central, quanto do hospital-colônia; para este último, a comida era conduzida por uma carreta, duas vezes ao dia. Conforme o diretor, faltava à instituição uma nutricionista e a possibilidade de pagar os fornecedores em dia,

²⁰ Todos os grifos são do autor da citação.

chegando as contas a se acumularem por até três meses. Nas palavras do Dr. Tolendal, a base da alimentação dos internos era semelhante ao padrão do povo brasileiro, sem nenhum requinte, como se pode observar em suas palavras:

Três mil (refeições) por dia. Gastamos uma média de seis mil dúzias de ovos por mês. Só de frango, uns 2.500 quilos por mês. Outro dia veio um repórter aqui, que depois meteu o pau na nossa comida. Ele disse que não viu os pacientes comerem nada disso. É que ele não sabe que trituramos tudo primeiro, e depois misturamos no arroz e no feijão. Daí a impressão que não damos carne aos doentes. O fato é que não podemos dar talheres a eles, tipo faca e garfo (1982, p. 52).

A ausência de talheres, como garfos e facas, é justificada pelo risco dos internos cometerem o auto-extermínio. Cabe mencionar que, nas estatísticas de Barbacena, o suicídio não parece figurar entre as principais causas de morte. Junto à carência nutricional e às precárias condições sanitárias das instalações no geral, o clima da região parece propício a aumentar o comprometimento físico dos internos. Esta cidade localiza-se em uma das regiões mais frias e úmidas do estado; por conseguinte, no período do inverno, a incidência de óbitos tornava-se ainda maior que em outras épocas do ano. Tais fatos esclarecem o porquê de Barbacena ter-se destacado muito antes como uma importante fornecedora de cadáveres (ou simplesmente peças) às faculdade de medicina, do que como uma região de reconhecida vocação à promoção, proteção e recuperação da saúde. Segundo Amorim,

Uma prática macabra e comum no Hospital-Colônia era o comércio de cadáveres, vendidos para as universidades de todo o Brasil. Eram corpos de internos indigentes, abandonados pelas famílias, dizem os registros oficiais. Encontravam, após a morte, a utilidade de se transformarem em peças para as aulas de anatomia – alguns corpos eram cozidos em caldeirões, muitas vezes na frente de outros internos, para o aproveitamento dos ossos. Foram 17 universidades que receberam os mortos de Barbacena e em diferentes partes do país: Pouso Alegre, Belo Horizonte, Valença, Rio de Janeiro, Santos, São Paulo, entre outras. Segundo Jairo Toledo, ex-diretor do hospital, apenas nos anos de 1970 foram comercializados 1.853 cadáveres (2006, p. 61).

Dentro de uma instituição total como esta nem sempre a vida e a morte são tão diferenciadas. Pois, os que ali estão são privados de tudo o que a cultura moderna, ocidental e urbanizada produziu, pois os internos permanecem – em sua maioria – nus, são privados de qualquer possibilidade de propriedade ou privacidade, não usam talheres, seus nomes são esquecidos. Na morte não há ninguém a velar por

eles, de modo que o ritual que soleniza a morte é substituído pela radicalidade de uma ação mercantil, que transforma corpos em peças, corpos em valor monetário.

Na enfermaria infantil, sob os olhares de uma única funcionária, alinham-se uma série de berços onde as crianças mais crescidas têm seus braços e pernas pendentes para fora. Crianças cuja expectativa de vida não ultrapassa os 20 anos. Nas “celas femininas”, mulheres presas entre fezes e urina. Cenas que se intensificam quando o olhar avança em direção aos pátios, onde a nudez dos corpos sobre o cimento frio é a cena mais marcante (FIRMINO, 1982). Ao estar literalmente imerso no fenômeno que descrevia, pois que interno em um hospício, Lima Barreto conseguiu demonstrar com sagacidade que, apesar de todo o horror, o pior ainda estava por vir. Dessa forma, ele faz uma advertência sobre existência da “secção de indigentes, aquela em que a imagem do que a Desgraça pode sobre a vida dos homens é mais formidável” (BARRETO, 2001, p. 23).

Certamente, o escritor referia-se a uma situação de total miséria análoga a existente no Hospital-Colônia de Barbacena. Segundo o olhar de Hiram Firmino, tal recinto era uma espécie de “asilo medieval, de pedra e barras de ferro. Úmido, frio e indesejável”, onde se encontra o “Pavilhão dos Aleijados”, o que para o repórter foi:

O quadro mais deprimente. Quase 50 homens, 25 mulheres, algumas crianças, vários velhos. Uns cegos, outros surdos, a maioria dessa gente, parálitica. Gente suja, mal vestida e nua. Arrastando-se pelo chão, na falta de pernas, de muletas, de companhia. Promiscuidade, horror visual. Apenas o sol forte e os muros altos [...]. Gente de todo o tipo, mendigando nada mais do que a morte, um cigarrinho (FIRMINO, 1982, P. 67).

Estes internos, isolados para não serem pisoteados pelos próprios companheiros, são semelhantes àqueles que Foucault considerou como o “... resíduo de todas as disciplinas...”²¹ (2006, p. 67).

Depois de uma breve passagem pelo “itinerário público da loucura”, em Minas Gerais, tornam-se mais claros os objetivos da luta por uma Reforma Psiquiátrica no

²¹ Nas primeiras páginas do primeiro capítulo essa passagem de Foucault é transcrita integralmente.

Brasil. Por isso, nesta ocasião, torna-se oportuno ainda tecer algumas considerações sobre esta história.

3. OS ANOS 1980/90 E AS CONDIÇÕES DE POSSIBILIDADE PARA NOVAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: O CASO DE MINAS GERAIS

Ao longo da década de 1980, progressivamente, consolida-se o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em Minas Gerais, o Programa de Residência Médica do Instituto Raul Soares organiza dois seminários para debater o rumo da assistência psiquiátrica no estado. As propostas decorrentes do segundo seminário parecem alinhar-se mais com uma tentativa de “reforma” do hospital, do que com uma busca efetiva de ruptura com o modelo lá estabelecido. Entre as propostas, constam “a modificação do espaço físico do hospital (humanização das enfermarias); contratação de pessoal em todos os níveis; adequação da remuneração profissional; formação de equipes interdisciplinares com poder de decisão e execução; separação física entre o ambulatório e o serviço de internação” (VAN SATRALEN, 2001, p. 11). Os esboços de reforma desencadeados nos primeiros anos de 1980 em Belo Horizonte são compatíveis com o que preconiza o Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), criado pelo decreto nº 86.329, de 02 de setembro de 1981, tendo em vista a orientação deste último para o desenvolvimento de ações racionalizadoras no sistema, sobretudo no que se refere à alocação racional de recursos (AMARANTE, 1995).

Entre 1984 e 1985, no caso de Belo Horizonte e seu entorno, as proposições de políticas públicas no campo da saúde mental vão em direção ao atendimento ambulatorial, ou seja, à incrementalização da rede e não apenas dos macrohospitais psiquiátricos. São formulados, nestes anos, respectivamente, “o Plano Operativo para o Programa Integrado de Saúde Mental a Nível Ambulatorial na Região Metropolitana de Belo Horizonte e o Programa de Ações integradas em Saúde Mental – Região Metropolitana de Belo Horizonte” (VAN SATRALEN, 2001, p. 13). Nesta época, a Escola de Saúde Pública do estado já se organizava para especializar profissionais capacitados para sustentar projetos alternativos à lógica manicomial, o que passa a acontecer a partir de 1986 (ESP-MG, 2007).

Em 1986, Belo Horizonte já contava com 24 equipes multiprofissionais de saúde mental, onde atuavam psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras. Neste

ano, é alocada a primeira equipe no município de Betim. Tais fatos condizem com a afirmação de Bezerra Jr. (1994), quando ele aponta que a segunda metade de 1980 destaca-se pela ocorrência de uma expressiva quantidade de propostas de reestruturação da assistência psiquiátrica no país. Para ele, isto indica que mesmo com certas diferenças de orientação, pode-se considerar que foi consolidado um movimento nacional em prol da Reforma Psiquiátrica. Movimento que se fortalecia com a ocupação de importantes cargos diretivos por seus militantes, pela crescente produção editorial sobre o tema e, principalmente, pela multiplicidade de encontros regionais e nacionais onde as questões da reforma ocupavam o centro da arena (BEZERRA JR, 1994).

Em decorrência da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é convocada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorre em 1987, no Rio de Janeiro. Nesta ocasião, é estabelecido o claro embate entre os setores reformistas e conservadores no que tange à assistência psiquiátrica. O setor conservador, nomeado por Luz como “oligarquia da saúde” (1994a, p.134), institui como sua representante principal a “Federação Brasileira de Hospitais” (FBH) (AMARANTE, 1995; ALVES e GULJOR, 2004). Logo na seqüência, ocorre em Bauru, São Paulo, o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, onde estiveram reunidas cerca de 350 pessoas. Tais eventos garantem as condições de possibilidade para a emergência de um enunciado fundamental que delimitou claramente os objetivos da luta a essa altura, dado o lema proclamado na cidade de Bauru: “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”. Este acontecimento inscreve o II Encontro de Trabalhadores como uma grande referência para o movimento pela Reforma Psiquiátrica, manifestando a radicalidade da negação ao aparato hospitalocêntrico, legitimado pela psiquiatria e pela percepção de uma época.

Pinto (2006) observa que a sobrevivência de um discurso revolucionário está diretamente ligada à sua capacidade de desconstruir o seu opositor. Portanto, quando finalmente decreta-se discursivamente a extinção do manicômio, define-se precisamente o opositor, como também seus aliados e aqueles que contra o mesmo estão. Nesse sentido, a Federação Brasileira de Hospitais apresenta-se na arena de discussões em defesa explícita à oligarquia da saúde, representando fielmente os

interesses de uma classe de forte prestígio social, econômico e político, que pressente ruir sob seus pés as bases de seus grandes templos.

Entretanto, não basta apenas desconstruir o adversário. Para existência de um discurso que se pretende hegemônico é preciso que novos sentidos sejam construídos. Sentidos plenos de positividade de uma forma tal que podem se definir sem referência ao outro (Pinto, 2006). A criação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, em 1986, é um bom exemplo de práticas que são concebidas a partir da atribuição de sentidos que não têm como ponto de referência o macrohospital psiquiátrico. No plano nacional, outras experiências marcam este processo de luta pela desconstrução, ao lado da emergência de práticas inovadoras, como pode ser citada a histórica intervenção realizada em 1989 na Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos/SP, e a reconfiguração da rede de atendimentos naquela cidade (CAMPOS, 2006b). A respeito desta experiência, Lancetti esclarece que a intervenção ocorreu especificamente em 3 de maio de 1989, ao passo que, em 1994, a região já dispunha de uma rede de atenção ao portador de sofrimento psíquico inserida no território, o que rendeu à cidade de Santos o atributo de ser “a primeira cidade brasileira sem manicômios” (2002, p.14). Não pode ser esquecida, também, a experiência de vanguarda de Nise da Silveira a partir dos anos de 1940, no Rio de Janeiro. Experiência marcada pela franca resistência à violência dos métodos de tratamento tradicionais da psiquiatria e pela proposição de outras possibilidades de acolhimento, àqueles que têm suas experiências de vida atravessadas pelo sofrimento psíquico (SILVEIRA, 2001). No plano legal, o Deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou ao Congresso o Projeto de Lei nº 3.657-D/89. Projeto que para Bezerra Jr. (1994) significou a concretização na letra da Lei de uma série de enunciados emergentes do discurso em prol da reorientação da assistência psiquiátrica. Deste modo, o projeto em epígrafe previa desde a desativação do aparato manicomial à institucionalização de novos recursos de atenção ao portador de sofrimento psíquico. Neste projeto de Lei, também estavam previstos a regulamentação dos direitos das pessoas que estão submetidas ao tratamento psiquiátrico asilar ou mesmo daquelas que venham a necessitar de alguma forma de amparo em qualquer tempo da vida. Tal proposição tramitou por muito tempo no Congresso Nacional, o que por um lado indica a força dos jogos de interesse em

perpetuar uma situação existente há muitas décadas no país. Por outro lado, a repercussão da proposta de Paulo Delgado fez com que um número cada vez maior de pessoas participasse das discussões em torno de seu conteúdo. Depois de várias alterações, em 2001, é sancionado o referido projeto, tornando-se a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, onde - nas primeiras linhas de sua redação final pode-se ler: “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2002, p.15).

Torna-se importante ressaltar que no período de tramitação do projeto, que foi ratificado como uma política pública em saúde mental, consolidava-se a experiência do Sistema Único de Saúde (SUS) no país. Sistema que parte do princípio que a “saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado”. Devendo a atenção à saúde ser oferecida de forma universal e descentralizada, conforme sanciona a Constituição Federal de 1988. É essencial à referência a este contexto, pois - no intervalo temporal que decorreu entre a proposição do projeto do Deputado Paulo Delgado até sua regulamentação - o Ministério da Saúde decretou as portarias 189 e 224, respectivamente em 1991 e 1992. Portarias fundamentais para o real andamento da Reforma Psiquiátrica em curso: estes instrumentos legais regulamentaram o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

3.1 A década de 1990 e as novas políticas públicas em Saúde Mental

A década de 1990 demarca uma nova etapa da história do Brasil e de Minas Gerais no que se refere à assistência psiquiátrica. Neste período, as mobilizações sociais em prol da ruptura do modelo manicomial e as contínuas tentativas de redefinição do conceito de saúde parecem penetrar a máquina estatal, influenciando a reorientação do sistema de saúde brasileiro. Porém, conforme Labra, é extremamente complexo compreender o campo dinâmico e mutante das políticas públicas em saúde, o que se deve ao fato de que:

...cada sistema de saúde, antes de ser o resultado de um desenho predeterminado, é sobretudo o produto de uma infinidade de confrontações, transações e ajustes entre a burocracia estatal, a categoria médica, os

sindicatos, os partidos políticos, os parlamentares e os poderosos grupos de interesses que gravitam em torno da indústria da medicina (LABRA, 1999, p. 134).

Este pressuposto faz um alerta de que a análise das proposições de políticas públicas no Brasil, no campo da assistência psiquiátrica, deve considerar a crise do sistema psiquiátrico, as pressões por parte da sociedade civil e da oligarquia da saúde. Frente a este tensionamento, coube ao Estado a tarefa de enfrentar os conflitos decorrentes dos embates entre os diversos interesses que entram em jogo quando a pauta em discussão é a manutenção ou não dos grandes hospitais psiquiátricos. É possível dizer que as escolhas do passado e os acordos realizados ao longo de uma grande história induzem, em muitos casos, a produção de mudanças incrementais, muito antes que mudanças que alterem profundamente as estruturas e escolhas anteriores, em virtude dos custos que isto resulta (LABRA, 1990).

Nota-se, contudo, que o discurso político, expresso em pronunciamentos ou na escritura da Lei, nem sempre revela todos os detalhes do jogo político, como, por exemplo, os acordos ou compromissos firmados. Ao retomar o ordenamento legal e os regulamentos das organizações que atuam na administração da vida social, tem-se a possibilidade de problematizar as condições de possibilidade de estruturação das instituições contemporâneas no campo da saúde mental. Além disso, pode-se comparar o discurso inerente às proposições políticas (a Lei enquanto texto) com o discurso dos trabalhadores ou Técnicos de Referência²², que são aqueles que executam a política implementada, levando, de algum modo, a ação do Estado aos cidadãos brasileiros.

Quanto às novas proposições de políticas da década de 1990, podem ser destacadas as Portarias do Ministério da Saúde nº 1 89, de 19/11/1991, e nº 224, de 29/1/1992, as quais preconizam a implementação de uma nova lógica de assistência aos portadores de sofrimento psíquico no Brasil, o que, por sua vez, incita a produção de outros discursos. Estas Portarias determinam tanto os princípios norteadores da nova rede assistencial, quanto os recursos humanos e equipamentos

necessários à nova proposta. Sinalizando, além disso, a intenção do Estado em retomar o compromisso de gerenciar e oferecer diferentes formas de cuidado ao público em questão. Compromisso que passa a ser compartilhado entre os três níveis gestores do SUS: governo federal, estadual e municipal (BRASIL, 2002, p. 55).

Deve-se ter em vista que a implementação de uma política pública requer a clara definição daqueles que serão responsáveis pela sua execução e controle, como também a fonte de seu financiamento. Sobre este aspecto, a Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991, define as novas regras para o financiamento das internações psiquiátricas, prevendo ainda outros procedimentos que passam a ser custeados pelo Estado, como o tratamento em psiquiatria em Hospital-geral. Além desta nova modalidade de atendimento, o Ministério da Saúde institucionaliza, no mesmo ato legal, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definindo recursos para a existência de Hospitais-dia, realização de oficinas terapêuticas e atendimentos em grupo (ver: BRASIL, 2002, p. 51-55).

Neste contexto, a Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, é concebida como uma “regra mínima” a ser cumprida em todo país. Vale observar que tal instrumento legal tem a força de institucionalizar vários enunciados e termos que emergiram ao longo do movimento pela Reforma Psiquiátrica, definindo a “saúde mental” como um campo de intervenção que não mais se restringe a assistência psiquiátrica, mas um campo onde novos serviços e atores serão instituídos em consonância aos princípios fundamentais do SUS: universalidade, hierarquização, regionalização, integralidade das ações e controle social (BRASIL, 2002, p. 56).

Conforme os princípios do SUS, os serviços tornam-se abertos, oferecendo igualmente atendimento a todos os brasileiros ou brasileiras, independentemente de sua situação trabalhista ou financeira. A hierarquização implica em serviços com distintos graus de complexidade que vão desde o atendimento ambulatorial, até

²² O discurso dos Técnicos de Referência aqui se refere às falas registradas por meio das entrevistas realizadas para este estudo. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. O que as qualifica enquanto textos. A discussão sobre este aspecto será aprofundada nas seções seguintes.

internação hospitalar. Conseqüentemente, o princípio da regionalização busca garantir aos cidadãos que o atendimento às suas necessidades seja prestado em sua região, dentro de seu território.

A noção de território sugere o mapeamento das localidades com a definição de áreas de cobertura populacional para cada serviço de saúde. No entanto, esta noção vai além da simples definição de regiões geográficas, aproximando-se à realidade das pessoas e ao modo como elas interagem com seus semelhantes e com o ambiente onde vivem. Neste contexto, o princípio da integralidade ratifica a concepção de saúde expressa na VIII Conferência Nacional de Saúde, entendendo-se que não basta pensar a saúde como ausência de doenças, mas que são imprescindíveis ações e serviços preventivos e curativos, que atuem desde a promoção à saúde e prevenção de doenças, até a reabilitação do sujeito (BRASIL, 1999b, p. 3). O controle social é demarcado como a participação da sociedade civil²³ nas Conferências de Saúde e nos Conselhos de Saúde, tendo como finalidade a formulação conjunta de estratégias entre o Estado e os diversos segmentos da sociedade e o controle da execução da política nos diversos aspectos que isto implica (ver: BRASIL, 1999b, p. 1-2).

A rede assistencial em Saúde Mental, preconizada pelas Portarias 189 e 224, abarca diferentes modalidades de atendimento, sendo composta inicialmente por: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Saúde, Ambulatórios, NAPS/CAPS, Hospitais-dia, leitos psiquiátricos em Hospitais-gerais e, ainda hospitais psiquiátricos. Estes serviços são idealizados como descentralizados (espalhados pelo território) e hierarquizados, no que tange à complexidade do cuidado ofertado. Determinou-se que as UBS, os Centros de Saúde e os Ambulatórios devem oferecer: atendimentos individuais - como consultas e psicoterapia; atendimentos em grupo - abarcando grupos operativos, terapêuticos, grupos de orientação; a realização de visitas domiciliares, atividades comunitárias, entre outros (BRASIL, 2002).

²³ Uma discussão séria e consistente sobre a participação em saúde encontra-se na tese de doutorado: Entre a Norma Institucional e a Ação Coletiva: Uma Arqueologia da Participação em Saúde, cujo autor é o sociólogo Marcos Artêmio Fischborn Ferreira (1992) (ver Referências).

Conforme a Portaria 224, os NAPS/CAPS e os Hospitais-dia são serviços de maior complexidade, quando comparados à rede de Atenção Básica; isto porque os mesmos devem oferecer atendimentos e cuidados de forma intermediária entre o ambulatório e a internação hospitalar, sendo referência para os demais serviços de saúde e para os pacientes egressos de internações psiquiátricas. Os CAPS/NAPS e Hospitais-dia devem dispor de uma maior variedade de recursos e um maior suporte a ser oferecido aos usuários, como a possibilidade de permanência no serviço por um ou dois turnos, por um dia ou mais, ou mesmo a permanência noturna quando o sujeito necessitar de cuidados intensivos. Conforme a regulamentação, estes equipamentos devem oferecer atendimento individual e em grupo, tratamento medicamentoso, psicoterapêutico, atividades em grupo e comunitárias, oficinas terapêuticas, atendimento à família, além do fornecimento de alimentação ao usuário que estiver em permanência-dia e/ou permanência-noite.

Quanto aos recursos humanos, institui-se a imagem da equipe técnica, multiprofissional, onde outros saberes e discursos disciplinares passam a interagir com o saber médico, conforme descreve a Portaria 224:

1.4 Recursos Humanos:

A equipe mínima, por turno de quatro horas, para 30 pacientes-dia, deve ser composta por:

1 médico psiquiatra;

1 enfermeiro;

4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos (BRASIL, 2002, p. 59).

A existência das equipes multiprofissionais também foi preconizada nos Hospitais-gerais com leitos psiquiátricos. Esses últimos seguem os princípios dos equipamentos já descritos, com a diferença de que nos mesmos estão previstas internações por breves períodos de tempo, nas quais devem ser oportunizadas aos usuários atividades individuais e em grupo, conforme a necessidade de cada um.

Em princípio, a proposição de uma nova lógica assistencial não determinou o fim dos manicômios, pois as Portarias mencionadas regulamentam a existência dos mesmos, prevendo formas de custeio e controle das internações. Todavia, são

estabelecidas metas para a adequação dos hospitais psiquiátricos especializados, conforme atesta a transcrição do fragmento a seguir:

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

1) Tendo em vista a necessidade da humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações:

- está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes);
- deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;
- deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes;
- os hospitais terão prazo máximo de 1 (um) ano para atenderem estas exigências a partir do cronograma estabelecido pelo órgão gestor local (BRASIL, 2002, p. 64).

As Portarias Ministeriais esboçam um grande desenho estrutural e funcional da rede assistencial em saúde mental proposta a partir dos anos 90. Quando a análise desta estrutura é realizada à luz das problematizações de Hillesheim e Guareschi, torna-se claro que não se trata apenas de um modelo abstrato, mas de “uma construção discursiva que institui determinadas posições [...], instituindo modos de ser” (2007b, p. 93). Posições e modos de ser que se formatarão na figura do sujeito-gestor, do sujeito-profissional da equipe técnica e, é claro, do sujeito-paciente ou, contemporaneamente, sujeito-usuário portador de sofrimento psíquico. Para Amarante (2003), a institucionalização do CAPS como um novo serviço não garante que ele seja inovador, que produza novas práticas para se lidar com a loucura, com o sofrimento psíquico e a adversidade. Nesse sentido, uma estrutura “nova” ainda assim pode sustentar velhas formas de se relacionar com o outro, produzindo posições e modos de ser sob os moldes do velho discurso manicomial.

Observa-se que a proposição do Ministério da Saúde pretende fixar sentidos que sejam adotados por todo o país; portanto, seguido por muitos, por meio de uma sutil formação de compromisso que atende tanto aqueles que lutam pelo estabelecimento de uma nova ordem, quanto aqueles que defendem os interesses inerentes à “indústria da loucura”, pois não ocorre o rompimento por definitivo com o antigo sistema psiquiátrico, ordenado em grandes estruturas estatais e privadas. Contudo, o discurso ministerial torna-se legítimo de ser seguido na medida em que é expresso por um órgão central do Governo, autorizado pelo povo a isto.

3.2 Os paradoxos da legislação em saúde mental: A Lei 11.802

No âmbito federal, as Portarias Ministeriais 189 e 224 ratificaram a posição do SUS como principal financiador do sistema público de saúde. Foram, portanto, estabelecidas normas quanto à forma de custeio dos procedimentos realizados em saúde mental. Nesse contexto, os gestores estaduais e municipais seriam responsáveis pela implementação de serviços e ações e pela complementação dos recursos.

Em Minas Gerais, a Lei Estadual 11.802, de 18 de janeiro de 1995, apresenta diferenças significativas quando comparada à Lei que criou a “assistência a alienados”, sendo que também revela as tensões que subjazem aos processos de mudança. Tal inferência aponta para o fato de que o discurso político (como todo discurso) se estabelece a partir de outros discursos que o precederam, apontando discursos ainda por vir. Nesse sentido, os discursos não se fecham em si próprios, mas mantêm-se na clara tensão entre o estabelecido e a ruptura (ORLANDI, 2003). O instituído exerce uma contínua coação para manter-se tal como está; para tanto, às vezes camufla-se, desloca-se, tentando apresentar-se como uma novidade, novidade que carrega em si a vantagem de já ser conhecida. Assim, quando o objeto em análise é o discurso da Lei, expresso enquanto texto constata-se - de modo sutil - que o conflito entre a continuidade e a ruptura deixa-se mostrar através da própria escritura da Lei, como pode ser apreendido a partir do exame do seguinte fragmento:

Lei nº 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, dá outras providências (BRASIL, 2002, p. 28, grifos da autora).

Esta lei assinada pelo governo estadual Eduardo Azeredo, do PSDB, é dirigida aos gestores municipais, aos técnicos de governo que operam a máquina pública, aos proprietários de hospitais psiquiátricos e ao governo federal. Quanto a este último, ela dirige-se claramente ao mesmo por alinhar-se às proposições do Ministério da Saúde. Vale notar que o instrumento legal interpela, desde já, os

futuros técnicos que passarão a executar a política, junto àqueles que se tornarão o público alvo das ações e serviços, nomeadamente os “portadores de sofrimento mental”.

