

KARLA GOMES NUNES

**DE LOUCOS PERIGOSOS A USUÁRIOS CIDADÃOS:
SOBRE A PRODUÇÃO DE SUJEITOS NO CONTEXTO
DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Neuza Maria de Fátima Guareschi

Porto Alegre, 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL
GRUPO DE PESQUISA ESTUDOS CULTURAIS E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO

KARLA GOMES NUNES

**DE LOUCOS PERIGOSOS A USUÁRIOS CIDADÃOS:
SOBRE A PRODUÇÃO DE SUJEITOS NO CONTEXTO
DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Psicologia Social e Institucional. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Neuza Maria de Fátima Guareschi

Porto Alegre, 2013

AGRADECIMENTOS

A redação dos agradecimentos assinala que um processo de trabalho está para ter fim. Ai, nos lembramos do começo, dos troços e de muitos daqueles que participaram desse tempo de vida e do percurso da pesquisa. Ao nomear algumas pessoas, o faço com o desejo de que todos os que participaram do meu percurso de formação recebam a minha gratidão.

Agradeço primeiramente ao Conselho Nacional De Desenvolvimento Científico E Tecnológico (CNPq) pela concessão da bolsa de doutorado, por meio do Edital MCT/CNPq nº 70/2008, fornecendo fomento essencial para a realização desta pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, aos seus professores, alunos e funcionários, por possibilitar a abertura para a produção de conhecimentos sem a pressuposição de uma forma prévia, dando margem para a irrupção do pensamento e pela valorização do percurso de produção.

Agradeço, de modo sincero e respeitoso, a Neuza Guareschi, minha orientadora, que muitas vezes desorientou a mim e ao meu trabalho. Agradeço por ela desestabilizar as minhas certezas construídas no meu devir militante. Ao me forçar a me lançar na experiência do doutorado, Neuza me fez viver o que eu buscava apenas entender teoricamente: os processos de subjetivação. Assim, esse trabalho ganha forma ao mesmo tempo em que eu me constituo como doutoranda, pesquisadora, docente e, agora, mãe. Formas-sujeito que implicaram a perda de tantas outras. Ao agradecê-la, o faço igualmente ao grupo E-politcs, aos colegas do grupo, com os quais compartilhei leituras, resumos, dúvidas, afeto, lágrimas e boas risadas.

Aos integrantes da banca de qualificação e da banca final desta tese. Agradeço a professora Dra. Rosane Neves da Silva, quem muito admiro, por ser ela quem deu luz à interrogação que orienta meu trabalho. Também lhe sou grata pela forma gentil como apontou os graves problemas do meu projeto e por me inspirar na sua forma de fazer pesquisa. Ao professor Dr. Mozart Linhares da Silva, por me acompanhar desde o tempo do mestrado e por sempre me encantar com sua paixão pelo conhecimento. Também lhe dou grata por ser ele quem me permitiu conhecer e me apaixonar pela investigação com os arquivos. Agora, colegas na UNISC, espero que nossas interlocuções se perpetuem. À Professora Anita, agradeço pela sua delicadeza em assinalar a minha dificuldade em “desencarnar o sujeito”, mas também pelo caminho que ela me mostrou para que eu construísse saídas para as minhas dificuldades. Agradeço também pelo delicioso seminário privado *sobre o sujeito*, realizado em minha casa com os colegas do grupo E-politcs. Espero que possamos realizar tantos outros.

Aos meus pais, Carlos e Adélia, e aos meus irmãos, Priscila e Adriano, pessoas com as quais aprendo todos os dias. Eles me ensinaram que o trabalho nos constitui, e minha mãe, que sobre a loucura não se podia falar em sua casa. Ao meu pai, agradeço por me mostrar que podemos transpor montanhas e sonhar com outras paisagens. A Priscila agradeço ainda por levar o Carlos para integrar a nossa família lá em Minas e,

aos dois, por dar a vida à linda Helena. A gratidão se estende ao Du e a Cássia, por multiplicarem meu número de sobrinhos, com Vitor e Milena.

À Liliana Rauber agradeço pela presença nesse tempo todo de doutorado e por participar intensamente de nossa família. A Karen Kracik, pela amizade e pelos materiais que me ajudaram a terminar a tese. A Dulcimarta Lino, pela chegada e por ficado, junto a suas filhas, entre os meus amigos. Ao Ronaldo lá de Barbacena, amigo querido, agradeço uma vez mais pelos documentos que ele me trouxe do Museu da Loucura.

Ao Coordenador Nacional de Saúde Mental, Dr. Roberto Tikanori, por permitir meu acesso aos documentos do Programa de Volta para a Casa. Também sou grata à Gisele, responsável pelo Programa, e à querida Bárbara, pelo acolhimento e pela boa cerveja depois de uma semana de árduo trabalho.

Agradeço a Sandra Djambolakdjian Torossian e a Paula Ávila Nunes pela presença ativa que têm em meu texto. A primeira por me ajudar a lidar com meus momentos de angústia e inibição e por me acompanhar a formar, primeiro em fala, o que viria a ser o meu trabalho. A Paula, por me ajudar a lidar com os tropeços da escrita, tornando esse ato tão mais leve com a sua companhia. Também agradeço (e, especialmente, a sua mãe) os deliciosos cafés durante as nossas aulas em sua casa.

Aos colegas do Departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, por me acolherem como docente, forma de existência que eu sempre desejei. Agradeço de modo muito especial a Edna Linhares Garcia, por todas as vezes que ela leu meu trabalho e pelas tantas vezes em que permitiu que eu o lesse para ela. Agradeço pela parceria de trabalho, junto à amizade e cumplicidade. Também sou grata aos alunos do curso de psicologia da UNISC e aos outros que me acolheram em meus estágios de prática docente, na PUC e na UFRGS. A todos eles, dedico minha empreitada de doutorado.

À família Ludke, Angélica, Walmor e Vitória, por me acolherem em casa quando fui a Brasília consultar os arquivos do Programa de Volta para a Casa.

Agradeço ao afeto de Ângela Figueiredo e Celso Tondin, amigos primeiros no percurso de doutorado ainda na PUC.

Por fim, meu agradecimento ao Chico, por me acompanhar na travessia do mestrado e do doutorado, sem nenhuma queixa ou cobrança, apenas com afeto e generosidade. Agradeço por tudo e, mais ainda, pela nossa filha, Fernanda. A ela agradeço por chegar em minha vida, mostrando-me que sentir é preciso.

RESUMO

Esta tese trata das modificações nas formas de dizer que, gradativamente, deixam cair em desuso a designação *louco perigoso* com a emergência da noção de *doente mental* e, contemporaneamente, *usuário dos serviços de saúde mental*. Discutimos como essa última forma-sujeito é constituída de modo atrelado ao discurso da cidadania. Para o desenvolvimento dos objetivos do estudo, foram analisadas as práticas de cuidado estabelecidas em diferentes contextos: Assistência a Alienados em Minas Gerais, Assistência psiquiátrica e, contemporaneamente, Campo da saúde mental. Os materiais de pesquisa são formados por leis, portarias, regulamentos, documentos do arquivo do Programa de Volta para a Casa, além da bibliografia que trata do tema. Situada na Psicologia Social, a pesquisa foi orientada pela abertura que a perspectiva genealógica de Michel Foucault dá para esse campo.

Palavras-chave: usuários dos serviços de saúde mental; políticas públicas; Reforma Psiquiátrica; modos de subjetivação

ABSTRACT

This thesis deals with the modifications in the ways of saying that gradually abandon the designation of *dangerous maniac* due to the emergence of *mentally ill* and, nowadays, of *user of mental health services*. We discuss how this last subject-form is constituted along with the discourse of citizenship. In order to develop the objectives of this study, we analyzed the care practices established in different contexts: Assistance to the alienated in Minas Gerais, Psychiatric assistance and, currently, the field of Mental Health. The material used in this research are composed by laws, ordinances, regulations, documents from the archive of the Program *De Volta pra Casa*, along with the bibliography that discusses the subject. Developed in the realm of Social Psychology, this research was oriented by the opening that Foucault's genealogic perspective gives this field of studies.

Keywords: users of mental health services; public policies; Psychiatric Reform; subject modes

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 SOBRE A PRODUÇÃO DE SUJEITOS: MUITAS ANAS	16
1.1 Dos modos de vida aos modos de subjetivação: sobre a questão do sujeito	26
1.2 Sobre a questão da modernidade ou Como destituí-la de seu sujeito soberano?	34
2 COMO FUNCIONA ESTA TESE? SOBRE OS TESTEMUNHOS DO ESTUDO	39
2.1 Ponto de partida desta tese	44
2.2 Sobre os materiais e os procedimentos de pesquisa	62
2.3 Abrindo os arquivos do Programa de Volta para a Casa	69
3 PRÁTICAS DE CUIDADOS DA ALIENAÇÃO MENTAL: O TRABALHO COMO PRESCRIÇÃO TERAPÊUTICA.....	75
3.1 Alienação mental: sobre sua institucionalização e formas de tratamento	78
3.1.1 <i>O Brasil na entrada do Século XX</i>	80
3.1.2 <i>A gestão dos espaços asilares</i>	82
3.2 Práticas de cuidado da alienação mental: o trabalho como terapêutica	84
3.2.1 <i>O trabalho como norma de conduta dentro e fora do hospício</i>	87
3.2.2 <i>Aos indigentes: o trabalho!</i>	90
3.3 Aos loucos, o hospício! A privatização da assistência psiquiátrica e a negação das garantias individuais	94
3.4 Indigentes ou contribuintes? Sobre os modos de constituição dos sujeitos pelas práticas psiquiátricas	102
3.4.1 <i>Reforma sanitária e a reforma política: sobre o direito a ter direitos</i>	108
3.5 Reforma psiquiátrica: da reforma do asilo ao rompimento com o mesmo? ...	113
3.5.1 <i>Práticas de cuidado em saúde mental: o tratamento como um direito</i>	116
3.5.2 <i>Práticas de cuidado e constituição de sujeitos: sobre os usuários dos serviços de saúde mental</i>	119
4 QUANTAS ANAS? SOBRE OS TESTEMUNHOS DO PROGRAMA DE VOLTA PARA A CASA	124
4.1 Quando a família falha ou falta, age o Estado	131
4.2 Quando o que iguala é a ausência de trabalho.....	143
4.3 Dos sem nem eira nem beira: o que testemunha um arquivo? Ou: sobre a prevalência do direito mediante o silêncio	156
4.4 Era uma vez, alguns estrangeiros: sobre a Volta para a Casa	164
CONSIDERAÇÕES FINAIS	183
BIBLIOGRAFIA	187

INTRODUÇÃO

Sexo feminino, solteira, analfabeta, sem família identificada, sem visitas, sem contato com amigos. Não recebe salário, aposentadoria ou benefício social. Internada em hospital psiquiátrico durante 46 anos.

Essas descrições constam no *Instrumento de Avaliação do Beneficiário*, formulário utilizado para orientar o exame daqueles que são candidatos a *beneficiários* do Programa de Volta para a Casa¹. Elas dizem respeito a Ana², internada em 1961, aos 20 anos, em um complexo hospitalar psiquiátrico, localizado em uma das capitais do nordeste brasileiro. A alta, ocorrida em 2007, se deu por transferência para o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) situado na mesma cidade. Em 2012, Ana ainda vivia nessa mesma Instituição, momento em que foi solicitada sua inclusão no Programa de Volta para Casa (PVC). Esse Programa foi criado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e se direciona a uma população específica, descrita no ordenamento legal como “pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades hospitalares” (BRASIL, 2003, p.1). Pede-se, portanto, a inclusão de Ana em um Programa nomeado, nos termos da lei, como de “auxílio-reabilitação psicossocial”, o que significa o pagamento mensal de benefício em dinheiro³ para indivíduos que passaram por internações por período igual ou superior a dois anos em Hospitais ou Unidades Psiquiátricas, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e Serviços Residenciais Terapêuticos. Para enquadrar-se nas condições do PVC, as internações precisam ser financiadas por recursos públicos, o que ocorre, a partir da década de 1990, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

“Beneficiário” é a expressão utilizada para nomear o indivíduo incluído na folha de pagamento do PVC. Para tanto, procede-se ao cadastramento e habilitação do município no Programa, seguida da avaliação do “candidato” por uma equipe técnica e posterior avaliação do seu processo pela coordenação do PVC, a qual está situada em Brasília, junto à Coordenação Nacional de Saúde Mental.

¹ O Programa de Volta para a Casa será apresentado detalhadamente em momento oportuno neste trabalho.

² O projeto desta pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa de Psicologia da UFRGS, em 02/07/2012, e está registrado sob o número 23425. Para resguardar o sigilo das identidades dos envolvidos, os nomes foram substituídos e não serão citadas as cidades de origem dos beneficiários, gestores ou trabalhadores, limitando-se à indicação do estado ou região.

³ No momento de criação do PVC, o valor do benefício, previsto em Lei, era de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta Reais).

Para os beneficiários, além da previsão do recurso financeiro, define-se o acompanhamento em serviços de saúde mental. Conforme o Manual do PVC, documento formulado pelo Ministério da Saúde para orientar gestores e trabalhadores da rede acerca do processo de cadastro dos municípios e dos candidatos a beneficiários, a concessão de renda e o tratamento compõem as estratégias prioritárias para o alcance de certa finalidade, como aparece explicitado na primeira página do referido documento:

O objetivo deste Programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede mais ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. (BRASIL, 2003, p. 1)

As pessoas – ou “beneficiários” – descritas pelo Manual são aquelas sobre as quais se sobrepõem duas condições: o dito acometimento de um transtorno mental, categoria da nosografia médica, e o acontecido de uma longa internação psiquiátrica, financiada pelo Estado brasileiro. O tempo de internação tem uma marca sensível nos registros das instituições, não se limitando àquelas que procedem ao internamento, mas também àquelas que liberam os recursos para custeá-lo. A conta para saber por quantos anos um indivíduo viveu internado não exige grandes cálculos matemáticos. Basta voltar a Ana, internada em 1961 e transferida em 2007 para um Serviço Residencial Terapêutico. O resultado é simples: ela permaneceu internada durante 46 anos em um grande hospital psiquiátrico brasileiro. Tanto no caso de Ana quanto nos demais beneficiários do PVC, o tempo de internação é parte dos pré-requisitos para ingresso no Programa, e aparece como uma variável a ser considerada. Alia-se a essa variável uma constante, isto é, algo que é pressuposto sem variação, pois que deve preceder ao internamento. Esse imutável pressuposto anterior, ou, dito de outro modo, essa permanência nos registros e nas práticas, refere-se à afirmação da existência de algo como um *transtorno mental*. Transtorno que, em um tempo anterior, fez parte dos motivos para o internamento de homens e mulheres, e que, contemporaneamente, compõe as condicionalidades para a inclusão no PVC.

Ao se atribuir o valor de uma evidência ao que é nomeado como um transtorno mental, justifica-se que o campo da saúde seja o espaço privilegiado para a formulação

de estratégias que visem a dar conta de uma população que se torna alvo das ações governamentais, cujo objetivo é fazê-la egressa dos grandes manicômios do País.

*Desinstitucionalização*⁴ é o modo como os militantes da Reforma Psiquiátrica nomeiam as estratégias que visam à criação de outras possibilidades de existência para aqueles que viveram longos períodos em hospitais psiquiátricos (ROTELLI, 1990). Ainda que o PVC emergja no campo da saúde – de modo específico, no campo da saúde mental –, sua regulamentação faz referência ao tratamento, mas não se restringe a ele. Isso porque seu Manual ratifica as garantias previstas no principal ordenamento brasileiro quando prescreve o estímulo para que os beneficiários exerçam seus direitos civis. Conforme a Constituição Federal de 1988, os direitos civis abrangem a liberdade, a propriedade privada, a segurança e o voto (BRASIL, 2005c). Estimular o exercício dos direitos pelos beneficiários do PVC é uma das ações que deve ser colocada em curso pelos técnicos de saúde mental que se vinculam ao Programa. Essa ação pode ser considerada como uma atividade intermediária quando considerada a Lei que justifica e sustenta a redação do manual de instruções. Nela, observa-se a inscrição dos resultados esperados pelo PVC, os quais aparecem escritos em duas proposições, a saber, “a promoção da reintegração social e a autonomia do paciente” (BRASIL, 2003, p. 1)⁵.

Inclui-se aqui mais um ponto nessa rede que brevemente tecemos: a existência dos SRTs possibilita que se proceda à passagem de Ana de *interna* do Hospital Psiquiátrico para ser dele *egressa*, ao mesmo tempo em que ela é situada como *usuária* de um Centro de Atenção Psicossocial e *moradora* de um Serviço Residencial Terapêutico. Quando vinculada a este último, formaliza-se o pedido para que essa *moradora* seja incluída como *beneficiária* do PVC. Os “rótulos” que nomeiam a existência de Ana nesses lugares não são fortuitos, mas dizem respeito, como serão analisados neste trabalho, ao modo como esse sujeito, Ana, é constituído, falado e visto, tanto por parte dos que dela tratam como também pela máquina governamental. Ou seja, trata-se de analisar como esse sujeito é *discursivizado* (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2011).

⁴ A temática da *desinstitucionalização* é discutida mais adiante neste trabalho.

⁵ A dupla *autonomia do paciente* e sua *reintegração social*, quando situada como finalidade ou objetivo do PVC, se alinha, de certo modo, à forma como são compostos outros dois documentos que tratam dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Referimo-nos aqui à Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que regulamenta os Serviços Residenciais Terapêuticos, e à Portaria GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000, que os inclui nas tabelas orçamentárias do SUS. Esses serviços antecedem a criação do PVC e são constituídos como moradias protegidas para aqueles que perderam seus vínculos familiares ou se veem impossibilitados de permanecer com a família ou conhecidos em função do transtorno mental. São também recursos assistenciais situados no campo da saúde mental e financiados com recursos dessa área, quando considerado o fluxo orçamentário do SUS.

Por meio da leitura dos documentos que regulamentam os SRTs e o PVC, pode-se perceber uma discursividade que lhes antecede, a qual permeou as reivindicações dos movimentos pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica, compondo não só o jogo de forças e de interesses que se inscreve na Constituição de 1988, como também nos textos legais que a partir dela são escritos. Quando a saúde é afirmada como um direito na Carta Constitucional, desdobra-se, a partir disso, o aparecimento da noção de *cidadania* em quase todos os documentos do campo da saúde a partir da década de 1990. Nesse momento, observa-se uma modificação importante em relação às práticas psiquiátricas desenvolvidas entre os séculos XX e XXI. Na década de 1990, como trataremos no decorrer desta tese, ocorre uma rearticulação das noções de *tratamento*, *trabalho* e *direitos*, o que incide contundentemente no modo como as instituições são organizadas, os saberes são proferidos e, por fim, os sujeitos são produzidos. Nesse sentido, buscamos assinalar uma passagem das práticas alienistas que incidiam sobre aqueles tidos como alijados da condição de cidadãos para o desenvolvimento de uma série de práticas, contemporaneamente situadas no campo da saúde mental, cuja produção da cidadania passa a ser preconizada como um de seus objetivos.

Com efeito, a noção de *cidadania* se inscreve com tamanha força nos discursos que emergem nas décadas de 1970/1980 que passa a figurar quase como algo natural no ordenamento contemporâneo do campo da saúde mental. No texto Constitucional de 1967, um dos princípios da ordem econômica e social tem a seguinte expressão: “valorização do trabalho como condição da dignidade humana” (BRASIL, 1967). Esse princípio aparece expresso na Constituição, documento maior do Estado brasileiro, criado para estabelecer normas de conduta individuais e coletivas e para estabelecer princípios e garantias. Vale lembrar que o mesmo investimento conferido ao trabalho nesse texto constitucional verifica-se nos tratados médicos que lhe antecedem e que lhe são contemporâneos, com a diferença de que esses tratados ocupam-se da descrição daquilo que é considerado fora da normalidade, isto é, dos sinais e sintomas psicopatológicos.