Em Minas Gerais, a Lei 11.802 é inovadora quando inscreve em seu texto o significativo “saúde mental”, aspecto importante quando se observa que o enunciado “sofrimento mental”, quando inscrito no campo da saúde requer outras formas de abordagem que não a clausura. Nota-se que ao usar a expressão ‘portador de sofrimento mental’ a Lei parece romper com as tradições anteriores que percebiam a “alienação” como diretamente relacionada ao erro e ao desvio moral, passando a inscrever a “loucura” enquanto dor e padecimento. Paradoxalmente, quando ‘portador’ é anteposto a ‘sofrimento mental’ há a recorrência a uma formação discursiva outra, que não o discurso político. Recorre-se à ordem da ciência que passa, a partir dos anos de 1980, sob a rubrica do DSM III, a introduzir um novo modo de realizar diagnósticos em psiquiatria (BEZERRA JR, 2007, p. 26).

Bezerra Jr (2007) observa que a intenção dos criadores do DSM III era a de construir uma espécie de mapa ou cartografia das patologias psiquiátricas sustentada por critérios claros, precisos e passíveis de serem aplicados universalmente. O autor destaca que a difusão dessa abordagem de diagnóstico trouxe conseqüências que vão além da simples mudança terminológica, isto é, os diagnósticos passam a ser realizados em referência aos transtornos; logo, os sujeitos *tornam-se* portadores do transtorno X ou Y, o que é diferente do sujeito ser X ou Y. Entretanto, esta abordagem amplia as categorias nosológicas, tornando os diagnósticos mais simples e generalizáveis para a vida cotidiana, o que pode induzir à medicalização, muitas vezes indiscriminada, da população.

Inicialmente o enunciado ‘portador de sofrimento mental’ parece compatível com uma percepção e uma prática que levem em consideração a condição do sujeito no mundo. Entretanto, Bezerra Jr problematiza a aparência desta idéia ao assinalar que a noção de transtorno e, conseqüentemente, de portador filia-se a uma perspectiva que rompe com o método fenomenológico e psicanalítico, dessubjetivando o sofrimento. Sobre este aspecto, torna-se relevante transcrever a fala do próprio autor quanto ao uso dos DSM:

Existem, no entanto, aspectos problemáticos no seu uso que merecem uma atenção particular. Em primeiro lugar, ao eliminar a dimensão fenomenológica e psicodinâmica da experiência subjetiva, a nosografia dos DSM oferece uma descrição que pouco consegue dizer do sofrimento daquele paciente diante de nós. No lugar da singularidade da experiência de um sujeito, temos a universalidade das categorias nosológicas aplicadas a um indivíduo. Pode-se falar sem exagero de um processo de dessubjetivação do sofrimento, já que uma elaboração acerca da posição do sujeito frente ao que lhe sucede é muito pouco solicitada. Como consequência torna-se virtualmente nebulosa a discussão acerca das fronteiras entre o normal e o patológico, já que os critérios objetivos usados para diagnosticar acabam podendo ser aplicados numa extensão quase ilimitada. Há sempre um diagnóstico disponível para ser usado em qualquer situação. [...] O efeito disto é que, com base nesse tipo de diagnóstico, é quase automático pensar a terapêutica como simples eliminação de sintomas, numa clínica que bem poderia ser chamada de ortopedia do cérebro (2007, p. 26-27).

Ao recolocar a questão do diagnóstico (e dos pacientes aos quais ele se aplica) no fluxo da história, observa-se a formação de um discurso e de uma prática que foram baseados em uma clínica do olhar (cujo fenômeno se apresenta à observação) e, posteriormente, em uma clínica da escuta (em cujo cerne está o inconsciente e a sexualidade). Estas práticas clínicas e discursivas não desapareceram, ao contrário, mantêm-se vivas em uma ordem que passa a conectar-se aos “vistos e ouvidos” transtornos do DSM e correlatos (como a ‘Classificação Internacional das Doenças’ - CID). Multiplicam-se os discursos sobre as patologias do ser e esta discursividade passa a produzir um caráter de verdade, “principalmente no momento em que este discurso articula os sentidos que produz sobre os modos de ser e de viver com os saberes dos diferentes campos de conhecimento já legitimados pela ciência, ou por aquilo de se entende por científico” (GUARESCHI e REIS, 2007a, p. 8).

O discurso político recorre ao que foi conceituado por Pinto (2006) como “intertextualidade”, ou seja, a recorrência a outras formações discursivas para legitimar e lutar por tornar hegemônico o discurso defendido pelo partido que ocupa o poder. Deve-se ter em vista que de modo distinto à lógica que centrou toda a assistência psiquiátrica do estado de Minas Gerais na intervenção intra-hospitalar, a Lei Estadual 11.802 propõe espalhar a assistência por diversos pontos do território, criando dispositivos com diversas fisionomias no que tange à intensidade do suporte ofertado. Dessa forma, postula-se a possibilidade de oferecer modalidades de

cuidado e atenção que vão desde espaços destinados a atividades artísticas e culturais, como os centros de convivência, a locais onde o sujeito em crise pode permanecer por curtos períodos de tempo recebendo atenção intensiva, como por exemplo, nos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM). Dentro desta perspectiva, os lares ou pensões protegidas oferecem um suporte àquelas pessoas cujos laços familiares foram rompidos devido às longas internações ou mesmo por questões outras que impossibilitem a convivência com a família ou com qualquer outro grupo de pessoas no qual existiu algum vínculo.

Esta diversidade de equipamentos e ações está prevista no Art. 3º da Lei em epígrafe, onde se pode ler:

Os poderes públicos estaduais e municipais, em seus níveis de atribuição, estabelecerão a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos alternativos aos hospitais psiquiátricos, os quais garantam a manutenção da pessoa portadora de sofrimento mental no tratamento e sua inserção na família, no trabalho e na comunidade, tais como:

I – ambulatórios;

II – serviços de emergência psiquiátrica em prontos-socorros gerais e centros de referência;

III – leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais;

IV – serviços especializados em regime de hospital-dia e hospital-noite;

V – centros de referência em saúde mental;

VI – centros de convivência;

VII – lares e pensões protegidas (BRASIL, 2002, p. 28, grifos da autora).

Nota-se que o fragmento transcrito descreve o desenho da nova rede assistencial alternativa aos hospitais psiquiátricos. Isto sugere o acréscimo de opções que passarão a ser ofertadas lado a lado ao antigo sistema. Uma rápida observação da passagem acima poderia levar a crer que se trata de uma construção discursiva baseada na lógica da equivalência (PINTO, 2006), ou seja, uma lógica na qual há a criação de outros sentidos. Uma nova rede territorializada e aberta, por exemplo, negaria definitivamente os sentidos referentes às grandes instituições de reclusão. Porém, está presente no discurso legal uma lógica que recomenda a complementaridade e não a exclusão, acontecimento que ao menos em princípio esclarece porque na descrição da nova rede assistencial não consta a expressão: ‘recursos substitutivos’, mas “recursos alternativos ao Hospital Psiquiátrico” (BRASIL, 2002, p. 28).

Nos artigos 5º e 6º da Lei 11.802, são vetados o em prego dos procedimentos violentos empregados nos tratamentos psiquiátricos, como o uso de celas-fortes e camisas-de-força. Nesta ocasião, foram proibidas as psicocirurgias ou qualquer outro procedimento que produza efeitos orgânicos irreversíveis, como meio de tratamento das enfermidades mentais. Todavia a Emenda daquela Lei, dada em 1º de dezembro de 1997, regulamenta o uso do eletrochoque, além de autorizar os procedimentos de restrição física, desde que necessários e acompanhados por profissionais (Ver: BRASIL, 2002).

Ao ser analisado o “caput” do Artigo 3º, junto ao retrocesso da Emenda à lei quanto aos meios coercitivos, podem-se inferir quais são os discursos subjacentes ao discurso político, consolidado em texto legal. São discursos que remontam a uma concepção de racionalidade adaptada ao trabalho, à produção de bens e às normas familiares e comunitárias. Sugere-se que sujeito plenamente adaptado a estes sistemas, que se sobrepõem, alcançará a “integridade física e mental”.

Segundo Foucault, o auge dos sistemas disciplinares é alcançado quando nasce a arte do corpo humano, onde o homem-máquina é constituído enquanto uma estrutura anátomo-metafísica. Conseqüentemente, estrutura inteligível, decifrável e apta a ser transformada e aperfeiçoada. Para o autor:

O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe [...]. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma “aptidão”, uma capacidade que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita. Se a exploração econômica separa a força e o produto do trabalho, digamos que a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada (1987, p. 119).

Vale lembrar que todo ordenamento jurídico compartilha de uma história que o antecede. Foucault, em seu trabalho genealógico, recoloca a disciplina e os diversos mecanismos disciplinares no fluxo do processo histórico, indicando que os mesmos não emergem do nada, mas remontam a diversos processos, às vezes ruidosos, outras vezes mínimos. Processos os quais cedo aparecem nas escolas, no

ordenamento da vida familiar, incitando o indivíduo a entrar em uma ordem discursiva e a assumir posições.

As considerações de Foucault favorecem a sensibilização da escuta às interpelações inerentes aos regulamentos (sejam eles leis, portarias ou decretos) que fundamentam as instituições especializadas no trato da “loucura”. Porém, para o filósofo a loucura não existe em um estado selvagem. Ela só existe em uma cultura, portanto, dentro das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou a capturam. Assim, ele demonstra que na Idade Média, e depois no Renascimento, a loucura estava presente no horizonte social como um fato estético ou cotidiano; depois, no século XVIII – a partir da internação, a loucura atravessou um período de silêncio, de exclusão, ela se tornou derrisória, mentirosa. Mas, o século XX se apossou da loucura, reduzindo-a a um fenômeno natural, “desse ato de posse positivista derivaria a filantropia desdenhosa manifestada por toda a psiquiatria com respeito ao louco” (FOUCAULT, 2002c, 163).

A legislação que regulamenta os CAPS/NAPS/CERSAM é herdeira desse processo de institucionalização que primeiro segregou tudo o que fugia à ordem da produção, das normas familiares para depois classificar, hierarquizar, separar e, posteriormente, escutar aqueles que sobre seus corpos viram desenvolver-se a psiquiatria (FOUCAULT, 1972; MACHADO, 1987; MOREIRA, 1983). Como herdeira, as novas práticas discursivas se apresentam em outros tempos, em outro contexto social, institucionalizando um modo de atendimento que não se articula mais em torno do grande hospital, mas em pequenos núcleos de atendimento espalhados pelos diversos pontos da cidade (DELGADO, 1987; NUNES, 2003; SILVEIRA, 2000). O psiquiatra perde a soberania de outrora sobre o corpo do usuário participando, agora, de uma clínica feita por muitos, pois esta é a era do “inter”, “multi”, “transdisciplinar”.

Foucault nos adverte que mesmo que os progressos da medicina façam desaparecer a ‘doença mental’, reinventando-a sobre outros signos, como os transtornos, ainda permanecerá

a relação dos homens com seus fantasmas, com seu impossível, com sua dor sem corpo, com sua carcaça da noite; uma vez o patológico posto fora de circuito, a sombria pertença do homem à loucura será a memória sem idade de um mal apagado em sua forma de doença, mas obstinando-se como desgraça. Permanecerá sob qualquer disfarce o inalterável, aquilo que é muito mais precário do que as constâncias do patológico: a relação de uma cultura com aquilo mesmo que ela exclui (2002b, p. 13).

Como consequência o desenvolvimento dos saberes disciplinares, que se rearticulam em instituições, ampliam os mecanismos de controle, demarcando novas formas de domínio sobre aqueles que perturbam os sistemas normativos e produtivos (SILVA, 2006; ROMAGNOLI, 2003, 2006a). Estes mecanismos articulam-se enquanto discursos que deverão ser coerentes com sua época. Foucault (1972) demonstrou os mecanismos de controle desenvolvidos da Idade Média à Idade Clássica. Roberto Machado (1978) e outros buscaram reconstruir a trajetória das instituições psiquiátricas no Brasil (RESENDE, 1987). Na atualidade, frente ao horror dos manicômios, foram institucionalizadas políticas públicas que determinam novas modalidades de atendimento, selecionando novos clientes, outros campos de ação e, em tese, um discurso epistemologicamente distinto.

Conforme Foucault (2002c), o discurso deve ser entendido como uma violência feita às coisas, como uma prática imposta. Dessa forma, o discurso é o espaço de articulação entre saber e poder; porque quem fala, fala de um lugar determinado e a partir de um direito reconhecido pela instituição. Como consequência, esse discurso que veicula saber, especificamente, um saber institucional é gerador de poder (BRANDÃO, 2004).

As contradições e paradoxos inerentes aos ordenamentos jurídicos tornam-se menos opacos quando analisados à luz dos argumentos de Foucault. No registro da aula inaugural, pronunciada no Collège de France, cujo título é A ordem do discurso (2002a), Foucault esclarece como, ao longo da história, ocorreu uma profunda cisão entre a razão e a loucura. Cisão de tal ordem que foram interditados os atos e o discurso do “louco”, tornando sua palavra nula. Na modernidade, o filósofo francês não constatou uma ruptura com a antiga relação estabelecida entre a razão e a loucura ou mesmo uma densa transformação nas instituições de gestão da vida. Ao contrário, com sagacidade Foucault deixa como herança a contínua indagação sobre como os dispositivos de controle tornam-se mais sofisticados. Sofisticados ao ponto

de simularem a dissolução das fronteiras, sustentadas pelo saber e pelo poder, que colocam “loucos” e “não loucos” de lados opostos. As palavras pronunciadas pelo filósofo em 1970, no Collège de France, tornam-se perturbadoras a este respeito:

Dir-se-á que, hoje, tudo isso acabou ou está em vias de desaparecer; que a palavra do louco não está mais do outro lado da separação; que ela não é mais nula e não-aceita; que, ao contrário, ela nos leva à espreita; que nós buscamos um sentido, ou o esboço ou as ruínas de uma obra; e que chegamos a surpreendê-la, essa palavra do louco, naquilo que nós mesmos articulamos, no distúrbio minúsculo por onde aquilo que dizemos nos escapa. Mas tanta atenção não prova que a velha separação não voga mais; basta pensar em todo o aparato de saber mediante o qual deciframos essa palavra; basta pensar em toda a rede de instituições que permite a alguém – médico, psicanalista – escutar essa palavra e que permite ao mesmo tempo ao paciente vir trazer, ou desesperadamente reter, suas pobres palavras; basta pensar em tudo isto para supor que a separação, longe de estar apagada, se exerce de outro modo, segundo linhas distintas, por meio de novas instituições e com efeitos que não são de modo algum os mesmos (2002a, p. 12-13).

As análises de Foucault vão da interdição do corpo à interdição da palavra na idade clássica, contudo será na modernidade que a interdição do discurso é suplantada pelo seu controle. O discurso do louco deixa de ser silenciado para ser disciplinado, isto é, ele aponta a apropriação das palavras dos “loucos”, dos “doentes mentais” pelos diversos saberes disciplinares, provocando assim um efeito não mais de embargo, mas de “controle da produção do discurso” (FOUCAULT, 2002a, p. 36). Partindo desta perspectiva, pode-se inferir que novas instituições implicam novos rituais, onde são atribuídos os papéis a serem desempenhados por cada um, em cada nova circunstância.

Vale sublinhar que a implementação de uma política pública no campo da saúde em geral e, especialmente, no campo da saúde mental ganha diferentes matizes e contornos dependendo dos atores que a operam. Destes atravessamentos (e de outros mais) serão produzidos discursos, práticas e subjetividades. Por isso, ao retornar ao local, às instituições construídas em uma região, abre-se a possibilidade de comparar o discurso expresso na letra da Lei, com o discurso daqueles que trabalham a partir das condições de possibilidade viabilizadas pelas políticas públicas, isto porque os trabalhadores também são atravessados pelos diversos discursos que orientam sua prática e seu modo de ser sujeito no mundo.

Tendo sido analisadas algumas das condições de possibilidade para a estruturação dos novos recursos de assistência ao portador de sofrimento psíquico em Minas Gerais, trata-se agora de tomar como objeto de análise uma experiência concreta, contextualizando-a quanto a sua história e aos discursos que produz. Conforme Silva (2007, p. 103), “o estudo de caso é um importante instrumento de análise e diagnóstico”; portanto, este será o procedimento de pesquisa a partir do qual será abordado o Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) da região de Betim/MG. Os textos oficiais (Leis, Portarias e Regulamentos) até aqui analisados ofereceram uma série de enunciados que passaram a fazer parte dos discursos acerca do “louco” e das instituições especializadas em seu cuidado.

O vocabulário de uma instituição é formado por enunciados articulados em relações de saber-poder importantes nas análises acerca das rupturas e permanências de significação dos conceitos e categorias que instrumentalizam as práticas de determinada área de saber. No caso, a utilização de enunciados como: “Reforma Psiquiátrica”, “saúde mental”, “público alvo”, “portador de sofrimento mental”, “Técnico de Referência”, “equipe multiprofissional”, demarca as especificidades de uma época e de uma discursividade acerca da “loucura” articulada em torno dos centros de atendimento como o CERSAM. O que se indaga na ordem discursiva, neste caso, é como estes termos são percebidos pelos profissionais que atuam nestas instituições. Problematiza-se, portanto, a constituição da ordem do discurso multidisciplinar procurando tencionar os enunciados destacados, por entendê-los como inerentes às “práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam” (FOUCAULT, 2004, p. 55). A episteme, por sua vez, oferece as condições de possibilidade para a emergência de um saber em determinada época; ela convoca, controla, ordena os discursos a partir dos critérios de cientificidade vigentes (ROMAGNOLI, 2003). É possível inferir que todo discurso traz a marca de seu tempo, mas que não enuncia tudo através do que é dito. Escamoteia, disfarça, esconde, controla o que é enunciado.

Logo, pode-se indagar, a partir do discurso dos profissionais do CERSAM, qual é o objetivo esperado de uma rede de atendimento em saúde mental²⁴ disposta pela

²⁴ Na atualidade a rede de Saúde mental da região de Betim é composta por: 3 CERSAM adulto, 1 infantil, 1 Moradia Protegida e 1 Centro de Convivência.

região de Betim. Com esta questão procura-se problematizar se os CERSAM reproduzem as antigas funções dos manicômios: trabalhando para controlar a angústia social e para exercer a contínua vigilância da diferença, ou se representam uma intenção ética que vislumbre a restituição do sujeito ao cuidado de si mesmo. As questões precedentes agregam-se ainda a duas outras: como ocorre a transformação do sujeito, que procura ou é levado ao CERSAM, em usuário do serviço de saúde mental²⁵?

Estas problematizações nortearão o Estudo de Caso²⁶ do Centro de Referência em Saúde Mental de Betim, cenário a partir do qual os Técnicos de Referência desta Instituição foram convidados a 'produzir discursos' sobre suas percepções, suas práticas e sobre a história que ajudam a construir no campo da saúde mental.

²⁵ Em Betim, "usuário do serviço de saúde mental" é o termo utilizado recorrentemente para designar a clientela dos CERSAM, Centros de Convivência e Moradia Protegida da Rede Assistencial em Saúde Mental.

²⁶ Vale mencionar as dissertações de mestrado defendidas pelas autoras Luciane de Almeida Pujol (2004) e Najla Nassere (2007), no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da UNISC, tendo em vista que ambas realizaram Estudos de caso dos serviços de saúde mental do município de Santa Cruz do Sul, a partir de diferentes perspectivas (ver Referências).

4. CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL – CERSAM DA REGIÃO DE BETIM/MG: UM ESTUDO DE CASO

A escolha do Centro de Referência em Saúde Mental do município de Betim como objeto para um Estudo de Caso considerou a importância dessa experiência regional, em que a intenção de construir de uma rede de atendimento ao portador de sofrimento psíquico partiu da organização de um grupo de trabalhadores. Nesse sentido, foi um marco para o desenvolvimento de Betim e região o compromisso assumido entre o governo municipal e os trabalhadores que atuavam no campo da saúde mental, no início da década de 1990, em construir uma rede de atendimento - orientada pelos princípios do SUS e do movimento pela Reforma Psiquiátrica - que evitasse a internação e a cronificação de pessoas em hospitais psiquiátricos (SOUZA, 1992). Trata-se, portanto, de uma trajetória superior a uma década, o que já rendeu aos profissionais e ao município o reconhecimento de diversos setores organizados da sociedade civil, como também:

a seleção do projeto de saúde mental de Betim como um dos três representantes brasileiros na mostra de trabalhos e experiências no campo da Reabilitação Psicossocial, acontecido em Rotherdam, em abril de 1996, durante o Vth Congress World Association for Psychosocial Rehabilitation, e com a premiação do projeto com o Prêmio Pi, oferecido pelo Instituto Phillippe Pinel do Rio de Janeiro, em outubro de 2000 (VAN STRALEN, 2001).

Outro aspecto importante refere-se à recorrência de profissionais de outros municípios mineiros a Betim em busca de subsídios técnicos e teóricos que orientem a implementação de novas redes assistenciais em outros pontos do estado. Sendo, portanto, os trabalhadores do CERSAM responsáveis pela difusão de conhecimentos, percepções e, conseqüentemente, práticas. Este fato reafirma a posição do CERSAM de Betim como uma significativa referência para a população local, como também para os municípios que fazem parte do Consórcio Intermunicipal do Médio Paraopeba, composto por dez municípios, dando à rede assistencial uma abrangência que transcende ao local, consolidando uma região de abrangência.

Explicitados os motivos que levaram à escolha da instituição, torna-se imprescindível retomar as palavras de Foucault, com a intenção de demarcar a trajetória de trabalho ainda por vir. Diz o filósofo:

suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade (2002a, p.8).

Por conseguinte, o discurso disciplinar não ocorre no vácuo; ao contrário, ele requer um suporte material, físico, institucional, calcado em uma região constituída no espaço e no tempo. Todo discurso é histórico (apesar de não explicitar todas as tensões de sua época); por isso, o discurso remete para o fora, para os acontecimentos que precedem e ultrapassam as existências individuais. Para Orlandi “o analista de discurso relaciona a linguagem à sua exterioridade” (2003, p. 16). Por isso, antes de proceder à análise do discurso dos profissionais que atuam no CERSAM trata-se de cartografar a região a partir da qual estes discursos são proferidos, apresentando, além disso, o histórico da instituição a partir de onde falam.

Esta escolha se orienta pelo percurso empreendido pelo historiador Mozart Linhares da Silva, em sua recente obra *Educação, Etnicidade e Preconceito no Brasil* (2007). Nesta pesquisa, o autor desenvolve uma importante argumentação sobre a Análise do Discurso como um valioso método de análise de entrevistas (estas entendidas como discurso materializado enquanto texto); para tanto, sustenta a hipótese de que o ser falante deve ser compreendido enquanto “sujeito histórico a partir dos ordenamentos discursivos que o atravessam em determinado contexto” (2007, p. 109). Até aqui foi realizado o esforço de recolocar o discurso das Leis referentes à assistência à saúde mental, no Brasil e em Minas Gerais, no fluxo da história, com a intenção de situar - neste fluxo - o discurso dos sujeitos “técnicos de referência”:

[...] através da análise do discurso se está interessado não na fala propriamente dita, mas na observação “do homem falando” (ORLANDI, 2003, p. 15). A análise não está interessada, propriamente, em quem fala, mas nas possibilidades do dizer, nas condições para que o discurso produza significados que signifiquem a cultura e as relações de

sociabilidade. A maneira como a língua faz sentido para o sujeito coloca esse entre língua e as visões de mundo. É no processo de significação que esse sujeito é construído na ordem discursiva. Para usar a expressão de Orlandi, a questão a ser respondida pela análise do discurso é “como” e não “o que” se fala (ORLANDI in: SILVA, 2007, p. 110).

Para analisar “como” o sujeito fala, trata-se primeiro de situar “o lugar” a partir do qual fala esse sujeito.

4.1 Caracterização da região de Betim

Fundado em 1938, o município de Betim está localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), a aproximadamente 30 km da capital. Contando com uma área de 346,8 km², a densidade demográfica da cidade foi avaliada em 874,4 hab/km², em 2000 (PNUD, 2003). Na última contagem da população, realizada em 2007, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que o município alcançou a marca de 415.098 habitantes.

Em 2001, aproximadamente 97,25% da população residia em áreas urbanas, ao passo que em áreas rurais residiam apenas 8.417 pessoas, o que - em termos percentuais - corresponde a 2,74% da população total. Conforme estes dados, o município configura-se como essencialmente urbano (IBGE).

Tabela 1
População residente em Betim nos anos de 1970, 1980, 1991, 2001, 2007.

Anos	Urbana	Rural	Total
1970	17.536	20.279	37.815
1980	76.801	7.382	84.183
1991	162.143	8.791	170.934
2001	298.258	8.417	306.675
2007			415.098

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), figura elaborada pela autora.

Como mostram os dados acima, no período de 1970 a 2007, a população de Betim teve uma volumosa taxa de crescimento. Segundo a prefeitura local, a população tem crescido em média 7,85% ao ano – taxa significativamente superior à média de crescimento populacional da RMBH (2,09%) e de Minas Gerais (1,15%) (BETIM, 2008).

Em 2000, a esperança de vida ao nascer, em Betim, foi calculada em 71,76 anos, média inferior àquela encontrada em Caxias do Sul (RS), de 74,1 anos²⁷, cidade de porte semelhante, quando considerado o mesmo ano de análise. Quanto aos indicadores de mortalidade, em Betim, calcula-se que, no ano de 2000, o coeficiente de mortalidade infantil (mortalidade de crianças com até 1 ano de idade) era de 23,60 por mil crianças nascidas vivas. Tal indicador apresenta uma significativa melhora quando comparado ao ano de 1991, pois neste ano a taxa foi de 36,9. Entretanto, quando se leva em conta que em cada grupo de mil crianças nascidas vivas - mais de 23 destas crianças correm o risco de morrer - este dado torna-se preocupante, apontando a necessidade de estudos que avaliem as condições de saúde da população local, posto que em outras cidades do país, de porte semelhante, o mesmo coeficiente chega a ser muito inferior ao registrado em Betim, como é o caso de Caxias do Sul (RS) no qual a taxa de mortalidade infantil foi de 12,9, em 2000 (PNUD, 2003).

Em relação à taxa de analfabetismo, avaliada em 11,2 em 2001, o município de Betim estava em uma boa posição quando comparado ao Estado de Minas Gerais como um todo, pois Minas Gerais contou com uma taxa de analfabetismo estimada em 14,8 no mesmo período. Já a média de anos de estudo é compatível entre estado e município. Porém, quando se compara a Renda *per capita* Média, o Estado apresenta melhores valores em relação ao município em questão. Quando estes dados são confrontados com os indicadores de Caxias do Sul, pode-se verificar que tanto Betim quanto Minas Gerais apresentam um desempenho inferior à cidade gaúcha em epígrafe. Em 2000, a renda *per capita* média em Betim foi calculada em R\$ 203,20, enquanto Minas Gerais alcançou a marca de R\$ 276,60, ambas superadas por Caxias do Sul, onde a renda *per capita* média foi orçada em R\$ 490,70 (PNUD, 2003). Tais dados, quando comparados ao Produto Interno Bruto de Betim, em 2004²⁸, sugerem um quadro de acentuada desigualdade social, tendo em vista que, neste período, o PIB total da cidade alcançou a marca de R\$ 14.838.779,00, enquanto o PIB *per capita* foi orçado em R\$ 39.431,40 (IBGE).

²⁷ Torna-se curioso que Santa Cruz do Sul (RS) apesar de ter uma renda *per capita* superior a Betim apresenta uma expectativa de vida bem menor quando comparados os dois municípios em relação ao ano de 2000, quanto ao coeficiente de mortalidade infantil, Santa Cruz do Sul apresenta uma taxa ligeiramente inferior a Betim, segundo os dados do PNUD, 2003.

Conforme dados do PNUD, em 2000, mais da metade da renda do município (56,66%) foi apropriada por apenas 20% da população considerada a mais rica.

Quando considerados os três setores (indústria, serviços e agropecuária), observa-se que o setor agropecuário é o menos expressivo em termos de Valor Agregado Bruto, como indica a Tabela 2. Conforme o IBGE, em 2005, a maior produção registrada nas lavouras temporárias foi decorrente do cultivo de cana-de-açúcar, feijão, mandioca, milho e tomate. No mesmo ano, nas lavouras permanentes, foi produzido: banana, goiaba, laranja, manga, tangerina e uma pequena quantidade de uvas. Já na pecuária ocorre a criação de bovinos, suínos, eqüinos, asininos, muares, bufalinos, ovinos, caprinos, galinhas, galos, frangas, frangos e pintos, além da produção de leite, ovos e mel de abelhas (IBGE).

Tabela 2

Valor Adicionado Bruto dos três setores econômicos do município de Betim/MG

Setores	Valor Adicionado Bruto/ mil reais
Agropecuária	7.228.48
Indústria	8.118.016.274
Serviços	3.695.062.769

Fonte: IBGE/Produto Interno Bruto/2004. Tabela elaborada pela autora.

Observa-se, portanto, que a maior fonte de riquezas do município provém do setor industrial e dos serviços, setores que também absorvem a maior parcela da População Ocupada (PO), como mostra a Tabela 3:

Tabela 3

Estrutura empresarial de Betim: principais atividades econômicas em relação à População Ocupada – Ano 2004

Atividade econômica	População Ocupada (PO)
Indústrias de transformação	20.070
Comércio reparação de veículos automotores, objetos pessoais e domésticos	12.214
Administração pública, defesa e seguridade social	10.808
Transporte, armazenagem e comunicações	8.438
Outros serviços coletivos, sociais e pessoais	3.299
Atividades imobiliárias, aluguéis e serviços prestados às empresas	2.586
Construção	2.130
Alojamento e alimentação	2.092
Educação	1.011
Saúde e serviços sociais	668
Intermediação financeira	570
Indústrias extrativas	82

Fonte: IBGE/Estrutura empresarial/2004. Tabela elaborada pela autora.

²⁸ Neste caso, os dados indicam uma análise preliminar tendo em vista a defasagem temporal dos mesmos.

Vale ressaltar que as atividades produtivas relacionadas aos setores da indústria, serviços, saúde e administração pública, diferentemente do setor agropecuário, exigem uma maior qualificação da mão-de-obra - em termos de escolaridade - e aperfeiçoamento tecnológico. No caso das indústrias, exige-se do trabalhador a adesão a rígidos esquemas de horário e produtividade. Deve-se lembrar ainda que a modernização tecnológica das empresas resulta em um impacto direto sobre o quadro de funcionários, tornando-o cada vez mais restrito. Esta inferência pode ser realizada diante da comparação do volumoso PIB industrial, com a população total do município de Betim e a PO neste setor.

Uma das hipóteses para o fluxo populacional verificado em Betim, remonta ao seu posicionamento estratégico em relação às principais rodovias que ligam o estado a outros grandes centros urbanos do país, como São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília. Outro aspecto refere-se à ampliação da sua planta industrial, a partir de 1968, com implantação da Refinaria Gabriel Passos (REGAP Petrobrás), o que incrementou diversos setores da economia, como os serviços, transporte e comércio atacadista de combustíveis. Na década de 1970, foi criado o segundo parque industrial da região e, em 1973, ocorreu a implantação da montadora italiana Fiat Automóveis S/A e de suas indústrias satélites, cujo resultado foi a consolidação do segundo pólo industrial automobilístico do país (BETIM, 2008). Nesse sentido, a exploração do potencial industrial do município pode ser destacada como um importante condicionante para configurá-lo como uma região urbano-industrial.

Em uma região, a alocação de grandes empresas desencadeia uma série de acontecimentos que se refletem no território e na vida daqueles que ali habitam como, por exemplo, a concentração elevada da renda e o aumento das desigualdades sociais e regionais, caso típico do capitalismo brasileiro. Outro aspecto refere-se à densa e desordenada ocupação de determinados pontos da cidade, tal como ocorreu no entorno do local onde foi implantada a Fiat Automóveis S/A na década de 1970. Isso porque a construção da montadora atraiu um enorme contingente de pessoas com a esperança de obter trabalho naquela fábrica; tal expectativa resultou na formação de um extenso aglomerado, conhecido como Jardim Teresópolis, onde - segundo dados do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES, 2004) - moram cerca de 65 mil pessoas.

Diante da antiga situação de grande carência e elevados índices de violência nesta comunidade, a FIAT criou a “Rede Fiat de Cidadania”²⁹, tendo como uma das principais frentes o Programa ABC+, cuja meta é erradicar o analfabetismo em Betim, contribuindo para “auto-estima e empregabilidade dos alunos” (BNDES, 2004). Em 2004, o BNDES financiou R\$ 120 milhões para a Fiat, dos quais 500 mil seriam destinados a um projeto social cuja finalidade seria:

promover a inclusão social de jovens da comunidade Jardim Teresópolis, com investimentos em educação voltada para a formação e geração de emprego e renda; [...] capacitação profissional; incentivo ao empreendedorismo; com a formação de cooperativas; criação de agência de empregos; e melhoria das condições habitacionais locais (BNDES, 2004).

Apesar das grandes desigualdades sociais existentes no município, decorrentes em grande medida do modelo de desenvolvimento econômico ali adotado, na atualidade, o município de Betim tem se tornado uma referência para seu entorno na área do ensino superior e no atendimento à saúde. Isto porque Betim possui instituições de ensino de nível superior e é a cidade líder do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (CISMEP), composto por 10 municípios, entre eles: Betim, Bonfim, Brumadinho, Mário Campos, Sarzedo, Igarapé, São Joaquim de Bicas, Mateus Leme, Juatuba e Rio Manso (BETIM, 2007). Esta parceria foi fundada em 2001, através de acordos entre os gestores municipais das localidades mencionadas. Deste modo, a rede de saúde de Betim tem uma abrangência regional, portanto, no que à saúde, pode-se falar na configuração de uma região, ou seja, a “região de Betim”.

²⁹ A Rede Fiat de é formada pelas empresas Fiat Automóveis, Aethra, Collins & Aikman, Lear, Plásticos Mueller, Resil, Teksid, Sada, Tecsona, Instituto Magnum, Associação de Voluntários para o Serviço Internacional (AVSI), Prefeitura de Betim e BNDES, ver: www.odebate.com.br, data de acesso: 21/01/08.

4.2 Betim e sua rede de saúde pública

Conforme o Guia da Saúde Pública de Betim³⁰, editado pela Secretaria Municipal da Saúde em 2007, o município está comprometido em cumprir as principais diretrizes do SUS, assumindo - junto à União - o Pacto pela Vida e a humanização dos serviços. Para tanto, a Secretaria Municipal de Saúde criou a Diretoria Operacional da Saúde (DIOP), responsável pela operacionalização, acompanhamento e avaliação das ações assistenciais no campo da saúde referente ao SUS, sendo uma das prioridades a consolidação da Atenção Básica³¹, integrada à média e alta complexidade; segundo o Guia,

os procedimentos de média complexidade são compostos por um conjunto de normas e serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravo da população. Demanda a disponibilidade de profissionais especialistas e a utilização de recursos tecnológicos, apoio diagnóstico e terapêutico. Os procedimentos de alta complexidade são aqueles que envolvem alta tecnologia e alto custo para fornecer um atendimento qualificado à população no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Algumas áreas compõem a alta complexidade como os procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia, hemoterapia, a assistência ao paciente portador de doença renal crônica, assistência oncológica, cirurgias vasculares e cardiovasculares, das vias aéreas superiores e da região cervical, entre outros procedimentos (BETIM, 2007, p. 47).

A divisão dos equipamentos, a partir da complexidade do cuidado que oferecem, orienta-se pela diretriz do SUS de hierarquização dos serviços de saúde. Em Betim, esta organização preconiza que as principais portas de entrada do sistema de saúde local sejam as “Unidades Básicas de Saúde” (UBS) e o “Saúde da Família”. A primeira refere-se a uma estrutura que visa a resolver os problemas básicos de saúde da população, através de 19 Unidades dispostas pelo município, as quais oferecem atendimento da clínica médica, ginecológica, dermatológica, clínica pediátrica, psiquiátrica. Contando também com profissionais da psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, farmacêuticos, técnicos de higiene dentária e agentes comunitários de saúde (ACS). Já o “Saúde da Família” consiste em um modelo de atendimento em saúde, cuja equipe multiprofissional (composta por

³⁰ Este Guia oferece um panorama geral da rede de serviços de saúde organizada em Betim, disponibilizando o endereço e telefone de cada unidade, bem como a forma de acesso às mesmas, ver: BETIM, 2007 (Referências).

³¹ Sobre a Política Nacional de Atenção Básica ver: Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde.

médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS) responsabiliza-se por acompanhar o estado de saúde das famílias residentes na área geográfica de abrangência de cada Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), o que totaliza 13 no município. Além destas estruturas e programas, existem - no município - quatro Unidades de Atendimento Imediato (UAI), as quais se caracterizam como serviços de urgência, abertos todos os dias, durante as 24 horas. As UAIs são regionalizadas, atendendo a uma população delimitada; lá são oferecidas modalidades de cuidados que ultrapassam a capacidade das UBS: cirurgias de emergência e apoio diagnóstico (bioquímico, hemograma e de imagens). Articulado aos atendimentos de urgência/emergência está o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 24 horas, SAMU/192 (BETIM, 2007).

No que tange à atenção secundária à saúde, existe no município o Centro de Referência e Especialidades Divino Ferreira Braga, que atende à população local e à consorciada por meio do CISMEP. Trata-se de um ambulatório que atende à demanda de médicos da rede básica, das UAIs, da rede hospitalar dos municípios participantes do consórcio e dos próprios médicos do ambulatório, através de interconsultas. Ainda, na atenção secundária, constam:

- ✓ o Centro de Referência em Reabilitação Anderson Gomes de Freitas, especializado em fisioterapia e estimulação precoce, disponibilizando à população: clínicas de reabilitação em ortopedia, reumatologia e traumatologia, reabilitação em neurologia adulto e infantil e reabilitação respiratória (BETIM, 2007);
- ✓ o Centro de Referência em DST/AIDS - Centro de Convivência Cazusa, comprometido com a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e com a promoção à saúde através de diversos serviços ofertados pela unidade; entre eles, destaca-se a sorologia do anti-HIV e para sífilis (VDRL), exames estes realizados de forma gratuita e anônima;
- ✓ Centro de Referência em Saúde Mental³².

³² Este último será estudado na próxima seção tendo em vista sua importância fundamental para este estudo.

Os atendimentos que exigem maior complexidade são realizados no Hospital Público Regional Prefeito Osvaldo Resende Franco, através de diversas unidades: Pronto-socorro; Centro de Tratamento intensivo (CTI); Bloco Cirúrgico e Obstétrico; diagnósticos por imagem (tomografia computadorizada, ultra-som, mamografia, raio-x, teste ergométrico, holter, duplex, eletroencefalograma, eletrocardiograma); hemodiálise; unidade de neurologia; farmácia; pediatria e clínica médica. Os atendimentos a gestantes e a parturientes são realizados também na Maternidade Pública Municipal Haydeé Espejo Conroy, situada no Bairro Jardim Teresópolis. Dentre as diversas ações desenvolvidas por essa maternidade, está a modalidade de cuidado “Mãe Canguru”, a qual já rendeu ao município diversos prêmios e menções honrosas (BETIM, 2007).

Na região mais distante do centro de Betim, está localizado o Complexo Assistencial Santa Isabel, a antiga Colônia Santa Isabel para “leprosos”, criada em 1921, a partir da política sanitária liderada por Oswaldo Cruz, na década de 1920, que obrigava a realização compulsória de exames e a internação involuntária dos portadores da “lepra” em Colônias especializadas para este fim³³. Ao longo da existência desta colônia, seu entorno foi sendo ocupado por familiares dos internos, o que fez com que a Comunidade de Santa Isabel abrigue atualmente cerca de 4.000 moradores, de acordo com os números da Prefeitura Municipal de Betim (BETIM, 2007). Esta comunidade, por sua vez, está inserida no Subdistrito de Citrolândia, onde a população estimada para 2000 foi de 18.532 habitantes (IBGE).

Atualmente, o Complexo Assistencial Santa Isabel atende à comunidade em geral, isto é, hansenianos e não-hansenianos, dispondo de:

Um Hospital de pequeno e médio porte, pronto-atendimento em clínica médica e pediátrica, ambulatório com atendimento nas diversas especialidades, serviço de raio x, laboratório de análises clínicas, farmácia, uma unidade do SAMU, equipes de estratégia de saúde da família, um Centro de Referência em Saúde Mental, um centro de tratamento de lesões, um centro de reabilitação para atendimento de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e sapataria ortopédica, serviço de nutrição e dietética, lares abrigados e uma unidade assistencial para internação (BETIM, 2007, p. 67).

³³ A respeito desta política pública de saúde foram tecidas algumas considerações no item 2.1 deste estudo.

A unidade para internação atende a pacientes de longa permanência, internos, moradores das unidades (antigos pavilhões) e usuários portadores de hanseníase que precisam de cuidados intensivos; são 73 leitos no total.

Através da DIOP são desenvolvidos diversos programas em todas as unidades descritas, como o programa de Saúde Bucal, programa de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Idoso, Controle de Hipertensão e Diabetes, Controle da Tuberculose, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental e Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/AIDS (BETIM, 2007, p. 67).

4.3 Centro de Referência em Saúde Mental - CERSAM

Atualmente, o município de Betim conta com uma rede de atendimentos em saúde mental composta por três CERSAM para adultos; um CERSAMI (infanto-juvenil); um Centro de Convivência; dois Serviços Residenciais Terapêuticos e equipes de Saúde Mental nas UBS. Esta rede é coordenada por um profissional nomeado como “Referência Técnica” que, por sua vez, é subordinado ao secretário de saúde e ao prefeito municipal (BETIM, 2007). Dentre estes serviços, o CERSAM é considerado o equipamento de maior complexidade, pois além do acolhimento e atendimento ambulatorial, sua retaguarda se estende à possibilidade de acolher o usuário por um período de tempo superior àquele dispensado em uma consulta.

O CERSAM de Betim é um exemplo entre muitos outros no país, mas ao mesmo tempo em que há certa trajetória compartilhada que os assemelha, há uma série de atravessamentos que singulariza a instituição aqui enfocada. Em linhas gerais, a posição no tempo e no espaço das três unidades do CERSAM de Betim já determina uma série de diferenças quanto aos demais CAPS brasileiros. Quanto à localização das unidades: o pioneiro, CERSAM Betim Central, oficialmente nomeado como CERSAM Nara Ozório, se localiza às margens da BR 381, que liga Belo Horizonte a São Paulo. Seu nome popular, além de fazer referência à sua posição geográfica na cidade, também sinaliza sua posição na rede devido à sua condição de CAPS III, que o faz ser a retaguarda dos demais serviços em relação aos atendimentos que exigem maior intensidade de cuidado, podendo o usuário ali

permanecer ao longo do dia e/ou noite, incluindo finais de semana, por um intervalo temporal determinado pela equipe; o segundo centro implantado foi o 'CERSAM Teresópolis', oficialmente CERSAM Jefferson Peres Pereira, localizado na região leste da cidade; esta unidade abrange uma das áreas mais empobrecidas e violentas da região. Sua área faz divisa com o município de Contagem. Por último, foi implantado, o CERSAM César Campos, conhecido como CERSAM Citrolândia; o mesmo tem a particularidade de estar situado dentro de uma antiga Colônia para hansenianos (vale mencionar que esta unidade está localizada na região mais distante do município, quando a referência é a área central da cidade).

O percurso do CERSAM, assim como o da rede de saúde mental de Betim como um todo, remonta a uma pequena equipe de trabalhadores (formada por psicólogo, psiquiatra e assistente social) designada para o município pelo governo estadual em 1986. No decorrer do tempo, esta equipe contou com diversas composições, resumindo-se a um psicólogo, quando em seu período mais restrito. Inicialmente, o trabalho foi desenvolvido em uma Policlínica nomeada como Alcides Brás; em seguida, o grupo foi transferido para um anexo da Policlínica, situado em uma casa na região central do município, conhecido àquela época como Posto de Saúde Betim Central. A partir desta transferência, os profissionais puderam contar com o apoio da equipe operacional e administrativa da unidade. Também foram lotadas equipes mínimas de saúde mental em outros bairros de Betim: o bairro Citrolândia passou a contar com uma psicóloga e uma assistente social, vinculadas ao Estado; a UBS do Jardim Teresópolis recebeu um psiquiatra e uma psicóloga (SOUZA, MAIA e TELES, 1996; ZENHA, 2001).

Ainda no final da década de 1980, a "rede" - que aos poucos era constituída foi incrementada com os psicólogos da equipe de saúde escolar. Em seguida, logo nos primeiros anos de 1990, a Secretaria Municipal de Saúde realizou o primeiro concurso público municipal na área da saúde, com vagas abertas para assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psiquiatras e psicólogos (SOUZA, MAIA e TELES, 1996). Nesta fase, a oferta de atendimentos era organizada em torno da proposta dos ambulatórios, em consonância às propostas vigentes em Belo Horizonte na década de 1980. Como conseqüência, os pacientes que requeriam atendimento emergencial eram encaminhados ou levados aos hospitais psiquiátricos públicos de

Belo Horizonte, como o Instituto Raul Soares e Hospital Galba Veloso. Após este itinerário, muitos dos pacientes eram encaminhados às clínicas privadas ali existentes. A recorrência à capital era justificada pela inexistência de hospital especializado em psiquiatria no município. Entretanto, esta medida não era eficaz, ou melhor, o modelo técnico-assistencial implantado não conseguia resolver os problemas da população referentes ao adoecimento psíquico, conforme aponta um documento elaborado, entre os anos de 1992 e 1993, pela equipe de saúde mental que atuava na cidade:

Não existe no município nenhum hospital psiquiátrico, contudo a população procura os hospitais de Belo Horizonte, onde nem sempre é atendida. Retornando ao município, a continuidade do tratamento em grande parte, não ocorre, por motivos que vão desde a desinformação quanto à existência de serviços de saúde mental até a falta de vagas neste mesmo serviço. Isto provoca a repetição deste ciclo, inclusive internações desnecessárias além de um grande número de reincidências de internações (SOUZA, 1994, p. 4).

Este documento é dirigido ao poder público municipal no período em que é desencadeada uma profunda reformulação técnico-assistencial e político-ideológica³⁴ do sistema de saúde de Betim. Ação iniciada em 1993, quando assume a gestão da cidade a “Frente Betim Popular”, liderada pela prefeita do Partido dos Trabalhadores (PT) Maria do Carmo Lara. A reforma proposta àquela época envolvia não só a alocação racional dos recursos, mas marcava o declarado compromisso em assumir os princípios do SUS, tornando viva a letra constitucional. Em sua dissertação de mestrado, Ronaldo Zenha faz uma síntese desse período:

Tendo como prioridade a área da saúde, o Governo da Frente Betim Popular investiu na constituição e consolidação de um modelo assistencial que não só colocou uma rede integral de atenção à saúde a serviço da população, mas também ajudou a produzir cidadania [...]. Em junho de 1993, a Prefeitura de Betim e a Secretaria Municipal da Saúde realizaram a II Conferência Municipal de Saúde, com a participação maciça de usuários e de trabalhadores, aferindo a essa Conferência um caráter democrático e participativo, no qual todos os segmentos interessados na questão se fizeram presentes. A partir de então deu-se início a um verdadeiro Plano Estratégico da Saúde, incorporando-se novas diretrizes e tecnologias de gestão apropriadas às diversas demandas provenientes da construção do novo modelo assistencial [...]. Além de terminar as obras iniciadas no Governo anterior, como a Maternidade Municipal, com 32 leitos, a nova administração revisou o projeto do Hospital Municipal, ampliando sua capacidade operacional de 200 para 313 leitos, reduzindo seu custo pela

³⁴ Sobre modelos tecnoassistenciais em saúde ver: SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes. **Modelos Tecnoassistenciais em saúde** (1998) (ver Referências).

metade do que estava orçado e, ainda, reestruturou toda a Rede de Saúde do município (2001, p. 29).

A passagem anterior dá alguns indícios do contexto político de Betim, indicando a existência de um partido no poder cujo discurso está comprometido em construir uma cidade na qual os serviços de saúde estejam a serviço de todos. Pode-se notar que a referência aos ideais republicanos perpassa este discurso, pois segundo a síntese de Renato Janine Ribeiro, a República “valoriza o bem comum, todo desvio dele para o particular a ameaça [...]. Contudo, para promover a coisa pública, é imprescindível que o próprio público a controle. Ele não pode ser beneficiário, tem que ser o responsável e o autor do bem comum” (2001, p. 51 e 65). A idéia de tornar a coisa pública acessível a todos (mais que isso: compartilhar o cuidado pelo que é comum) pressupõe um outro princípio fundamental: a democracia. Estando presentes os ideais republicanos e democráticos, tem-se as condições de possibilidade para um discurso político no qual a participação popular e o controle social sejam pressupostos. Neste cenário, não seria uma tautologia dizer que “quanto maior o controle popular, mais democrático o poder” (RIBEIRO, 2001, p. 69). A ampliação da democracia torna as instâncias gestoras da vida social mais ‘porosas’, conseqüentemente, maior permeabilidade haverá para que as demandas da sociedade civil³⁵ cheguem ao governo e às arenas de discussão e decisão política.

Em Betim, o cenário de abertura política e de mudanças torna-se propício para que os profissionais que atuavam no campo da saúde mental apresentem o “Projeto de Saúde Mental para o Município de Betim”, ainda em 1993 (SOUZA, 1994). Documento que parte de um diagnóstico da realidade municipal neste campo para defender a rede almejada pelos profissionais que ali atuavam. Logo, trata-se de um discurso marcadamente político, pois um discurso que parte da necessidade de fixar uma verdade outra que não o manicômio. Para tanto é preciso entrar no cenário de disputas políticas, interpelando sujeitos até que esta ‘verdade’ seja aceita por muitos. Em síntese, como diz Céli Pinto: “o que é discurso político, senão uma repetida tentativa de fixar sentidos em um cenário de disputa?” (2006, p. 89).

³⁵ Uma importante discussão sobre os temas da esfera pública, sociedade civil e democracia encontra-se na obra de Sérgio Costa: *As cores de Ercília: Esfera Pública, Democracia, Configurações Pós-Nacionais* (2002), ver referências.

Ao se dirigirem ao gestor municipal, os sujeitos enunciadore se declaram, demarcando o lugar de onde falam, isto é, são profissionais, portanto, são investidos de um poder que pressupõe o domínio de um saber disciplinar, atuam na área, conhecem o campo e a realidade inerente ao mesmo. Nesse sentido, as condições de existência do “Projeto” remetem tanto externamente ao contexto político nacional e local, como também internamente ao próprio discurso e à forma como os sujeitos se constroem no que enunciam. Tais observações podem ser feitas a partir da análise do item I do Projeto, cujo título é “Apresentação”:

Este projeto é fruto de um trabalho sistemático dos profissionais que atuam no serviço de saúde mental de Betim, realizado a partir do mês de maio de 1992. Tem o objetivo de implementar a política de saúde mental em curso no país, através da estruturação de uma rede de serviços, com níveis de complexidade compatíveis com a nova política de saúde mental, visando prioritariamente o atendimento de pessoas acometidas de sofrimento psíquico, em crise, na eminência de crise e egressos de hospitais psiquiátricos. Estes serviços constituídos darão respostas efetivas aos usuários que deles necessitam (SOUZA, 1994, p. 3).

De uma forma positiva, os profissionais buscam inserir na agenda política a construção de uma “rede” que está para além das equipes mínimas de psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais designados para o município. Com vistas ao alcance desta finalidade, recorrem ao que Pinto (2006, p. 105) conceituou como o “Campo da Memória”, ou seja, demarcam que não se trata de uma invenção; ao contrário, relembram que se trata sim de seguir o curso das políticas públicas em saúde mental que estão sendo implementadas pelo país, em consonância a uma política maior que é o SUS. Nota-se que o texto do Projeto parte em defesa de uma proposta que não se refere à reforma dos hospitais psiquiátricos. Para tanto, os profissionais precisam contrapor-se à histórica lógica centrada nos manicômios, pois neste momento não basta dizer que a proposta ora apresentada é ‘diferente’: ela precisa ser constituída como antagônica para lograr o efeito desejado, ou seja, o efeito de interpelar pessoas que viabilizem a implementação de uma rede assistencial aberta e territorializada.