Desse alinhamento entre os discursos legais e os discursos médicos, desdobram-se implicações sobre as estratégias de constituição dos sujeitos que se tornaram *internos* dos hospitais psiquiátricos do País. Isso porque a forma de trabalho valorizada naquele tempo pressupõe sua formalização pelo vínculo empregatício e pela contribuição previdenciária. Como consequência, ocorre que a própria noção de dignidade humana é subordinada a uma espécie de pacto social que reconhece os direitos e provê as

garantias individuais mediante a contribuição requerida pelo Estado. Mais do que isso, quando o trabalho se torna uma norma de conduta, ele tanto opera como um elemento que compõe o crivo que identifica aqueles que deverão ser internados, como assume o estatuto de uma *terapêutica*. Esses movimentos, que serão detalhados adiante, antecedem o tempo em que a cidadania passa a ser requerida como um efeito das práticas de saúde mental.

Para dar visibilidade ao que estava colocado em jogo no tempo em que se torna evidente um sistema de contribuições, Santos (1987) formula o conceito de *cidadania regulada*, o que quer dizer que a garantia de direitos não era estruturada como uma base universal e igualitária, mas resultava de um processo de diferenciação que concedia direitos a depender do modo como os indivíduos se situavam no sistema produtivo. Escorel e Teixeira (2008) tomam essa formulação para delinear como eram distinguidos os cidadãos naquele tempo. Os pesquisadores afirmam que

[e]ram vistos como cidadãos somente aqueles que trabalhavam em ocupações reconhecidas e definidas por lei, sendo a carteira profissional e o pertencimento a um sindicato público os parâmetros de definição da cidadania. Assim, os que exerciam ocupações que a lei desconhecia – como os trabalhadores rurais, domésticos e trabalhadores do mercado informal – eram vistos como pré-cidadãos. (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 361)

Em um tempo ainda mais distante, o Capítulo XIII da *Consolidação das Leis Penaes*, cuja autoria é conferida a Vicente Piragibe, determina que poderão ser detidos em hospícios, colônias ou prisões com trabalho, “[o]s indivíduos maiores, de qualquer sexo que, sem meios de subsistência por fortuna própria ou profissão, arte, officio, ocupação legal e honesta em que ganhem a vida, vagarem pela cidade na ociosidade”⁶ (PIRAGIBE, 1933, p. 186). Nesse contexto, aqueles que se enquadravam nas condições descritas pelo Código Penal eram qualificados, no campo das penalidades, como em divergência como a lei e, no campo da Assistência a Alienados, como indigentes. E, nas primeiras décadas do século XX, a condição de indigente tornava um indivíduo sujeito a ser internado em um hospício por ordem das chefaturas de polícia (MORETZSOHN, 1989).

Essa pequena digressão histórica tem como objetivo assinalar que, apesar desse efeito de naturalidade presente nos discursos atuais em torno campo da saúde mental, a noção de *cidadania* precisa ser deslocada dessa posição *apriorística*, devendo-se

⁶ Ao longo de todo este trabalho, mantemos sempre a redação original do documento, mesmo em Português antigo.

interrogar as diferenças que ela marca no que se refere à história das práticas psiquiátricas brasileiras. Para além disso, discutimos, neste trabalho, como a noção de *cidadania* atrela-se, hoje, ao modo como vemos, percebemos e constituímos sujeitos no caso que nos interessa: os usuários dos serviços de saúde mental. Se aqui é afirmada a necessidade de a cidadania não ser considerada como uma evidência, afirma-se, na mesma medida, a necessidade de se colocar em questão o pressuposto de que a cidadania é um objetivo a ser alcançado por aqueles que são inscritos como *moradores* do SRT ou *beneficiários* do PVC, isto é, como sujeitos de determinadas práticas discursivas, sob a forma de serviços ou de programas.

Desse modo, o que se desdobra da regularidade observada entre os enunciados que compõem os documentos dos SRTs e do PVC é a necessidade de produzir, senão uma inversão, ao menos um deslocamento dos termos. Assim, a noção de *cidadania*, cujo exercício deve ser estimulado, como prescreve o Manual do PVC ou as Portarias que regulamentam os SRTs, deve sair do lugar de resultado esperado para ser recolocada como algo a ser interrogado enquanto uma noção que articula um determinado arranjo, no qual a verdade e as instituições são indissociáveis da produção de sujeitos.

Quando se fala em produção de sujeitos, torna-se necessário salientar que, diferentemente de uma Lei que regula um campo, o PVC é situado como um Programa, isto é, um projeto que visa à resolução de uma situação ou problema específico. Em um primeiro momento, a situação evidenciada pode ser facilmente definida como a existência de indivíduos internados em instituições psiquiátricas por período igual ou superior a dois anos. Entretanto, menos evidentes são os ingredientes que compõem o modo como se estrutura o Programa, forçando o pensamento a deslocar-se do simples reconhecimento de uma evidência ou de um problema que precisa ser resolvido. Por meio do PVC, colocam-se, em um mesmo plano, a promoção da cidadania e da autonomia e, da mesma maneira, o tratamento no âmbito da saúde mental junto à concessão de renda.

Tratamento, trabalho e direitos; cidadania, autonomia, tratamento e renda: alinhamentos não tão evidentes em um campo geralmente percebido como de assistência à saúde. Se se modifica o lugar que o tratamento ocupa na relação com a cidadania e com os direitos, igualmente pode-se dizer que algo se passa em relação à renda. Assim, torna-se uma questão problemática entender de que maneira o tratamento e a posse da renda deixam de figurar como efeitos do exercício dos direitos dos

cidadãos para que ambos sejam enunciados como meios para a constituição de sujeitos *cidadãos e autônomos*.

Assim, não se trata aqui de questionar a eficácia ou eficiência do PVC em estimular a *beneficária* Ana a exercer seus direitos políticos e civis, nem mesmo de construir uma tese sobre o PVC ou sobre Ana. Trata-se, antes, de *interrogar como se articulam diferentes instituições, saberes e práticas que incidem sobre certa população, ao mesmo tempo em que a constituem, produzindo sujeitos ou o que se poderia chamar de modos de subjetivação*. Destarte, o que se busca é tomar os enunciados que formam o PVC e recolocá-los no fluxo da história, com o objetivo de *analisar por meio de quais condições foram constituídas uma série de práticas* que, em um tempo, constituíram os loucos como aqueles que deveriam ser internados como perigosos e, e em outro tempo, os internam por serem eles tidos como doentes mentais.

Contemporaneamente, enuncia-se o tratamento dos portadores de transtornos mentais como forma de garantia de direitos, ao mesmo tempo em que se pressupõe a produção da autonomia e da cidadania. Trata-se, nessa conjuntura, de pensar a atualidade, seguindo alguns traços da história e alguns dos traços deixados por Foucault – dos quais trataremos adiante –, especialmente em um tempo em que o tratamento como direito está em vias de ser vinculado, contraditoriamente, à compulsoriedade das internações.

Desse modo, a questão problemática que organiza esta tese pode ser assim enunciada: *como, no âmbito das práticas alienistas, psiquiátricas e de saúde mental, se rearticulam as noções de tratamento, trabalho e direitos e a produção de sujeitos?* Essa indagação tem o objetivo de reflexionar sobre de que modo a emergência da noção de *cidadania* atrela-se à constituição dos sujeitos usuários de saúde mental, produzindo modificações em relação ao modo como os sujeitos são produzidos e posicionados em um tempo em que o tratamento passa a ser requerido como um direito e em que a inclusão social parece distanciar-se da vinculação ao trabalho e aproximar-se da inserção nas práticas de consumo.

E, para abordar tal questão, esta tese se organiza da forma que segue. No primeiro capítulo, *Sobre a produção de sujeitos: muitas Anas*, desenvolvemos uma discussão talvez mais necessária para quem escreve esta tese do que para quem a lê. Isso porque, nesse capítulo, sentimos a necessidade de percorrer um itinerário que demarcasse como entendemos, a partir da obra de Michel Foucault, a noção de *sujeito*. Nesse sentido, sinalizamos, a partir da obra desse autor, os elementos que nos possibilitam entender o

sujeito como ser constituído pelos discursos e pelas práticas. Nesse sentido, estabelecemos uma distinção entre os *modos de vida* e os *modos de subjetivação*, indicando o motivo que nos impossibilita utilizar a primeira perspectiva neste estudo, pois, neste momento que é o nosso, torna-se imperativo a formação de uma pragmática do sujeito em detrimento de uma estilística da existência. Desdobra-se, a partir disso, a necessidade de situar parte dos debates que foram travados com a emergência da vertente de pensamento estruturalista e das rupturas por ela impostas com a noção de sujeito forjada pela modernidade.

No capítulo seguinte, *Como funciona esta tese? Sobre os testemunhos do estudo*, discutimos como elaboramos a noção de *testemunhos* e o modo como são abordados neste trabalho. A construção dos testemunhos desta pesquisa se articula a uma perspectiva genealógica, proposta por Michel Foucault e atualizada no trabalho de investigação de outros autores, os quais também contribuíram para forçar o nosso pensamento a pensar-se diferente. Aqui, uma imagem de infância tornou-se potente ao encontrar-se com os escritos de Murat em seu livro *O homem que se achava Napoleão* (2012). Esse encontro, junto aos escritos de Foucault, reforçaram o nosso apreço pelos arquivos e por aquilo que eles fazem falar sobre os modos como nos tornamos sujeitos. Ainda nesse capítulo, descrevemos as partes que compõem a tese e o processo de pesquisa dos materiais utilizados ao longo da escrita.

O terceiro capítulo remete a três tempos. No primeiro momento, tratamos do processo de institucionalização da Assistência a Alienados em Minas Gerais e das práticas de cuidado que lá são formadas. Nesse tempo, discutimos a torção que se faz na prescrição do trabalho como uma terapêutica, articulando a isso a produção de sujeitos a partir dessas práticas e dos discursos que a ela estão correlacionados. No segundo tempo, ainda nesse capítulo, tratamos do processo de privatização da assistência psiquiátrica no Brasil, o que foi nomeado por Luiz Cerqueira (1989) como a formação de uma *indústria da loucura*. De igual maneira, por meio da noção de *cidadania regulada*, proposta por Santos (op. cit.), discutimos o modo como são constituídos aqueles que são objetivados como o público das instituições psiquiátricas. No terceiro tempo, abordamos o movimento pela Reforma Psiquiátrica e a emergência da noção de usuários dos serviços de saúde mental atrelada à noção de direitos. Delineamos alguns marcadores que nos possibilitam perceber a modificação que se faz em relação ao modo como o tratamento é enunciado, pois que, nesse tempo, ele passa a ser requerido como um direito. Nesse capítulo e no seguinte, *tratamento, trabalho e direito* são os

marcadores que nos auxiliam a ver como as práticas se transformam junto aos discursos que as sustentam e, assim, *poder* e *verdade* vão, de tempos em tempos, incidindo de maneiras diferentes no modo como passam a produzir formas de ver e falar sobre aqueles constituídos como os sujeitos, sejam das práticas alienistas, psiquiátricas e, ainda, de saúde mental.

Como o leitor observará, esse capítulo, além de remeter a tempos distintos, remete também a um tempo de produção que é anterior ao momento da qualificação do projeto de tese, e carrega os problemas que são inerentes àquela fase de pensamento e elaboração. A opção por mantê-lo é reflexo da necessidade de constituir um testemunho do próprio processo de pesquisa, deixando o registro – no lugar de sucumbi-lo – do processo que forçou o pensamento a pensar-se diferente, o que implica o próprio processo de constituição do sujeito-pesquisadora.

No último capítulo, intitulado *Quantas Anas? Sobre os testemunhos do Programa de Volta para a Casa*, tratamos do Programa em si, momento em que procuramos dar visibilidade às noções construídas no decorrer do estudo, as quais são colocadas em funcionamento ao constituirmos os arquivos do PVC como um plano de consistência para a pesquisa, uma vez que esse arquivo conjuga a prescrição de práticas e o estabelecimento de saberes que buscam conformar formas prévias para uma existência, a qual se apresenta hoje como a constituição dos sujeitos usuários dos serviços de saúde mental de modo atrelado ao exercício pleno da cidadania. Ao mostrar a visibilidade e dizibilidade que se forma hoje, não buscamos afirmá-la como verdade, mas marcar seu caráter provisório, o que nos instiga a pensar na transgressão daquilo que fazemos de nós mesmos neste tempo presente.

CAPÍTULO 1

SOBRE A PRODUÇÃO DE SUJEITOS: MUITAS ANAS

Hospital psiquiátrico, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço Residencial Terapêutico, Programa de Volta para Casa: uma rede assistencial pela qual Ana circula. Circula, se enreda ou é constituída? Nem uma nem outra, mas tudo isso. Ana não é apenas um corpo, cujo curso da doença requer tratamento. Também não se pode dizer que ela protagonize uma história que apenas ganha materialidade ao compor os arquivos do Programa de Volta para Casa. Ana é, pois, efeito. Dizer de Ana não como um corpo cuja doença lhe é inerente, nem mesmo como a protagonista de uma história marcada por intenações e por “transinstitucionalização”¹ é demarcar a discussão aqui proposta em um campo que interroga uma ontologia do presente, o que significa perguntar sobre quem somos na atualidade e como nos tornamos aquilo que somos (PORTOCARRERO, 2006).

Nesse sentido, é preciso nos distanciarmos das explicações biologicistas que descrevem os sinais e sintomas patológicos, estabelecendo critérios para se reconhecer a normalidade e, correlativamente, a anormalidade. É necessário se distanciar também de discursos que entendem como necessários e naturais os processos de institucionalização da loucura, tomando as modificações na forma de condução das políticas e da assistência como evoluções de um sistema. Assim, este trabalho se alinha às discussões que entendem o próprio processo de produção dos diagnósticos como datado e atravessado pelas condições históricas e políticas de seu tempo. Pressupõe-se aqui tanto a “loucura” como as instituições a ela vinculadas como construções sociais, o que quer dizer que ambas são frutos de ações humanas e, por isso, contingentes e passíveis de transformação (HACKING, 2001).

No presente trabalho, a escolha é pela noção de *sujeitos*, pensando-os como não possuidores de uma essência (GROS, 2006), mas como constituídos em um jogo, no qual a política, a verdade e as práticas são indissociáveis (FOUCAULT, 1982-1983/2010d). As estruturas e as regras da política dizem respeito a um movimento característico da modernidade ocidental, que primeiro esquadrinhou, conheceu e

¹ Esse termo aparece em processos para inclusão de beneficiários no Programa de Volta para Casa e emerge como uma noção que será utilizada ao longo desta tese dada sua importância para o desenvolvimento da pesquisa. Utilizado por um psiquiatra, o termo *transinstitucionalização* assinala que a alta hospitalar é assinada, mas o que ocorre é a passagem de um interno do hospital psiquiátrico para o Serviço Residencial Terapêutico da cidade.

estabeleceu formas de intervenção nos corpos individuais. Corpos-máquina, conforme o legado deixado pela proposição de René Descartes, “Penso, logo existo”, que dessacraliza o corpo e rompe com as noções metafísicas de alma (ROSENFELD, 1984). Ao afirmar a racionalidade como condição para a existência, Descartes também torna o corpo passível de ser estudado em suas partes, de modo a conhecer o seu funcionamento e estabelecer correlações entre ações e comportamentos, o que possibilita a formação de modelos ideais. Tais modelos são estabelecidos, conforme Foucault (1975/2005)², por meio da definição do melhor gesto, da melhor estatura, da disposição adequada das partes do corpo e da adequada funcionalidade de cada uma delas. A partir do conhecimento aprofundado da anatomia e da fisiologia humana, criam-se critérios de normalidade, o que redundava em uma norma a partir da qual são definidos os normais e os anormais (FOUCAULT, 2009).

Foucault (1977-1978/2008a), no curso *Segurança, território e população*, proferido entre 1977 e 1978, conceitua como *normação* esse movimento que primeiro estabelece uma norma, para, em seguida, definir a normalidade e seu desvio. Nesse mesmo curso, são nomeadas como disciplinas – ou como a expressão de um poder disciplinar – as diferentes estratégias utilizadas para intervir sobre os corpos, isolando-os e tratando-os com vistas a um modelo ótimo. Nesse sentido, o estabelecimento, em primeiro lugar, da norma faz com que ela assuma o *status* de um modelo geral, a partir do qual se tenta conformar os gestos e ações de uma pessoa. Ao sustentarem esses pressupostos, Veiga-Neto e Lopes (2007, p. 955-956) concluem que “é dito normal aquele que é capaz de amoldar-se ao modelo e, inversamente, o anormal é aquele que não se enquadra ao modelo”. Esse arranjo de poder, organizado segundo “padrões prévios”, incide diretamente sobre o corpo para modificá-lo, adestrá-lo, potencializá-lo em sua força física, destituindo-o de sua potência política. Trata-se do uso generalizado das prescrições, o que ganha visibilidade na emergência de instituições como as escolas, os conventos, os hospitais e os hospícios (FOUCAULT, 2005).

Os hospitais e os hospícios são inicialmente organizados como máquinas de curar, pois esperava-se que eles próprios, por meio da sua estrutura física e da disposição dos corpos em seu interior, produziria algo como uma cura. Em *Vigiar e Punir*, Foucault (2005, p. 127) atenta para o fato de que, inicialmente, é “como aparelho panóptico que o

² Na primeira referência às obras de Foucault, incluíram-se os anos de publicação dos originais de seus livros. No caso dos cursos, incluiu-se o ano no qual foram proferidos. Nas referências posteriores, cita-se apenas o ano da obra consultada.

hospital cura”. O hospital psiquiátrico precede à existência da Psiquiatria como um campo de saber articulado a uma prática. No entanto, a ação médica se desloca para o interior do hospital e lança mão de técnicas que combinam vigilância, hierarquia e exame, o que lhe permite estabelecer procedimentos que disciplinam a instituição. Eis aí a motivação para a referência foucaultiana aos desdobramentos potenciais do Panóptico, considerando-o não apenas como um projeto arquitetônico, mas como um importante dispositivo de uma ortopedia moral.

Com a medicalização hospitalar, regulamenta-se os modos de funcionamento do hospital e as formas de se comportar nesse espaço, isto é, o modo como se conduzem as condutas alheias. Pode-se atestar uma regulamentação da vida hospitalar quando se estabelece o controle do ar respirado no seu interior, por meio do cálculo das aberturas; quando se estabelecem regimes, por meio do controle da dispensação de alimentos; quando se prescrevem banhos, orientados pela visibilidade total dos corpos. Alinham-se todos esses procedimentos à padronização da alternância entre o sono e a vigília, sincronizada com as rotinas da alimentação, do banho e da circulação pelos espaços do hospital. Faz-se tudo isso para, em última medida, atingir os corpos daqueles que ali se encontram, sejam eles médicos, enfermeiros ou internos. A disciplina tem, em um primeiro momento, as instituições como seu suporte e os espaços delimitados como seu campo de expressão. Com efeito, ela olha para futuro enquanto incide no presente, de modo a tornar-se um hábito (id., ibid.).

Quais efeitos produzem as técnicas disciplinares que passam a constituir as rotinas de um espaço como um hospício? E como elas incidem sobre aqueles que lá se encontram? É sabido que Foucault não falou a respeito de sujeitos concretos, daqueles que tem nome, sobrenome e endereço fixo. Ele fala de virtualidades de comportamentos e de funções-sujeito que se projetam “sobre” ou “atrás” de uma singularidade somática, que é o corpo (FOUCAULT, 1973-1974/2006). Falar em virtualidades é entender que, quando tornada um hábito, a disciplina dispensa os muros e as cercas, mecanismo disciplinar que se potencializa no momento em que a medicação é introduzida no circuito psiquiátrico com a promessa de levar para o interior do indivíduo a calma do espaço asilar (FOUCAULT, 2005).