Conforme Pinto (1996, p. 97), o discurso político “só se constrói pela desconstrução do outro”. Nesta tensão entre a tentativa de romper com uma ordem psiquiatrizante secular e institucionalizar uma nova ordem multidisciplinar, os

profissionais recorrem à desconstrução do fundamento subjacente ao manicômio: o asilamento. A partir disso, apontam os efeitos provocados por uma prática, que por sua vez deve ser entendida como um efeito das políticas públicas implementadas no Brasil a partir do ato do Imperial de Dom Pedro II. Esta inferência pode ser feita a partir do seguinte trecho da “Justificativa”:

Historicamente o sistema de saúde no país está centrado no modelo médico e hospitalar. No setor de saúde mental esta realidade não é diferente, com o agravante de que as pessoas portadoras de sofrimento mental o recurso hegemonicamente disponível é o hospital psiquiátrico, que em 200 (duzentos) anos de existência no país serviu para o isolamento, segregação e cronificação dos portadores de sofrimento mental (SOUZA, 1994, p. 4).

Ao inserir no fluxo dos acontecimentos históricos este discurso, materializado como um Projeto, observa-se que o mesmo foi precedido e é atravessado pelos movimentos provocados pela antipsiquiatria, pela intervenção de Basaglia, na Itália, pelos embates em prol da reforma sanitária e da Reforma Psiquiátrica no Brasil e por todo o processo de redemocratização do país. Em vistas a estes acontecimentos, um discurso que se alinhe à psiquiatria asilar é também um discurso que soa como posicionado a favor da tortura, da supressão da liberdade e da violação dos direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988. De certa forma, o texto em análise procura propagar que o não-comprometimento dos gestores municipais com a legislação em saúde mental da década de 1990 sinaliza uma proximidade com a antiga ordem, apontada como segregadora. Em outro momento, o texto remete seus interlocutores às experiências de ‘desospitalização’ e ‘desmanicomialização’ desencadeadas no cenário internacional e nacional. Experiências que partem do fechamento dos macrohospitais para a constituição de pequenos núcleos de atendimento e acolhimento em saúde mental. Sobre este aspecto, vale transcrever a passagem a seguir:

É fato inegável que no mundo inteiro o modelo hospitalocêntrico já citado está em processo de questionamento. Experiências de desospitalização e desmanicomialização é realidade em vários países como a Itália, Inglaterra, etc. No Brasil também estamos vivendo este processo. Experiências pioneiras têm sido realizadas em alguns estados, como por exemplo a experiência de Santos/SP, que possuía em 1989 um manicômio com cerca de 600 leitos que no momento está desativado. Esta desativação se deu concomitantemente à implantação de serviços alternativos ao hospital como o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental, Urgência Psiquiátrica no Pronto-Socorro (SOUZA, 1994, p. 4).

Trazer à cena trajetórias já percorridas, concretas, conduz o leitor a compreender que o Projeto, apesar de ser constituído a partir da ordem do desejo, pauta-se pelo princípio da realidade, com todas as restrições que isto impõe. Entretanto, neste ponto reside o perigo de se acolher como novo ou como uma criação recente o que por ele é pronunciado. Ora, conforme demonstrado por Foucault (2002a), ao longo dos séculos formou-se uma clara separação entre a razão e a loucura, o que impôs ao discurso do “louco” uma série de interdições e restrições. Em contrapartida, ocorreu uma proliferação do discurso da razão sobre a loucura e isto perpassa a percepção que se tem sobre esta última.

Michel Foucault, ao empreender suas investigações sobre a loucura, buscou demonstrar como, ao longo da história, a percepção acerca do louco foi determinante nas relações institucionais estabelecidas com o mesmo. Nesse sentido, o conceito de percepção refere-se à maneira de considerar o louco estando intimamente ligada ao modo de agir sobre ele, dependendo de regras e critérios que não são estabelecidos pelo discurso teórico. Porém, mesmo que o autor diferencie percepção de conhecimento, isto não quer dizer que se trata de ausência de discurso ou exclusão de saber. Trata-se, sobretudo, de uma relação com pessoas que se dá ao nível das instituições.

Segundo Machado (1981), o conceito de percepção acima mencionado representou uma contribuição teórica valiosa, pois - a partir dele Foucault (1972) – pode orientar grande parte da investigação realizada na sua História da Loucura, podendo, assim, elucidar acontecimentos que não haviam sido mencionados pelos historiadores da psiquiatria. Ao analisar esta primeira obra de Foucault, Roberto Machado escreve:

Na época clássica, as instituições que recebiam os loucos, os critérios de internação, a designação de alguém como louco e sua conseguinte exclusão da sociedade não dependiam de uma ciência médica, mas de uma ‘percepção’ do indivíduo como ser social, que o estatuto do louco é conferido não pelo conhecimento médico, mas por uma percepção social (MACHADO, 1981, p. 63).

A passagem acima atesta a necessidade de a psiquiatria ser considerada como uma disciplina recente e a doença mental ser entendida como uma construção

derivada de uma complexa relação entre o discurso científico, político e jurídico, que a delimitou em um tempo posterior à construção dos hospícios. A doença mental não é da ordem da natureza, mas da ordem do discurso³⁶. Este pressuposto reitera que as práticas estabelecidas em torno da “loucura” acontecem dentro da história, estando intimamente ligadas à época na qual ocorreram.

Vale lembrar que junto aos movimentos em prol da Reforma Psiquiátrica consolida-se discursivamente o enunciado ‘saúde mental’. Logo, este enunciado remete a um meio institucional que não é mais o hospital psiquiátrico. Ao longo do Projeto elaborado pelos profissionais de Betim, “saúde mental” aparece em 40 passagens; contudo, no texto citado, não há uma definição ou mesmo elaboração acerca desta expressão. Marcado pela história que o precede, o enunciado ‘saúde mental’ não remete a uma essência ou descreve uma coisa, segundo os pressupostos de Deleuze e Guattari (1992, p. 33), pode-se dizer que o mesmo “diz de um acontecimento”, inscrito no tempo e no espaço das instituições especializadas na organização da vida criadas no Brasil entre os anos de 1980/90.

O Projeto ora analisado tem como formação discursiva principal o discurso político, porém ele é proferido por um conjunto de técnicos, de profissionais, cujo discurso da ciência norteia sua fala, dando uma aparência de unidade ao texto. Sob a aparência da unidade, Foucault (2002a) reconhece “séries” discursivas. Séries inerentes a uma ordem que é a do acontecimento e não da criação. Dessa forma, pensar em regularidades do discurso implica em considerá-lo como emergindo a partir da história, em seus encontros e rupturas. Emergindo (e não sendo criado) a partir das condições de possibilidade de uma determinada época. Conseqüentemente, sobre o caso de Betim, os profissionais demarcaram três aspectos fundamentais:

- 1) em Betim não existe hospital psiquiátrico;

³⁶ A respeito desta problematização sugerimos a obra: NADI, Yonissa Marmitt. **Palácio para guardar doidos**: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da universidade/UFRGS, 2000.

- 2) existem pessoas, na cidade, “acometidas de sofrimento psíquico, em crise, na eminência da crise e egressos de hospitais psiquiátricos” (SOUZA, 1994, p. 3), que precisam de atendimento, por isso recorrem aos hospitais de Belo Horizonte;
- 3) a recorrência a Belo Horizonte não interrompe um ciclo de crises-internações.

Estes três aspectos são delineados junto à apresentação dos dados consolidados pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSBH), referentes ao número de atendimentos prestados aos moradores de Betim, em instituições psiquiátricas públicas e privadas da capital no ano de 2003. Na tabela 4, encontra-se a transcrição destes dados, pois os mesmos quando observados, junto à fala precedente e à que se segue dos trabalhadores em epígrafe, dão mostras de como o discurso vai sendo trabalhado de forma a constituir uma ordem multidisciplinar, que pressupõe um outro modo de organização que não mais é derivado do modelo Panóptico, aproximando-se em grande medida da imagem do que Deleuze (1995) conceituou como Rizoma.

Tabela 4

Número de atendimentos prestados a pacientes provenientes de Betim em instituições psiquiátricas públicas de Belo Horizonte, no período de janeiro a dezembro de 1993, em Hospitais/Clínicas privadas conveniadas entre os meses de agosto/setembro/outubro de 1993 e consultas ambulatoriais realizadas no trimestre agosto/setembro/outubro de 1993. Dados referentes ao local de atendimento, à modalidade de intervenção e ao número de atendimentos prestados (consultas, internações ou consultas ambulatoriais).

Local de atendimento	Modalidade da intervenção N°_Consultas ou internações	N° de atendimentos
Instituto Raul Soares*	consultas	60
Instituto Raul Soares	internações	09
Hospital Galba Veloso (HGV)*	internações	73
Posto de Urgência Psiquiátrica do HGV	consultas	524
Clinica Serra Verde**	internações	02
Clínica Pinel S/A**	internações	22
Clínica Nossa Senhora de Lourdes**	internações	0
GD Psiquiatria LTDA***	internações	03
Hospital Galba Veloso	Consultas ambulatoriais	185
Hospital Raul Soares	Consultas ambulatoriais	197
PAM Psiquiatria Padre Eustáquio***	Consultas ambulatoriais	500

* Hospitais psiquiátricos estatais

** Hospitais psiquiátricos privados conveniados

*** Ambulatório estadual

Fonte: SMSBH, 1993, apud SOUZA, 1994, p. 5. Tabela elaborada pela autora.

Em um ato contínuo à apresentação dos dados, os profissionais traçam um panorama da assistência em saúde mental na cidade, como pode ser observado na transcrição a seguir:

A organização atual do serviço de Saúde Mental de Betim é insuficiente para o atendimento da demanda da população. Temos equipe de saúde mental apenas em duas unidades de saúde e estas ainda estão incompletas. E temos pulverizados em algumas unidades básicas de saúde profissionais isolados. Além disso, os serviços funcionam diurnamente, de segunda a sexta-feira, não oferecendo à população atendimento noturno nem nos finais de semana e feriados. Não há nenhum serviço de urgência psiquiátrica no município, a rede física é precária (SOUZA, 1994, p. 5).

Tais fragmentos, quando comparados às Portaria Ministeriais 189 e 224 e à Lei Estadual 11.802 dão mostras de como os profissionais foram interpelados e se identificaram plenamente ao discurso presente nos referidos instrumentos legais. O cumprimento da “regra mínima” presente na Portaria 224 passa a ser reivindicado pelos profissionais que recorrem a estatísticas, ao diagnóstico da realidade local e ao mapeamento da população que, aos poucos, vai sendo constituída como público alvo da política pública municipal almejada. A identificação ao discurso legal é tamanha que a grande luta desencadeada em Bauru é silenciada; observa-se que, em Betim, não se luta “por uma sociedade sem manicômios”, mas pela implantação de uma “rede em saúde mental” que abarque a população da região de Betim, reivindicação que não é equivalente à luta pela extinção dos grandes hospitais psiquiátricos. Esta aspiração, de certa forma, parece aproximar-se do movimento ocorrido na França, conforme relata Félix Guattari:

A psiquiatria na França foi modernizada em seus equipamentos: há toda uma política de abertura, de desenvolvimento de equipamentos extra-hospitalares – enfim, de setorialização. Essa política de setorialização é reformista, ela não resolveu nenhum problema fundamental. Primeiro, porque reforça o sistema de esquadramento que existe em todos os outros registros de controle social. E, depois, porque a reforma que ela implantou na França fracassou. O que aconteceu foi uma multiplicação de equipamentos de outra natureza, mas os grandes bastiões da psiquiatria não foram tocados [...].

A política de setor instaurou-se, na França, a partir de 1960: os poderes públicos, apoiados nas correntes progressistas da psiquiatria institucional, quiseram fazer com que a psiquiatria saísse dos grandes hospitais repressivos. Pretendia-se aproximar a psiquiatria da cidade. Isso conduziu a criação daquilo que foi chamado de ‘equipamentos extra-hospitalares’: centros de saúde, hospitais-dia, albergues, ateliês protegidos, visitas domiciliares, etc. Essa experiência reformista transformou o aspecto social externo da psiquiatria sem por isso desembocar num verdadeiro empreendimento de desalienação: miniaturizaram-se os equipamentos

psiquiátricos, mas fundamentalmente em nada mudaram as relações de segregação e opressão (GUATARRI e ROLNIK, 1996, p.95).

Em relação ao caso de Betim, o esquadramento da população respalda-se principalmente no saber médico, o qual é historicamente aceito como científico. No caso em análise, o discurso da ciência situa-se na construção do Projeto marcadamente como um recurso ao princípio de autoridade, em vistas a legitimar e tornar hegemônico aquilo que é dito. Torna-se oportuno observar as recorrentes formas utilizadas para caracterizar e constituir o público dos serviços de saúde mental de Betim. Com a intenção de ilustrar este aspecto, serão citados 3 exemplos: em primeiro lugar, a Tabela 5 onde consta a transcrição dos diagnósticos atribuídos à população atendida, entre janeiro e 15 de março de 1993, pelos profissionais de saúde mental do município; em seguida, o Objetivo Geral do Projeto, bem como o Público Alvo definido neste mesmo documento.

Tabela 5

Número de pessoas em atendimento pelos profissionais de saúde mental de Betim, entre janeiro e 15 de março de 1993, e quadro clínico.

Psicóticos	150
Neuróticos	286
Epiléticos	24
Oligofrênicos	19
À esclarecer	23
Alcoolista e Drogadicto	25

Fonte: SOUZA, 1994, p. 6.

Objetivo Geral:

Implementar a política de saúde mental em curso no país, através da estruturação de uma rede de serviços, com níveis de complexidade compatíveis com a nova política de saúde mental, visando prioritariamente o atendimento de pessoas acometidas de sofrimento psíquico em crise, na eminência de crise e egressos de hospitais psiquiátricos residentes no município de Betim e regiões adjacentes, evitando a internação e cronificação em hospitais psiquiátricos buscando a reinserção social e o resgate da cidadania do louco (SOUZA, 1994, p. 7).

Público Alvo:

“Psicóticos, Neuróticos, Alcoólatras, Toxicômanos, Oligofrênicos, egressos de hospital psiquiátrico e pacientes em crise que não demandem internação intensiva” (SOUZA, 1994, p. 9).

A Tabela 5 mostra o número de pacientes atendidos em um pequeno intervalo temporal; segundo os dados, foram 527 pessoas. Quanto ao diagnóstico que receberam, alguns são recorrentes nas antigas legislações que regulamentavam as internações psiquiátricas no passado como, por exemplo, os alcoólatras e os psicóticos. Entretanto, outros quadros clínicos são somados, emergem as figuras contemporâneas dos ‘drogadicotos’ e dos ‘toxicômanos’. Quando se compara o item “Objetivo Geral” ao tópico seguinte: “Público Alvo”, vê-se que “Loucos” e “neuróticos” são enunciados em uma mesma série discursiva, que, a princípio, parece homogênea, mas que deixa mostrar as descontinuidades que afetam o sujeito e o incitam a uma pluralidade de posições e funções possíveis (FOUCAULT, 2002a).

Quando colocados lado a lado, os textos do “Objetivo Geral” e do fragmento já citado da “Justificativa”, percebe-se a repetição do mesmo texto, exceto das últimas frases. O extrato da justificativa termina da seguinte forma: “Estes serviços constituídos darão respostas efetivas aos usuários que deles necessitam” (SOUZA, 1994, p. 3). Já no Objetivo Geral, este fragmento é substituído por: “...evitando a internação e cronificação em hospitais psiquiátricos buscando a reinserção social e o resgate da cidadania do louco” (SOUZA, 1994, p. 7). Os enunciados do segundo texto ocupam dois lugares significativos, quando se tem em vista aquilo que os precederam. A construção final da justificativa é uma promessa: quando a mesma é sobreposta ao enunciado que a substituiu, a construção final pode ser lida da seguinte forma: Os novos serviços serão tão efetivos que evitarão as internações nos hospitais psiquiátricos e a cronificação por eles provocada.

Em relação ao restante dos fragmentos, é significativo dizer que, em todo o Projeto, o adjetivo “louco” aparece apenas uma vez. Emergindo na construção discursiva no lugar da passagem: “daqueles que necessitam”, sinteticamente sugere-se: o louco é aquele que necessita do serviço de saúde mental, para ser reinserido no social e ter o estatuto de cidadão resgatado. Ao mesmo tempo em que aparece a intenção de reescrever a história das instituições com a loucura sob outros moldes, mantém-se a supremacia da ‘razão’ sobre a ‘não razão’.

Quanto ao público alvo, deve estar claro que o objeto de análise ora proposto não é realizar um histórico das psicopatologias, onde se trataria de localizar a matriz

epistemológica de cada classificação, porém é digna de atenção a multiplicidade de discursos que perpassa a busca de 'classificação' do sujeito e daquilo que lhe acomete. No caso, a variedade de discursos pode tanto indicar uma abertura do campo tradicional da psiquiatria a outros saberes (inclusive o saber de cada um sobre o cuidado de si), como pode também simular uma conversação sustentada pelo efeito da expressão: 'equipe multiprofissional', enquanto o que se passa é a antiga cena da Torre de Babel.

Em relação ao Projeto, resta ainda dizer que o mesmo foi acatado e implementado pela Frente Betim Popular e, apesar dos desafios e impasses impostos pelo jogo político, sobretudo no que se refere à alternância do poder, a "rede" almejada tornou-se realidade e ainda mantêm-se atuante. Em 2007, o CERSAM Betim Central comemorou uma década de funcionamento como CAPS III, o que lhe permite estar de portas abertas e assim ofertar à população atendimento ininterrupto, conforme relatado por Generoso (2007) no Encontro Nacional "20 Anos de Luta Por Uma Sociedade Sem Manicômios", realizado em Bauru no ano de 2007.

Por fim, uma questão se impõe: a comparação entre o Projeto de Saúde Mental para o Município de Betim-MG e a Lei de 1903, que regulamentou a Assistência a Alienados em Minas Gerais, permite dizer que se trata agora de um discurso novo ou o que se assiste são as transformações de um discurso e suas diferentes formas de relação com a instituição e com a loucura? Esta questão não será aqui respondida, pois o que se buscou foi apenas descrever qual contexto precedeu e perpassa a fala dos Técnicos de Referência que adiante será estudada. Está evidente que um grupo de profissionais participou da construção do Projeto até aqui discutido; entretanto, tal grupo não se mantém o mesmo, assim como era; daqueles primeiros profissionais, hoje, alguns se ocupam do discurso universitário, outros estão nos órgãos de governo; outros, porém, permanecem na assistência ao usuário, a estes profissionais outros novos já se juntaram. Portanto, o que se indaga é como, na atualidade, os diversos enunciados que emergiram com os movimentos pela Reforma Psiquiátrica são percebidos e inseridos na ordem do discurso pelos Técnicos de Referência que atuam nas unidades do CERSAM do município de Betim.

4.4 O discurso dos Profissionais

Nesta seção, será objeto de estudo o discurso dos Técnicos de Referência que atuam nas três unidades do CERSAM, para adultos, do município de Betim. A nomeação deste profissional dentro da instituição faz parte de uma construção interna, que o coloca no centro da relação estabelecida entre usuário-CERSAM. As palavras de Souza, Maia e Teles são esclarecedoras a este respeito:

Trabalhamos com o conceito de Técnico de Referência, onde um terapeuta médico ou não médico assume a posição clínica de conduzir o tratamento e auxiliar o sujeito em seu percurso. É através desse técnico que se constrói o vínculo com o tratamento e com o centro de referência (1996, p. 4).

Para que ocorresse o encontro com os Técnicos de Referência a serem entrevistados, o primeiro passo consistiu em apresentar à Referência Técnica de Betim, o psiquiatra Alexandre A. Pereira, o Projeto de Pesquisa de Mestrado submetido ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da UNISC, juntamente com o roteiro das entrevistas³⁷. Após a aprovação da proposta pelo mesmo, foram realizadas 18 entrevistas semi-estruturadas com representantes de todas as categorias profissionais, de nível superior, que formam as equipes multiprofissionais. Nomeia-se aqui como entrevista semi-estruturada uma técnica de coleta de dados, onde o entrevistador apresenta algumas perguntas ao entrevistado com a intenção de estabelecer com o mesmo uma conversação, a partir de temas definidos previamente pelo pesquisador, em vistas à realização do estudo de caso aqui proposto (MINAYO, 1996). Esta fase da pesquisa ocorreu entre os dias 10 a 15 de janeiro de 2007.

Foram, portanto, entrevistados 33% dos profissionais que atuam no CERSAM, entre eles: 03 Assistentes Sociais, 04 Psicólogos, 05 Psiquiatras, 01 Enfermeiro, 03 Farmacêuticos e 02 Terapeutas Ocupacionais. Pessoas que gentilmente aceitaram o convite de falar sobre o campo no qual trabalham; o público que atendem; sobre o seu papel e a prática que realizam no dia-a-dia de uma instituição pública de saúde. A grande maioria das entrevistas foi concedida no próprio ambiente de trabalho, ao longo dos plantões diurnos, noturnos ou plantões no final de semana. Alguns

³⁷ Anexo I.

profissionais, mesmo estando em férias, foram ao serviço com a finalidade de serem entrevistados. Um deles, também em virtude de seu período de descanso, recebeu a pesquisadora em sua própria residência, após acordo estabelecido pelo telefone.

As entrevistas foram todas gravadas e, posteriormente, transcritas, totalizando um montante de, aproximadamente, 26 horas de áudio e 140 páginas de texto. A transcrição das falas buscou ser o mais fiel possível à forma como cada entrevistado se expressa; assim, não foram realizadas correções de estilo ou excluídos eventuais vícios de linguagem. Quando, neste estudo, forem citados fragmentos das entrevistas, a autora reserva-se o direito de não entrecortar as passagens com a expressão “*sic*”, mesmo quando o discurso do entrevistado não se adequar plenamente à forma culta da língua portuguesa. Para garantir a privacidade dos entrevistados, os nomes foram excluídos e, na maioria das vezes, não será mencionada a categoria profissional do informante e/ou seu local de trabalho, uma vez que algumas profissões têm apenas um representante em cada unidade do CERSAM, como os Terapeutas Ocupacionais e Farmacêuticos.

A tabela 6 apresenta um breve perfil dos entrevistados. Conforme os dados agrupados na mesma, vê-se que a grande maioria dos profissionais realizaram o curso de graduação em instituições localizadas na capital mineira, sobretudo na Universidade Federal de Minas Gerais e na Pontifícia Universidade Católica (PUC). Destas pessoas, aquelas que se formaram há mais de 15 anos relatam que foram algumas dos principais militantes pela Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais, sendo influenciados desde a graduação pelo Movimento da Luta Antimanicomial. Tal relato não se verifica nos profissionais formados entre 1 e 4 anos. Em relação aos que fizeram Especialização Lato Senso, uma grande parte foi realizada na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, instituição reconhecida na formação de profissionais no campo da saúde pública e saúde mental.

Quanto aos profissionais médicos psiquiatras, todos eles tiveram experiência em hospitais psiquiátricos, pois - conforme os entrevistados - o Programa de Residência Médica em Psiquiatria, em Minas Gerais (e o extinto Programa de Residência Multiprofissional), somente era oferecido dentro de hospitais

psiquiátricos. Dos profissionais de outras áreas, dois deles participaram do antigo Programa de Residência Multiprofissional em Psiquiatria. Do grupo geral de entrevistados, três atuaram profissionalmente em instituições manicomiais.

Tabela 6

Perfil dos entrevistados quanto ao local de formação; tempo de formados; instrução; experiência em Hospital Psiquiátrico; tempo de trabalho no CERSAM e modalidade de ingresso no mesmo.

Local de Formação									
UFMG Campus Belo Horizonte		Universidades de outros locais do Estado de MG		PUC Minas Campus Belo Horizonte e Betim		Outras faculdades privadas de Belo Horizonte			
N	%	N	%	N	%	N	%		
7	38,88	3	16,66	6	33,33	2	11,11		
Total de Respostas (TR): 18									
Tempo de Formados									
1 a 4 anos		5 a 10 anos		11 a 14 anos		15 a 20 anos		21 a 24 anos	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3	16,66	7	38,88	1	5,55	4	22,22	3	16,66
TR: 18									
Instrução									
Apenas Superior Completo		Programa de Residência Médica e Multiprofissional		Pós-Graduação Lato Sensu		Pós-Graduação Strictu Sensu – Mestrado			
N	%	N	%	N	%	N	%		
2	11,11	7	38,88	12	66,66	2	11,11		
TR: 18									
Nota: 3 dos respondentes fizeram Pós-graduação Lato Sensu e Residência; 1 respondente fez Especialização e Mestrado e outro fez todas as formações citadas acima, entre outros cursos.									
Experiência em Hospital Psiquiátrico									
Trabalhou em Hospital Psiquiátrico				Realizou Residência Médica ou Multiprofissional em Hospital Psiquiátrico					
N	%	N	%	N	%	N	%		
3	16,66	7	38,88	7	38,88	2	11,11		
TR:18									
Tempo de Trabalho no CERSAM									
1 a 4 anos		5 a 9 anos		10 a 14 anos					
N	%	N	%	N	%	N	%		
11	61,11	1	5,55	6	33,33				
TR: 18									
Modalidade de ingresso no CERSAM									
Concurso Público p/ o CERSAM		Contrato		Transferência de Unidade		Extensão de Jornada			
N	%	N	%	N	%	N	%		
6	33,33	5	27,77	3	16,66	4	22,22		
TR: 18									

Como pode ser verificado na Tabela 6, o maior número de trabalhadores atuam no CERSAM há menos de 09 anos. Outro aspecto relevante, diz respeito ao número de profissionais não-concursados, especificamente para o CERSAM; ou seja,

66,66% deles ingressaram na instituição seja através da extensão de jornadas, seja pela transferência de unidade ou pela realização de contratos emergenciais. No ato das entrevistas, as três unidades do CERSAM contavam com 54 profissionais de nível superior. Entretanto, frente à falta de profissionais concursados (com dedicação exclusiva para a unidade onde fossem lotados), a alternativa encontrada foi a contratação de técnicos apenas para plantões noturnos, outros para finais de semana; outros profissionais trabalham no CERSAM por meio de 'horas-extras', ou extensão de jornadas. Os mesmo se deslocam de distintas unidades de saúde do município, como as UBS ou UAI, para suprir as necessidades mais imediatas do CERSAM. Nesse sentido, deve ser sinalizado que o grande número de profissionais não representa, necessariamente, uma ampliação do atendimento à população. Estes fatos perpassam as falas dos entrevistados em muitos momentos, como será evidenciado ao longo do próximo item.