Quando a disciplina torna-se um hábito, a calma asilar pode estabelecer-se, sem descontinuidade, entre espaços e corpos. Tem-se, sem muros ou cercas, o mesmo efeito. O controle dos corpos é um dos objetivos da disciplina. As ações das instituições

disciplinares incidem sobre corpos com vistas a produzir docilidade e obediência (id., ibid.).

Passaram-se quase quatro séculos desde que os corpos humanos foram enunciados como máquinas e, enfim, dessacralizados para as dissecações. Igual período remonta às primeiras instituições, cujos mecanismos disciplinares passaram a incidir sobre os corpos de modo mais econômico e sutil do que os recursos utilizados pelos seus antepassados soberanos. No entanto, quando é pleiteada a inclusão de Ana como *beneficiária* do PVC, ainda a calma e a docilidade são os aspectos ressaltados pela equipe de saúde mental responsável por sua avaliação. Sobre Ana, com 71 anos de idade e 52 anos de existência entre Hospital psiquiátrico, CAPS, SRTs, prontuários e avaliações, os técnicos observaram:

Usuária é portadora de CID F20.5 (esquizofrenia residual) e diabética. Atualmente, apresenta-se calma, orientada, cooperativa, ajudando nas tarefas domésticas, sempre bem-humorada. Gosta de participar das atividades desenvolvidas pelo CAPS. Mantém um bom relacionamento com todos da casa.

Ausência de agitação psicomotora, de desorientação no tempo e no espaço. Afeto e humor modulados adequadamente. Mesmo assim, Ana figura como parte de uma população cujas políticas públicas de saúde mental a constituem como seu público. O interesse, nesta tese, pelas descrições feitas sobre Ana no Instrumento de Avaliação do Beneficiário do Programa de Volta para a Casa não se refere ao objetivo de decompor sua história a partir das ferramentas conceituais foucaultianas. Igualmente, não se trata de aplicar os conceitos do filósofo ou da Psicologia para interpretar seus comportamentos. Ao contrário, buscam-se as descrições produzidas por diferentes técnicos que constituem certos modos de vida, junto às prescrições que estabelecem o que os *usuários* devem fazer, orientados por uma teleologia estabelecida pela articulação de discursos profissionais e documentos. Objetiva-se, portanto, pensar sobre as estratégias de governmentação da vida, e sobre os modos de constituição dos sujeitos a partir de um determinado arranjo de discursos e instituições.

No documento referido, Ana não é mais descrita como uma interna, louca, paciente ou doente mental. Ela é nomeada como alguém em cujo corpo inscrevem-se dois diagnósticos da nosografia médica. Mesmo assim, constrói-se uma noção de sujeito que participa das práticas a partir das quais se reconhece a condição de sociabilidade do sujeito, haja vista a referência à adesão ao trabalho (ainda que doméstico) e às

atividades do CAPS e da Casa (SRT). Essas descrições mantêm certa consonância com uma noção que se consolida contemporaneamente em torno da ideia de usuário. Conforme Soalheiro e Amarante (2008), a noção de *usuário dos serviços de saúde mental* tornou-se usual nessa área da saúde, mas ela também passou a ser enunciada na área da saúde em geral. Sinaliza, por sua vez, uma tentativa de substituir designações consideradas restritivas e inadequadas, como “clientes”, “pacientes” e “doentes mentais”, para denotar uma posição de ator social àquele que utiliza os serviços e o sistema de saúde, o que lhe confere o direito de participar da construção e do controle social dos mesmos.

Para os pesquisadores, em que pese certo consenso no uso da designação *usuário*, muitos daqueles que assim se reconhecem têm questionado essa forma de nomeação, considerando-a ainda inadequada. Seguindo a mesma perspectiva, Bosi e Affonso (1998) argumentam que a noção de *usuários* articula diferentes dimensões e abarca, por sua vez, a saúde, a cidadania e a participação popular. Conforme as autoras, a dimensão da saúde refere-se ao seu reconhecimento como um direito pela Constituição de 1988, ao passo que a cidadania e a participação popular são aspectos que se constroem.

Em ambas as posições, a noção de usuário aparece como relacionada a alguém que se pensa como possuidor de direitos e, de modo especial, alguém que tem o direito à saúde. Igualmente, observa-se a concordância das autoras quanto à contemporaneidade dessa construção, assim como ao efeito de verdade que ela passa a assumir no plano das práticas sociais. Por *verdade*, entende-se aqui “a construção de lógicas específicas que os sujeitos utilizam para compreender quem são” (NARDI, 2006). Nardi, baseado nos estudos de Foucault, refere-se aos processos de constituição dos sujeitos. Com efeito, quando consideradas as posições de Soalheiro e Amarante (op. cit.) e de Bosi e Affonso (op. cit.), pode-se dizer que a experiência de perceber-se como *usuário* não seria algo que poderia ocorrer fora de uma conjuntura que passa a reivindicar o acesso à saúde como parte das garantias do Estado, ao mesmo tempo em que são estabelecidas uma série de práticas que buscam situar aqueles que utilizam os serviços de saúde em outra posição que se diferencia da passividade, entendida como reificada na expressão paciente. No entender de Bosi e Affonso (op. cit.), participação popular e cidadania são as duas dimensões que se articulam à noção de usuário, sendo o exercício de ambas a condição para que alguém possa se reconhecer como possuidor de direitos.

A reivindicação de uma nova forma de nomear aqueles que estão vinculados às políticas públicas de saúde atrela-se, portanto, à constituição de uma relação diferenciada do sujeito com ele mesmo. Entretanto, o entendimento desse diferencial, que passa a ser enunciado nessa passagem das noções de *paciente* para *usuário*, requer que seja colocado em cena certo conjunto de práticas historicamente constituídas que gradativamente passam da reclusão compulsória daqueles percebidos como alienados, para um tempo em que o tratamento entra no rol das garantias estatais. Desse modo, quando consideradas as descrições feitas em relação à Ana, pode-se afirmar que elas dizem respeito aos serviços contemporâneos. No entanto, elas somente encontram condições de existência na medida em que se vinculam a um passado próximo que as precederam, o qual ainda não está totalmente superado, na medida em que ainda se mantêm, na atualidade, internações de longa permanência, quadro que justifica a criação de algo como o PVC e que demarca quão tênue pode ser a linha que distingue passado e presente.

Transinstitucionalização: esse é o termo usado por um médico psiquiatra para assinalar o deslocamento de Ana e de tantos outros pela rede assistencial. Trânsito, institucionalidade, circulação: diferença sem ruptura. Isso porque a alta do hospital psiquiátrico é assinada por um médico, porém a saída do sistema, de fato, não ocorre, pois o que se dá é uma transferência de “pacientes” para Serviços Residenciais Terapêuticos. Reconhecendo a mesma dinâmica, Vasconcelos (2000) define o termo *transinstitucionalização* como a passagem do público dos hospitais psiquiátricos para instituições que se assemelham em sua estrutura, apesar de se vincularem a outros equipamentos de governo, como “delegacias, penitenciárias, asilos de idosos, casas de enfermagem, reformatórios, etc.” (VASCONCELOS, 2000, apud BAPTISTA; ZWARG; MORAES, 2001, p. 63).

O termo *transinstitucionalização*, ao mesmo tempo em que remete para as instituições que têm como premissa investir nos corpos com a finalidade de docilizá-los, parece ser uma expressão apropriada para anunciar, por analogia, o movimento que se desdobra do sistema disciplinar. Esse movimento não ocorre por sucessão, mas por sofisticação, e investe na individualização, com os recursos da disciplina, com vistas à totalidade dos seres vivos, pensando-os como conjunto de corpos da espécie humana. Conforme Foucault (2008a), as intervenções sobre a peste, em um determinado momento, e em outro sobre a loucura, são intervenções do tipo disciplinar. Isso porque, nos dois casos, requeria-se a separação do espaço e, nele, a separação dos doentes dos

não doentes, a separação dos insanos dos arrazoados, criando-se formas para se impedir o contágio de alguns, o delírio de outros, e meios para se contabilizar o número de mortes e loucos.

O processo de normação distinguiu o normal e o anormal, e, como consequência, possibilitou a distinção entre o indivíduo sadio e aquele contaminado pela peste. Esse movimento, ao contrário de encerrar-se em si mesmo, produz uma norma. E esta, por sua vez, procede a uma nova divisão, que não se baseia na lógica binária (este ou aquele), mas orienta-se pela distribuição dos casos (estes e aqueles). Foucault (2008a) elege a peste para dar visibilidade ao modo de investimento das técnicas disciplinares, as quais, em um primeiro momento, utilizavam a separação no espaço físico como estratégia de intervenção sobre os indivíduos. Mas será com a varíola e o desenvolvimento da técnica de inoculação de seu vírus que ele mostrará que às leis (heranças da soberania) e às disciplinas são acrescentadas estratégias que ultrapassam as intervenções dirigidas apenas aos territórios ou aos corpos, uma vez que visam à população.

Diferentemente do poder soberano – que não investia em uma racionalidade de governo, pois do soberano bastava a sua vontade, não sendo necessário um saber para proteger seu domínio territorial –, a disciplina caracteriza-se pelo empenho em conduzir as condutas individuais (FOUCAULT, 1979-1980/2010a). Todavia, o aperfeiçoamento de suas técnicas cria as condições para que se possa perguntar: como se pode governar um e, ao mesmo tempo, muitos (SILVA, M. L., 2005)?

Ao se tornar necessária – e possível – a formação de uma racionalidade de governo³ que abarca as individualidades, mas que se volta para o gerenciamento das multiplicidades, a estatística aparece como um recurso que possibilita conhecer a distribuição das mortes e dos acidentes e estimar as taxas de natalidade e mortalidade. Quando estima-se os casos (número de indivíduos contaminados pela varíola, por exemplo), tem-se como correlato a estimativa dos riscos (de contágio), e, logo, a população torna-se passível de ser o alvo da ação. Ao se falar sobre um poder que se exerce sobre a população, não se fala em um poder que coage, constrange ou limita. Ao contrário, fala-se de um poder que regula e busca conduzir as condutas de um, mas ao mesmo tempo, de muitos (FOUCAULT, 2010a). Assim, Foucault (2008a) nomeia como

³ Utilizaremos, doravante, a diferenciação proposta por Veiga-Neto (2005) entre os conceitos de *governo* e *governo*, sendo que o primeiro será utilizado quando a referência for a instituições, como o Estado. *Governo*, por sua vez, será utilizado quando se tratar da ação de governar ou de conduzir as condutas alheias.

normalização a estratégia que toma o normal e o anormal como pontos de partida. Ao se estabelecer o normal e o anormal, torna-se possível pensar a população como um conjunto de elementos, e, ao mesmo tempo, como uma materialidade marcada por constantes e regularidades, as quais, ao serem conhecidas, permitem a derivação de variáveis passíveis de modificação. Para Foucault, essas estratégias permitem que se invista na vida “de cima para baixo” (FOUCAULT, 2008a, p. 152).

Ao criar *O panóptico*, o inglês Jeremy Bentham (1748-1832) deu visibilidade à sofisticação da tecnologia disciplinar, assim como à potência desta de formar máquinas de ensinar, de fazer trabalhar e de curar (SILVA, 2000). Pouco depois, outro inglês, Francis Galton (1822-1911), desenvolve seus estudos com o objetivo de estabelecer os agentes que podem ser controlados para melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações, em seus aspectos físicos e mentais. Esse campo de estudos por ele aberto nomeia-se de *eugenia* (SANTOS, 2005). Suas conclusões ganham expressividade entre os alienistas (posteriormente nomeados *psiquiatras*), pela defesa da tese de que a espécie humana poderia ser melhorada, sendo preciso, para isso, o combate à sua degeneração.

O entendimento da degeneração como a causa, por excelência, da alienação mental (SILVA, 2003) tem como desdobramento o empreendimento de ações que incentivam a realização do exame pré-nupcial e o casamento entre pessoas saudáveis, assim como as campanhas contra o alcoolismo. Por outro lado, sustentava-se o não investimento em crianças defeituosas ou malformadas e a esterilização dos alienados mentais (SANTOS, op. cit.; COSTA, 1989). Se, em um primeiro momento, o hospício foi pensado como máquina de curar (FOUCAULT, 2006) e como um local de exercício da filantropia (PINEL, 1800/2007), é preciso questionar as funções que ele assume, no contexto brasileiro após a Proclamação da República, quando o que está em jogo não parece mais ser a cura ou mesmo a filantropia, pois, nesse tempo, tornam-se mais presentes as reivindicações relacionadas à proteção social. Santos (op. cit.) assinala que os apelos para a manutenção da ordem brasileira, aliados aos desejos pelo progresso, foram facilmente assimiláveis às propostas eugênicas e às estratégias de proteção à espécie humana. Nesse sentido, o asilamento nos hospícios pode ser pensado como uma prática que, gradativamente, assume funções que ultrapassam o aspecto disciplinar e a intervenção sobre um ou outro indivíduo, sendo utilizado também com o intuito de proteger a população, na medida em que se impedia a procriação daqueles tidos como loucos.

Contudo, quando se estabelece uma correlação entre a emergência da população como uma problemática para o exercício do governo e a formação de saberes sobre a mesma, tem-se, como um dos desdobramentos, algo como a “transinstitucionalização” das práticas alienistas/psiquiátricas, isto é, um deslocamento, e a transposição do limiar do manicômio. Toma-se aqui novamente a noção de *transinstitucionalização* para assinalar que não se trata do estabelecimento de um saber que está dentro ou fora do manicômio, como se o Panóptico remetesse apenas à clausura. Ao contrário, para se conhecer os desvios (entre eles a alienação) – e intervir sobre os mesmos de modo a interferir no melhoramento da população, por exemplo –, a clausura persiste, mas não basta. Com efeito, a Psiquiatria passa a se difundir pelo cotidiano das cidades e das famílias.

Foucault constrói as noções de *disciplina* e de *biopolítica* como ferramentas que lhe permitem entender como se correlacionam as estruturas e as regras da política (as instituições e o exercício do poder) com as formas e as condições de dizer a verdade⁴. Os escritos de Foucault são também uma análise das formas de organização do poder e do estabelecimento de uma arte de governar, mas transpõem esse limiar, uma vez que suas investigações se orientam para uma indagação que percorre diferentes momentos de sua obra: como nos tornamos aquilo que somos?

Em seus últimos cursos, Foucault nos aponta que a constituição do sujeito é indissociável da relação entre poder e verdade. Nesse sentido, é preciso indagar sobre os diferentes arranjos colocados em funcionamento com a soberania, a disciplina, a biopolítica, quando se trata de pensar sobre os diferentes modos de investimento sobre a vida e, especialmente, sobre as estratégias de se conduzir as condutas. Em que pese a formação de uma racionalidade de governo que produz diferenças marcantes entre os três arranjos acima apontados, isso ainda não diz sobre como se pode visibilizar os modos de manifestação da verdade. Talvez, a dificuldade para se operar com a proposição foucaultina de que a interrogação sobre aquilo que somos deve ser colocada de modo a considerar conjuntamente *poder*, *verdade* e *sujeito* esteja na insistência de percorrer caminhos muitas vezes já percorridos quando se pretende questionar a nossa atualidade. Esses caminhos já conhecidos são aqueles que interrogam assepticamente sobre verdade ou o poder: o que é o verdadeiro? Quais são as formas e estruturas de

⁴ Cabe realçar que se depreende da leitura de seus trabalhos o entendimento de que a emergência das técnicas disciplinares (incidência sobre o indivíduo) e sua sofisticação em um arranjo biopolítico (incidência sobre a população) precisam ser consideradas em uma relação de indissociabilidade com aquilo que é considerado como verdadeiro (FOUCAULT, 2010a).

governo? Outra modalidade recorrente é a insistência na prescrição moralizante, indicando formas de conduta, de governmentamento ou daquilo que deve ser considerado como a verdade (FOUCAULT, 2010a). Também se incorre na tentativa de se perguntar diretamente pelo sujeito, caindo, sem dúvida, na pergunta sobre o ser, tão cara à fenomenologia. A abertura dada por Foucault está justamente na necessidade de formular a indagação sobre a constituição dos sujeitos sem percorrer o mesmo trajeto, mas sem abandoná-lo.

No Curso *Do Governo dos Vivos* (1979-1980/2010), Foucault define a manifestação da verdade como “um conjunto de procedimentos possíveis, verbais ou não, pelos quais se atualiza isso que é colocado como verdadeiro em oposição ao falso, ao oculto, ao imprevisível” (p. 36). Nesse Curso, o autor enfatiza a relação que se estabelece entre sujeitos no interior de determinadas instituições, pagãs e cristãs. Relações em um espaço institucional que está absolutamente atravessado pelos modos de governmentamento da população e dos indivíduos. *Relação entre sujeitos*, na medida em que todos passam a pensar sobre si e sobre os outros no jogo das práticas discursivas. E *relações de poder*, pois se trata de determinados modos de se conduzir as condutas alheias. Em meio a tudo, como a verdade pode se manifestar de modo a manter a correlação entre a forma como um sujeito se constitui no interior de determinado arranjo de poder?

Essa pergunta possibilita interrogar sobre o modo como se constitui um sujeito ao longo de sucessivas transinstitucionalizações, como aquelas observadas nas descrições do Instrumento de Avaliação do Beneficiário já citado: Hospital psiquiátrico, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), SRT, PVC. Com efeito, pode-se olhar para as transinstitucionalizações e descrever os fatos que favoreceram seu acontecimento. Pode-se também analisar a forma como, em cada um desses serviços ou programas, busca-se incidir sobre os corpos e seus comportamentos. Pode-se também analisar as justificativas para a existência de cada um desses espaços, e de todos eles no decorrer da história das políticas públicas de saúde no Brasil, destacando como se formam os discursos que assumem efeitos de verdade nesse meio. No entanto, a procura que se faz aqui é pela indagação acerca da constituição dos sujeitos no contexto das políticas públicas de saúde mental, especialmente quando se observa que a cidadania é enunciada como algo a ser produzido ou como um objetivo a ser alcançado por aqueles que são descritos como a população de determinados serviços e programas. Para desenvolver a indagação aqui proposta, são utilizados alguns elementos do percurso foucaultiano e

seus pressupostos, tomando-os como ferramentas, isto é, como utensílios previamente forjados, dos quais se lança mão com vistas a um trabalho ainda por fazer (VEIGA-NETO; LOPES, 2007).

1.1 Dos modos de vida aos modos de subjetivação: sobre a questão do sujeito

No curso *A coragem da verdade* (1983-1984/2010c) – o último proferido por Foucault, tendo em vista sua morte precoce –, o filósofo se ocupa, nas primeiras duas aulas, do ciclo que envolve o julgamento, a persuasão para a fuga e a morte de Sócrates. Foucault se detém nesse ciclo, e o faz colocando em análise, uma vez mais, a noção de *parresia*. Ele assinala que, por meio dessa análise, é possível dar visibilidade ao entrelaçamento entre os modos como a verdade é dita, os saberes e os poderes articulados no exercício do governo. Ele ainda aborda os exercícios pelos quais um sujeito se constitui. Foucault insiste que há uma diferença produzida pela interpretação de Dumézil das últimas palavras de Sócrates antes sua morte: “Critón, devemos um galo a Asclepio. Paga minha dívida, não se esqueça⁵” (FOUCAULT, 2010c, p. 110). Para ele, a diferença está justamente na insistência de Sócrates até o final para que seus discípulos, amigos e filhos ocupem-se de si mesmos. Dessa maneira, Sócrates os interpela não para uma relação passiva de si consigo, nem mesmo para uma relação passiva de si com os outros; ao contrário: ele fala de um exercitar-se. Nesse sentido, conforme a leitura que Foucault faz da interpretação de Dumézil, o pedido para que se pague um galo ao Deus da cura implica re-situar um campo de práticas envolvidas no cuidado dos outros (um com o outro), e, ainda, práticas que se estabelecem de si para consigo, de modo a produzir um *ethos*. Há que se assinalar uma proximidade entre a ética e a moral nesse último curso, de modo que a constituição de um *ethos* é a constituição de um indivíduo em sujeito moral de sua conduta (FOUCAULT, 2010c).

A respeito desse autor e do momento de sua obra, Veiga-Neto (2011) concorda com a percepção de uma aproximação entre ética e moral. Entretanto, esclarece que há distanciamento da concepção de moral clássica, fundada no “estudo dos códigos morais referentes à conduta humana” (p. 81). Para ele, quando Foucault fala em *constituição de um sujeito moral de sua conduta*, ele não diz de um *estudo*, mas de um *modo*, o que poderia ser pensado como uma modulação da relação de si para consigo.

⁵ Todas as citações da obra *A coragem da Verdade* serão feitas em português, sendo as mesmas traduções livres feitas por nós.

Veiga-Neto (op. cit.), ao abordar a dimensão ética do pensamento foucaultiano, afirma que o filósofo francês alcança esse momento na medida em que buscou entender como se opera a transformação dos seres humanos em sujeitos. Nota-se que, ao se adotar uma perspectiva de transformação, rompe-se com as noções que buscam uma essência ou um *a priori* nos sujeitos, ao mesmo tempo em que se remete para o campo das construções humanas. Desse modo, essa transformação do humano em sujeito só pode ocorrer na medida em que o primeiro se torna objeto de investimento e investigação, sendo objetivado em um campo de saberes, no qual as ciências humanas têm um papel de destaque. Articula-se ao primeiro movimento um segundo, no qual incidem sobre os indivíduos práticas divisórias, que, por meio de mecanismos e práticas de poder, divide-os e classifica-os. Por último, mas sem dissociar-se dos dois primeiros, Veiga-Neto (op. cit.) dirá que Foucault define os modos de transformação como práticas aplicadas por outros e por nós mesmos: uma relação com os outros, não dissociada da relação de si consigo.

Grosso modo, por meio das noções de *disciplina*, *biopolítica* e *ética*, Foucault demarca três registros, com as devidas diferenças entre eles, que dão visibilidade aos distintos arranjos sobre os quais se organiza a passagem de humano a sujeito. Essa passagem não se opera de cima para baixo. Como explicita Foucault, trata-se de um investimento de “baixo para cima” (2008a, p. 152), pois produz, como efeito, a formação de uma relação específica de si consigo. Nas palavras de Nikolas Rose, poderia ser percebido como um efeito dessas operações a produção de uma “criatura” (ROSE, 2001).

Quando Nikolas Rose, seguindo o percurso de Foucault, se refere a *criaturas*, podemos pensar que ele fala de sujeitos criados na relação com o outro, implicando formas de contato e atrito entre corpos, o que, por si só, produz diferença. Podemos pensar ainda que a noção de relação com o outro remete à noção de trabalho, considerando-o em sua acepção de “tripalium”, isto é, de tortura (ALBARNOZ, 1994). *Tortura* entendida de um modo que difere da violência que aniquila o outro, por isso pensada como a produção de uma torção, de uma dobra, uma diferença que se cria com o outro. Ao considerar essa produção de si que se dá com o outro, desloca-se qualquer possibilidade de pensar o sujeito como pura interioridade, entendendo-o como a origem e o último refúgio de si. Assim, se, por acaso, um entrevistador perguntasse a Ana por que foi ela internada em um manicômio, desinternada por transinstitucionalização para um Serviço Residencial Terapêutico, incluída em um Centro de Atenção Psicossocial e,

posteriormente, beneficiada pelo Programa de Volta para a Casa, talvez ela responderia ao entrevistador que essas transformações ocorreram por ela ser “portadora de CID F20.5 (esquizofrenia residual) e diabética”, mas que “atualmente, apresenta-se calma, orientada, cooperativa, ajudando nas tarefas domésticas”. Ela poderia dizer que está “sempre bem-humorada” e que “gosta de participar das atividades desenvolvidas pelo CAPS”. Além disso, “mantém um bom relacionamento com todos da casa”. (Formulário PVC)

Essas palavras bem que poderiam ser enunciadas por Ana, denotando uma coincidência entre as descrições que dela são feitas e o modo como ela passou a pensar sobre si mesma. No entanto, o referido registro foi realizado pelos técnicos no Instrumento de Avaliação do Beneficiário do Programa de Volta para a Casa. Palavras que fazem mais do que falar de um sobre o outro, pois inscrevem aquela da qual se fala em um registro institucional que marca a sua “aptidão” para estar fora do manicômio, mas dentro ainda de um determinado circuito político, ou de outra política de subjetivação que visa à produção da inclusão social e da cidadania. Dizer que somos *criaturas* não significa dizer que somos inventados do nada, mas que somos torcidos e formados com os outros.

Foucault, em sua aula inaugural no Collège de France, publicada sob o título de *A ordem do Discurso* (1970/2002a), mostra que, para se romper com os pressupostos da *causalidade* e da *origem*, deve-se operar com as noções de *casualidade* e de *acontecimento*, ou, nas palavras do filósofo, “é preciso aceitar a introduzir a casualidade como categoria na produção do acontecimento” (p. 59). Para ele, pensar em acontecimentos é pensar em séries homogêneas, mas, ao mesmo tempo, descontínuas, pois “trata-se de cesuras que rompem o instante e dispersam o sujeito em uma pluralidade de posições e funções possíveis” (p. 58).

Se, de um lado, a persistência de discursos sobre determinados sujeitos (sejam eles nomeados em diferentes momentos das práticas psiquiátricas como “loucos”, “insanos”, “alienados”) dá mostras de certa homogeneidade, por outro lado, o modo como cada discurso se correlaciona a um determinado regime de verdade revela rupturas e descontinuidades, o que nos instiga a perguntar sobre a virtualidade das diferentes posições que passam a suscitar diferentes modos de produção de sujeitos. Nesse sentido, ao considerar as descrições feitas sobre Ana, não se trata de entendê-las como a possibilidade de observar a “encarnação de um sujeito”, ou como o momento em que a função sujeito se acopla a um corpo formado de carne, vísceras, ossos e pele.

O que se que coloca como questão é: por meio de quais operações dobra-se algo como um sujeito? Ou ainda: de modo que as transinstitucionalizações fazem cair em desuso o discurso do *louco* como *perigoso* e como passível da internação, possibilitando que se fale em *usuários dos serviços de saúde mental*, os quais devem ser *reinseridos* e tornados *cidadãos*?

Trata-se, portanto, de proceder não a uma análise da história de vida de Ana, mas de se perguntar sob quais condições se produzem muitas e tantas “Anas” sujeitas à prática do internamento, à inserção no Serviço Residencial Terapêutico, ao tratamento no CAPS, ao processo de reinserção social, à produção da cidadania. Se não se procede a uma análise do indivíduo, é porque se busca fazer uma ontologia do sujeito, ou uma analítica do sujeito, como nomeado por Foucault (2010c). A respeito dessa escolha, Veiga-Neto (2011, p. 113) faz uma advertência. Para ele,

[...] uma analítica do sujeito, seja qual for a adjetivação que se atribua a esse sujeito – pedagógico, epistêmico, econômico –, não pode partir do próprio sujeito. É preciso então tentar cercá-lo e examinar as camadas que o envolvem e o constituem. Tais camadas são as muitas práticas discursivas e não discursivas, os variados saberes, que, uma vez descritos e problematizados, poderão revelar quem é esse sujeito, como ele chegou a ser o que dizemos que ele é e como se engendrou historicamente tudo isso que dissemos dele.

Se partir dos próprios sujeitos se mostra como um caminho em falso, pois nos conduzirá ao risco da procura por uma origem ou de uma suposta interioridade, como constituir uma rota que passe por fora? No curso *Segurança, Território e População* (2008a), Foucault afirma a necessidade de constituir um método que problematize a instituição psiquiátrica a partir de seu exterior, de modo a compreender como ela se articula a uma ordem de estratégias e de táticas que, grosso modo, ele nomeia como uma *tecnologia de poder*. Passar por fora, por detrás, significa a recusa a um objeto já pronto, ao qual perguntaríamos apenas pela sua função. Significa deslocar os questionamentos que insistem em saber qual a função dos loucos no contexto de determinada sociedade, ou ainda, qual a função do internamento no contexto atual.

Para colocar em questão justamente o presente, o filósofo estabelece como ponto de partida a história, procedendo à pesquisa do que está dito e dos enunciados inscritos nos arquivos. O que buscava Foucault nos arquivos quando o que estava em questão eram os sujeitos? Frederic Grós (2006), em referência aos últimos cursos lecionados por Foucault, esclarece que a *subjetividade* não remete a algo como uma essência, nem a

uma substância ou prática transcendental. Diferentemente, trata-se de uma reflexibilidade ou uma prática, o que pressupõe o estabelecimento de uma relação de si consigo para se constituir. Desse modo, se Foucault busca os textos antigos, é para investigar, ao menos, dois aspectos. Em primeiro lugar, ele investiga o modo como se estruturava uma relação do sujeito com ele mesmo. Em segundo lugar, como se estabelecia o processo de construção subjetiva proposta. Mais uma vez, é evocado o tema da construção, ao qual se articula uma noção de sujeito que se transforma, se forma e se modifica, o que não se faz só, nem por meio da contemplação da alma ou de um transcendente. Fala-se aqui, portanto, de uma experiência que se faz por meio de práticas ou de exercícios e de técnicas precisamente delineadas.

A noção de práticas aparece em diferentes escritos ou cursos de Foucault, ganhando especial relevo nos cursos em que ele trata dos textos antigos. Na segunda hora da aula de 15 de fevereiro de 1984, do curso *A coragem da Verdade*, encontram-se essas palavras: “esse campo geral das práticas é justamente tudo o que se denomina *epimeléia*. Ocupar-se de alguém, ocupar-se de um rebanho, ocupar-se da família ou, como encontramos com frequência o que concerne aos médicos, ocupar-se de um enfermo: isso é o que se chama *epimeleisthai*” (2010c, p. 126). No rol dessas práticas, insere-se a prescrição de alimentos que devem ser ingeridos, os exercícios que precisam ser realizados. Trata-se de um conjunto de atividades e de prescrições nas quais um diz ao outro o que deve ser feito ou evitado com vistas a estabelecer uma relação que permita o reconhecimento das opiniões falsas, a distinção das ações e a observação de um modo de vida (FOUCAULT, 2010c).

Na primeira hora da aula do dia 29 de fevereiro de 1984, ainda do curso *A coragem da verdade*, essa noção de modo de vida volta a figurar na exposição feita por Foucault. Apesar de este não ser um trabalho sobre o filósofo, antes de prosseguirmos com a discussão do problema desta tese, torna-se necessário assinalar dois aspectos: o primeiro está relacionado à vinculação que existe entre modos de vida e uma estilística da existência, enquanto o outro aspecto refere-se à impossibilidade de essa noção ser utilizada quando se trata de colocar em questão a produção de sujeitos no contexto da saúde mental. Após essas distinções, será possível delinear mais precisamente o quadro no qual insere a pesquisa aqui desenvolvida e o modo como funciona esta tese.

Quanto ao primeiro aspecto destacado, é preciso retornar às diferenças que Foucault assinala entre os diálogos *Laques* e *Alcebiades*. Na aula acima referida, o autor prossegue na análise desses dois textos e destaca as dissimetrias existentes entre os

personagens Laques e Nícias, por um lado, e Alcebíades, por outro. Se os primeiros eram respeitáveis, idosos, quase mesmo anciãos, Alcebíades era jovem e desejável. Apesar dessas e de outras diferenças, há um ponto comum aos dois diálogos: a atuação de Sócrates, uma vez que será por meio dela que os três interlocutores (Laques e Nícias em uma ocasião, e Alcebíades em outra) serão interpelados a renderem contas de si mesmos. Por meio disso, nos dois casos, Sócrates os leva a perceber que ambos precisam ocupar-se de si. Nessa operação que desloca da prestação de contas ao reconhecimento da necessidade de ocupar-se de si, Sócrates se coloca como aquele que é capaz de se ocupar dos outros; mais do que isso, ele é aquele que pode fazer com que cada um deles se ocupe de si.

Foucault, na mesma aula, indica outra diferença fundamental entre os diálogos *Laques* e *Alcebíades*. Neste último, quando Alcebíades era interpelado a ocupar-se de si, era com a sua alma, ou *psique*, que ele se ocupava. Ao contemplá-la, contemplava-se também, como consequência, o aspecto divino nela existente. Em *Laques*, o movimento se dá em outra direção. Ao ocuparem-se de si, Laques e Nícias rendem contas de como ambos têm vivido, tratando-se, especificamente, da maneira como vivem. Desloca-se da *psique*, marca do diálogo Alcebíades, para a *bios* e a maneira como a vida é vivida. Desse modo, pode-se dizer que o correlato da alma é a contemplação, ao passo que, no caso da vida, o que aparece em *Laques* é a prova, o exame e o exercício, todos eles dedicados a dar uma forma à vida (FOUCAULT, 2010c).

Nesse movimento entre uma “metafísica da alma”, presente em Alcebíades, e uma “estilística da existência”, marcada em *Laques*, Sócrates constitui uma espécie de plano de consistência para o desenvolvimento do pensamento ocidental, conforme afirma Foucault (2010c). Dessa maneira, entre a contemplação da alma e o exercício de constituir uma forma à vida, forma-se uma das marcas do pensamento ocidental, a qual diz respeito a um trabalho ativo para dar um “estilo à existência” (p. 173).

Tendo em vista as distinções feitas por Foucault, torna-se possível desenvolver o segundo ponto anunciado anteriormente. Se, na análise dos diálogos citados, Foucault usa literalmente a expressão “modos de vida”, ele o faz quando se refere ao diálogo *Laques*, e é para marcar que a forma de *parresia* colocada em jogo, nesse caso, por Sócrates, é uma *parresia* ética. Nesse sentido, ao falar em modos de vida, ele faz referência direta a uma estilística da existência, o que quer dizer que, por meio de uma determinada relação com o outro (Sócrates) e da prestação de contas de si, o sujeito é interpelado a ocupar-se de si. Nesse sentido, trata-se de elaborar uma forma – bela –

para a existência de um sujeito, de modo que ela seja lembrada para além da sua vida. Esse processo não é apartado do mundo: ao contrário, o cuidado de si é, nas palavras de Grós (op. cit., p. 132), “constitutivo da ação, mas de uma ação regulada, circunstanciada, refletida. Não se cuida de si para escapar do mundo, mas para agir como se deve”. Cuidava-se de si para, em última medida, cuidar-se da ação no mundo. Para atingir essa finalidade, os meios são absolutamente sociais, e incluem “conversações, troca de cartas, ensinamentos e aprendizagens em escolas e formações individuais”, como afirma Grós (ibid.). Essa discussão também está presente no curso *A Hermenêutica do sujeito* (1981-1982/2010b). Ao retomar certo percurso feito por Foucault ao longo de suas obras, observa-se que ele dá visibilidade ao modo como a vida passa a ser investida e governada. Para isso, ele elabora, entre outras, as noções de *disciplina*, *biopolítica* e *governamentalidade*, procedendo, por fim, a uma análise do sujeito, por meio da qual “ele procura captar nos textos antigos um elemento pré-doutrinal: a estruturação da relação consigo mesmo, a modalidade de construção subjetiva proposta”, conforme Grós (ibid., p. 128).

Desse modo, Foucault se ocupa, em alguns de seus livros, nomeadamente, as obras *Doença Mental e Psicologia* (2000), *História da loucura* (1972/2004) e *Vigiar e Punir* (1975/2005), das instituições que, por excelência, estão intrinsecamente relacionadas com a discussão desenvolvida nesta tese. Nessas obras, pode-se dizer, de maneira geral, que se evidencia o estatuto epistemológico que organiza a estruturação dos hospícios e, igualmente, a constituição do saber-poder psiquiátrico, com sua consequente transposição do limiar do hospital. Por outro lado, ao longo dos seus cursos proferidos no Collège de France, e, de modo especial, em seus últimos cursos, o que faz diferença para este trabalho de tese é, justamente, a persistência de Foucault na sua relação com as fontes ou documentos que utiliza. Esse aspecto aparece nas exposições profusas de detalhes e no realce das particularidades das práticas descritas. A ênfase nos meios, nos exercícios e nos modos como algo como a *verdade* se manifesta na relação com o outro é o aspecto que possibilita, conforme entende-se aqui, deslocar o olhar do pesquisador do aparente e imóvel para o processo.

Porém, assinala-se aqui um risco que há, nesse trânsito entre um tempo e outro da obra foucaultiana, para pensar sobre questões que, como assinala Hilleshiem (2008) em sua tese, não foram pensadas nem por Foucault, nem por outros autores, os quais, por ventura, são utilizados nos trabalhos acadêmicos com o objetivo de fazer com que eles produzam interseções com os estudos por outros desenvolvidos, o que se dá para além

da existência de qualquer um deles. Por isso, assinala-se aqui que um dos possíveis problemas a ser levado em conta, ao mobilizar esse esteio teórico, está em transpor a noção *modos de vida* para outro contexto, no qual não se pode mais falar em uma estilística da existência. Como assinala, em sua tese, Rosane Neves da Silva (2001), no contexto dos sistemas políticos modernos, o que se coloca em curso é uma espécie de "patrulhamento" das populações, de modo a desenvolver uma tecnologia que visa a "tomar um conjunto de indivíduos" e produzir uma "homogeneização das subjetividades". Nessa linha, é mais adequado falar em *modos de subjetivação*, seguindo a acepção dada por Foucault a essa expressão no curso do *Governo dos Vivos*, a qual ele define como a "formação de uma relação definida de si consigo" (2010a, p. 20). Essa relação ocorre, necessariamente, dentro de uma conjuntura política, que se organiza por meio de uma série de instituições que combinam estratégias que abarcam o governo da população, mas que, ao mesmo tempo, formam modos de subjetivação.

O que se coloca em discussão, nesta tese, é como se articulam, em determinados contextos, tempos e espaços definidos, certos modos de subjetivação que passam a ser conformados a partir do estabelecimento de um conjunto de prescrições ou, dito de outro modo, da afirmação prévia de uma forma para a vida. Vida que é constituída pelos saberes que dela falam, pelas instituições que nela investem, de modo a exercer um governo ou a conduzir as condutas alheias (FOUCAULT, 2010a). É nesse registro que se inscreve a pergunta sobre no que redundam as práticas ou o que elas buscam produzir quando os técnicos responsáveis pela avaliação de Ana lhe prescrevem, como proposta de programa terapêutico, "estimulá-la no exercício de tarefas domésticas, frequentar grupo de idosos no Centro de Referência da Cidadania da Comunidade. Realização de tarefas como compras na padaria, mercado, ir à Igreja, etc.". Segue-se, a essa prescrição, outra, sob a rubrica de proposta de indicação terapêutica de cuidado: "promover, de acordo com as limitações cognitivas, o resgate da cidadania e a reinserção social através de atividades oferecidas na comunidade."