Dentre as diversas questões destacadas pelos Técnicos de Referência do CERSAM, chama-se aqui atenção para as seguintes categorias: 'Reforma Psiquiátrica' e 'saúde mental'. Junto às mesmas, será discutido o modo como se constitui no discurso dos Técnicos de Referência o público por eles atendido. A discussão pretende contemplar ainda como os próprios profissionais inserem na ordem do discurso a percepção que têm sobre o que vem a ser o Técnico de Referência. Para tanto, cada entrevista não será considerada isoladamente. Ao contrário, serão tomadas como um todo que constitui o discurso dos Técnicos de Referência. Pretende-se que este corpus discursivo seja escutado não em sua totalidade horizontal, mas em sua profundidade vertical, onde "a língua, a história e a ideologia concorrem conjuntamente" (ORLANDI, 2003, p. 35).

4.4.1 Reforma Psiquiátrica

Resumidamente, a literatura a respeito do tema define a Reforma Psiquiátrica brasileira como um movimento de contestação à lógica manicomial, cujas origens remontam ao movimento da Antipsiquiatria e à Psiquiatria Democrática, liderados por Laing, David Cooper e Basaglia, respectivamente.

No plano nacional, as mobilizações pela redemocratização do país e a luta pela reforma sanitária podem ser apontadas como algumas das condições de possibilidade do acontecimento em questão (ZENHA, 2001). Todavia, neste item, importa, sobretudo observar como o enunciado 'Reforma Psiquiátrica' é percebido pelos profissionais do CERSAM de Betim-MG. Desta forma, merecem atenção as respostas de quatro entrevistados à pergunta: O que você entende pela Reforma Psiquiátrica?

Resposta 1:

Olha...eu não sei te explicar direito, porque como eu estou te falando tem pouquíssimo tempo que eu to aqui, mas o que eu escuto o pessoal falando... a gente vai nas reuniões... essa questão que antes os pacientes eram internados... tem essa questão que eles ficavam como se fossem... é isolados mesmo... tinha aquele tratamento de choque, aquela coisa mais grosseira, brutal, hoje em dia não, já não tem essa internação... entre aspas... passou a ter a permanência-dia, a permanência-noite... uma coisa mais leve.

Resposta 2:

O quê que eu entendo? A Reforma Psiquiátrica ela veio mesmo né? pra... tentando instituir essa mudança, essa visão do campo da saúde mental, bem com essa questão da saúde mental. Cria-se um novo espaço, um novo olhar sobre as doenças mental. Ela veio mesmo para garantir direitos, incluir também o doente mental na sociedade e, além disso, desospitalizar.

Resposta 3:

A Reforma Psiquiátrica é um movimento que veio para mudar um pouco a maneira como o paciente é abordado, tratado, né? E mesmo a maneira de se enxergar o paciente dentro da rede de saúde mental. Então, eu penso que é isso, uma maneira nova de tratar o paciente, de enxergar o paciente dentro da rede... eu considero isso.

Resposta 4:

Mas, eu acho que a Reforma tinha que acontecer, não tinha como hoje em dia a gente pensar na situação como viviam aquelas pessoas nos manicômios, nos hospícios, assim né... totalmente esquecidas... alienadas... com direito a nada... escolher se quer o que pudesse comer ou que pudesse vestir, né? então eu acho assim, foi assim de muita importância e é por isso que os CERSAM estão ai hoje, a rede de dispositivos alternativos

estão todos ai hoje e eu acho que tem que continuar mesmo lutando, com moradia protegida, com trabalho protegido, com gerações de trabalho e renda, para reinseri-los né?

Tais falas, quando consideradas em conjunto, apontam para algumas questões essenciais. Uma delas refere-se, desde início, à menção da restrição da discussão e do entendimento do que venha a ser 'Reforma Psiquiátrica' aos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. O primeiro fragmento dá a idéia de uma sociedade de discurso (FOUCAULT, 2002a), cujo acesso é permitido apenas aos iniciados, no caso, os profissionais que partilham de um saber disciplinar. Torna-se claro, ainda, a construção de um antagonismo entre o Hospital Psiquiátrico e os atuais serviços de saúde mental: aqueles a clausura, a privação de direitos, estes a inclusão, a reinserção, internação entre aspas e "uma coisa mais leve".

Logo em seguida, torna-se importante observar o emprego do verbo vir na construção das frases, como nesse exemplo: "a Reforma Psiquiátrica veio mesmo...", insinua-se aqui uma forma de narrativa onde a origem da Reforma Psiquiátrica não é circunscrita em lugar algum, o que se assemelha a uma narrativa mítica na qual o fato contado está para além do tempo e do espaço, em uma espécie de imanência que se assemelha a ordem da natureza e não a ordem do discurso, que é datado e comprometido com as condições políticas, econômicas e sociais de sua época. Merece destaque ainda, o uso do verbo vir no passado, isso ocorre duas vezes em uma mesma resposta, sendo empregado também, quase literalmente, na resposta 03. Se a Reforma é algo do passado sugere-se que na atualidade a relação com a 'loucura' aconteça de outros modos, sob 'outros olhares', que não mais aqueles caracterizados pela era manicomial. Esta premissa está presente sobretudo nas respostas 01 e 02, onde pode-se ler: "[...] antes os pacientes eram internados [...]"; "[...] na situação como viviam aquelas pessoas nos manicômios, nos hospícios[...]". Em ambas as passagens, o modo como as frases são construídas coloca em um passado longínquo a ocorrência das internações psiquiátricas. Logo, parece não fazer parte do horizonte dos entrevistados a existência de 52.406 leitos, distribuídos entre 240 hospitais psiquiátricos (localizados em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais a grande maioria dos hospitais e dos leitos). Estes números se referem a março de 2004, conforme reportagem presente no Portal do Ministério da Saúde (ver: BRASIL, 2004).

Deve-se considerar o fato de Betim ser o contexto imediato a partir de onde falam os entrevistados, cidade cujo território jamais abrigou um hospital psiquiátrico; porém isto não quer dizer que alguns dos moradores da cidade nunca foram internados em tais instituições. Como discutido anteriormente, as pessoas que ‘necessitavam’ de algum tipo de atendimento no campo da assistência psiquiátrica eram encaminhados aos hospitais públicos e às clínicas privadas da capital mineira. No entanto, quando se observa apenas as respostas acima transcritas, este fato parece cair em uma espécie de “esquecimento ideológico”, conforme conceitua Orlandi (2003, p. 35). Por outro lado, o contexto mais amplo onde tal discurso é enunciado envolve todos os movimentos reacionários em prol das grandes estruturas psiquiátricas, isto é, uma série de práticas que buscam nos efeitos de saber/poder da ciência seu maior respaldo. Para exemplificar esse contexto mais amplo, vale citar o recente uso de um veículo de mídia com o aparente intuito de mobilizar diversos segmentos da população a reivindicar o restabelecimento das amplas instituições de internação; nomeadamente, cita-se aqui a reportagem veiculada pelo Jornal *O Globo*, dia 09 de dezembro de 2007, sob o título: “Sem hospícios morrem mais doentes mentais”. O conteúdo desta reportagem aponta o fechamento dos leitos psiquiátricos como causa para o aumento de mortes no Brasil dos portadores de sofrimento mental. Argumento considerado tendencioso e notadamente comprometido com os interesses econômicos, conforme manifesto assinado pelo CEBES e por outras instituições da sociedade civil³⁸.

Tendo em vista a discussão precedente e ainda sobre o tema da Reforma Psiquiátrica, torna-se oportuno considerar o relato de um dos profissionais entrevistados:

Bom... ela eu acho que assim, num primeiro momento, ela [Reforma Psiquiátrica] foi construída muito mais pelo desejo de algumas pessoas e, nesse momento atual, eu acho que ela tá passando por um momento meio complicado. Porque a reforma, ela tem muitos atores vinculados a ela buscados na área do serviço social, da psicologia, terapia ocupacional... mas eu acho que na formação ela... o lado dos psiquiatras está meio sucateado. A gente vê que alguns psiquiatras que, estão se formando recentemente, não estão mais com aquela visão da psiquiatria social da

³⁸ Sobre esta discussão recomenda-se a leitura da reportagem: Manifesto defende a Reforma Psiquiátrica brasileira contra constantes ataques veiculados no jornal *O Globo*, disponível em: cebes.org.br (acessado em 08/02/2008).

década, por exemplo, de 95, 96, 97, 98 até mais ou menos 99, 2000, que é a turma dos últimos que chegaram aqui... ce vê que o pessoal saiu com uma formação de psiquiatria social. Depois ce vê uma retomada à formação médica mais pesada. E eu acho que isso compromete sim o funcionamento dos CAPS e a idéia da Reforma Psiquiátrica, porque na verdade você vê, de novo, uma outra fala na direção do hospital.

Neste fragmento, o entrevistado não nomeia as pessoas que, segundo ele, desejaram e construíram a Reforma Psiquiátrica, mas ao apontar que a mesma é fruto do desejo de alguns sujeitos, o enunciador parece fazer a seguinte operação:

- A) a reforma foi construída a partir do desejo de algumas pessoas: psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e alguns (antigos) psiquiatras sociais;
- B) Os médicos psiquiatras, formados depois de 2000, não partilham do desejo de fazer a reforma;
- C) A formação dos psiquiatras atuais sustenta-se no modelo biomédico; logo, privilegia-se os hospitais em detrimento dos CAPS, rompendo assim com os ideais da Reforma Psiquiátrica.

O entrevistado conclui sua resposta com as seguintes palavras:

você percebe alguns profissionais que estão chegando na rede, que são dessas últimas turmas que estão vindo agora – eu vi isso muito o ano passado no Teresópolis – que a gente percebe isso muito bem... falando muito mais nesses casos que a gente sempre segurou no CERSAM, em internação, tá... com uma facilidade muito maior do que a anterior.

Esta fala dá mostras de como a linguagem é constantemente afetada pela história, de forma que a compreensão dos sentidos relaciona-se, em grande medida, com a exterioridade e não só com a intenção do enunciador (ORLANDI, 2003). Para além de apontar diferenças e semelhanças entre profissionais novos e antigos, a passagem supracitada aponta a reedição de um acontecimento comparável ao desencadeado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, entre 1929 e 1930, quando a corporação médica suscitou uma importante articulação profissional e política com o fim de reivindicar a construção de uma organização especializada no trato da loucura. Na atualidade, porém, as condições de

emergência de um discurso conservador apresentam características distintas (quanto à forma mais que o conteúdo) daquelas encontradas nas primeiras décadas do século XX. Época na qual pessoas como o escritor Lima Barreto (devido ao uso abusivo de álcool ou pela condição de indigentes) eram internados compulsoriamente em instituições manicomiais.

Antes, porém, da presente análise avançar para outras questões, duas respostas sobre o tema suscitam algumas ponderações, sendo elas:

Resposta 06:

O que eu entendo? Eu entendo que foi um mecanismo necessário para mudar muitas coisas que estavam muito inadequadas e até ilegais, com a reforma foi ficando mais organizado e foram colocadas dentro de um padrão de conduta, ético é... e clínico também. Acho que foi um movimento que foi necessário, que teve a sua época.

Resposta 07:

Eu tenho antipatia desse nome Reforma Psiquiátrica, eu acho que nada é... nada é... reformar... você reforma aquilo que está estragado, entendeu? Talvez aquilo que não presta mais você tenta reformar. Assim um ventilador que estraga, cai e quebra, você reforma. Um vídeo cassete que não presta mais você tenta recauchutar ele, enfim... eu acho que essa palavra reforma ela... ela atrapalha o movimento que se quer fazer... que é um movimento instituinte, um movimento que institui alguma coisa, que está para ser instituído, que o dia que ele for instituído ele vai morrer.

Apesar das visíveis diferenças, as respostas 06 e 07 foram dadas por respondentes da mesma categoria profissional, ambos são médicos psiquiatras. Nas duas passagens, percebe-se um embaraço quanto ao uso do enunciado 'reforma'. Em termos gramaticais, trata-se de um substantivo feminino que oferece múltiplas possibilidades de emprego. Ao mesmo tempo, deve-se lembrar que os sentidos atribuídos às (quase) infinitas variações deste termo não nascem a cada vez que o mesmo é pronunciado. A este respeito Orlandi afirma que,

quando nascemos, os discursos já estão em processo e nós é que entramos nesse processo. Eles não se originam em nós. Isso não significa que haja singularidade na maneira como a língua e a história nos afetam. Mas não somos o início delas. Elas se realizam em nós em sua materialidade. Essa é uma determinação necessária para que haja sentidos e sujeitos (2003, p. 35).

Conforme este pressuposto, as duas respostas devem ser entendidas como partes que se conectam a um discurso que as antecederam, deixando marcas que perpassam o modo como cada um simboliza o que vem a ser Reforma Psiquiátrica. Segundo Bezerra Junior (1994), a “psicoterapia institucional”, a “psicoterapia de setor” e a “psiquiatria preventiva” foram iniciativas cuja intenção era formular alternativas ao modelo psiquiátrico tradicional, mas que, na verdade, apenas aperfeiçoaram o sistema existente, pois as ações mencionadas se restringiram a uma modificação intra-hospitalar. Dessa forma, quando consideradas as respostas 06 e 07, vê-se que elas apontam distintas perspectivas quanto à ação desencadeada (ou intencionada) pela Reforma Psiquiátrica; porém, notadamente, a resposta 06 demarca uma percepção deste movimento como sendo uma importante adequação e modernização das tecnologias de atenção psiquiátrica e não um processo de ruptura com o discurso que se tornou hegemônico no que tangencia o que se chama de sofrimento psíquico.

A resposta 07, por sua vez, parece lidar com os impasses impostos pela língua em uma tentativa de atribuir outros sentidos a um movimento nomeado como ‘reforma’; parafraseando Orlandi (2003), pode-se dizer que esta resposta desvela uma tensão entre o retorno aos mesmos espaços do dizer e o deslocamento e a ruptura de processos de significação. Em termos analíticos, trata-se dos processos de paráfrase e polissemia, isto é, “duas forças que trabalham continuamente o dizer, de tal modo que o discurso se faz nessa tensão: entre o mesmo e o diferente” (ORLANDI, 2003, p. 36).

Para Foucault (2006), a ação desencadeada por Basaglia, na Itália, tinha um caráter eminentemente revolucionário, que não admitia a reconversão do asilo sob outros moldes que mantivessem a separação entre os que detêm o poder e os que não o detêm. Como visto, esta percepção não é hegemônica entre os entrevistados, tal fato pode ser entendido a partir da assertiva de Pinto, quando ela aponta que “os sentidos são atribuídos historicamente”, conseqüentemente, todo discurso contém uma série de significados que ao serem subjetivados pelos indivíduos “provocam efeitos concretos, na forma das pessoas se relacionarem entre si, na forma como a história toma seus rumos” (2006, p. 89).

4.4.2 Saúde mental

Os movimentos pela Reforma Psiquiátrica, entre outras coisas, possibilitaram a emergência de uma série de práticas e enunciados que mantêm uma importante articulação entre si, como é o caso da expressão 'saúde mental'. Na tentativa de explicitar como, na atualidade, este enunciado é percebido pelos Técnicos de Referência dos CERSAM de Betim, foi colocada aos mesmos a seguinte questão: "Como você define saúde mental?". Com a intenção de citar os elementos presentes no imaginário social acerca deste tema, vale destacar, inicialmente, 04 repostas dadas a pergunta em epígrafe:

Resposta 01:

Saúde mental então, não é uma definição teórica, um campo teórico definido. Eu entendo que é um campo de vários saberes e a saúde mental seria mais uma estratégia em termos até político mesmo de mudança, de provocar alguma mudança, de organizar esse campo mais jurídico, de leis, de implantação de serviços e que comporta vários saberes: psiquiatria, psicologia, inserção psicossocial e por ai vai... é um campo de vários saberes mesmo, tanto político, quanto social, cultural e quanto esses vários saberes que estão ai no meio e a gente precisa de alguma coisa para amarrar, para orientar esse campo.

Resposta 02:

Saúde mental... saúde mental é a parte... a parte da saúde relacionada ao tratamento das doenças mentais e do sofrimento mental seja ele orgânico ou só psíquico, é isso.

Resposta 03:

Saúde mental? Antes quando eu não trabalhava na Saúde Mental eu não entendia... não é que eu não entendia, eu entendia igual todo mundo entende. Eu trabalho³⁹ num posto de saúde então todo mundo lá dizia: "Ah, aquele paciente ali, aquilo ali é frescura... aquilo ali não é doença", depressão principalmente, o pessoal fala que é preguiça... que é não sei o quê. Só quando você entra dentro da saúde mental que você vê que é muito mais complexo, que às vezes cê conversa com uma pessoa cê acha que ela é normal, eu não tenho muita experiência da saúde mental, às vezes,

³⁹ Quando entrevistado, o respondente relatou trabalhar no CERSAM e em um posto de saúde.

you see the patient and think that he is a normal patient and in reality she has a serious psychiatric problem. I think that mental health is very interesting, it is something like that which I want to study, deepening, I want to understand more... more like that I see... I participate in clinical meetings that people have here every Friday, so I learn a lot. That I stay like that amazed know? like that it can be like that... a disease... in the head of the person messing with her life, with her family life. I find it very interesting, very interesting and very sad, it is not for you to say that it is good, that it is not a disease that will be cured, so the patient only stabilizes, it is very sad too, I find it very sad.

Resposta 04:

Mental health... within the SUS is a cut, of public health that works with the issue of mental suffering, but if I think of a more broad one here I will think of prevention actions, of health promotion, but within the SUS is this cut that needs to be made of attention to the bearer of mental suffering.

In a first reading, the statements above do not seem to maintain any correlation between them. Not characterizing a series that could be representative when the objective is to analyze the perception of a group, located in time and space, about what is to come - for them - mental health. However, when one takes into account the subjects who speak and for whom they speak, certain aspects of this discourse are made less opaque. As for the enunciators, it is explicit that it is a group of professionals who profess a disciplinary knowledge. To be a Reference Technician, it is presupposed that one passes through the academy, through the world of formalized knowledge, with all the rituals that this imposes and with all the restrictions on the discourse that the discipline requires. The knowledge of science can only be pronounced from determined rules that regulate its emergence; consequently, respect or non-respect for these rules interferes, in a large measure, in the credibility or the discredit that will be attributed to the content of what is said and disseminated.

When one considers for whom they speak, once again, science enters into play, a time when it will be in the academy the place where the discourse recorded in the interviews will be sent. It is in this game between the enunciator and (the image of) the interlocutor that the discourse is being constituted, as an effect. The game of images goes beyond this simple relationship established between interviewer and interviewee, encompassing a much broader field of knowledge and power

estão em jogo continuamente, estabelecendo relações desiguais, hierarquizadas e perpassadas pela ideologia. As palavras de Foucault são contundentes a esse respeito,

Sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa. [...] Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e o poder (2002a, p. 9-10).

Em linhas gerais, pode-se dizer que, nas repostas transcritas anteriormente, o discurso dos Técnicos de Referência a propósito de 'saúde mental' assume três formas, referindo-se a:

- 1) um campo de interlocução/intervenção de saber (disciplinar) e político;
- 2) algo interno ao sujeito: doença, mais especificamente, algum tipo de doença na cabeça;
- 3) uma política pública, um serviço (equipamento) e/ou uma modalidade de atendimento/tratamento dentro do SUS.

As perspectivas parecem destoantes entre si, indicando percepções que nada compartilham; porém, uma escuta mais delicada do que é dito permite evidenciar que algo comum lhes perpassa, mesmo com as diferentes formas de responder a questão proposta. Nas repostas destacadas, recorrentemente o saber disciplinar é evocado, seja como um saber que intervém no campo social, seja como aquele que desvela e identifica a doença, podendo assim tratá-la, o que demanda por si mesmo políticas públicas e equipamentos para que tal ato se realize. Nesse sentido, o discurso científico pode ser apontado como aquele que confere certa homogeneidade ao que é dito, mas este é um discurso que é inacessível para aqueles que estão situados fora de determinados grupos.

Para Pinto (2006, p. 94), "o discurso científico não é para ser entendido por aquele que não é iniciado, que não é o portador dos títulos. Quanto mais o discurso científico for restrito, maior será o seu poder". Quando se distingue quais

regularidades estruturam o dizer, é possível remeter o discurso ao que Foucault (2004) denominou como “formação discursiva”, ou seja, um conjunto de condições que conformam o modo como os temas, os objetos e as hipóteses entram na ordem do discurso. Conforme a distinção realizada por Pinto (2006), pode-se inferir que no item aqui tratado, a formação discursiva principal refere-se ao discurso da ciência.

Para Luz, “a loucura não é um ser puramente biológico – na dimensão psíquica do biológico, nem sociológico, produto do meio social. Ela é, antes de tudo, construção política e teórica, institucional e científica” (1994b, p. 89). No mesmo sentido, pode-se falar sobre o enunciado saúde mental, uma vez que também ele é fruto de uma construção discursiva que traz a marca de uma grande articulação entre o saber, o poder e a política. Seja ainda sobre o tema da loucura ou sobre o discurso em torno da saúde mental, o que se percebe, a partir da fala dos entrevistados, é um espaço em que se desenvolvem acontecimentos discursivos em que, gradativamente, a razão, o conhecimento e o saber disciplinar se apossam e constituem limites cada vez mais difusos entre o ‘normal’ e o ‘patológico’, deixando ainda sem resposta uma provocação de Foucault: “É possível que a produção da verdade da loucura possa se efetuar em formas que não sejam as da relação de conhecimento?” (FOUCAULT, 2002c, p. 128).

Para Foucault (2004), as práticas discursivas formam sistematicamente os objetos de que falamos, mas nem por isso tudo é dito, sempre há o que é escamoteado, silenciado. Composto os esquecimentos e as interdições do dizer. Observem a seguinte resposta:

Saúde mental... (risos) bom... é... saúde mental acho que tem vários significados... acho que para aqui pra área da saúde mental, no caso da gente que atende casos de psicose, neuroses graves... acho que é um termo que para a psiquiatria que antes era visto como doente mental foi modificado, com a reforma também passa a ganhar esse título de saúde mental, mas a gente tem também a saúde mental do trabalhador, varias configurações.

A leitura deste fragmento revela os deslizamentos da língua e as transformações discursivas em torno da loucura, nota-se a percepção do entrevistado sobre a mutação do que era convencionalmente chamado de ‘doente mental’ para ‘saúde mental’ e a diversificação deste último enunciado que passa a

comportar até mesmo a ‘saúde do trabalhador’. Parece que o histórico antagonismo entre ‘louco’ e ‘trabalhador’ é desfeito. Porém, ao prosseguir com sua fala o enunciador conclui:

Mas aqui eu entendo [a Reforma Psiquiátrica] como a promoção mesmo da inclusão, acho que no âmbito da reforma, saúde mental... o que é promover uma saúde mental? É incluir esse paciente psiquiátrico, é escutá-lo, é promover acho que essa reinserção mesmo, acho que está mais voltado nisso aí, na reinserção social.

Inclusão, reinserção, substantivos femininos que denotam o ato ou efeito de incluir, reinserir. Todavia, para que tais ações ocorram é necessário que uma ação anterior tenha sido praticada: a ação de excluir e colocar um sujeito fora do jogo ou de qualquer sistema de regras existente entre um grupo. Quando este fato não é evocado, no que é respondido, pode ser que o mesmo tenha caído no esquecimento, ou ainda inserido na ordem da natureza; portanto, imanente e independente da ação humana.

Ao longo das pesquisas de Foucault, ele evidencia que o asilo foi uma das respostas dadas a uma problemática histórica em evolução. Entretanto, os questionamentos deste pensador ultrapassam a descrição do momento em que os ‘loucos’ foram internados em instituições especializadas para seu tratamento; avançando para a problematização de como sua sociedade continuamente colocava à margem grandes contingentes populacionais. Como escreveu Foucault:

Não se trata tampouco, como na história da loucura, de compreender porque, na história das nossas relações com os loucos, em certos momentos estes foram internados em certas instituições específicas que deveriam curá-los. Trata-se doravante de fazer a história servir ao desnudamento das relações de continuidade que vinculam nossos dispositivos presentes a antigas bases ligadas a determinado sistema de poder, com o fim de identificar objetivos de luta (2006, p. 457).

A alusão à inclusão (ou sinônimos deste substantivo) é recorrente no discurso dos Técnicos de Referência, este enunciado se conecta a uma série de acontecimentos que, historicamente, definiram aqueles que seriam não apenas excluídos, mas incluídos nos sistemas de administração e regulação da vida social, como por exemplo: as prisões e os hospícios. Incluídos também nas redes discursivas, nos saberes e instituições, numa palavra, incluídos numa racionalidade

(SILVA, 2005b). Neste sentido, também o CERSAM, os NAPS ou CAPS mantém certa vinculação com antigas relações que nem sempre são explicitadas quando se fala em 'saúde mental'.