Como já assinalado, tem-se em vista, neste percurso de pesquisa e escrita, o risco de simplesmente transpor o processo de constituição de si no Mundo Antigo para outro contexto sem o devido entendimento de algumas das implicações que disso decorre. Uma dessas implicações diz respeito à impossibilidade de se falar em uma interioridade, tal como é vivenciada hoje quando da interpelação socrática acerca do cuidado de si. Nesse sentido, busca-se aqui trabalhar com a noção de *práticas*, tornando-as um

operador que torne possível fazer falar sobre um determinado campo e, conseqüentemente, um objeto. Para tanto, é preciso explicitar as diferenças que se colocam com a Modernidade no que se refere à experiência de si. Se a impossibilidade de falar, na atualidade, em modos de vida e em uma estilística da existência já foi indicada, trata-se agora de delinear algumas linhas de composição dos modos de subjetivação contemporâneos, marcados pela interioridade.

1.2 Sobre a questão da modernidade ou Como destituí-la de seu sujeito soberano?

O movimento intelectual formado em solo francês, no decorrer da década de 1960, e conhecido como *Estruturalismo* reivindica um deslocamento da noção de sujeito-centro, isto é, do “eu penso” cartesiano, especialmente pelos estudos de vanguarda de Lévi-Strauss no campo da Antropologia. Conforme a avaliação de Dosse (2007), ao se retirar o sujeito do centro da interrogação, busca-se romper com a perspectiva que se inaugura com a Modernidade. As críticas se direcionam, pois, para século XVII, mas, mais especificamente, para o final do século XVIII. Trata-se de refutar a atitude de interpretar os seres humanos como sujeitos e objetos do próprio conhecimento, isto é, aqueles que empreendem a atividade de conhecer e, assim, conhecem inclusive a eles mesmos (DREYFUS; RABINOW, 2010).

Em que pese a impossibilidade de identificar como homogêneo o movimento estruturalista, Foucault se alinha às críticas feitas por essa perspectiva de pensamento, sobretudo no que tange à soberania do sujeito – medida última de todas as coisas e aquele conhecedor de si e do mundo. Portanto, a oposição que se faz a partir da década de 1960 não se limita à noção de sujeito que se forma com as proposições de René Descartes, uma vez que as críticas também se direcionam ao existencialismo de Jean-Paul Sarte e à abordagem fenomenológica, sendo Sartre acusado de desenvolver “um processo de descrição interiorizada da experiência vivida” (DOSSE, op. cit., p. 78).

Muitas vezes, Foucault foi identificado como estruturalista, mesmo que ele recusasse insistentemente esse lugar (ERIBON, 1990). Dosse (op. cit.) ressalta que se pode mesmo reconhecer aproximações entre o modo de trabalho foucaultiano e o de outros pesquisadores, especialmente no que se refere à obra *As palavras e as coisas* (1966), que “vendeu como pãezinhos” no momento em que o estruturalismo caminhava em direção ao seu ápice. Contudo, da mesma maneira que há uma clara distinção entre o pensamento de Foucault no que tange ao *cogito* cartesiano e ao postulado da dúvida

como forma de situar o sujeito no lugar de referente absoluto e de criador de todas as coisas, ele se distingue da tríade considerada a base do estruturalismo em seu apogeu, (Jacques Lacan, Lévy-Strauss e Greimas). A diferença está justamente na pertença desses três pensadores a “uma mesma aventura, aquela que se propõe ao objetivo de instalar as ciências humanas com a mesma base das ciências da natureza” (DOSSE, op. cit., p. 195).

De modo específico, Foucault recusa o empreendimento sartreano, com suas “descrições interiorizadas das experiências vividas” (DOSSE, op. cit., 78). E, de modo geral, recusa também o empreendimento do Estruturalismo, percebido por ele como o estabelecimento de uma teoria geral (DREYFUS E RABINOW, op. cit.). Mesmo assim, Foucault comunga da proscricção do “eu” (Moi) pela tríade estruturalista, o que avança como a repercussão da leitura particular que Louis Althusser faz da obra de Karl Marx. A ascensão de Althusser dá força para a volatização do sujeito no plano teórico, alinhando-se àqueles cujos trabalhos se empenham em destronar e descentrar o homem sob todas as formas (DOSSE, op. cit.). A morte do homem torna-se o fascínio dessa época. Ainda nas palavras de Dosse (op. cit., p. 426),

as negações sucessivas do sujeito na linguística saussuriana, na antropologia estrutural e na psicanálise lacaniana acabam de encontrar em Foucault aquele que reinstala no próprio âmago da história cultural ocidental essa figura como ausência, como falta em torno da qual se desdobram as epistemes.

Ao responder sobre a morte do sujeito, Foucault falará justamente das contribuições de Lévy-Strauss quanto ao estudo das sociedades e de Lacan em relação ao inconsciente, afirmando que ambos contribuem para o entendimento de que a noção de sentido, tão cara a Sartre, não era mais que “um efeito de superfície, uma reverberação, uma espuma” (DOSSE, op. cit., p. 427). Com isso, Foucault retira o sujeito do começo, negando-o como uma anterioridade, ao mesmo tempo em que nega qualquer possibilidade de interioridade. Desse modo, torna-se oportuna a possibilidade de falar do sujeito como um *efeito*. Por essas questões, é preciso lembrar que Foucault é marcado tanto pelos aforismas quanto pelo modo genealógico de pensamento nietzscheano, o que se alinha à sua empreitada de romper com o Humanismo, sendo este entendido como apologia do homem como senhor de sua história, como um ente autônomo e consciente de suas ações. Para Foucault, essa ilusão do que seria o homem

nasce no mundo do século XIX, momento em que, apesar do anacronismo, deve ser entendido como a época de Sartre.

A vinculação de Sartre ao século XIX tem, ao menos, três funções. Em primeiro lugar, distinguir os adversários teóricos de uma época e os conceitos que se busca refutar. Em segundo lugar, busca-se situar, no fluxo da história, o tempo em que se vive enquanto ele é vivido. Assim, relegar Sartre ao século anterior diz respeito ao não reconhecimento do filósofo como contemporâneo, assinalando a ruptura que ocorre no momento em que vivem. Theresa Calvet de Magalhães defende que é a formação do novo ou a atualidade que está em jogo nos trabalhos de Foucault. Para ela, o que realmente interessa a Foucault “é o novo ou o atual, o outro lado virtual do presente ou o devir-outro do presente, é o que está em vias de se fazer, o que no presente estamos já a deixar de ser, aquilo com o que estamos em vias de romper (...)” (1997, p. 29).

Em terceiro lugar, Foucault, ao insistir na continuidade de Sartre com o pensamento do século XIX, marca certas rupturas desse século em relação aos períodos que lhe antecederam, assim como à abertura colocada em curso pela onda estruturalista. Desse modo, Foucault busca mostrar, com seus estudos, que a noção de *homem*, criada no mundo do século XIX, não tinha lugar no pensamento grego, pois o que organizava a episteme daquela época eram os deuses, a natureza e o cosmos, e não a premissa de um sujeito responsável. Esse sujeito, responsável, é igualmente ausente no período da Renascença, quando o ato de conhecer esmerava-se em representar o representado, em uma busca da similitude perfeita (DOSSE, op. cit.). Tal perfeição é desestabilizada mediante a introdução da dúvida e do julgamento, dupla que se desdobra como exercício e marco da racionalidade. Enfim, o ataque a Sartre se dá em virtude de ser ele considerado um dos guardiões da filosofia de sua época, o que, no final das contas, o aproxima justamente de certa vertente da filosofia que possibilita a “introdução pelo ego cartesiano do sujeito como substância, receptáculo da verdade”. Será a essa perspectiva que Foucault, em particular, e os estruturalistas, em geral, vão se contrapor (DOSSE, op. cit., p. 429).

O breve delineamento desse cenário e dos pressupostos que estão em jogo tem como função evidenciar que, na acepção de Foucault, a empreitada que realmente compete à Filosofia consiste em “derrubar o obstáculo epistemológico formado pelos privilégios concedidos ao *cogito*, ao sujeito como consciência e substância” (DOSSE, 2007, p. 430). Matar o homem, descentrar o sujeito e forçar o pensamento a pensar

diferente: seriam essas as ações esperadas do “trabalho crítico do pensamento sobre o próprio pensamento” (FOUCAULT, 1984, p. 13).

Mesmo aliando-se àqueles nomeados *estruturalistas* para combater a perspectiva filosófica assinalada, Foucault não adere ao que propõe Althusser no que tange à análise do discurso enquanto ideologia, muito menos admite a posição lacaniana de “que exista no discurso um lugar de verdade do sujeito” (DOSSE, op. cit., p. 202). Todas essas recusas fazem com que Foucault seja considerado, por alguns, como alguém que aniquila o sujeito e, por outros, como um pensador que faz, ao contrário, um retorno ao sujeito. No entanto, Magalhães (op. cit.) argumenta que não se trata de um caso nem de outro, mas de um trabalho incessante de investigação dos *modos de objetivação que transformam os seres humanos em sujeitos*. Uma passagem da obra *Conversações*, de Gilles Deleuze, presente no texto de Magalhães, é esclarecedora para que se possa entender a diferença que há entre um retorno ao sujeito, tal como concebido por Descartes ou mesmo por Sartre, e a preocupação em investigar os modos de subjetivação. Estes últimos precisam ser entendidos não como *a priori* histórico ou metafísico, mas em correlação com determinados campos de saber e relações de poder (FOUCAULT, 1984), ou ainda, como afirma Deleuze,

os processos de subjetivação nada têm a ver com a “vida privada”, mas designam a operação pela qual os indivíduos ou comunidades se constituem como sujeitos, à margem dos saberes constituídos e dos poderes estabelecidos, podendo dar lugar a novos saberes e poderes. É por isso que a subjetivação vem em terceiro lugar, sempre “desenganchada”, numa espécie de dobra, dobramento ou redobramento. [...] Foucault era fascinado pelos movimentos de subjetivação que se delineiam hoje em nossas sociedades: quais são os processos modernos que estão em vias de produzir subjetividade? Então, quando se fala de um retorno ao sujeito em Foucault, é porque não se entende em absoluto o problema que ele coloca. (DELEUZE, 1992, p. 188-198, apud MAGALHÃES, op. cit., p. 31)

Ao justificar a reorientação do seu trabalho na *Introdução* do segundo volume de *História da Sexualidade*, os processos de constituição dos sujeitos ou a subjetivação são situados como o objeto de trabalho de Foucault não apenas nessa obra, mas como um trabalho desenvolvido no decorrer de uma existência. “Estudar os jogos de verdade na relação de si para consigo e a constituição de si mesmo como sujeito”: esse era o problema enfrentado em o *Uso dos prazeres*, cujo campo de investigação foi situado justamente como a “história do homem do desejo” (FOUCAULT, 1984, p. 11). A respeito dessa escolha, Foucault diz:

e foi por este último partido que optei ao pensar que, afinal de contas, aquilo a que me detenho – a que me ative desde tantos anos – é a tarefa de evidenciar alguns elementos que possam servir para uma história da verdade. Uma história que não seria aquela do que poderia haver de verdadeiro nos conhecimentos; mas uma análise dos “jogos de verdade”, dos jogos entre o verdadeiro e o falso, através dos quais o ser se constitui historicamente como experiência, isto é, como podendo e devendo ser pensado. (FOUCAULT, *ibid.*, p. 11)

A recusa à hermenêutica soma-se às outras já referidas. Mas senão uma hermenêutica, senão uma historização do sujeito ou uma descrição interiorizada, o que propõe Foucault? Ou de que modo suas indagações podem movimentar esta tese? Com o intuito de burlar o risco de percorrer um caminho em falso, caindo na interrogação sobre o ser, optamos, na esteira de Foucault e de outros pensadores já referidos e outros que serão referidos adiante, por remexer arquivos, constituir testemunhos e, enfim, pesquisar as práticas prescritas na interseção entre os saberes e os poderes, as quais incidem no modo como se conduzem as condutas e, com efeito, no modo como os sujeitos são constituídos.

CAPÍTULO 2

COMO FUNCIONA ESTA TESE? SOBRE OS TESTEMUNHOS DO ESTUDO

Do encontro com Foucault, pode-se formar a pergunta sobre o modo como nos constituímos. Da mesma forma, decorre do encontro com seu percurso de pesquisa a interpelação para que a pergunta aqui feita tenha como ponto de partida as práticas que se estabelecem entre sujeitos, em determinados espaços e em tempos definidos.

Junto a esses, o encontro com Laure Murat delinea uma possibilidade de elaboração metodológica e abre espaço para que o pensamento e a escrita abarquem outros objetos e outros contextos que não aqueles estudados por Foucault. Murat (2012), em sua obra *O homem que se achava Napoleão: por uma história política da loucura*, aponta que preferiu proceder por sondagens, perscrutando momentos precisos e elaborados, ao optar pelas supostamente confiáveis estatísticas. Ao demarcar os contornos do seu percurso de pesquisa, a autora declara seu amor pelos arquivos e o modo como transita por eles. No caso específico da pesquisa publicada no referido livro, ela relata que constituiu como seus materiais de pesquisa "os registros de observação médicas dos grandes asilos de alienados do Departamento do Sena no Século XIX. Trata-se dos registros existentes em Bictere, Salpêtre, Sainte-Anne, Charenton" (MURAT, op. cit., p. 42).

Murat conta sua prática de pesquisa com arquivos, mas, ao mesmo tempo, anuncia que lida com eles por uma espécie de sondagem. A pergunta que se coloca frente a essas afirmações é: como pesquisar por sondagens ao se trabalhar com arquivos? Ao tomar como uma problemática algo que a autora enuncia de modo tão simples, surge uma cena familiar do tempo de infância: os trabalhos feitos por uma pequena marmoraria situada na Região Metropolitana de Contagem para a Universidade Federal de Minas Gerais.

De que modo poderia uma marmoraria servir à academia? A marmoraria realizava o polimento de testemunhos para o curso de Geologia. Encontro entre o trabalho manual com o trabalho intelectual, este último organizado no plano acadêmico. O que esse encontro produzia? De que modo, a partir dele, algo podia ser visto? O que faz falar esse trabalho de polimento de um testemunho?

Pois bem, acadêmicos e professores saem para o campo. Eles delimitam uma área geográfica específica, no caso, uma área de pedreira. Eles observam o solo, a vegetação que o reveste (ou não), descrevem os acidentes, as planícies. Mais do que isso, há algo que também está ali, que é feito da mesma matéria que o solo que pisam, mas que pode

dar-se-a-ver apenas de outro modo. Não se trata de estar oculto, uma vez que, para ver o que se quer, precisa-se apenas dar um tratamento ao material em que pisam. Trabalho manual este, nomeado, no âmbito da marmoraria, de *polimento*.

O testemunho de uma pedreira é, justamente, uma parte dela, a qual é retirada por meio de um equipamento que perfura o solo e recolhe uma amostra maciça, cilíndrica e opaca. Para dar-se-a-ver o que há ali, não é preciso descer por nenhuma galeria: trata-se apenas de polir aquela amostra, isto é, passar sobre ela, repetidas vezes, lixas de diferentes texturas. Lixa-se uma, duas, três vezes, e, por fim, lustra-se a peça. Constituiu-se assim o testemunho do que há em uma pedreira: uma peça que permite aos pesquisadores atestarem o que há ali. Para ver o que já existe, é necessário, tão somente, trabalho.

O trabalho de retirar o testemunho não garante aos pesquisadores que todo campo demarcado terá as mesmas cores se recortado e polido for. Não se pode mesmo afirmar que toda aquela pedreira, se cortada em blocos, terá os mesmos veios, as mesmas manchas, as mesmas nuances. Por outro lado, por meio desse trabalho entre a universidade e a marmoraria, entre o trabalho braçal e o intelectual, torna-se possível dizer o que difere aquela pedreira de outras tantas, podendo-se delinear algumas marcas que ali se encontram e falar sobre o arquivo que há ali. Essa necessidade de cortar e lixar a pedra para que se possa ver o que está sob os pés e os olhos de todos mantém uma proximidade ímpar com o que diz Murat sobre a exigência de se estabelecer uma relação física com os arquivos. Relação tão próxima e corpórea, conforme a autora, como o trabalho feito por uma cozinheira que, com seu corpo, revolve a massa. Murat, a respeito das suas investigações, refere-se à resistência que há que se fazer, com o próprio corpo, à poeira que envolve os documentos, à grafia e à ortografia que permitem que os relatos, os diagnósticos se materializem.

A respeito do objeto desta tese, qual seja, a articulação entre as práticas alienistas, psiquiátricas e as atuais práticas (nomeadas como) de saúde mental e a produção de sujeitos, é notório que, desde a Proclamação da República aos dias atuais, mais de um século já se passou, o que representa um volume considerável de leis federais, estaduais, municipais, decretos e regulamentos que criaram e ordenaram a *assistência a alienados* – como era a designação no início do século –, e o que hoje se convencionou a chamar de *campo da saúde mental*. Desse modo, a interrogação que se impunha no começo e no decorrer de boa parte do estudo era: como proceder à sondagem desses arquivos quando se tem como objetivo investigar as práticas de cuidado formadas em diferentes tempos,

as quais, ao estabelecerem uma relação entre sujeitos sustentados por formas de conhecimento e espaços institucionais, constituem formas de subjetivação, isto é, conformam “modos de viver, os modos de o humano relacionar-se consigo mesmo, não como algo de sua essência, mas como uma produção social” (BERNARDES, MEDEIROS; GUARESCHI, 2007, p. 25). Quando considerada essa produção social de modos de existência, a forma como nos referimos hoje aos *usuários dos serviços de saúde mental* desestabiliza-se do lugar de evidência, o que impede que esses modos sejam olhados como um dado ou como algo acabado. Isso faz com que eles passem a ser olhados também como testemunhos que dizem respeito a uma processualidade, que, se não os recobrem por uma série de camadas de tintas, os constitui de diferentes modos a depender dos arranjos de cada época.

Para interrogar sobre o modo atual que assume essa virtualidade nomeada hoje como *usuários dos serviços de saúde mental*, a opção pelo sobrevoo, na tentativa de abarcar todos os documentos que regulamentam os diferentes serviços e programas desde a Assistência a Alienados aos dias atuais, não foi a aposta mais viável para o desenvolvimento deste estudo. Essa estratégia nos possibilitaria uma história profícua do desenvolvimento dos regulamentos, da criação de instituições e de seus produtos mais evidentes, como a exclusão, a violência institucional e a produção de mortes, como tão necessariamente evidenciou Yonissa Marmitt Wadi, em *Palácio para Guardar doidos* (2002) ou, bem antes dela, Roberto Machado e colaboradores, em *Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil* (1978). Entretanto, como a escolha atual não se referia apenas à produção das normas e dos espaços, mas à produção da vida que se dá justamente na relação com esses dois aspectos, a opção foi por investir no estabelecimento dos testemunhos para esta investigação, testemunhos das práticas formadas em um campo que se modifica ao longo da história. Sublinha-se que esses testemunhos não estão escondidos, mas são constituídos no percurso mesmo da prática de pesquisa ou, conforme as palavras de Murat, "é a leitura que faz o arquivo – e permite que ele diga tudo (ou quase tudo)" (op. cit., p. 40).

A leitura é um ato, ou algo que se faz em ato. Portanto, será a partir de um percurso já empreendido nesse campo, o qual será delineado adiante, e da leitura que dele é feita que se tornará possível indicar alguns pontos, os quais, a exemplo do trabalho entre os geólogos e marmoristas, introduz a ferramenta, retirando um pouco de pedra e procedendo ao tratamento do material selecionado. Essa experiência de pesquisa inspira-se ainda no modo como Foucault (2005) formula a noção de *genealogia*

enquanto possibilidade de produção do conhecimento. Para ele, essa perspectiva de produção busca, diferentemente da metafísica ou do método historiográfico tradicional, situar os objetos historicamente, rompendo com as noções de origem, continuidade ou evolução. Trata-se de visibilizar e analisar os desvios, recuos, reviravoltas, situando os fatos históricos como acontecimentos e, em última medida, como relações de forças. Para o filósofo, essa estratégia exige, “portanto, a minúcia do saber, um grande número de materiais acumulados, exige paciência” (2005, p. 15). Rosane Neves da Silva (2001) nomeia a pesquisa genealógica, tal como desenvolvida por Foucault, como uma *ferramenta metodológica*, a qual pode ser usada operacionalmente na construção dos problemas de investigação. Conforme sua posição, “o método não é algo que exista independentemente da problemática em questão; ao contrário, ele é inerente ao próprio problema na medida em que coloca o pensamento em ação” (p. 19).