À medida que este enunciado emerge e se institucionaliza com os movimentos de reforma sanitária e Reforma Psiquiátrica, ele torna-se recorrente em quase todos os discursos que versam seja sobre o que, na atualidade, se chama de doença mental ou mesmo psicose ou outros termos afins. Não só isto, mas ele condensa o desejo de mudança da forma de se relacionar com a loucura; manifesta a intenção de ver os hospitais psiquiátricos reformados; representa o deslocamento da idéia de eliminação de sintomas para promoção de saúde; enfim, sob este enunciado estão reunidos diversas percepções que se tornam equivalentes, mas que nem por isso deixam de ser diferentes (PINTO, 2006). Entretanto, mesmo sendo recorrente no discurso dos Técnicos de Referência, a expressão saúde mental condensa tantos significados que sua definição se torna da ordem da impossibilidade, pois se refere ao que conceitualmente se nomeia como "significante vazio", isto porque "trata-se de um significante que foi, historicamente, objeto de tantas condensações que chega um momento que a ele pode ser atribuído qualquer coisa, ou seja, são tantas condensações, que ele se torna um significante vazio" (PINTO, 2006, p. 113).

A grande possibilidade de atribuição de significados, mesmo antagônicos, faz com que um número cada vez maior de indivíduos sejam interpelados e sintam-se identificados com o discurso em torno da 'saúde mental', discurso que suscita políticas públicas, práticas e re-configura os sistemas de inclusão/exclusão contemporâneos, constituindo novos sujeitos trabalhadores e novos pacientes, clientes ou usuários.

4.4.3 Público Alvo

Na discussão do Projeto de Saúde Mental de Betim, realizada no item 4.3, foi apontado o público alvo delimitado pelos profissionais que participaram da construção do referido documento, isto é, aqueles que seriam acolhidos e assistidos pelo CERSAM. Tratava-se, pois de um documento que subsidiaria as políticas

públicas a serem implementadas no município, nos primeiros anos da década de 1990. Na ocasião, foram nomeados como futuros usuários da rede de saúde mental os: “Psicóticos, Neuróticos, Alcoólatras, Toxicômanos, Oligofrênicos, egressos de hospital psiquiátrico e pacientes em crise que não demandem internação intensiva” (SOUZA, 1994, p. 9). A constituição deste público, pelos trabalhadores, tomava como base um conhecimento empírico, fruto dos atendimentos realizados nas pequenas equipes de saúde mental e também baseava-se nas estatísticas derivadas das internações e consultas psiquiátricas realizadas em Belo Horizonte, mas usufruídas por moradores de Betim.

Entretanto, este conhecimento empírico não está de modo algum dissociado de um saber que determina as condições necessárias para a existência de determinados objetos, ou seja, para que existam psicóticos, neuróticos e todos os outros (nomeados como) portadores de transtornos psíquicos, que passariam a ser atendidos no CERSAM, é necessário - que pré-exista - toda uma nosografia e nosologia psiquiátrica que isola e classifica as formas de aparição do fenômeno psicopatológico. Um fenômeno terá distintos significados dependendo da ordem discursiva da qual é objeto, dependendo da formação discursiva a partir da qual é falado. Um mesmo homem que abandona seu lar e sua família, ornamenta seu corpo com diversos crucifixos, cobre-se com um manto e passa a andar sem um rumo - aparente - pelo mundo, pode ser nomeado como um peregrino, profeta ou como um esquizofrênico em surto, dependendo do lugar, a partir do qual dele se fala, dependendo ainda se sobre ele recairá um discurso religioso ou científico.

O estudo de como se constitui no discurso dos Técnicos de Referência o público por eles atendido precisa levar em conta o modo como são realizados os diagnósticos e o ritual que determina a passagem de um cidadão a usuário do serviço de saúde mental, isto é, a inscrição de um indivíduo como um sujeito-paciente. Em um primeiro momento, cabe considerar três respostas dadas pelos profissionais entrevistados à seguinte questão: Como você caracteriza o público alvo do CERSAM?

Resposta 01:

O quê que acontece mesmo ou o público alvo da lei?

Pesquisadora: Você pode falar de ambos, por favor?

Por que a lei diz muito mais de egresso de hospitais psiquiátricos, os psicóticos, os casos graves, só que assim... o que aparece, depois de mais de dez anos de CERSAM, é uma população muito mais ampla do que isso e que a gente precisa dar uma resposta. Então, às vezes, tem casos que não são tão graves, mas você precisa ficar com ele, pra que ele... esse caso não se tornar um caso gravíssimo. Então, aqui a população que aparece é psicótico e neurótico também. Os alcoolistas, a gente não tá ficando mais com essa população, mas se tem um componente tipo depressivo, algum sintoma que vai para... além disso, daí a gente pode tentar fazer algum trabalho, mas não é o nosso alvo aqui.

Reposta 02:

CERSAM? O público alvo aqui? É... o público alvo seria os pacientes portadores de algum sofrimento mental. O público alvo normalmente dos CERSAM... a preferência são os psicóticos em crise ou que já saíram da crise e precisam de um acompanhamento mais próximo. Aqui tem uma peculiaridade, por ser muito distante, acaba que a gente trata de muita neurose também, a gente tenta não... não manter isso, mas é um problema.

Reposta 03:

O público alvo do CERSAM sempre vai ser a clientela que é preconizada na portaria: grave, aguda, né? que é psicose ou neurose.

A primeira resposta remete ao discurso político e aquilo que o mesmo preconiza na forma de leis e portarias que regulamentaram os CAPS, NAPS e CERSAM. Além disso, dá mostras da assimetria que, por vezes, ocorre entre uma política pública formalizada - enquanto texto legal - e aquela efetivamente implementada e praticada no dia-a-dia pelos operadores da máquina pública, no caso, os trabalhadores do CERSAM de Betim. Delineia-se, na fala em epígrafe, a ampliação dos casos abarcados pela instituição e, ao mesmo tempo, aponta-se a restrição e a interdição de categorias antes conhecidas dos serviços psiquiátricos, como, por exemplo, os alcoolistas. Isso não quer dizer que estes últimos deixaram de ser alvo das ações sanitárias; ao contrário, demarca-se a exigência de novas organizações especializadas para esta clientela. Sobre os sistemas disciplinares, Foucault faz uma precisa análise ao demonstrar que sempre existirão aqueles que ficarão à margem, sendo inassimiláveis pelos sistemas existentes, mas estes indivíduos ainda serão alvos de sistemas por vir. Por analogia, este pressuposto

pode auxiliar no entendimento da proliferação de instituições de controle biopolítico da população, pois, como diz Foucault, “creio que temos aí uma característica própria dessa isotopia de sistemas disciplinares: é a existência necessária dos resíduos que vai acarretar evidentemente o aparecimento de sistemas disciplinares suplementares para poder recuperar os indivíduos e isso ao infinito” (2006, p. 67). Para as patologias contemporâneas são demandadas novas organizações, especializadas em públicos específicos. Para os ‘drogadictos’, ‘toxicômanos’, ou para aqueles que abusam de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde instituiu o CAPS Álcool e outras Drogas, conhecido como CAPSad, através da Portaria GM/336, de 19 de fevereiro de 2002. Esse instrumento legal foi regulamentado pela Portaria SAS/189, de 20 de março de 2002, "criando no âmbito do SUS os serviços de Atenção Psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas" (BRASIL, 2004a, p. 22).

A resposta 02 e 03, por sua vez, dão uma representação importante do conjunto das falas sobre o público alvo dos CERSAM, posto que a grande maioria dos entrevistados recorreu ao que está estabilizado no texto legal. Apesar de utilizarem diferentes formulações, o que é dito aproxima-se muito mais de uma clara referência, ou paráfrase, das legislações já mencionadas do que uma ruptura com a conseqüente atribuição de novos significados ao que se nomeia como público ou usuários do CERSAM. Quando um grupo de profissionais reitera o que está dito na Lei, vê-se continuar, de certo modo, relações onde sujeitos humanos continuarão sendo incluídos em redes discursivas que acolhem suas queixas, ou as queixas alheias, e as reinscrevem sob o código do sintoma e das patologias a serem classificadas, tratadas e controladas. É desse modo que a ideologia perpassa os espaços do dizer, naturalizando as relações sociais e assegurando que certas imagens sejam simbolizadas pelos sujeitos e encadeadas na ordem do discurso, dando prosseguimento à constituição de novos sujeitos e subjetividades marcadas pelo controle - como um ideal - a ser exercido mutuamente. Controle onde o político e a ciência estão necessariamente implicados. Segundo Orlandi,

tudo isso vai contribuir para a constituição de condições em que o discurso se produz e portanto para seu processo de significação. É bom lembrar: na análise do discurso, não menosprezamos a força que a imagem tem na

constituição do dizer. O imaginário faz necessariamente parte do funcionamento da linguagem. Ele é eficaz. Ele não “brota” do nada: assenta-se no modo como as relações sociais se inscrevem na história e são regidas, em uma sociedade como a nossa, por relações de poder. A imagem que temos de um professor, por exemplo, não cai do céu. Ela se constitui nesse confronto do simbólico com o político, em processos que ligam discursos e instituições (2003, p. 42).

A relação com a instituição e com os efeitos que dela derivam não ocorre, fundamentalmente, sob um determinado espaço físico. As relações se dispersam e se perpetuam por uma multiplicidade de espaços que passam a executar funções semelhantes àquelas que, em um tempo anterior, eram restritas a lugares como os grandes manicômios. Na atualidade, a atribuição de uma classificação psicopatológica a um sujeito não ocorre apenas no espaço dos CERSAM ou das alas psiquiátricas de hospitais gerais, isto porque este conhecimento foi apropriado e disseminado entre as outras especialidades médicas, ampliando de um modo imensurável, o ‘público que se tornou alvo’ das ações bioquímicas de controle da vida. Para Foucault (2002c), uma das funções dos neurolépticos seria a de levar para dentro do corpo a lógica do hospital, sua ordem e sua disciplina. A complexidade deste pressuposto auxilia na compreensão de todos os jogos discursivos que entram em cena e perpassam o cotidiano de um profissional que executa a função de dispensar medicamentos à população de Betim. A passagem a seguir refere-se à resposta dada por um profissional farmacêutico, quando questionado sobre o público alvo da instituição em que trabalha.

Resposta 04:

eu acho que está se tratando tudo hoje, então dá-se benzodiazepínicos pra tudo quando é caráter social de problema, então e isso é grave. Então, eu atendo uma clientela que é tratada e diagnosticada como... qualquer coisa: tá triste, a tristeza hoje em dia é tratada, qualquer dor, qualquer perda, qualquer luto é medicado... e não é pelo... e nem é pela área psiquiátrica não – é pelo clínico mesmo. E isso é complicado... e ninguém consegue fazer, isso é evidente, é claro para mim desde que eu entrei – vem se agravando – e não se acha tempo para tá... fazendo um estudo disso e chamando o pessoal pra conversar com a gente, tentando ver na rede como é que se ameniza. Estão associando um monte de dependentes de benzodiazepínicos, de antidepressivos, tudo hoje se trata. A pessoa fica... é melhor ficar mais abobado e deixar os problemas da vida... são da vida, né? fica assim...

Como já discutido, Betim é uma cidade predominantemente urbana, cujo Produto Interno Bruto municipal provém, principalmente, da indústria e do setor de

serviços. A instalação de grandes indústrias, nesta região, como a Fiat Automóveis, foi influenciada por incentivos como a doação de terrenos equipados com a toda a infra-estrutura necessária e a isenção de impostos municipais e estaduais. A Fiat, portanto, localiza-se no Bairro Jardim Teresópolis, área constituída nas “proximidades da empresa e que surgiu e cresceu de forma extraordinariamente rápida, concomitantemente à instalação e consolidação daquela montadora. Trata-se de um bairro pobre, quase uma favela, em termos tanto de níveis de renda quanto de inexistência ou precariedade de serviços básicos” (COSTA, 2003, P. 449). A implantação da Fiat Automóveis e de outras grandes empresas atraiu um grande número de pessoas que migraram para a região em busca de trabalho. Entretanto, nem toda a mão-de-obra disponível foi absorvida pelas indústrias, formando-se, em contrapartida, um grande exército de reserva, que acabou por formar outros fluxos e outras redes sociais. Redes que nem sempre têm suas tramas permeadas pelo que é lícito. Segundo relato de diversos entrevistados, faz parte do dia-a-dia da população de Betim o conflituoso convívio com o narcotráfico e a exposição à violência. Fatos que perpassam o discurso dos profissionais quando apontam a tensa articulação entre miséria, violência e loucura. Assim relatou um dos respondentes: “Nós estamos aqui, nós estamos no Jardim Teresópolis – uma das maiores favelas de Minas Gerais – nós estamos aqui, num lugar, onde a gente sabe que é ponto... a questão do tráfico aqui é muito forte. Há carência, carência mesmo: do que comer, do que vestir, se tem um remédio, se não é...”.

Esse, portanto, é um dos contextos donde provém a clientela do CERSAM, tendo em vista que neste bairro está situada uma das unidades da instituição. A resposta 04 questiona os processos de medicalização do social e aplacamento da angústia comunitária, através de medidas cada vez mais sutis e econômicas, como bem descreve Foucault em suas análises genealógicas. O filósofo francês aponta a sofisticação e deslocamento dos processos disciplinares que passam a prescindir do uso da força, mas que nem por isso deixam de agir e exercer um contínuo poder sobre o corpo, de modo a alcançar e manter o controle social (ROMAGNOLI, 2003).

A resposta seguinte apresenta uma percepção voltada para os ‘sujeitos em si’, atendidos no CERSAM; portanto, uma perspectiva diversa da entrevista anterior, que percebia nas relações sociais e de poder os determinantes para a ampliação da

clientela abrangida pela instituição. Dessa forma, a passagem a seguir, constitui um discurso cujo orientador não é o que está prescrito na lei. O respondente subscreve sob o substantivo “carência” uma série de exclusões que se sobrepõe e recaem sobre aqueles nomeados como os loucos. Nesse sentido, tais sujeitos não são constituídos positivamente por aquilo que supostamente são: neuróticos, psicóticos... ao contrário, neste caso, a delimitação da clientela se dá pela rasura, por aquilo que falta ao grupo de usuários ou pelo o que eles não experimentam na vida comunitária. Frente à pergunta “Como você caracteriza o público alvo do CERSAM?”, o entrevistado respondeu:

Resposta 05:

Caracteriza em que sentido? Moradores de Betim e da redondeza, muito carentes... é não só no setor financeiro... tem muito, isso pesa muito também, mas carente de uma vida mais... de um bem-estar, de uma interação maior com a comunidade, de um...carente de um lazer que, às vezes, num depende nem de muito de dinheiro mas da boa vontade de uma pessoa do lado, carente de amigo, carente até de família que, às vezes, a família abandona, uma população muito carente não só em termos financeiros, mas em vários outros âmbitos.

Conforme Silva (2007, p. 110), as entrevistas não devem ser tomadas como séries por trás das quais um sentido está escondido, mas a partir delas torna-se possível encontrar “redes enunciativas que podem ser remetidas a saberes e verdades apropriadas socialmente”. A resposta 05 (e também a anterior) torna-se mais clara quando pensada a partir da seguinte argumentação de Foucault:

De um modo geral, os domínios das atividades humanas podem ser divididas nestas quatro categorias:

- trabalho ou produção econômica;
- sexualidade, família, quer dizer, reprodução da sociedade;
- linguagem, fala;
- atividades lúdicas, como jogos e festas.

De qualquer forma, aqueles que são excluídos diferem de um domínio a outro, mas pode acontecer de a mesma pessoa ser excluída de todos os domínios: é o louco. O louco é excluído de todas as coisas e, segundo o caso, ele se vê recebendo um status religioso, mágico, lúdico ou patológico (2002c, p. 260-261).

Um “público carente” seria, então, aquele excluído do trabalho, das relações sociais e afetivas. Estes aspectos não estão descritos nos manuais de psicopatologia, porque não são características inerentes ou mesmo exclusivas dos

portadores de sofrimento psíquico, porém conforme o respondente estas são experiências que marcam a vida de boa parte da população empobrecida de Betim e, certamente, do Brasil.

A partir do conjunto das respostas dadas pelos Técnicos de Referência, vê-se constituir um público alvo cujo corpo é atravessado pelo saber científico; portanto, corpo inteligível, ao ponto de ser manejado quimicamente. Entretanto, a intervenção bioquímica não parece ser enunciada como algo que potencializaria a força e a capacidade produtiva dos sujeitos, tornado-os dóceis e úteis, ao contrário, no contexto estudado, a medicalização é percebida também como uma saída para amenizar os efeitos do complexo sistema sócio-econômico ao qual estão submetidos os indivíduos. Para Romagnoli (2003, p. 9), “o sujeito é imanente às particularidades culturais, constituído por práticas reais atravessadas pelo social e pelo histórico”; estes acontecimentos não estão prescritos nos ordenamentos jurídicos apenas, mas carregam a força de antigas relações de poder e de submissão que, ao serem reescritas sob outros signos, deslocam-se e naturalizam-se através da ideologia.

Quando as perguntas dirigidas aos entrevistados passam da caracterização do público atendido pela instituição para a formulação do diagnóstico deste público, os respondentes se dividem em dois grupos: aqueles que elaboram um diagnóstico e/ou uma hipótese diagnóstica e aqueles que não o fazem. Estes últimos justificam a não realização de diagnósticos tendo como principal argumento que esta ação não faz parte das atribuições de suas categorias profissionais, sendo função dos psicólogos e psiquiatras. Nesse primeiro grande grupo, situam-se os assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos. Já o enfermeiro, os psiquiatras e os psicólogos entrevistados explicitam que a formulação do diagnóstico ou de uma hipótese diagnóstica faz parte das funções que realizam no cotidiano do trabalho.

A atribuição de um diagnóstico é uma das etapas do ritual de inclusão de um indivíduo em um equipamento como o CERSAM. Nesse processo, o indivíduo chega (ou é levado) ao serviço e a partir daí ele será escutado em vistas a definir se é tratado ou não de um novo caso para a instituição; nas palavras de Foucault, estes rituais podem ser entendidos como “[...] o ponto de decisão entre loucura e não

loucura” (2006, p. 321). Neste primeiro contato, assinalam-se as posições que cada um deve assumir: a posição do médico ou de qualquer profissional que acolhe o indivíduo e, deste último, através do que fala, do modo como se porta, se irá participar deste jogo de imagens que por cada um é simbolizado de um modo singular.

Na resposta abaixo, o entrevistado descreve, ao mesmo tempo, a acolhida de um indivíduo no serviço e a interlocução que estabelece com o mesmo, com vistas a compreender o motivo da busca ao CERSAM. A pergunta feita ao entrevistado foi: Como você formula um diagnóstico ou uma hipótese diagnóstica?

Resposta 06:

Diagnóstico clínico? Como que eu formulo? Eu primeiro faço uma história de vida, eu acho que quando o sujeito chega tem algumas perguntas que para mim que são básicas: “quem você é? Onde você nasceu? Quantos irmãos você tem? Que religião você tem? Qual sua escolaridade? Você trabalha? Ce estuda? Ce tem namorada? Ce tem namorado? Ce tem filhos? Como é que é sua vida social?” são perguntas que me norteiam, de onde que eu vou começar a conversar com essa pessoa, depois que eu sei disso... que a pessoa me... é possível a pessoa me dizer essas coisas básicas? essas definições básicas delas, será que ela dá conta de dizer isso naquele momento? isso é possível? Eu começo a *interrogar*, a *conversar* com a pessoa sobre o quê que trouxe ela até aqui, o quê que fez ela chegar até aqui. *Às vezes é alguém que trouxe ou às vezes, ele veio*. Se foi alguém que trouxe nós... ai já tem outro tipo de urgência, né? Se o sujeito veio por ele mesmo... quer dizer, talvez, já fique mais fácil um pouco da gente perguntar: “o quê que você veio fazer aqui?”. Aquele que é trazido, às vezes, a gente tem que perguntar para quem trouxe e quem trouxe, às vezes, não conta exatamente a versão do que o sujeito ta sentindo... daquele sujeito que foi trazido... enfim, eu tento fazer uma história progressa, anterior a esse fato, fazer história longitudinal (Grifos da autora).

Como pode ser observado, o respondente acredita que através da construção da biografia do indivíduo será possível conhecer melhor seus antecedentes, suas queixas, conhecendo os domínios onde o mesmo ainda se insere ou não. Pode-se dizer que a realização do exame permite “transcrever a demanda como doença, fazer existir os motivos da demanda como sintomas da doença [...]” (FOUCAULT, 2006, p. 349). É preciso observar que mesmo em um novo contexto, a resposta acima permite desvelar permanências históricas que se apresentam no que está dito. A este respeito, Orlandi faz um importante alerta: “a observação do interdiscurso nos permite remeter o dizer a toda uma filiação de dizeres, a uma

memória, e a identificá-lo em sua historicidade, em sua significância, mostrando seus compromissos políticos e ideológicos” (2003, p. 32).

Quais as permanências históricas ou qual o interdiscurso deixa-se ver na resposta transcrita anteriormente? De forma sutil, o entrevistado coloca em uma mesma construção os verbos interrogar e conversar. Enquanto ‘conversar’ remete a uma relação de troca e reciprocidade, o verbo interrogar remete a uma relação de forças explicitamente desiguais, onde aquele que interroga subtrai, sob condições especiais, do interrogado informações, depoimentos e delações. Esta expressão, convencionalmente, refere-se ao discurso jurídico e policial. No caso brasileiro, relembra ainda o período da ditadura, onde o interrogatório era uma prática exercida sob tortura e decisiva para o destino do informante, destino decidido tacitamente por outros. Nos diversos sistemas disciplinares (seja a escola, o hospital, a prisão ou o quartel), o exame está presente, exame que no caso da psiquiatria e nas instituições dela derivadas ocorre, principalmente, por meio da linguagem.

Todavia, deve-se esclarecer que, no caso analisado, o ritual de inscrição de um indivíduo como um usuário ou paciente, cujo diagnóstico é o ponto alto deste processo, não pode ser confundido com a relação estabelecida entre súdito e soberano, pois trata-se, neste caso, de uma relação que se dá por meio da coleta, de forma negativa. Ao contrário, Foucault em *Vigiar e Punir* situa o exame em uma outra ordem que não a da subtração, cujo resultado sempre é negativo. Conforme suas palavras:

O exame está no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder, como efeito e objeto de saber. É ele que combinando vigilância hierárquica e sanção normalizadora, realiza as grandes funções disciplinares de repartição e classificação, de extração máxima das forças e do tempo, de acumulação genética contínua, de composição ótima das aptidões [...] (1987, p. 160).

O indivíduo é sem dúvida o átomo fictício de uma representação ideológica da sociedade; mas é também uma realidade fabricada por essa tecnologia específica de poder que se chama a ‘disciplina’. Temos que deixar de descrever sempre os efeitos de poder em termos negativos: ele ‘exclui’, ‘reprime’, ‘recalca’, ‘censura’, ‘abstrai’, ‘mascara’, ‘esconde’. Na verdade o poder produz; ele produz realidade; produz campos de objetos e rituais de verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter se originam nessa produção (1987, p. 161).

O reconhecimento, a constituição e interpelação do público alvo do CERSAM não é uma operação isolada, mas que envolve desde o acolhimento do sujeito, até seu exame e sua posterior inclusão em um sistema positivo, produtivo de discursos e práticas sobre o sujeito. Deve-se mencionar que o CERSAM de Betim apresenta uma forma de acolhida desburocratizada, quando comparado a outros CAPS⁴⁰, tendo em vista que o serviço está aberto ininterruptamente, não sendo necessário a marcação de horário ou a apresentação de encaminhamentos. A chegada ao CERSAM se dá pela busca do próprio indivíduo ou, em alguns casos, o mesmo é levado à instituição. Mas ser levado não significa, apenas, ser acompanhado, o que remete aos casos em que a força física, policial ou outras formas de coação ainda mantêm-se atuantes no encaminhamento de pessoas aos locais que supostamente validarão ou não sua sanidade mental. Vale lembrar os relatos do Lima Barreto e as descrições por ele feitas sobre os momentos em que era levado pelo carro policial ao Hospício da Praia Vermelha, o ressentimento do literato pode ser percebido nas seguintes palavras: “[...] não posso deixar de censurar a simplicidade dos meus parentes, que me atiraram aqui, e a ilegalidade da polícia que os ajudou” (2004, p. 64).

Conforme os profissionais entrevistados, no caso do CERSAM, o diagnóstico é realizado, tendo como balizadores uma série de critérios validados internacionalmente, uma vez que a referência é a Classificação Internacional das Doenças – CID 10. Por outro lado, a grande maioria dos entrevistados fez menção também à psicanálise como uma outra forma de compreensão do sujeito que ali se apresenta. As respostas a seguir são exemplos significativos da fala dos Técnicos sobre este tema:

Resposta 07:

Eu acho que na saúde mental a gente tem que sempre jogar tanto com uma orientação teórica que a gente forma, busca uma formação, quanto com o que o próprio campo em termos político, de legislação, das normas exige também. Então eu entendo que você tem que trabalhar com dois diagnósticos, duas formas de entender o diagnóstico. Uma que é pela

⁴⁰ O CAPS II do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre tem como diretriz o acolhimento de sujeitos mediante, tão somente, a apresentação de guia de referência expedida pela atenção básica de saúde. Esta guia é emitida após a existência de vaga para avaliação do indivíduo, portanto, com dia e horário marcados.

CID10, que é a classificação que o Ministério da Saúde e OMS também pede, quanto uma outra possibilidade de formular o diagnóstico, que no meu caso é a psicanálise que é o diagnóstico estrutural. Então pratico esses dois, que é o diagnóstico mais do lado das síndromes, dos transtornos, que é daquele momento, não diz de uma estrutura, ali nesse diagnóstico não está dizendo se é psicótico, neurótico, perverso – no caso que é estrutural – mas que diz daquela situação naquele momento. E que a gente tem que trabalhar com os dois tanto a classificação – que é importante a gente colocar nos prontuários: CID, CID-10 F tal – e no meu caso eu coloco estrutura também: neurótico, psicótico, perverso, então eu formulo por aí.

Resposta 08:

Através da escuta mesmo, do que o paciente trás, do que ele... você vai escutando e ele vai falando e aí assim você pega o número do CID e além do CID minha formação psicanalítica mesmo, meu embasamento teórico.