Estabelecer uma relação física com os arquivos, conforme Murat (2012); tratar um grande número de materiais acumulados, de modo paciente e minucioso, de acordo com Foucault (2005). Revolver a massa como cozinheira, para a primeira. Pensar o método enquanto operação, ação (SILVA, op. cit.). Aplicar a lixa diferentes vezes para polir o testemunho: esse é o fazer dos marmoristas. Diferentemente do sobrevoou, o que propõe Murat e também assim pode se dizer de Foucault, não é a realização de um decalque do que é visto ou uma fotografia, mas uma produção que se faz em ato. Diferentemente de uma busca pela origem dos acontecimentos ou pela identidade entre fatos, Foucault afirma que a genealogia

não pretende recuar no tempo para restabelecer uma grande continuidade. Para além da dispersão do esquecimento, sua tarefa não é a de mostrar que o passado ainda está lá, bem vivo no presente, animando-o ainda em segredo, depois de ter imposto a todos os obstáculos do percurso uma forma delineada desde o início (2005, p. 21).

Se não se trata de traçar a continuidade de um caminho, nem mesmo de decifrar o presente com os olhos do passado, trata-se de agitar o passado e, no lugar de buscar a unidade, saudar a heterogeneidade, dando passagem aos deslocamentos, aos desvios de rota e às discontinuidades. Não se trata, portanto, de buscar a verdade, mas de constituir uma narrativa da provisoriedade. Nas palavras de Sandra Corazza e Tomaz Tadeu da Silva (2003, p. 16), deve-se

estimular a invenção em vez da revelação. A criação em vez da descoberta. A fetichização em vez da desfetichização. A fabricação de “coisas” em vez da

des-reificação. A “arte” em vez da “ciência”. O artifício em vez do genuíno. O artefato em vez do fato. O feito em vez do achado.

Escolher a criação significa perceber a massa que se forma da mistura de ingredientes como uma composição, por isso mesmo, heterogênea. Heterogênea de si, dos outros e daquilo que a forma. Diversa de qualquer outra, mesmo que formada pelos mesmos componentes. Talvez como o que Foucault chama de *corpo*, entendendo-o “como superfície de inscrição dos acontecimentos”, o que não quer dizer que ele represente uma unidade. Ao contrário: topologia que remete à dissociação do Eu e a um volume, ou uma massa, “em perpétua pulverização” (FOUCAULT, 2005, p. 22). É esse corpo, em articulação contínua com a história, e por ela marcado e arruinado, nas palavras de Foucault, que a genealogia deve dar a ver. No corpo, em última medida, não habita uma interioridade que poderia ser mensurada, mostrada ou reencontrada nele mesmo. Por isso, esta pesquisa assume a impossibilidade de interrogar o sujeito, mas persegue formas de visibilizar o modo como ele se atualiza em determinados imbricamentos. Por isso a aposta nos vestígios escritos, nos documentos, constituídos aqui como testemunhos. Testemunhos de algo que não é nem será no infinito, mas de algo que é da ordem da emergência. Quando falamos de Anas, Pedros, Eltons, Salmas, Célias, Romeus e outros anônimos nesta tese, falamos dos muitos corpos dobrados e contorcidos pelos jogos de força. Fala-se aqui deles e com eles para resistir às formas pelas quais foram dobrados, por meio das práticas, que, para Foucault, são todas discursivas. Como já afirmado, este estudo se volta para a “produção de modos de existência, ou seja, práticas que permitem ver, falar e viver de determinadas formas” (HILLESHEIM, 2008, p. 37). A seguir, são destacados os testemunhos que tornaram possível visibilizar práticas que conformavam certos modos de existência, como *alienados* e *doentes mentais*, interrogando como podem emergir na contemporaneidade os usuários dos serviços de saúde mental. Perguntar pela emergência destes últimos é destituí-los do lugar de evidência e também de origem, dando ouvidos ao que faz ecoar Corazza e Tadeu (2003 op. cit., p. 16):

O sujeito não existe. O sujeito é um efeito da linguagem. O sujeito é um efeito do discurso. O sujeito é um efeito do texto. O sujeito é um efeito da gramática. O sujeito é o efeito de uma ilusão. O sujeito é o efeito de uma interpelação. O sujeito é o efeito da enunciação. O sujeito é o efeito dos processos de subjetivação. O sujeito é o efeito de um endereçamento. O sujeito é o efeito de um posicionamento. O sujeito é efeito da história. O sujeito é efeito do *différance*. O sujeito é uma derivada. O sujeito é uma ficção. O sujeito é um efeito.

2.1 Ponto de partida desta tese

O ponto de partida desta tese situa-se em um momento no qual, no Brasil, os manicômios já estão instituídos no plano federal. Tempo no qual os governos estaduais são convocados a construir estabelecimentos próprios. Com efeito, buscava-se a regionalização dos manicômios e a diminuição da crescente demanda por vagas no Hospício Nacional de Alienados (RESENDE, 1987). Considerando esse sinal, que implica a modificação da direção e gestão dos internamentos no Brasil, cabe fazer uma ressalva, usando-se das palavras de Dosse (2007, p. 210), para dizer que a análise aqui empreendida considera que “a loucura não teve sempre o mesmo *status*: primeiramente objeto de exclusão, ela será em seguida incluída nas práticas de reclusão”. Dessa forma, em uma tentativa de estabelecer um marco temporal para este estudo, define-se aqui como ponto de partida um momento que não remete à origem das instituições para alienados. Diferentemente, parte-se do momento em que os manicômios já se colocam como um aparelho de reclusão daqueles tidos como alienados, o que ocorre em um tempo subsequente às mobilizações da classe médica brasileira, em conjunto com os políticos locais, no sentido de reivindicar um lugar específico para aqueles considerados loucos. Nesse sentido, trata-se de um contexto que se diferencia da Idade Clássica estudada por Foucault, em sua *História da Loucura* (2004), pois, naquele período, “é a justiça que se encarrega dos loucos e não ainda a medicina. A decisão de internamento não é um ato médico, mas jurídico” (DOSSE, op. cit., p. 211).

Mesmo com a constante referência a Foucault e às suas investigações, percebe-se aqui a impossibilidade de simplesmente transpor suas análises para a realidade brasileira. No entanto, elas serão utilizadas para “sacudir a poeira” que se assenta sobre as práticas realizadas no Brasil e para “desacomodá-las”. Com efeito, sublinha-se que a institucionalização dos manicômios brasileiros, com a progressiva tomada desses espaços pela Medicina, não significa que o sistema jurídico foi destituído do seu poder de intervir e regular esses espaços. O que ocorre é um alinhamento, uma sobreposição, e não a exclusão ou substituição de um pelo outro.

Os primeiros documentos analisados fazem parte do ordenamento jurídico de Minas Gerais e se referem à criação e regulamentação da Assistência a Alienados nesse estado, sendo eles a Lei 290 de 16/08/1900 e o Decreto 1.579, de 21/02/1903. A escolha por esse ponto de partida se refere a três aspectos. Em primeiro lugar, trata-se da passagem do século, momento em que os arroubos republicanos passam a impor um

novo modo de organização aos espaços e às instituições. Em se tratando dos tidos como alienados mentais, isso implica fazer com que os estados assumam regionalmente o cuidado com eles. As pressões proveem do Governo central, mas também das corporações médicas e dos dirigentes políticos, muitos dos quais eram médicos. Grosso modo, o primeiro alega a superlotação do Hospício Nacional de Alienados (inaugurado em 1852 e batizado como Hospício Pedro II), enquanto os segundos alegam as difíceis condições para o transporte dos alienados e a falta de vagas. De igual maneira, os médicos-políticos locais apontavam a dispersão de recursos financeiros, na medida em que o envio de internos representava também o envio de divisas para o Governo central (MAGRO FILHO, 1992).

Em segundo lugar, quando os estados assumem a guarda e os cuidados daqueles tidos como alienados mentais, observa-se um silenciamento sobre a atuação das ordens religiosas nesse campo, ao mesmo tempo em que, aos médicos, gradativamente, passa a ser confiada a direção dos estabelecimentos para alienados, conforme observa-se no Decreto 1.579, de 21/02/1903, que regulamenta a Assistência a Alienados de Minas Gerais. Esse documento preenche uma lacuna deixada pela Lei de 1900, que não se pronuncia a respeito da direção desse tipo de estabelecimento, ao mesmo tempo em que sela a aproximação entre a Medicina e a alienação mental (MINAS GERAIS, 1903). Por fim, optou-se por partir de uma experiência localizada, tratando inicialmente dos documentos referentes à Assistência a Alienados de Minas Gerais, pois somente em décadas posteriores o Governo Federal retoma o processo de centralização das decisões e da gestão do sistema de assistência aos doentes mentais, como será na passagem dos anos de 1960. Mais do que isso, o ordenamento jurídico das primeiras três décadas do século XX, no que se refere à alienação mental, tem uma relevância específica no que diz respeito ao interesse desta tese: as práticas de cuidado colocadas em curso em diferentes momentos. No primeiro período aqui delimitado, as práticas se organizam em torno do que se convencionou a chamar de *Assistência a Alienados*, como em Minas Gerais, no raiar dos anos de 1900. Em outro momento, já na década de 1940, ganha força a nomeação estabelecimentos para doentes mentais e nervosos, como referido no *Anuário Estatístico do Brasil*, em 1946, sobre a Assistência médico-sanitária brasileira (ESTATÍSTICAS, op. cit.). Mais tarde, com as movimentações pelas Reformas Sanitárias e Psiquiátricas, constitui-se a noção de *campo da saúde mental*. Nesse cenário, os documentos do início do século, localizados no Museu da Loucura, situado em Barbacena, Minas Gerais, junto aos demais documentos que são hoje de domínio

público e que serão explicitados adiante, dão mostras do processo de normatização e dos modos de funcionamento dos estabelecimentos que se instituem, em diferentes tempos e espaços, em torno de um objeto que também se modifica conforme as épocas, sendo inscrito ora como alienação mental ora como doença mental e, contemporaneamente, transtornos mentais, circunscritos no campo da saúde mental. Dessa forma, a escolha pelos documentos de Minas Gerais refere-se à percepção de que eles constituem um valioso arquivo acerca das prescrições terapêuticas da época. Tão ou mais potentes poderiam ser os documentos referentes à Assistência a Alienados de São Paulo, Rio Grande do Sul ou Rio de Janeiro, por exemplo, mas a opção foi por continuar um estudo anterior que tratou das condições de possibilidade dos serviços contemporâneos do tipo CAPS em uma cidade mineira, sem, contudo, analisar as práticas e a produção de sujeitos que a elas se articulam (NUNES, 2009).

Foram, portanto, analisados 11 documentos, produzidos entre 1900 e 1937, os quais serão tratados na seção seguinte:

01	Lei 290 de 16/08/1900
02	Decreto 1.579, de 21/02/1903
03	Mensagem do Presidente Arthur da Silva Bernardes 1920
04	Lei 778 de 16/09/1920
05	Decreto 6.169, de 31/08/1922
06	Regulamento da Assistência a Alienados de Minas Gerais, de 31/08/1922, conhecido como Regulamento Affonso Pena
07	Lei N. 961 de 10/09/1927
08	Regulamento de saúde pública a que se refere o Decreto N. 8.116 de 31/12/1927
09	Decreto 10.566 de 05/11/1932
10	Projeto apresentado pelo Secretário de Educação e Saúde Pública, Dr. Noraldino Lima, 23/12/1933
11	Regulamento da Assistência Hospitalar do Estado de Minas Gerais, a que se refere o Art. 14 do Decreto nº 10.566, de 5/11/1932. Data de aprovação: Belo Horizonte. 27 de março de 1934

Tabela 1: documentos analisados

Esses documentos dizem respeito à Assistência a Alienados, mas, como explicitado adiante, põem em evidência um acoplamento entre os discursos médicos e

jurídicos no que tange às suas prescrições, as quais dizem de um alinhamento entre aqueles que têm em comum o exercício da autoridade sobre os corpos alheios (BRUM, 2012).

Assim, se as cadeias públicas e as chefaturas de polícia se ocuparam da reclusão dos loucos em um determinado momento da história brasileira, a construção de outros espaços para eles não significa desvinculação entre as práticas alienistas/psiquiátricas e o aparato jurídico policial (SILVA, 2008). Por isso, nesta tese, optou-se por situar a análise no plano das políticas públicas, o que significa trabalhar com documentos que provêm do ordenamento legal, mas que se formam em estreita vinculação aos discursos médicos, ao menos no período delimitado para este estudo (de pouco mais de um século, entre 1900 e 2012). Não se trata, entretanto, de analisar apenas os textos das leis, nem mesmo apenas os manuais e compêndios que tratam da alienação mental, da doença ou mesmo da saúde mental, mas transitar entre esses campos, pensando como esses encontros constituem os sujeitos dos quais falamos. É importante lembrar que um dos efeitos evidentes do movimento pela Reforma Psiquiátrica é a ampliação de vozes daqueles que falam sobre os objetos acima nomeados (alienação mental, doença mental e saúde mental), incluindo-se, para além dos discursos médicos e jurídicos, uma profusão de produções provenientes do contexto acadêmico e dos movimentos sociais, incluindo-se aqui os próprios usuários e seus familiares.

Assinala-se certa continuidade em relação ao tipo de fontes utilizadas no desenvolvimento desta tese. Trata-se de certa insistência em recorrer ao ordenamento legal no intuito de constituir os testemunhos deste estudo. Porém, se a continuidade que se assinala está nesse aspecto, ela está também para além dele. Isso porque as movimentações em torno da Reforma Psiquiátrica, como já dito, ampliaram as vozes que passaram a proferir discursos a respeito das terapêuticas e das práticas de cuidado. No entanto, o que se destaca é que, entre os testemunhos constituídos a partir do ordenamento jurídico, dos campos técnicos (seja da Psiquiatria ou Psicologia, por exemplo) ou acadêmicos, e, ainda, dos documentos que provêm dos movimentos sociais, o estudo se desenvolve tendo como suporte documentos que mantêm certa aproximação. Essa aproximação diz respeito ao caráter prescritivo. Documentos prescritivos são aqui entendidos com base na acepção dada a eles por Foucault: “quero me referir a textos que, qualquer que seja sua forma (discurso, diálogo, tratado, coletânea de preceitos, cartas, etc.) têm como objetivo principal propor regras de conduta (...)” (FOUCAULT, 1984, p. 16).

Nesse sentido, não se busca anular as diferenças, mas ressaltar que serão analisados documentos que, em tempos de institucionalização da Assistência para Alienados em Minas Gerais ou da Reforma Psiquiátrica brasileira,

pretendem estabelecer regras, dar opiniões, conselhos, para se comportar como convém: textos “práticos”, que são, eles próprios, objetos de “prática” na medida em que eram feitos para serem lidos, aprendidos, meditados, utilizados, postos à prova, e visavam, no final das contas, constituir a armadura da conduta cotidiana. (FOUCAULT, op. cit., p. 16)

Entende-se que “se comportar como convém” diz respeito à condução da conduta de um sujeito, o que não se dissocia, de modo algum, da organização dos espaços, das regras que os regem e do conhecimento que anima e também produz tudo isso.

Com efeito, a procura pelos documentos do início do século XX partiu da indagação sobre as práticas que foram colocadas em curso em um momento de laicização dos hospícios. Ao interrogar o passado, buscava-se dar passagem a algo que insistia em se fazer ver na legislação contemporânea de saúde mental, qual seja, a recorrência das oficinas como uma prescrição terapêutica. Assim, nos documentos referidos como testemunhos do período de Reforma, é possível perceber certa ênfase em prescrever formas de cuidado relacionadas ao trabalho, tais como o estímulo à criação de oficinas nos CAPS, descritas como atividades que envolvem jardinagem, costura, artesanato, conforme está presente no Manual CAPS e nas Portarias SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991 e nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Cabe ainda referir outros documentos que tratam de estratégias de geração de trabalho e renda, como o documento *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*, publicado pelo Ministério da Saúde em 2005 (BRASIL, 2005c).

A inquietação sobre a visibilidade que se produzia em torno dessa articulação entre *trabalho, renda e saúde mental*, enunciada como meio para a inclusão social, permitiu que lutássemos como gatos contra um novelo de lã. Nesse caso, se a ponta não existe ou insiste em não aparecer, é preciso arranhar, fazer rolar, morder e lambar para ver o que aparece. Nesse jogo, com um emaranhado de fios enovelados, se desdobrou algo para frente e para trás, momento no qual passado e presente se interrogam, sem qualquer intenção de traçar uma linearidade.

Portanto, sem perguntar pelo início ou pelo fim, buscou-se estabelecer o meio, isto é, descrever as práticas prescritas em diferentes contextos institucionais com o objetivo de alcançar um fim, sendo ele aqui entendido como a condução de condutas.

No primeiro período, a análise dos documentos, orientada pela interrogação pelas práticas, dá mostras de um cenário em que se alinha, ao internamento, em um lugar específico para os alienados, a prescrição do trabalho. Nesse tempo, a busca pelos discursos que respaldam essa prática volta-se para o ordenamento jurídico, na forma de decretos e leis, e também para uma mensagem do Presidente de Minas Gerais àquela época. Transita-se também pelos discursos dos especialistas, registrados sob a forma da publicação das aulas de um importante alienista, bem como comunicações dessa categoria profissional para seus pares. Inclui-se ainda um projeto para a reforma da Assistência a Alienados do estado mineiro.

Por meio da descrição das práticas, busca-se demarcar qual era a promessa dos especialistas, que, em determinado momento, configurou-se como a *cura da alienação*. Para tanto, são ainda as descrições das práticas que possibilitam visibilizar por quais meios e estratégias pode-se chegar a tal propósito, assim como quais são os desvios de rota, as torções que ocorrem em relações que se estabelecem dentro e fora do hospício. Ao dar-se escuta a esses desvios, é possível delinear as modificações que ocorrem, fazendo com que a promessa de cura seja silenciada, passando-se então a buscar a produção dos alienados como fonte de renda para o Estado (*Projeto...*, citado por MORETZSOHN, 1989). Conforme Wadi (2009), por meio das terapêuticas médicas, da disciplina médica, da rotina médica, desenvolve-se o que se convencionou a chamar de *tratamento moral*, com o qual se busca vencer, dobrar, quebrar, pelas práticas psiquiátricas, aquele que chega ao hospício, tornando-o outro, tornando-o *sujeito*. Louco, alienado que deve ser internado. Alienado que deve trabalhar. Peso morto que deve se tornar fonte de renda.

Por meio da interrogação sobre as práticas, chega-se à prescrição do trabalho e, com ele, se delineia um primeiro alinhamento entre o século XX e o XXI, e também entre o sudeste e o sul do Brasil. Como será visto adiante a respeito de Barbacena, nos primeiros anos de 1900, também em Porto Alegre, no Hospício São Pedro, a laborterapia era prescrita aos internos, assim como no Rio de Janeiro, em São Paulo e em Paris. Por meio de cartas, registros médicos e despachos jurídicos, Wadi constitui o (um) percurso de vida de (para) Pierina, imigrante italiana, internada no Hospício São Pedro, por ordem judicial, sob a alegação de que ela “sofria da faculdades mentaes”, mediante seu ato:

No dia 26 de abril de 1909, numa fria manhã de outono, uma mulher de 28 anos, chamada Pierina Cechini, habitante do distrito Estrada Geral, do pequeno município de Garibaldi, encravado na parte superior da Encosta da Serra, interior do Rio Grande do Sul, realizou o que vinha há cerca de nove meses, ora prometendo ora ameaçando desesperadamente fazer: matou sua filha Elvira Maria de quase dois anos de idade. (WADI, op. cit., p. 52)

Naquele dia,

Pierina fechou toda a casa e desceu ao porão levando consigo a pequena Elvira. Lá encheu uma tina, daquelas bem grandes que servia para lavar a roupa da família, com um palmo d'água – provavelmente de um poço que havia por perto – e nela enfiou a cabeça de sua filha, então com dezesseis meses de idade, até que ela perdesse os sentidos (ibid., p. 53).

Em decorrência de seu crime, Pierina permaneceu por quase dois anos no Hospício São Pedro, e recebeu do médico responsável pela seção de Psiquiatria na época a recomendação de participar da oficina de costura e do serviço doméstico do hospício. Essa é a única prescrição terapêutica encontrada nos registros feitos no prontuário de Pierina. É possível que prescrição semelhante tenha sido feita a boa parte das cento e noventa e oito mulheres internadas no mesmo local em dezembro de 1909. Nesse ano, foram manufaturadas, na oficina de costura, em torno de quatro mil peças, entre “blusas, casacos e saias de baeta; casacos, camisas, saias e calças de riscado; calças de mescla; ceroulas; coadores para café; aventais; capas de colchão e travesseiro; fronhas e lençóis de ‘troé’ ou algodão e toalhas de mesa e para a farmácia” (WADI, op. cit., p. 390).

Se o trabalho era uma estratégia terapêutica no tempo de Pierina e mesmo em anos após a sua saída do hospício, em período subsequente, o que se interroga é: qual será o outro corte que, por meio do trabalho, pode-se verificar? Trata-se então de aproximar documentos que apontam uma modificação nas práticas discursivas para que se possa descrever como, gradativamente, o enunciado *alienação mental* perde força mediante a emergência da noção de *doença mental*. Com efeito, opera-se, na mesma época, a transposição das práticas psiquiátricas do limiar dos hospícios para o meio social. Esses deslocamentos são investigados no segundo tempo abordado neste estudo, e são explorados por meio da análise de documentos produzidos entre o final da década de 1930 e os anos de 1980. Destacam-se, entre os materiais selecionados para o estudo, o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, e o Decreto-Lei nº 3.138, de 24 de março de 1941, ambos assinados por Getúlio Vargas. Inclui-se ainda o Decreto nº 60.252, de 21 de fevereiro de 1967, com o qual o Marechal Humberto de Alencar Castelo Branco,

então presidente do Brasil, institui a Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM). Conforme o documento, a CNSM substitui o Serviço Nacional de Doenças Mentais, e recebe ampla atribuição de poderes, que a autoriza a contratar convênios, estabelecer parcerias com empresas de interesse público (sejam elas nacionais ou estrangeiras, públicas ou particulares) com os objetivos de ampliar a assistência ambulatorial e a hospitalização psiquiátrica e combater as doenças.

Nesse tempo, há uma vinculação importante entre a promessa de combater a doença mental com a ampliação do parque psiquiátrico privado, financiado por recursos públicos. Tudo isso em um contexto no qual a garantia de direitos vinculava-se à inserção formal no mercado de trabalho. Para tecer os alinhavos entre os fios dispostos ao longo desta pesquisa, entre os quais um que muito cintila é o *trabalho*, a noção de *cidadania regulada*, cunhada por Santos (1987), foi de grande valia. Isso porque o trabalho tornou-se um operador importante para entender o hospício como um dispositivo forjado como lugar do contrário, isto é, simetricamente oposto ao que promete, imagem invertida que confirma, mas que também subverte seu modelo (CUNHA, 1986, citado por WADI, 2009). Mas que imagem o hospício confirma, inverte e subverte? E como isso se liga ao trabalho? É justamente essa tensão que se busca dar-a-ver no segundo tempo abordado neste estudo, quando, de parte da herança recebida e entendida como “o trabalho é o que cura”, produz-se: para aqueles que não trabalham, a clausura! Ou, ainda, nas palavras de Delgado, em sua crítica à expansão das clínicas psiquiátricas privadas e o aumento geométrico das internações: “aos loucos: o hospício!” (1987, p.178). Para ele, essas foram as palavras de ordem entre as décadas de 1950 e 1980, constituindo como internos dos hospitais psiquiátricos

trabalhadores rurais desadaptados à vida nas cidades, empregados e desempregados do setor de construção civil, desempregados e subempregados das faixas menos qualificadas no setor terciário, trabalhadores e filhos de trabalhadores do setor industrial dito tradicional (p. 179).

Se a promessa do início do século XX foi a transformação de pesos mortos em indivíduos produtivos por meio da reclusão e do trabalho, foi preciso entender o desvio que se desdobra e que produz o trabalho como norma de conduta e que passa operar dentro e fora do espaço asilar. Na obra *O que resta de Auschwitz* (2010, p. 43), Agamben fala do indizível naquele que foi, talvez, o maior campo de concentração da história. Para ele, a testemunha é aquela que fala por delegação e no lugar de todos os

que perderam “a capacidade de observar, recordar, medir e se expressar”. Assim, não será por meio da fala dos internos, mas pela análise da produtividade dos hospitais psiquiátricos que Delgado denuncia os seus efeitos, como o fez antes Luiz Cerqueira (1989), médico pernambucano e gestor da área da saúde. Este último tabula uma série de dados para mostrar a torção de um sistema de internações que foi por ele nomeado como a “formação da indústria da loucura”, a qual se forma entre um alinhamento historicamente construído entre a pobreza, loucura e periculosidade. Por meio do afrouxamento dos fios que formam esse alinhamento, será explicitado, na parte que aborda os documentos do segundo tempo deste estudo, como ele se articula às ações que têm como epígrafe o combate à doença mental. Os dados apresentados por Cerqueira mostram uma inversão: o internamento no tempo que lhe antecede deveria tornar o louco um sujeito produtivo para os cofres públicos, enquanto, no seu tempo, é o próprio internamento que se constitui como objeto de lucro para os cofres privados. Nesse caso, será preciso retomar a análise dos materiais junto à conjuntura política e econômica da época, momento no qual o trabalho ainda é percebido como uma norma de conduta, mas a ele sobrepõe-se um jogo de garantia ou suspensão de direitos, mediante a sua formalização ou não e conseqüente contribuição à Previdência Social. À continuidade esboçada no que se refere ao trabalho, junta-se a articulação com o Estado e também uma relação com a economia, entendendo-se esta última como um plano de realidade e de intervenção do Governo (FOUCAULT, 1978).

Murat, ao terminar a redação da obra *O homem que se achava Napoleão*, em 2010, vai a Charenton. Ela conhecia bem os arquivos desse asilo francês, mas não seus muros e arquitetura. Ao estar nesse lugar, rebatizado em 1973 como Hospital Esquirol, justamente com o nome daquele que “considerava as casas de alienados um instrumento de cura” e que recomendou a construção das suas edificações entre 1838 e 1886 (MURAT, op. cit., p. 314), Murat descreve parte daquilo que vê:

Charenton é uma mistura de caserna e convento. É uma prisão bucólica, um porto severo, que tem todos os traços de um lugar de repouso, isolado, simétrico e cuja regular ordenação neoclássica limita a imaginação. A capela, templo antigo à imitação de Walhalla alemão, no lado de uma escadaria de dois lances, coroa um conjunto de fachadas mudas com janelas gradeadas e pátios cercados de colunas. Bem no alto, pode-se desfrutar de um panorama, mas em parte alguma abrem-se perspectivas.

No começo da escadaria principal e em um nicho para onde convergem todos os olhares, uma estátua celebra o grande homem, alegoria da ciência e da experiência, dos progressos e da filantropia: Esquirol, sentado, escreve com a mão direita, em um livro, o futuro da psiquiatria,

tendo a seus pés um alienado encolhido e miserável que ele cobre com seu largo manto. (p. 314)

Para a autora, Charenton “representa o triunfo do alienismo do século XIX, autoritário e cheio de bons sentimentos” (ibid., p. 314-315). Mais do que isso, ela afirma que esse espaço institucional, atravessado pelos dizeres e saberes dos alienistas, foi um palco privilegiado de confronto entre a singularidade e a padronização, de modo que a “arquitetura repetitiva e regular intima o paciente a se curvar à norma e seguir o bom caminho” (...). Para ela, em Charenton,

em Bicêtre, no Salpêtrière ou no Sainte-Anne, o relojoeiro decapitado, o homem que se achava Napoleão, a celibatária comunista, a petroleira histérica e todos os revolucionários insensatos tiveram que se conformar aos regulamentos e às linhas impostas da paisagem” (p. 315).

Murat não faz uma análise do sujeito, mas dá mostras de como se faz o deslocamento indicado por Foucault (1982-1983/2010d), o qual incita a sair da indagação pelo sujeito, passando para as formas de subjetivação, por meio da pesquisa das técnicas e tecnologias de relação consigo, as quais são constituídas em meio aos saberes e fazeres institucionais.

Trata-se aqui de um contexto distinto daquele estudado por Murat, o que precisa estar claro. De igual maneira, toma-se a noção de pragmática de si, de Foucault (2010d), para tratar de questões que não foram colocadas por ele. A noção por ele forjada é utilizada neste estudo para movimentar o novelo de fios formado pelas práticas colocadas em curso nos hospícios brasileiros, cuja inspiração institucional remete aos espaços e feitos estudados e descritos por Murat.

Assim, pensar em uma pragmática do sujeito é, por si só, uma forma de deslocamento operada por Foucault. Esse deslocamento abre uma brecha para que não sejam percebidos como uma realidade natural aqueles tantos sujeitos loucos-indigentes, internados e sujeitados ao trabalho no hospício mineiro que inaugura as práticas alienistas naquele estado. Ao não tomá-los como entes naturais, isso requer que seja mostrado como se articula a produção de sujeitos naquele espaço/tempo. Do mesmo modo, colocou-se como uma interrogação e não como uma evidência as práticas que produziram outros tantos sujeitos, que não trabalhavam, por serem considerados loucos e, portanto, passíveis de internação. Esses desdobramentos são diferentes faces da mesma moeda ou diferentes faces do que se faz para render moedas? É ainda Murat

quem lembra que “o asilo se desenvolveu com o capitalismo e a indústria e se decompôs com a revelação do horror totalitário” (op. cit., p. 315).

A outra face da moeda é aquela que não se dissocia, mas difere. Essa imagem é importante quando se procura situar que a pragmática de si precisa ser entendida enquanto reverso, avesso ou o outro lado de uma estilística de si. Mesmo que o percurso desta tese inspire-se nas palavras de Murat e oriente-se pelas pistas deixadas por Foucault ao longo de seus escritos e cursos, a interrogação que incita a construção do caminho difere de uma interrogação orientada por perscrutar os modos de cuidado de si ou os modos de vida. Na aula de 14 de março de 1984, na primeira hora do Curso *A coragem da verdade*, há um esclarecimento preciso:

No texto de Alcebiades, como o reconheceram todos os neoplatônicos, esse cuidado de si vai a levar a interrogação do que é, em sua verdade, em seu ser próprio, aquilo que há que cuidar. Que é esse “eu”? Esse “si mesmo” que há que cuidar? Essas interrogações as encontrávamos em Alcebiades, e conduziam a este diálogo a descobrir que aquilo que deveríamos contemplar, era a alma. E no espelho da alma que se contempla a si mesma, o que se descobria? O mundo puro da verdade, o mundo outro que há que aspirar. Nessa medida, o Alcebiades fundava sem dúvida, a partir do cuidado de si, através da alma e da contemplação da alma por si mesma, o princípio do outro mundo, e marcava a origem da filosofia ocidental. (FOUCAULT, 2010c, p. 259)

O outro caminho do cuidado de si é apontado por Foucault em sua análise sobre o diálogo *Laques*, no qual a questão não é “saber o que é em sua realidade e em sua verdade esse ser de que devo ocupar-me, senão de saber o que deve ser este cuidado e o que deve ser uma vida que deve cuidar de si mesma” (FOUCAULT, 2010c, p. 259). A pragmática de si, portanto, pode ser entendida como o reverso da contemplação da alma orientada pela aspiração de um mundo outro, como também ela é distinta de uma prática sustentada pelo cuidado de uma vida com ela mesma, dando-lhe uma forma. A pragmática pode ser entendida como uma forma de governo do sujeito que, em que pese o estabelecimento de uma relação de si consigo, se estabelece sobre a prescrição de práticas que “intima[m] o paciente a se curvar à norma e seguir o bom caminho” (MURAT, op. cit., p. 315). Esse bom caminho, quando prescrito *a priori*, diferencia-se tanto da contemplação da alma quanto do cuidado de uma vida com ela mesma. Ele remete, portanto, às formas de relação consigo que se estabeleceram com o advento cristianismo e com a modernidade. No caso deste estudo, pode-se dizer que o “bom caminho” ganha visibilidades e dizibilidades (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2011) nos documentos que ordenam as instituições psiquiátricas, como as leis, decretos e

regulamentos, ou mesmo naqueles que descrevem as terapêuticas e os estados patológicos, como as aulas dos alienistas, seus tratados e projetos de reforma dos hospícios.

Como indicado acima, na segunda parte do estudo foram analisados documentos provenientes do ordenamento jurídico junto aos documentos produzidos por aqueles considerados à época como especialistas em doenças mentais. Esse período é caracterizado por Cerqueira (op. cit.) como o ponto de emergência da “indústria da loucura” ou, tomando as palavras de Lima Barreto, com o risco de incorrer em uma anacronia, foi o momento em que os “loucos” eram provenientes das camadas mais pobres da gente pobre brasileira (BARRETO, 2004). Essas posições são importantes para a discussão que se desdobrará adiante sobre a privatização da assistência a alienados no Brasil, o jogo entre a garantia de direitos mediado pela vinculação ao trabalho formal e as estratégias de produção do tratamento/internamento e dos internos. Contudo, essas mesmas posições precisam ser escutadas sob a ressalva feita por Castel. Para ele,

o slogan moderno do psiquiatra-policia, tomado ao pé da letra, é um non-sens. Se o psiquiatra e o policia fizessem exatamente o mesmo trabalho, por que teriam se desdobrado? Os primeiros alienistas eram jovens de boa vontade, ambiciosos, frequentemente pobres e com ideias “sociais”. No fim de seu curso de medicina, eles “subiam para Paris” (frequentemente vinham do sul). Iam para a Salpêtrière, frequentavam assiduamente o seminário do mestre da época, Esquirol. Eram seduzidos por esse ensino que aliava o aparente rigor de uma ciência, as grandes aspirações da filantropia e os prestígios da parisiandade. Nisto não havia nada de maquiavélico nem de desonroso. (CASTEL, 1978, p. 17)

O ambiente falado e desenhado por Castel é o mesmo de Murat, embora existam diferenças profundas nos aspectos abordados por cada um deles. Todavia, é importante considerar que, também no Brasil, os alienistas, depois nomeados *psiquiatras*, não surgiram como carcereiros ou como mercadores. Contudo, são essas últimas as críticas feitas às funções das instituições por eles geridas, as quais serão amplificadas pelo movimento pela Reforma Psiquiátrica. Desse movimento e de suas implicações, será delineado a seguir o que se interroga neste estudo. Nesse tempo que antecede a Reforma Psiquiátrica, a busca foi por analisar os documentos, procurando não a continuidade de uma história, linear e, por isso, compreensível. Diferentemente, tratou-se de entender como foi transposto o limiar do hospício e espalhadas pelo tecido social as práticas psiquiátricas. Junto a isso, as indagações giraram em torno das modificações de um

percurso que também surgiu atrelado aos ideais filantrópicos e científicos, mas que não só se desdobrou no acontecimento nomeado como *indústria da loucura*, mas em práticas que alinharam a pobreza, a loucura e a periculosidade e que não só modificaram o *status* da alienação ou loucura para doença mental, sob o epítáfio do “Combate à doença mental”, como ainda produziram o internamento como o reverso da garantia de direitos ou da filantropia caridosa. Por esses fios que não se atam, percebe-se a necessidade de se desfazer o paralelismo literal entre a Psiquiatria e a polícia, o que não significa negar os acoplamentos entre essas corporações, mas não reduzi-los a uma unidade. Ao colocar em xeque a unidade entre psiquiatras e policiais, Castel (1978) faz outra aproximação, não tão usual entre os trabalhos que tratam da história das práticas psiquiátricas, ao menos as brasileiras. Com efeito, ele desestabiliza o duplo psiquiatra-policial, e discute como as funções de um psiquiatra gradativamente se aproximam daquelas demandadas de um administrador. Nesse caso, não se invalida a posição de Murat em dizer que caberia ao interno render-se ao bom caminho indicado pelo alienista. Trata-se, portanto, de pensar que a condução pelo bom caminho nem sempre se dá por meios coercitivos e brutais, mas cada vez mais técnicos. É nessa perspectiva que Castel (op. cit., p. 19) percebe a Psiquiatria como uma ciência política que responde a um problema de governo, e não de polícia, na medida em que ela reduz a loucura a uma “questão puramente técnica”, ao torná-la “administrável”. Conforme suas palavras:

Uma longa alternância de posições, com múltiplos episódios, entre o médico e o administrador, domina toda a história da medicina mental. Os sucessivos equilíbrios de seu intercâmbio dão conteúdo concreto ao que se deve entender por estratégias de controle social: não como uma imposição brutal de um aparelho coercitivo, mas, instauração de dispositivos práticos por responsáveis bem intencionados. (ibid., p. 19)

As estratégias de administração no campo da Psiquiatria estabelecem formas de funcionamento para os espaços, regras de conduta que passam a vigorar dentro e fora das instituições de clausura, além de estabelecerem formas de governo das condutas, na acepção dada a essa expressão por Foucault. No Curso *Do governo dos Vivos* (2010a), o autor analisa os modos de governo das condutas no interior das práticas cristãs. Ele dirá que o governo requer a condução de uma vontade desde que esta reste inteira, sendo sua vontade deixar-se conduzir pela vontade alheia. Essas posições ressoam neste texto, mas se encontram com as histórias de Ana, Pedro, Rosa Helena e de outros, como já foi assinalado antes e o será adiante.

Ana, internada durante 46 anos em um hospital psiquiátrico. Pedro, internado por 26 anos, sempre com a afirmação de que não sabia por que estava ali, naquele hospício do nordeste brasileiro. Rosa Helena, internada como louca em uma instituição da capital gaúcha, por volta dos anos de 1950, teve apenas suas roupas devolvidas para a família. Ela foi perdida de vista por seus familiares.

Rosa Helena foi nome fictício que atribuímos a avó de uma aluna que nos procurou entre uma aula sobre as políticas públicas de saúde mental brasileiras e um curso sobre Acompanhamento Terapêutico, ambos realizados em uma cidade do oeste catarinense. Conforme a aluna, só após a aula ela pode compreender o que dizia seu pai. No intervalo entre a aula e o curso, a aluna retornou à sua casa e indagou seu pai sobre a história que ele contava em pedaços. Ao retornar para a aula, a aluna nos traz uma carta, na qual consta o nome da “paciente”, como ela escreve, no caso, sua avó, e o texto que segue:

Quem a levou para o hospital: o marido XX, diz que a levou para Santa Casa. A roupa retornou depois de alguns dias. Moravam em Linha XX ou XX ou nome parecido, nome de um rio, próximo a cidade de Três de Maio.