Seu embasamento teórico?

É a psicanálise e pegamos também o CID, que a gente tem que saber para trabalhar.

Resposta 09:

Nós usamos os critérios diagnósticos da CID 10 que são já pré-definidos e quando vai se formular esse diagnóstico a gente leva em consideração esses critérios da CID 10.

Resposta 10:

Ora eu sou psiquiatra, então inicialmente eu me baseio na minha formação psiquiátrica, na psicopatologia, na nosologia, claro vendo as questões culturais, sociais, regionais, mas eu formulo, eu me baseio na Classificação Internacional, na CID 10, que é o que é utilizado nos serviços, em todos os locais atualmente. Então eu me baseio na CID 10, mas usando recursos também de...da...do diagnóstico estrutural psicanalítico e também no meu referencial que trabalha pouco com esse tipo... que trabalha mas com a interação, com outro tipo de abordagem onde o diagnóstico não é tão importante.

A CID 10 é um sistema de categorias que delimita entidades mórbidas a partir de critérios previamente definidos. Dessa forma, por meio de recursos estatísticos, os mais diversos tipos de doenças, descritas e validadas pelos pré-requisitos da ciência ocidental, passam a ser enquadradas dentro de classes ou divisões. No capítulo V, da CID 10, constam os “Transtornos mentais e comportamentais”, que se refere a uma ampla variedade de classificações que levam em conta desde as afecções orgânicas e cerebrais até as alterações comportamentais secundárias ao uso de drogas (Ver: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Como evidenciado nas respostas anteriores, as queixas e os sintomas apresentados por aqueles que chegam aos serviços serão decodificados a partir de parâmetros que têm a pretensão de ser universalmente aplicáveis, posto que isto seja o exigido pela lei. Em contrapartida, o diagnóstico estrutural ou psicanalítico tenta abarcar a constituição psíquica do sujeito, decorrente de suas relações primárias. Em ambos os casos, pratica-se uma forma de exame cuja episteme ainda é o que se chama convencionalmente de saber científico e este, em franca articulação com o político, produz subjetividades e modos de ser... sujeito-usuário dos serviços de saúde mental, sujeito-paciente, sujeito-Técnico de Referência.

4.4.4 Técnico de Referência

No Item anterior, foi apontado preliminarmente que no CERSAM de Betim opera-se com a lógica do 'acolhimento', ou seja, o cidadão que chega a qualquer uma das unidades daquele equipamento passa pela portaria, sendo posteriormente encaminhado aos funcionários da recepção que, por sua vez, o encaminham a um profissional: psicólogo, assistente social, enfermeiro, médico-psiquiatra; enfim, a qualquer membro da equipe multiprofissional que naquele momento estiver escalado para a realização do acolhimento. Esse profissional escutará o indivíduo decidindo, a partir daí, os encaminhamentos a serem realizados. Os encaminhamentos poderão se dar para outros serviços de saúde ou assistência social do município ou externos a ele, conforme a queixa ou o que é apresentado no ato da entrevista.

Porém, se - na avaliação - o profissional decidir que se trata de um caso para o CERSAM, inaugura-se um percurso do indivíduo dentro da instituição, percurso onde o profissional que o acolheu torna-se uma peça fundamental na sua inserção como um usuário do serviço de saúde mental. Constitui-se, a partir desta relação, o que se nomeia em Betim como 'Técnico de Referência', ou seja, "um dispositivo situado na interface entre as ofertas dos equipamentos substitutivos e as demandas e necessidades apresentadas pelos usuários..." (FURTADO, MIRANDA, 2006, p. 508). Com a intenção de refletir sobre 'como' determinados enunciados se articulam na percepção e no discurso dos profissionais que atuam no CERSAM de Betim, aos

mesmos foi feito o seguinte questionamento: “Como você caracteriza o Técnico de Referência?”. Seguem algumas respostas:

Resposta 01:

O Técnico de Referência é uma pessoa da equipe, ela pode ter qualquer formação, desses que já agem no tratamento em saúde mental: assistente social, psicóloga. Têm vários também que nem tem um curso superior... O Técnico de Referência é uma das pessoas que trabalham no serviço que acolhe o caso, quando ele chega num primeiro momento, e a partir de então ele vai acompanhar toda a trajetória desse caso. Então, por exemplo, se a pessoa que acolher for uma assistente social ela vai ser o Técnico de Referência e vai encaminhar esse paciente para o atendimento psiquiátrico, psicológico se for necessário, mas, toda a articulação feita com família, comunidade e outras instituições são através desse técnico e ele vira a referência do paciente dentro do serviço.

Resposta 02:

Como que eu caracterizo? Essa pessoa é o... a porta de entrada... a pessoa que chega, ela que vai tá acolhendo no momento. Acho o papel de suma importância dele, porque ele que vai tá tendo o primeiro contato, ele é que... quando a pessoa chega, acho que a primeira vez que ela chega, ela já chega com um receio... porque é um desconhecido, um lugar diferente e que...no imaginatório de todo mundo é um lugar que só tem doido. E doido não é uma coisa muito bem vista na sociedade. E aí ele é que vai tá... vai tá tendo esse primeiro contato com o paciente e ele é que vai...às vezes, ali é que vai tá definindo, a pessoa vai definir se, realmente, ela vai estar ou não. Às vezes, é necessário que seja um outro, que tenha um outro período, um outro momento para ele tá entrando nesse... acompanhamento do serviço, por que o próprio paciente não foi... não se deu muito bem com a pessoa que o acolheu no momento.

Resposta 03:

Aquele que ao acolher o paciente ele fica responsável pela conduta com o usuário, o quê que ele deve tá fazendo, como modificar a medicação dele, se deu certo ou não, o projeto terapêutico dele como um todo, ele fica responsável por aquele paciente.

As respostas acima mantêm certa regularidade, demonstrando que a figura do Técnico de Referência se constitui no momento de acolhida de uma nova pessoa que chega ao CERSAM. Entretanto, uma vez constituído como ‘o’ Técnico de Referência de alguém, esse profissional estabelecerá uma relação com o usuário ao

longo do tempo. Relação significativa, uma vez que se funda aí o principal articulador de toda rede de assistência à saúde mental que se propõe ora como substitutiva ora como alternativa ao hospital psiquiátrico. Torna-se capital dizer que será da percepção que o Técnico de Referência tem sobre a pessoa por ele acolhida que ocorrerá sua ação em relação ao mesmo. Neste contexto, convergem todas as categorias até aqui estudadas, uma vez que, será a partir das representações imaginárias que o profissional tem sobre seu campo de atuação e seu público alvo que ele irá interferir nos processos de produção de modos de ser, ou melhor, processos de subjetivação, isto porque, “as subjetividades se metamorfoseiam nas relações, afetadas pelo que vem de fora, sendo alterados dessa maneira, seus modos de existência” (ROMAGNOLI, 2005, p. 12).

Aceitando a interpelação de ser - além de portador de um discurso disciplinar - um Técnico de Referência e, enquanto tal, sujeito ao discurso da ciência e ao discurso político, o trabalhador do CERSAM passa a constituir novos sujeitos, através da adesão e identificação espontânea desses aos discursos citados, entre outros possíveis. Guareschi e Hüning fazem uma discussão fundamental sobre os modos de produção de subjetividades, conforme se pode ler na passagem a seguir:

Os processos de subjetivação são culturais, compreendem práticas de significação que posicionam os sujeitos e produzem modos de existência. A cultura não é um termo abstrato, mas diz respeito às práticas cotidianas que se dão num campo de lutas, de relações de poder. A ciência insere-se, desse modo, entre as práticas culturais, como discursos que produzem determinados modos de subjetivação. Ao se relacionarem a ciência à cultura a primeira passa também a ser ação, entendida aqui como prática política que se efetua e modifica as ações alheias. Tanto a cultura quanto a ciência são tomadas como práticas que ao produzirem sentidos, estes adquirem efeitos de verdade, instituindo modos de ser e de compreender e explicar a si e ao mundo (2005, p. 112).

A resposta 04 apresenta aspectos de suma importância de serem pensados à luz da discussão precedente.

Resposta 04:

O Técnico de Referência, eu acho que um ponto muito importante de sustentação desse tipo de serviço substitutivo, por que ele vai ta atendendo o paciente que chega seja na crise, na urgência, seja estabilizado e vai ter que articular esse caso na comunidade, se for necessário, no próprio

CERSAM com a equipe, nas ações de reabilitação psicossocial: oficinas, ações de trabalho, então ele vai ter que ta atento a tudo isso. Só que, às vezes, o Técnico de Referência ele cai numa situação... ele pode cair numa situação... de tarefeiro e não deve ir muito por ai.

Quando questionado sobre o que viria a ser um “tarefeiro” o respondente continua:

Tarefeiro no sentido: “Ah, esse caso precisa de oficina”, então vai para a oficina, “ah esse caso precisa de marcar uma consulta lá no ginecologista” vai e marca essa consulta. Isso não é uma condução clínica, eu entendo que o Técnico de Referência tem que estar totalmente atrelado a uma condução clínica, do quê que o sujeito ta pedindo ali, tem que acompanhar aquele sujeito, né? ai entra a questão da escuta que a psicanálise tanto fala, então ele não pode virar um tarefeiro e nem também fazer um projeto terapêutico como ele idealiza. O próprio técnico idealiza? não, mas assim o que o caso clínico vai ta pedindo para ser montado esse projeto terapêutico, porque atrelado ao Técnico de Referência vem o tal do projeto terapêutico, então cê tem que ta vendo isso daí... eu entendo que a clínica ajuda a gente a não cair na padronização, nessa normatização intensa.

Quais as questões estão condensadas nesta resposta? Em primeiro lugar, o profissional aponta como um dos diferenciais dos serviços substitutivos a busca pela articulação do sujeito no CERSAM e, mais que isso, na comunidade. Este aspecto é basilar, quando se pretende trabalhar com uma lógica diversa da atualização dos manicômios sob uma nova estrutura física. Erving Goffman (1990) descreveu as características e os efeitos das instituições totais, sendo inerente às mesmas o fechamento sobre si e o atendimento das necessidades humanas de forma burocratizada e padronizada.

Em um segundo momento, o respondente insiste na necessidade de uma condução clínica. Conforme Carlo Viganó, clínica deriva da palavra grega kline, significando leito; portanto, para o psicanalista mencionado “a clínica é ensinamento que se faz no leito, diante do corpo do paciente, com a presença do sujeito” (1997, p. 2). Ensinamento que não se dá por meio da dessimetria entre o mestre que tudo sabe e o discípulo ainda por saber, mas um ensinamento que parte do sujeito, daquilo que ele sabe sobre sua vida e sua dor. No discurso do entrevistado, há uma marcada recorrência aos fundamentos da clínica psicanalítica junto à demarcação da necessidade de perscrutar o que cada caso teria de particular. Isso é o que está dito, porém há ainda uma velada referência ao fato de que, subjacente à demanda do sujeito, existem outras que são direcionadas aos equipamentos de saúde

mental/administração da vida e aos profissionais que ali atuam. Trata-se, pois, de uma outra demanda: a demanda do social com seu imperativo de controle. Controle que visa ao enquadramento do sujeito naqueles domínios designados por Foucault (2002c), ou seja, a inserção no mundo do trabalho, nas regras familiares, a participação nos jogos e festejos comunitários. Historicamente, a medicina e o Estado atuaram conjuntamente em vistas a naturalizar estes domínios, reconhecendo naqueles que se aderem aos mesmos o padrão de normalidade física e mental esperado.

Tendo em vista o legado de Deleuze e Guatarri (1995-1997), pode-se sugerir que a sociedade na qual está inserido o CERSAM de Betim assume a forma do que idealmente é conceituado como uma sociedade de controle. Isso não quer dizer que os mecanismos disciplinares descritos por Foucault desapareceram; ao contrário, trata-se de reconhecer que os mesmos se dispersaram, multiplicando-se e espalhando-se pela vida social e comunitária, de uma forma tal que não há como pensar, na atualidade, em uma única fonte donde o poder emana. O poder, ao se dispersar, passa a ser exercido nas diversas relações sociais, metamorfoseando-se ao ponto dos mecanismos de controle passarem a ser subjetivados pelos indivíduos, que se tornam sujeitos de múltiplos discursos: como o discurso da mídia, o discurso religioso, o discurso da ciência, cada um desses tem regras peculiares, que apesar de nem sempre coincidirem entre si perpassam o tecido social sendo fonte de múltiplas identificações (PINTO, 2006).

Ocorre que o saber derivado das práticas psicológicas, ou do campo da saúde mental, pode servir perfeitamente para reabilitar o sujeito, enquadrando-o em modelos pré-fabricados. Por outro lado, há ainda a possibilidade de resistência e do constante re-flexionar sobre a prática e sobre os atravessamentos que também a constituem. A resposta 04 dá um primoroso exemplo a este respeito, tendo em vista que o entrevistado não desconsidera os condicionantes que interferem em sua ação. Ao explicitar os referenciais teóricos que o orientam, o respondente indica que reconhece o seu saber como datado e marcado pela história que fatalmente interfere em sua produção. Apesar disso, o discurso em questão aponta a intenção de o profissional estabelecer uma relação com o usuário que tenha como finalidade não o enquadramento, mas uma visada ética que pressupõe aproximar-se do outro, seja

ele louco ou não louco, para juntos (junto com outros...) construírem formas do sujeito-usuário apropriar-se do cuidado de si mesmo, ou dito de outro modo, “fazer da experiência de si uma obra de arte” (NARDI E SILVA, 2005, p. 93).

Entretanto, a resposta 04 pode ser considerada como uma exceção ou ruptura entre a série da qual faz parte, pois ela tenta situar-se na ordem do discurso, deixando espaço para discursos ainda por vir; no caso, o discurso do usuário atendido pelo CERSAM. Tal fragmento discursivo não está isento de repetições, mas pode ser caracterizado como uma repetição histórica, conforme define Orlandi, na seguinte passagem:

a repetição histórica, que é a que desloca, a que permite o movimento porque historiciza o dizer e o sujeito, fazendo fluir o discurso, nos seus percursos, trabalhando o equívoco, a falha, atravessando as evidências do imaginário e fazendo o irrealizado irromper no já estabelecido (2003, p. 62).

Diferentemente, a resposta 05 também remonta a uma série de repetições. Menciona, desde o início, que tanto a noção de Técnico de Referência quanto de projeto terapêutico são exigências do Ministério da Saúde; portanto, parte da exigência de um locus de poder formalizado e autorizado para tal. Todavia, no segundo e terceiro parágrafos, a repetição não mais se refere ao discurso político, ou seja, não é mais um modo de repetição formal (ORLANDI, 2003). Trata-se da referência à repetição que se estabelece a partir das relações primárias das crianças com aqueles que exercem a função de pai ou mãe, ou melhor, a função de cuidadores, como pode ser observado nas palavras a seguir:

Resposta 05:

Ich! Isso é embrólio, porque na verdade a gente teria como Técnico de Referência aquele que constrói o projeto terapêutico individual, porque é uma coisa que agora o Ministério ta cobrando, né? Projeto terapêutico do sujeito que fica em tratamento. Seria o profissional com quem o paciente ta em acompanhamento e pode ser psiquiatra, pode ser psicólogo, pode ser um outro profissional e que ele vai trabalhar todas as questões que envolvem aquele indivíduo e o tratamento dele, o que estiver aquém da formação dele ele vai estar buscando isso, articulando outros atores para o tratamento do paciente.

Então assim, a gente fala Técnico de Referência porque seria a pessoa que estaria referenciando aquele paciente, mas a gente sabe por experiência própria que referência não se dá, se constrói. Então, a gente - na vida - tem as nossas referências de vida. Qual que a primeira referência sua de vida?

Se você for pensar, construída ao longo da sua vida como alguém que você sempre se reporta a ela? São os nossos pais. Depois, ao longo da vida, a gente vai construindo outras pessoas que vão ocupando esses lugares. No tratamento, o Técnico de Referência vai ser esse sujeito que vai ajudar o paciente a construir esse lugar dele, dessa caminhada dele. Porque o psicótico em crise ele tem algumas perdas. Ce vai construir com ele o quê, que esse lugar, quê que é essa doença, qual que é a situação dele. Construindo uma coisa básica.

A diferença entre as repostas pode ser observada sem maiores dificuldades. Pois a resposta 04 aponta para a função do Técnico de Referência como aquele que poderá auxiliar o indivíduo na busca da experiência de si mesmo. Enquanto a resposta seguinte parece divergente do discurso da Lei, o que, a principio, poderia ser caracterizado como um processo de criatividade, mas ela mostra-se, entretanto, muito mais próxima daquilo que Orlandi conceituou como produtividade, ou seja, uma forma de repetição “regida pelo processo parafrástico, a produtividade mantém o homem num retorno constante ao mesmo espaço dizível: produz a variedade do mesmo” (2003, p. 37). Logo, a resposta 05 remete ao instituído, a perpetuação dos papéis apreendidos num ideal de família, nas supostas relações onde papai e mamãe existiram. Reitera-se a relação sujeito-paciente-doente, onde se ratifica o saber da ciência e da medicina sobre o corpo do outro e, fundamentalmente, sobre o modo como os indivíduos se vêem e se fazem sujeitos.

Falar sobre o que vem a ser o Técnico de Referência, talvez tenha sido a mais difícil pergunta a ser respondida pelos entrevistados, pois mais que falar acerca de uma questão política, estabelecida em Lei, é falar sobre o papel que exercem, falando afinal sobre si mesmos e sobre suas próprias constituições como sujeitos. É remeter às relações que perpassam uma equipe profissional, na qual novos discursos começam a ecoar onde somente ouvia-se um monólogo da razão sobre a loucura, como bem afirmara Foucault (2002a) na aula inaugural que pronunciara no Collège de France, lá em 1970.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar, sim. Excluir, não. Essa foi a insígnia da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em janeiro de 2002, em Brasília, Distrito Federal. Proferido em um espaço historicamente constituído como uma importante arena de discussão política, tal enunciado indica não somente o foco das discussões naquela ocasião, como também representa uma aproximação de boa parte dos discursos e das práticas que, na atualidade, ressoam em torno do campo da saúde mental. De modo afirmativo, o enunciado pressupõe a necessidade de oferecer assistência e cuidados àqueles considerados como portadores de sofrimento mental. Logo em seguida, contudo, há uma negação, que remete o interlocutor a um passado de clausura e segregação cuja gênese está ligada ao Hospício de Pedro II, inaugurado em meados do Século XIX, no Rio de Janeiro. Instituição esta sustentada por uma discursividade que pressupunha a retirada de indivíduos do meio social e a conseqüente inclusão dos mesmos em organizações fechadas, permeadas por rígidos regulamentos, como um meio de correção e tratamento.

Nesta dissertação, foi abordado tanto o processo de institucionalização de um modelo assistencial baseado no asilamento e na inclusão dos “loucos ou insanos” em dispositivos de saber/poder que, gradativamente, ressignificaram a ‘loucura’ como ‘doença mental’, sendo também tema de discussão e análise a reorientação da assistência aos portadores de sofrimento psíquico. Reorientação que, em algumas regiões como Betim/MG, por exemplo, compartilhou dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, delineados a partir da Constituição Federal de 1988. A escolha por tal percurso não pressupunha fazer uma avaliação dos atuais equipamentos de atendimento à saúde mental, como os CAPS, NAPS ou CERSAM, classificando-os como ‘bons’ ou ‘ruins’, ou ainda como ‘melhores’ ou ‘piores’ que as grandes instituições psiquiátricas - ainda - existentes neste país. Também não era objeto da investigação aqui empreendida a classificação dos sujeitos atendidos por um ou outro, ou mesmo por ambos, os modelos como ‘loucos’ ou ‘não loucos’, de modo a validar ou desqualificar o crivo utilizado para a inclusão dos indivíduos em tais organizações.

Ao longo deste estudo, foi apontado que, no Brasil, a institucionalização de práticas no campo da assistência psiquiátrica ou da saúde mental foi precedida e

regulamentada pelo ordenamento jurídico, seja através de leis, portarias ou regulamentos. Tais instrumentos legais não são imanentes ou transcendentais à vida humana e à natureza; ao contrário, os mesmos são *efeitos* de uma série de acontecimentos e processos históricos que, por sua vez, estão fundamentalmente implicados na emergência de qualquer discurso político. Entendidos dessa forma, os diversos fragmentos discursivos, que estão consolidados nos textos das políticas públicas, oferecem uma importante aproximação da percepção subjacente às práticas que historicamente são constituídas em torno da loucura, em determinadas épocas e lugares.

A apreensão do contexto político, econômico e social de um país, estado ou região é fundamental quando se quer analisar a emergência de uma nova forma de organização e gestão do espaço público e da população. Desse modo, ao ser recolocada a legislação de Minas Gerais de 1903, referente à assistência a alienados, no fluxo dos acontecimentos históricos, foi possível vislumbrar que a mesma foi precedida por uma intensa articulação entre as instâncias políticas do país e a corporação médica. Posterior à Proclamação da República, a citada legislação de 1903 é atravessada pelo discurso da ciência, mas também pelo discurso político e jurídico, época em que o discurso religioso é relegado e a loucura passa a ser inserida em uma ordem discursiva que a ressignifica como doença; portanto, parte do corpo e, por isso, inteligível e manipulável. Ao médico e, posteriormente, ao médico-psiquiatra é conferido o lugar de gestor do asilo e autoridade máxima no que tangencia o corpo do 'alienado'. Tal deslocamento ofereceu, a partir das primeiras décadas do século XX, as condições de possibilidade para a difusão da psiquiatria germânica e dos ideais eugenistas entre os alienistas brasileiros. Apostava-se, pois, em última medida, no aperfeiçoamento da espécie e na regeneração do povo brasileiro. Logo, a partir de 1920, os critérios de inclusão dos indivíduos nas instituições destinadas ao trato dos alienados mentais incorporam tais pressupostos, o que pode ser vislumbrado tanto a partir da leitura dos instrumentos legais em si, mas principalmente quando à compreensão dos mesmos soma-se a caracterização da população efetivamente internada nos asilos. As obras de Lima Barreto citadas, sobretudo, na primeira parte desta dissertação, oferecem uma caracterização importante do público alvo das instituições psiquiátricas do início do século XX: público que, para o escritor, não

diferia da população excluída do país naquela mesma época, ou seja, negros, alcoólatras, boêmios, desempregados, imigrantes...

No Brasil, com a instauração do regime militar, tornaram-se ainda mais amplos e inespecíficos os critérios de inclusão de indivíduos no circuito psiquiátrico. Há inferências de que, neste período, a repressão política provocou um aumento importante do número de pessoas internadas nas instituições manicomiais. Concomitantemente, verificasse uma ampliação do número de leitos psiquiátricos, em decorrência da inserção da iniciativa privada nesse setor, através da compra de serviços dessa última pelo Estado. A importação de modelos assistenciais para o Brasil, junto às vicissitudes políticas desta terra, resultou na criação e institucionalização de uma lógica de 'assistência psiquiátrica' segregadora e economicamente onerosa para o Estado, o que perdurou por mais de um século.

Os movimentos de reforma instituídos no país, na transição dos anos de 1970/1980, desencadearam um amplo processo de discussão e luta política, cujo foco centrou-se na emergência de uma discursividade que passou a pressupor a saúde como um direito civil, implicando como conseqüência na reformulação do sistema de saúde nacional, bem como a reorientação dos recursos para este fim. A mobilização política em torno da saúde inseriu na agenda de discussões a situação de exclusão, na qual se encontravam todos aqueles que estavam fora do sistema formal de trabalho, isto é, donas-de-casa, crianças, idosos, desempregados e, também, os loucos. Entretanto, não só os processos de exclusão foram questionados, como também as condições daqueles que se encontravam sujeitos às instituições manicomiais, seja como trabalhadores, seja como internos das mesmas. A emergência de tais questionamentos remonta ao movimento pela Reforma Psiquiátrica, liderado na Itália por Franco Basaglia, assim como a inserção no plano nacional das críticas de Michel Foucault e outros pensadores acerca da loucura e da articulação entre o saber e o poder como forma de controle e produção da mesma. Agrega-se, a isso, o processo de abertura política resultante do declínio da ditadura militar no país e uma intensa mobilização em prol da reformulação do sistema de saúde brasileiro.

A descentralização e regionalização da atenção à saúde, a universalização do acesso e equidade das ações são princípios e diretrizes fundamentais do SUS, os quais, ao postularem uma nova forma de organização da assistência, pressupunham uma concepção de saúde distinta da noção de saúde como mera ausência de doença. Entretanto, uma nova formatação legal não é exequível sem que velhos acordos sejam rompidos e novos compromissos sejam firmados entre os gestores das três esferas de governo. Dessa forma, a institucionalização de equipamentos, como o CERSAM, tornou-se possível na medida em que novas formas de gestão do dinheiro público foram preconizadas, sendo possível reorientar parte dos recursos destinados às macro-instituições manicomiais para os novos Centros inseridos na comunidade.

As instituições contemporâneas ao CERSAM de Betim demarcam uma nova forma de interação entre as instâncias de governo, o espaço público e aqueles considerados como loucos ou, mais especificamente, os diagnosticados como portadores de sofrimento psíquico. A partir do estudo de caso aqui realizado, pode-se delinear as feições que o CERSAM assumiu em Betim, sendo o mesmo possuidor de características que o distinguem dos demais Centros de Atenção Psicossocial do Estado. Nessas características, tem implicação fundamental a formação histórica, geográfica e política da região onde o CERSAM foi criado, ou seja, seu contexto imediato. Entretanto, uma história maior que envolve não só o estado de Minas Gerais, mas as relações historicamente constituídas em torno da loucura também perpassam este equipamento, implementado a partir da legislação em saúde mental dos anos de 1990. Relações marcadas pelas percepções, que ao longo das épocas esboçam as fronteiras entre a razão e a desrazão. No caso estudado, as mobilizações pela Reforma Psiquiátrica e o movimento pela luta antimanicomial foram acontecimentos importantes que interpelaram diversos atores em prol da construção de uma rede de atenção à saúde mental. Rede esta que sintetizava a intenção de um grupo que conseguiu inserir nas agendas das instâncias governamentais suas reivindicações. As mesmas posteriormente foram plasmadas no texto das políticas públicas municipais e efetivadas através da abertura dos equipamentos em epígrafe, onde diversos profissionais como psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e médicos psiquiatras passaram a formar as equipes multiprofissionais.

Desde a criação do primeiro CERSAM, decorreram mais de dez anos; atualmente, a população de Betim conta com três unidades localizadas em distintos pontos do município. Ao longo desta trajetória, o quadro de funcionários da instituição sofreu diversas alterações, sendo hoje composto por um número considerável de profissionais diplomados há menos de uma década. Dentre os entrevistados, 55,32% têm entre um e dez anos de graduados. Tal aspecto torna-se relevante quando em um estudo de caso o corpo discursivo é composto por leis, portarias, regulamentos, mas especialmente pelo discurso dos Técnicos de Referência. No ato em que estes profissionais foram convidados a falar sobre o campo no qual atuam, o público que atendem e sobre o papel que exercem, as tensões entre as permanências discursivas de uma velha ordem e as rupturas históricas tornaram-se um pouco menos opacas, mas não menos complexas.

Para a realização desta pesquisa foram entrevistados dezoitos Técnicos de Referência das três unidades do CERSAM de Betim, para adultos. Suas falas não foram consideradas isoladamente, mas tomadas em conjunto, compondo um texto. Deste conjunto, foram destacados quatro enunciados fundamentais, sendo eles: Reforma Psiquiátrica, saúde mental, público alvo, Técnico de Referência. Tal delimitação pressupunha a necessidade de um corte vertical, de modo que a percepção dos profissionais sobre os enunciados acima pudesse ser explicitada.

No conjunto das falas, o enunciado 'Reforma Psiquiátrica' foi percebido de modo distinto pelo grupo de entrevistados, sendo apreendido por alguns respondentes como um movimento político-revolucionário que questionou as condições nas quais os internamentos em instituições psiquiátricas ocorriam. Para estes, a 'Reforma Psiquiátrica' foi um acontecimento que ultrapassou os limites do que o substantivo 'reforma' pode indicar em seu sentido literal, não estando restrito, portanto, a uma ação de melhorar, aperfeiçoar ou reparar os asilos existentes. Subjacente a esta série de respostas, um tanto homogênea e regular, está a referência ao discurso político e à idéia de ruptura com a ordem psiquiatrizante que se articulava em torno dos grandes hospitais. Outra série discursiva em torno da Reforma Psiquiátrica indica uma percepção pautada pelo discurso da ciência; logo, a referência é a continuidade e não a ruptura.

Nesse sentido, as falas se dividiram entre aquelas que apontam a radicalidade da 'reforma' em seu profundo sentido político de repensar as condições nas quais se deram as relações institucionais com a alienação mental, questionando os processos de exclusão/inclusão como diretamente implicados nas condições em que aconteceu o internamento dos indivíduos. Como também há um outro conjunto de falas, ou seja, aquelas que retomam o sentido denotativo do termo reforma: melhorar, consertar. Nesse último grupo, não há uma referência à (su)posta ruptura operada pela Reforma Psiquiátrica, mas a percepção de continuidade e processo evolutivo da assistência psiquiátrica, que hoje se daria sob os moldes da ciência contemporânea. Estas percepções são fundamentais de serem apreendidas, sobretudo, quando se leva em conta que as percepções e, conseqüentemente, as ações destes profissionais provocam alterações na dinâmica regional ao contribuírem para a potencialização do trânsito da 'loucura' pela cidade, ou ao interditar a circulação do 'louco' do meio social, por meio de diversos mecanismos de contenção, como, por exemplo, o controle químico exercido à distância.

Quando aos profissionais a questão colocada referia-se ao público alvo do CERSAM, a recorrência maior foi ao que é preconizado pela Lei, o que evidencia os efeitos da interpelação. Quando as respostas são articuladas, enquanto paráfrases dos textos legais, isso sugere que os Técnicos de Referência tornaram-se sujeitos ao que está estabilizado, sobretudo, nas últimas portarias que regulamentam o funcionamento dos equipamentos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como a Portaria GM/336 de 2002. Esta operação indica que os Técnicos, por sua vez, passarão a interpelar tantos outros indivíduos, tornando-os também sujeitos, porém na condição de usuários dos serviços de saúde mental. Ao mesmo tempo em que os entrevistados apontam como público alvo privilegiado do CERSAM aquele descrito pela Lei (neuróticos, psicóticos e egressos de hospitais psiquiátricos), eles também assinalam a existência de um rito de passagem que pode qualificar um *sujeito-cidadão* como um *sujeito-usuário-do-serviço-de-saúde-mental*. Este deslocamento ou qualificação dependerá da relação estabelecida no ato do acolhimento, momento em que o indivíduo chega ao CERSAM e é escutado pela primeira vez, ocasião esta em que se fixam os papéis tanto do candidato a usuário, quanto de seu futuro Técnico de Referência.

No acolhimento, o encontro entre o profissional e o indivíduo é perpassado tanto por uma avaliação pautada pelos critérios objetivos descritos na CID-10, como também atravessa tal momento uma multiplicidade de outros discursos que historicamente decodificaram, classificaram e se sobrepuseram ao corpo alheio, constituindo-o como um 'sujeito-louco'. As palavras proferidas no ato do acolhimento tanto podem ser interpretadas, pelo profissional, como sinais e sintomas relativos a critérios que são generalizáveis a uma determinada população, como também podem ser ouvidas com a intenção de entender o modo particular como cada sujeito se posiciona no mundo, como expressa seus sofrimentos, buscando perscrutar o significado de tais 'sintomas' para a vida do sujeito. Esta última posição, enunciada por um dos entrevistados, destoou do montante de respostas, dando mostras de uma importante ruptura, quando se considera que o modelo hegemônico instituído pela psiquiatria pautava-se pela classificação e não pelo entendimento de todos os atravessamentos implicados na constituição de subjetividades.

É necessário destacar que no momento em que as perguntas dirigiam-se à discussão sobre o público alvo do CERSAM houve, por parte dos entrevistados, uma constante referência ao crescente número de pessoas que demandam atendimento nessa instituição. Isto implica que sejam questionados o uso que se faz das diretrizes e princípios do SUS, como regionalização e universalização do acesso, visto que os mesmos podem favorecer o reverso da integralidade da assistência ao cidadão, facilitando um amplo processo de medicalização do meio social. Isso porque, uma vez extintos os muros e os limites institucionais, os diversos recantos da cidade passam a ser locais potenciais para a intervenção das equipes multiprofissionais. A emergência do enunciado 'saúde mental', além de constituir uma nova discursividade em torno dos processos de saúde e adoecimento psíquico, constituiu um campo de articulação entre diversos saberes disciplinares. Tradicionalmente, as instituições psiquiátricas eram vistas como locais onde somente ecoava o solilóquio da razão (encarnada no saber psiquiátrico) sobre a loucura; já com os CAPS ou CERSAM, outros discursos acerca do sofrimento humano entraram em cena. Por um lado, esta abertura provocou um tensionamento entre as fronteiras estabelecidas entre a normalidade e a patologia, na medida em que outros profissionais passaram a dialogar entre si e a interagir com os usuários de tais equipamentos. Por outro lado, os profissionais *psi* (os psiquiatras e os

psicólogos) são ainda apontados como aqueles a quem compete a realização de um diagnóstico, conseqüentemente, são ainda convocados a decidir entre a razão e a 'loucura' e a fixar modos pré-fabricados de ser sujeito.

Diante do exposto, observa-se que quando a análise do ordenamento legal referente às políticas públicas em saúde mental, contemporâneas, se desloca para o discurso dos Técnicos de Referência, torna-se mais claro que instituições como o CERSAM mantém certa continuidade histórica, ao orientarem-se para o acolhimento de sujeitos que têm suas experiências de vida marcadas por sobrepostos modos de privação. Recaindo, assim, as práticas atuais em saúde mental principalmente sobre aqueles que, na maioria das vezes, estão excluídos do mundo do trabalho e das relações sociais e familiares. Ao mesmo tempo em que os serviços de saúde mental tornaram-se um importante local de acolhimento para o sofrimento humano, possibilitando ao sujeito a construção de saídas para o que lhe acomete dentro de seu território, tais equipamentos incorrem no risco de ressignificarem a angústia social como adoecimento psíquico, docilizando os corpos e, principalmente, tornando mais suaves as imensas desigualdades sociais e regionais, como aquelas existentes em Betim.

Por fim, dentro desta nova tendência institucional na qual o CERSAM de Betim está inserido, pode-se notar que os Técnicos de Referência tem um papel político fundamental, sendo eles, portanto, os responsáveis por levar a ação do Estado ao cidadão. Fato que os qualifica como agentes fundamentais quando se almeja relações onde o cuidado seja um pressuposto e não a exclusão. Cuidar, sim. Excluir, não. Mais que uma intenção, este enunciado demarca o imperativo de uma constante luta contra os processos que historicamente colocam à margem grande parte da população brasileira, incluindo-a em sistemas disciplinares cada vez mais sofisticados e econômicos.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, Alex R., DIMENSTEIN, Magda. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, Paulo (org). **Archivos de Saúde Mental e atenção psicossocial 2**. Nau: Rio de Janeiro, 2005, p. 45-66.

ALVES, Domingos Sávio.; GULJOR, Ana Paula. O Cuidado em Saúde Mental. In: **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo (org). Rio de Janeiro: Hucitec, ABRAPSO, 2004.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE. Paulo (org.) **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Naun Editora, 2003, p. 45-65.

AMORIM, Décio. et al. **Histórias da Loucura**. Belo Horizonte: Projeto Maluco, 2006.

ASSIS, Machado. **O alienista**. São Paulo: FTD, 1999. (Coleção grandes aventuras).

BARRETO, Lima. **O triste fim de Policarpo Quaresma**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.

BARRETO, Lima. **O Cemitério dos vivos: memórias**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil; Rio de Janeiro: Fundação Biblioteca Nacional, 2004.

BASAGLIA, Franco (coord.) **A instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BAUER. Martin W. GASKELL, George. **Pesquisa Qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BAUMAN, Zygmunt. **Identidade: entrevista a Benedito Vecchi**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

BENTHAM, Jeremy. **O Panóptico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

BEZERRA JR, Benilton. De médico e de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos oitenta. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo A. W. (Orgs.). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos

Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. **Legislação em Saúde Mental 1990-2001**. 2. ed. revisada e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 09/09/2006.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 09/09/2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao>. Acesso em: 09/10/2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Romance de Formação de um sanitarista: um estudo de caso. In: LIMA, Nísia Trindade (org.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006a, p. 121-152.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde e Desenvolvimento: que conexões. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (et al). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006b, p.111-136.

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CASTELLS, Manuel. **O poder da identidade**. 3 ed., São Paulo: Paz e Terra, 2002.

CERQUEIRA, Luiz. **Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Metal**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1989.

CHALHOUB, Sidney, Para que servem os narizes? Paternalismo, Darwinismo social e ciência racial em Machado de Assis. In: CHALHOUB, Sidney. et al. (org). **Artes e ofícios de curar no Brasil: Capítulos de História Nacional**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003, p. 19-56.

CHEUICHE, Edson Medeiros. 120 anos do Hospital Psiquiátrico São Pedro: um pouco de sua história. In: **Rev. Psiquiatr.** Rio Gd. Sul vol. 26 Porto Alegre May/Aug. 2004.

CORRÊA, Mariza. **As ilusões da liberdade: a Escola de Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil**. 2ª ed. rev. Bragança Paulista: Editora da Universidade de

São Francisco, 2001, 404 p.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 4. ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Xenon Ed., 1989.

COSTA, Sérgio. **As Cores de Ercília: Esfera Pública, Democracia, Configurações Pós-Nacionais**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

COSTA, Geraldo Magela. Conseqüências sócioespaciais de grandes projetos industriais: o caso da Fiat Automóveis, Betim/ Região Metropolitana de Belo Horizonte. In: GONÇALVES, Maria Flora. BRANDÃO, Carlos Antonio. GALVÃO, Antonio Carlos F. (orgs) **Regiões e cidades, cidades nas regiões: o desafio urbano-regional**. São Paulo: Editora UNESP. ANPUR, 2003.

COSTA, Valeriano. Federalismo. In: AVELAR, Lúcia; OCTÁVIO, Cintra. **Sistema Político Brasileiro: uma introdução**. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung.; São Paulo: Fundação Unesp Ed., 2004.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995-1997, v.1.

DELGADO, Pedro G. Godinho. Perspectivas da Psiquiatria pós asilar. COSTA, Nilson do Rosário, TUNDIS, Silvério Almeida (orgs). In: **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1987. p.171-202.

DELGADO, Pedro G. Godinho. Por uma clínica da reforma: concepção e exercício. In: LOBOSQUE, Ana Marta (org). **Caderno Saúde Mental**. Encontro Nacional de Saúde Mental, Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007.v.1

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DUARTE, Maristela Nascimento. **Ares e Luzes para mentes obscuras: O Hospital Colônia de Barbacena 1922-1946**. Dissertação de Mestrado em Ciências Políticas. Departamento de Ciências Políticas, UFMG, Belo Horizonte, 1996.

DUTRA CÂMARA, José Eugênio, CARNEIRO, Andressa de Ávila, PINTO, Anderson Gustavo T. **Dr. Joaquim Dutra Câmara – Fundador do Hospital Colônia de Barbacena**. Barbacena – MG: VI Congresso Brasileiro de História da Psiquiatria – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, 2001. Disponível em: www.sbhm.org.br acessado em 19/05/2007.

ENGEL, Magali Gouveia. As fronteiras da normalidade: psiquiatria e controle social. In: **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**. v.5 n. 3 Rio de Janeiro nov. 1998/fev. 1999. Disponível em: www.scielo.br - acessado em 22/06/07

ENGEL, Magali Gouveia. A loucura, o hospício e a psiquiatria em Lima Barreto: críticas e cumplicidades. In: CHALHOUB, Sidney. et al. (org). **Artes e ofícios de curar no Brasil: Capítulos de História Nacional**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003, p. 57-100.

ETGES, Virgínia Elisabeta. Desenvolvimento regional sustentável: o território como paradigma. **Redes**, Santa Cruz do Sul, v. 10, n. 3, p. 47-56. set./dez. 2005.

FERREIRA, Marcos Artêmio Fischborn. **Entre a norma institucional e a ação coletiva**: uma arqueologia da participação em saúde. 1992. 450f. Tese (Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP) – UNICAMP, Campinas, 1992.

FERREIRA, Marcos Artêmio Fischborn. et. al. Gestão Municipal da Saúde: gasto público e ordenamento do sistema em tempos neoliberais. In: **Redes**/Universidade de Santa Cruz do Sul. – Vol. 9, n. 3 (set./dez. 2004). – Santa Cruz do Sul: Editora da UNISC, 2004.

FIRMINO, Hiram. **Nos porões da loucura**: reportagem. 2 ed. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. 8ª ed. São Paulo: Editora Loyola, 2002a.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da Sociedade**: curso dado no Collège de France (1975/1976). São Paulo: Martins Fontes, 2002b.

FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito; psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Manoel de Barros da Motta (org.). 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002c.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005.

FOUCAULT, Michel. **O Poder Psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973/1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FÓRUM MIMÉIRO DE SAÚDE MENTAL. Apresentação. In: FÓRUM MIMÉIRO DE SAÚDE MENTAL. A Loucura e as cidades: Mapas de Minas. **Minas Sem Manicômios**. n.01 – junho/2004.

FUERWERKER, L. M. Modelos Tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente na luta pela consolidação do SUS. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p. 489-506, set./dez 2005.

GERSCHMAN, Sílvia. **A Democracia Inconclusa**: Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GUARESCHI, Neusa Maria de Fátima (org.) **Estratégias de invenção no presente: a psicologia social no contemporâneo**. Porto Alegre: EDIPCRS, 2004.

GUARESCHI, Neusa Maria de Fátima; Reis, Carolina dos. Produção de subjetividades: O discurso da mídia. **Entre Linhas**. Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Ano VIII, p. 8, nº40, agos. 2007.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: Cartografias do Desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

HALL, Stuart. Quem precisa de identidade. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis, RJ: vozes, 2000.

HILLESSHEIM, Betina; Guareschi, Neusa Maria de Fátima. De que infância nos fala a psicologia do desenvolvimento. IN: GUARESCHI, Neusa Maria de Fátima; Huning, Simone Maria (Orgs.). **Implicações da psicologia no contemporâneo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007b.

HOLLANDA, Diogo. Organização e notas. In: BARRETO, Lima. **O Cemitério dos vivos: memórias**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil; Rio de Janeiro: Fundação Biblioteca Nacional, 2004.

KINOSHITA, Tykanori Roberto. Contratualidade e Reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. Editora Hucitec. São Paulo, 2001. p. 55-59.

LAGRANGE, Jacques. Situação do curso. In: FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973/1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

LUCAS, Fábio. Prefácio. In: BARRETO, Lima. **O Cemitério dos vivos: memórias**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil; Rio de Janeiro: Fundação Biblioteca Nacional, 2004.

LIMA, Nísia Trindade, FONSECA, Cristina M. O., HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade (org.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LIMONCIC, Flávio. **Eugenia**. www.ifcs.ufrj.br/tempo

LUZ, Madel Therezinha. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde na década de 80. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo A. W. (Orgs.). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994a.

LUZ, Madel Therezinha. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994b.

MACHADO, Roberto e colaboradores. **Danação da Norma: a medicina Social e a constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro. Edições Graal, 1978.

MAGRO FILHO, João Batista. **A tradição da Loucura em Minas Gerais: 1870/1964.** Belo Horizonte: COOPMED/Editora UFMG, 1992. 160 p.

MAGALHÃES, Theresa Calvet de. **A Filosofia como discurso da modernidade.** Revista Ética e Filosofia Política v.2, n.1,1997, p. 29-64.

Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais: DSM-III-R.3.ed. São Paulo: Manole, 1989.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999. cap. 1, p. 15-55.

MEHRY, Emerson E, ONOCKO, Rosana (orgs). **Agir em saúde, um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997, p. 197-228.

MOREIRA, Diva. **Psiquiatria: Controle e Repressão Social.** Petrópolis: Ed. Vozes/Fundação João Pinheiro, 1983.

MORETZSOHN, Joaquim Afonso. **História da Psiquiatria Mineira.** Belo Horizonte: COOPMED Editora, 1989.

NESSERE, Najla. UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional. **Da Desconstrução do aparato manicomial à implementação da “política pública” de saúde mental CAPS: o caso de Santa Cruz do Sul.2007.152f.** Dissertação (mestrado). Universidade de Santa Cruz do Sul, 2007.

NUNES, Karla Gomes. **A dinâmica do poder no processo de municipalização dos serviços de saúde mental.** 2003. 58 f. Monografia (Graduação em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Minas Gerais, 2003.

OLIVEIRA, Marcus Vinicius. Lugares da loucura: uma cartografia mineira. In: FÓRUM MIMÉIRO DE SAÚDE MENTAL. A Loucura e as cidades: Mapas de Minas. **Minas Sem Manicômios.** n.01 – junho/2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise do discurso: princípios e procedimentos.** Campinas: Pontes, 2003.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos de 1970. **Hist. Cienc.saude-Manguinhos.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2004. Disponível em www.scielo.br - acesso em: 12/03/2007.

PINTO, Celi Regina Jardim. **Com a palavra o senhor Presidente José Sarney:** ou como entender os meandros da linguagem do poder. São Paulo: Ed. Hucitec, 1989.

PNUD. **Atlas para o Desenvolvimento Humano no Brasil**, 2003 (versão eletrônica).

PUJOL, Luciane de Almeida. UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional. **A história da loucura em Santa Cruz do Sul:** um estudo arqueológico. 2004. 138f. Dissertação (mestrado). Universidade de Santa Cruz do Sul, 2004.

REIS, J. R. F. De pequenino é que se torce o pepino: a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental'. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, VII(1): 135-157, mar.-jun. 2000.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson do Rosário, TUNDIS, Silvério Almeida (orgs). **Cidadania e Loucura:** Políticas de Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes-Abrasco, 1987.

RIBEIRO, Roberto Janine. **A República**. São Paulo: Publifolha, 2001.

ROMAGNOLI, Roberta C. **Clínica e Poder:** As práticas de Saúde. Apostila das aulas. Betim: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2003 (MIMEO).

ROMAGNOLI, Roberta C. Famílias na Rede de Saúde mental e esquizoanálise: uma aproximação possível. In: FÉRES – CARNEIRO Teresinha. **Família e casal:** efeitos da contemporaneidade. Rio de Janeiro: Ed. PUC - Rio, 2005.

ROMAGNOLI, Roberta C. Algumas Reflexões acerca da Clínica Social. **Revista da UFF**. Niterói, v. 18.n.2, jul./dez 2006, p. -. (NO PRELO)

ROMAGNOLI, Roberta C. Famílias na rede de Saúde Mental: um breve estudo. **Psicologia em Estudo**, v. 11 n. 2, mês 2006 b, p. -. (NO PRELO)

SANTOS, Nádia Maria Weber. **Histórias de vidas ausentes:** a tênue fronteira entre a saúde e a doença mental. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2005, 191 p.

SILVA, Mary Cristina Barbosa E. **Repensando os porões da loucura:** um estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena. Dissertação de Mestrado, UFMG, Belo Horizonte, 2005a.

SILVA, Mozart Linhares da. "Direito e medicina no processo de invenção do anormal no Brasil" In: SILVA, Mozart Linhares da. **História, medicina e sociedade no Brasil**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, v. 1, p. 180, 2003.

SILVA, Mozart Linhares da. Michel Foucault e a Genealogia da Exclusão/Inclusão: O Caso da Prisão na Modernidade. **Revista de Estudos Criminais**. Porto Alegre. Ano V-Jan./Mar. 2005b – n. 17 p. 39-61.

SILVA, Mozart Linhares da. **Eugenia, antropologia criminal e prisões no Rio Grande do Sul**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005c.

SILVA, Tomaz Tadeu da. A produção social da identidade e da diferença. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (org.). **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

SILVA JÚNIOR, Aluisio Gomes. **Modelos Tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998. cap. 3-4.

SILVEIRA, Nise da. **O Mundo das Imagens**. São Paulo: Ática, 2001.

SILVEIRA, Renato Diniz. **Cidadania do Louco: da utopia à possibilidade**. 2000. 113f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2000.

SOUZA, Marta Elisabeth (Red). **Projeto de Saúde Mental para o Município de Betim – MG**. Betim/Minas Gerais, Maio, 1992 (MIMEO) 16p.

RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. **Anais**. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-415.

RISSI JUNIOR, João Baptista, NOGUEIRA, Roberto Passos (coord.) As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. cap. 2, p. 117-237.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes. (coord.) **Avaliação exploratória do modelo atual de atenção à saúde mental**. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

VIGANÓ, Carlo. A construção do caso clínico em saúde mental, **Curinga** - Escola Brasileira de Psicanálise – volume 13, setembro de 1999.

VENÂNCIO, Ana Teresa A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2003. Disponível em: www.scielo.br

WADI, Yonissa Marmitt. **Palácio para guardar doidos: uma história de lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre. Editora da universidade/UFRGS, 2002.

WEBER, Beatriz Teixeira. Médicos e Charlatanismo: uma história de profissionalização no Sul do Brasil. In: SILVA, Mozart Linhares da (org.). **História Medicina e Sociedade no Brasil**. Santa Cruz do Sul: EDNUSC, 2003, p.95-128.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade: fundamentos da Sociologia compreensiva**. Brasília, DF: Editora da Universidade de Brasília, 1999, v. 2.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade: fundamentos da Sociologia compreensiva**. 3ª ed. Brasília, DF: Editora da Universidade de Brasília, 2000, v. 1.

ZENHA, Ronaldo de Oliveira. **CERSAM um novo paradigma na assistência mental?** Dissertação de Mestrado, UFMG, Belo Horizonte, 2001.

www.artedapalavra.pro.br (acessado em 18/06/07)

www.Biblioteca.ibge.br/barbacena (acessado em 24/07/2007)

www.polbr.med.br/ano06 (acessado em 24/07/2007)

www.mineiros.uai.com.br - acessado em 24/07/2007)

ANEXO
Roteiro para entrevistas com os Técnicos de Referência da Instituição
CERSAM de Betim/MG

- 1) Nome:
- 2) Formação Profissional:
- 3) Ano de formatura:
- 4) Cidade/ Estado/ Instituição na qual se formou:
- 5) Após a graduação você realizou cursos de Pós-graduação e/ou formações clínicas?
- 6) Você atuou em outras instituições antes do CERSAM?
- 7) Qual o seu tempo de trabalho no CERSAM?
- 8) Você trabalha em outros lugares além do CERSAM?
- 9) Como você ingressou na rede de atendimento em Saúde Mental do Município de Betim? Você já ocupou outros cargos na instituição e/ou na rede de Betim?
- 10) O que você entende pela Reforma Psiquiátrica?
- 11) Como você define Saúde Mental?
- 12) Como você caracteriza o público alvo do CERSAM?
- 13) Como você formula uma hipótese diagnóstica ou um diagnóstico?
- 14) Qual a trajetória de um paciente que entra no CERSAM e seu percurso de tratamento?
- 15) Como o CERSAM se posiciona frente à articulação usuário-família-comunidade?
- 16) Como você caracteriza o Técnico de Referência?
- 17) Como você percebe a articulação das diversas áreas do conhecimento que atuam no CERSAM?
- 18) Como você se vê dentro da articulação das diversas áreas que atuam no CERSAM?
- 19) Você percebe uma relação horizontal ou hierárquica entre as áreas que atuam no CERSAM?
- 20) Como você percebe as relações de poder dentro da instituição?
- 21) Como você entende a organização do CERSAM enquanto política pública de assistência à Saúde Mental?
- 22) Você percebe uma mudança significativa da categoria loucura antes e depois da Reforma Psiquiátrica?
- 23) Gostaria de fazer alguma outra colocação além do que foi lhe perguntado?