Quem procura: o filho XX, que nasceu em 10 de junho de 1945, e a neta XX. [O filho] diz que tinha mais ou menos de 7 a 10 anos quando a mãe foi para Porto Alegre, com diagnóstico de loucura ou recaída, que começou logo após o nascimento de um bebê morto. A mãe teve 4 [quatro] filhos incluindo o aborto.

A carta termina com os dados de nossa aluna, que é aluna do curso de Psicologia, e o seu número de telefone para se tivermos alguma notícia de sua avó poder avisá-la. Ao final, ela diz que seu pai gostaria de saber, ao menos, onde sua mãe foi enterrada.

Os internamentos de Ana e Pedro tiveram fim, ambos por modificações no plano das políticas e das práticas assistenciais. Ana recebeu alta por transinstitucionalização para um Serviço Residencial Terapêutico. Pedro foi morar com familiares após o fechamento do hospital no qual foi tido como interno. Ambos tornaram-se *beneficiários* do Programa de Volta para Casa e passaram a receber o auxílio de reabilitação psicossocial, um direito previsto em lei para os egressos de longas internações. Sobre Rosa Helena, por outro lado, não se tem notícias do desfecho do seu internamento, nem mesmo do modo como ele acabou. Não se sabe se a alta hospitalar se deu por “óbito” ou por “melhora”, conforme as expressões correntes nos prontuários analisados por Wadi (op. cit.), nos arquivos do Hospital Psiquiátrico São Pedro, no Rio Grande do Sul.

No intervalo que compreende este estudo, foram delineados três tempos. Um tempo da passagem da responsabilidade das internações para o plano estadual, um

tempo de nova centralização das práticas psiquiátricas, em uma época de governos não democráticos e, ainda, um tempo recente, marcado pela Reforma Psiquiátrica, pelas novas instituições e pela invenção/atualização de práticas, fazeres e dizeres no campo da saúde mental. Nesse meio, situa-se o tempo do internamento de Rosa Helena como *louca*. O último tempo, que é o vivido hoje, tem como uma de suas marcas o Programa de Volta para Casa, com o qual finda este estudo. Programa este que tem uma coordenação nacional, ao mesmo tempo em que tem a potencialidade de se capilarizar pelo plano local, ordenando-se não mais como um novelo, mas espalhando-se feito grama pelo território nacional.

Alguns aspectos conferem certa articulação aos diferentes momentos que aqui foram constituídos testemunhos para que deles se pudesse falar. Essa articulação gira em torno do jogo da inclusão-exclusão, mas também das noções de *tratamento*, *trabalho* e *direito*, e, especialmente, os processos de constituições de sujeitos – sejam eles loucos, doentes mentais ou usuários dos serviços de saúde mental – que, junto a elas, são engendrados. Portanto, não se busca uma linearidade, mas as continuidades e rupturas de práticas que possibilite a passagem do discurso em torno do louco para o usuário do serviço de saúde mental, sendo ainda atualizado o modo como se orchestra: o tratamento, a inclusão no mundo do trabalho e a garantia de direitos. Como uma das descontinuidades mais evidentes, tem-se as modificações na forma de nomear: louco/alienado, doente mental, usuário do serviço de saúde mental. No entanto, é justamente uma continuidade que possibilita tais modificações. Isto é, o tratamento persiste. Ele se modifica, mas há que considerar que essa relação, que colocou como a garantia de um direito em um tempo, por meio da filantropia e assistência, é organizada, em outro momento, como da ordem da compulsoriedade, como nas internações de Lima Barreto ou mesmo como levam a supor os casos de Ana e Pedro. Por outro lado, o direito ao tratamento permeia, ao menos em parte, as reivindicações dos movimentos de luta Antimanicomial e do próprio movimento pela Reforma Psiquiátrica. Passa-se, com esses movimentos, a reivindicar que o tratamento se dê em liberdade.

“Cuidar sim, excluir não”: esse era o tema da *III Conferência Nacional de Saúde Mental* realizada em 2001. A noção de direitos sociais é fundamental para a emergência de algo como a Reforma Psiquiátrica, a qual teve como condições de possibilidade as movimentações pela redemocratização do país e pela Reforma Sanitária. Nesse contexto, a luta pelo direito à saúde passa a congrega diferentes movimentos sociais

(LUZ, 1994), o que possibilita que os direitos dos internos dos hospitais psiquiátricos e daqueles que trabalham nesses espaços permeie as pautas de discussões.

Nos dois primeiros recortes temporais aqui feitos, o trabalho ocupa um lugar importante. No primeiro, ele passa a ser utilizado como meio para a cura prometida, em um momento em que há uma continuidade entre o dentro e o fora do espaço asilar e que se refere a uma percepção social do trabalho como norma de conduta. No segundo tempo, atrela-se ao trabalho o jogo de garantia e negação dos direitos sociais. No último tempo, que aqui será abordado por meio da análise da legislação contemporânea de saúde mental e dos registros do Programa de Volta para a Casa, observa-se que o trabalho aparece com uma importante ênfase nas portarias e documentos que regulamentam os serviços de saúde mental criados contemporaneamente, na medida em que aparecem indicações claras da necessidade de se prescrever atividades que envolvam o trabalho, por meio de oficinas de costura, artesanato, além das proposições em tornos de atividades voltadas à geração de trabalho e renda no campo da saúde mental. Nessa parte da tese, analisamos os discursos que se contrapõem ao modo como a assistência psiquiátrica era organizada até a formação do Movimento pela Reforma Psiquiátrica. Vinculados aos mesmos, consideramos os discursos que passam a constituir o campo da saúde mental junto aqueles que buscam posicionar os sujeitos descritos como “alvos” das políticas públicas de saúde mental contemporâneas como *usuários dos serviços de saúde mental*.

Quando, por fim, abordamos o Programa de Volta para Casa, por meio da análise de seu Manual, da lei que autoriza sua criação e da portaria que o regulamenta, vemos que se abre uma nova perspectiva no campo da saúde mental: a concessão de renda como forma de promover a reinserção social (BRASIL, 2003). A análise, portanto, centrou-se em mostrar como esse Programa é constituído e ainda como o direito ao benefício é previsto. Esses documentos ganham um novo realce quando são considerados em conjunto aos “testemunhos” formados pelos registros do PVC consultados nos arquivos da Coordenação Nacional de Saúde Mental, em forma de relatórios médicos, de assistentes sociais, declarações de hospitais, além dos dados presentes nos Formulários de Inclusão de Beneficiários. Ao abrir tais arquivos, pode-se dar a ver como a produção de sujeitos é engendrada no cotidiano das práticas que se encarregam de prescrever formas de vida, nas quais se inclui o restabelecimento da cidadania. Assim, vemos ser renovada a antiga promessa da Psiquiatria, ao mesmo tempo em que se atualizam distinções importantes entre aqueles que são considerados

aptos para o trabalho e aqueles que não o são, o que implica considerar como passíveis de assistência os candidatos a beneficiários, quando o que se esperaria é a contundente reivindicação de um direito.

Com efeito, conforme a lei 10.708, o direito ao benefício está vinculado ao tempo de internação em hospital psiquiátrico, hospital de tratamento e custódia ou Serviço Residencial Terapêutico. Porém, ao serem analisadas as indicações dos beneficiários e as prescrições terapêuticas, pode-se perceber que a solicitação dos técnicos não era enunciada como a reivindicação de um direito devido aos longos períodos de internação; ao contrário, o pedido pela inclusão dos beneficiários foi, recorrentemente, atrelado ao anúncio da incapacidade para o trabalho, sendo ressaltada, de modo contundente, a continuidade do tratamento em meio aberto. Cabe voltar a Castel e ao que ele diz sobre o caso francês:

Sobre o pano de fundo da sociedade contratual instaurada pela Revolução Francesa, o louco é uma nódoa. Insensato, ele não é sujeito de direito; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de “servir”, não entra no circuito regulado das trocas, essa “livre” circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve, mais do que nunca, ser reprimido, porém, segundo um outro sistema de punições do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgrediram as leis. (op. cit., p. 19)

Representante da desordem em meio a ordem burguesa, Castel pontua que o louco sai de uma inscrição de direito para o registro da tutela, operação que se faz pela inserção das perícias técnicas que passam a regular e a constituir o destino de milhões de pessoas.

Ao analisar os motivos de internamento de crianças e adolescentes, entre os anos de 1884 e 1937, naquele que é atualmente denominado como Hospital Psiquiátrico São Pedro, Rosane Neves da Silva, junto a outras pesquisadoras, afirma que o discurso da loucura e da Psiquiatria foram canalizados, justamente,

para a pobreza a qual, principalmente a partir do início do século XX, deve ser organizada e higienizada. Dessa forma, visualizamos que neste período o que é preciso ser excluído, e leva a marca do “anormal”, está relacionado a uma estratégia do corpo social – como Foucault (1999) diria a respeito das práticas asilares do século XIX – e não apenas questões de um saber que quer capturar cientificamente a loucura. Ou ainda, que o faz não independentemente de uma produção social de exclusão. (SILVA et al, 2008, p. 452)

Na posição das autoras, não se trata de captura científica, nem mesmo de uma desvairada coerção policial. Entretanto, observa-se uma concordância entre essas posições no sentido de apontarem para uma forma de administração racional de determinada parcela da população. Resguardadas todas as diferenças entre os dois contextos, pode-se dizer que a administração referida se desenvolve tendo como borda um quadro social, político e econômico. No caso deste estudo, em particular, é preciso considerar que ele analisa o período posterior à Proclamação da República, momento em que são desencadeadas, no Brasil, inúmeras modificações no plano da produção, da relação com o trabalho, nas formas de garantia e concessão de direitos e, ainda, no plano das práticas assistenciais, que são efetuadas de diferentes formas no contexto da alienação mental, em sua reorientação para doença mental e com os movimentos sociais que fazem emergir algo como o campo da saúde mental.

O cuidado ou o tratamento, o trabalho e a relação com os direitos se transformaram muito no período aqui abordado. Essas modificações implicam diferentes formas de produção de sujeitos, pois tal produção não é dissociada dos arranjos entre os saberes, as práticas e os espaços institucionais. É isso o que se reverbera nesta tese, isto é, que se produz diferentes modos de subjetivação ao longo desse intervalo de pouco mais de um século, e, quando falamos de alienados, doentes mentais e sujeitos usuários dos serviços de saúde mental, falamos também de construções sociais. Logo, é a partir da análise mais específica de dois campos de saber – um deles referido como o ordenamento jurídico e o outro como um campo técnico que abarca os discursos médicos, mas também as produções de outros sujeitos em torno do campo da saúde mental – que se buscou descrever os tipos de as práticas prescritas nos ordenamentos, nos manuais médicos e nos Formulários de Inclusão dos Beneficiários do PVC. Assim, buscou-se visibilizar o tipo de normatividade que se constituía no decorrer de certos períodos da história, as quais constituem formas pelas quais os indivíduos passam a se reconhecer e a se pensar, contemporaneamente, como sujeitos usuários dos serviços de saúde mental. Tantas Anas, Pedros, Rosas, Eltons, Salmas, Célias, Romeus.

Delineado o ponto de partida deste estudo, assim como o argumento que lhe sustenta, passa-se agora a descrição do plano sobre o qual se desenvolveu o estudo, isto é, os materiais e os procedimentos de pesquisa.

2.2 Sobre os materiais e os procedimentos de pesquisa

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma pesquisa documental e bibliográfica. A primeira foi iniciada em 2006, durante uma investigação sobre a institucionalização dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) em Betim, Minas Gerais (NUNES, 2009). Na ocasião, foi necessário entender as condições de possibilidade para a constituição da Assistência a Alienados em solo mineiro e suas transformações. Na época, foram consultados os arquivos do Museu da Loucura, localizado na cidade de Barbacena, Minas Gerais, onde se encontra a obra *História da Psiquiatria mineira* (1989), cujo autor, médico-psiquiatra, Joaquim Affonso Moretzsohn, fez um trabalho de compilação da legislação que institui e regulamenta a Assistência a Alienados de Minas Gerais, arquivando também dados, fatos e fotos até o período que antecede a reorientação da assistência psiquiátrica (como era então nomeada) devido às mobilizações pela Reforma Psiquiátrica. A partir da obra de Moretzsohn (1989), selecionamos, para o estudo atual, leis, decretos, regulamentos, projetos e a citada Mensagem do Presidente de Minas Gerais. Interessava-nos documentos cuja função era a de criar e/ou organizar as instituições destinadas aos “alienados mentais”, bem como aqueles documentos que prescreviam práticas de cuidado e de tratamento para o referido público.

Após a primeira seleção, iniciamos a busca pelos originais. Tentávamos localizar publicações da Imprensa Oficial Mineira, seguindo as referências citadas por Moretzsohn. Com êxito, localizamos quase todos os documentos originais, os quais estão digitalizados e disponíveis virtualmente, no sítio da Biblioteca da Assembleia Legislativa de Minas Gerais¹. A exceção se refere à Mensagem do Presidente Arthur da Silva Bernardes, a qual foi xerocopiada e enviada pelos Correios pelos técnicos da Assembleia, pois que não está disponível para consulta *on-line*.

Conforme os registros da Assembleia, o Projeto que resultou no Regulamento da Assistência Hospitalar de Minas Gerais, de 1934, foi destruído em um incêndio que ocorreu em 1955. Por isso, utilizamos a versão compilada por Moretzsohn. Ao localizarmos os documentos originais, tratamos de compará-los aos documentos integralmente transcritos na obra *História da Psiquiatria Mineira*, não sendo observadas divergências. De grande valia para a construção do primeiro e segundo tempos deste

¹ Sítio para acesso à Biblioteca virtual: <http://www.almg.gov.br/home/index.html>

estudo foram os dados registrados no *Anuário Estatístico Brasileiro*, nomeado atualmente como *Estatísticas do Século XX* (2006), acervo organizado e disponibilizado *on-line* pelo Instituto Brasileiro de Estatísticas e Geografia (IBGE), o qual, no caso específico de Minas Gerais, contém dados das internações psiquiátricas desde 1900, com informações sobre idade dos internos, sexo, origem, diagnósticos, entre outras.

A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida junto ao processo de busca e análise de documentos, a qual possibilitou que estes últimos fossem considerados em conjunto com os discursos dos especialistas, especialmente aqueles que provêm do campo da Medicina e do Direito, os quais, historicamente, são legitimados a intervirem sobre os corpos e as ações humanas.

A partir desse primeiro movimento de pesquisa, que nos possibilitou entender a emergência da Assistência a Alienados em solo mineiro e da prescrição do trabalho como uma prática de cuidado naquele contexto, partimos para um segundo. Nele, buscamos estabelecer alguns testemunhos que nos permitissem delinear a expansão do parque psiquiátrico brasileiro, expansão essa que produz modificações no modo como são constituídos aqueles sujeitos ao internamento.

Iniciamos a busca dos documentos pela mencionada Lei de 1934, grandemente referida nos textos que tratam do movimento pela Reforma Psiquiátrica. Observamos que não existe a citada Lei, mas um decreto assinado por Getúlio Vargas que “dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências” (BRASIL, 1934). Esse decreto e outros que o sucedem estão disponíveis para consulta na biblioteca virtual do Senado brasileiro e são de domínio público. As contundentes críticas de Luiz Cerqueira estão claramente registradas na obra de sua autoria *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental* (1989), a qual foi de grande valia para esta pesquisa. Compõem o conjunto de publicações, textos e documentos veiculados pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), instituição formada em meio às movimentações pela Reforma Sanitária e que congregou em seu entorno uma série de militantes do movimento social, os quais lutavam pela redemocratização do país e pela reorientação do sistema sanitário nacional. O CEBES, ainda hoje, mantém-se como difusor de conhecimentos da área da saúde coletiva e problematizador do Sistema Único de Saúde. Além das produções atuais, disponíveis *on-line* e por meio impresso, o CEBES reeditou documentos basilares do movimento pela reforma sanitária brasileira,

os quais foram consultados para este estudo. Integra-se ainda a esta parte da tese, artigos produzidos por pensadores engajados no movimento pela reforma sanitária e que utilizaram a produção acadêmica como um meio para evidenciar a privatização da assistência à saúde brasileira no contexto dos governos não democráticos. A busca por esses materiais ocorreu em bibliotecas especializadas, como da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, de universidades gaúchas e em bibliotecas virtuais, como a do próprio CEBES e do Ministério da Saúde, além dos portais de periódicos como o da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

No último capítulo, terceiro tempo analisado neste estudo, tratamos da Reforma Psiquiátrica brasileira e da emergência da noção de *usuário dos serviços de saúde mental*, forjada a partir da noção de direitos. A construção desse capítulo decorre de fontes bibliográficas que tratam dos movimentos de reforma da assistência psiquiátrica desencadeados na Itália e de noções que se tornam correntes com as ações ali desenvolvidas. As fontes também nos informam sobre o modo como foram constituídos os movimentos sociais pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, os quais assumem, em muitos momentos, também um caráter de denúncia das condições dos hospícios brasileiros. Mais uma vez, os arquivos do Museu da Loucura nos forneceram informações importantes por meio das obras de Magro Filho (1992), Hiram Firmino (1982) e do documentário dirigido por Helvécio Raton, *Nos porões da Loucura* (1979).

Também consultamos textos produzidos a partir do encontro entre os movimentos sociais e a política institucionalizada, como é o caso dos relatórios das Conferências de Saúde. Agrega-se ainda os textos das portarias e leis que regulamentam o momento atual das políticas públicas de saúde mental brasileiras, os quais marcam uma diferença sensível em relação aos decretos analisados no terceiro capítulo desta tese, especialmente quando se considera que foi a partir de um longo processo de “revolver” os textos das regulamentações atuais que pudemos desenvolver frentes de trabalho correlacionadas a esta tese (NUNES; GUARESCHI, 2011), mas também pela mesma persistência no estudo da legislação que quase nos perdemos, ao crermos que víamos apenas regularidades em seus escritos. Com efeito, quando tudo parecia o mesmo, constituindo um efeito de homogeneidade, algo destoava e apresentava uma nova nuance aos instituídos enquanto prática de cuidados. O que destoava é a concessão de renda no campo da saúde mental, acontecimento que se coloca com a criação do Programa de Volta para a Casa. O encontro com as regulamentações desse Programa ocorreu próximo ao momento da qualificação do projeto desta tese, o que impossibilitou

que, na época, tais documentos fossem explorados, permanecendo os mesmos como a promessa de algo que estaria por ser feito neste tempo de doutorado. O encontro com isso que irrompe como o novo na pesquisa possibilita ainda uma diferença em relação à busca pelos materiais de pesquisa, pois, até então, o processo de investigação não apresentava diferenças significativas em relação ao que foi mencionado sobre o capítulo anterior, diferindo-se apenas dos materiais localizados em Barbacena. Mesmo os documentos de Barbacena foram localizados por um intermediário, que gentilmente permitiu que a pesquisadora permanecesse entre os muros da academia. Desse modo, serão as questões suscitadas pela leitura do Manual, da Lei e da Portaria que regem o PVC que farão com que esta pesquisa diferencie-se daquelas realizadas na comodidade do ar-condicionado, das escrivatinhas viradas para a parede e das intermináveis buscas em sítios virtuais. Antes de descrevermos o caminho percorrido para acessar os documentos que são analisados na última parte deste estudo, os Instrumentos de Avaliação dos Beneficiários, consideramos necessário localizar brevemente as condições de emergência do PVC.

Como já citado, o PVC foi criado, em 2003, pela Lei Nº 10.708, de 31 de julho de 2003, com o objetivo de promover a integração social de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas por período igual ou superior a dois anos (BRASIL, 2003).

Três meses após a publicação da referida Lei, sua regulamentação se dá pela Portaria nº 2.077, de 31 de outubro de 2003, expedida pelo Gabinete do Ministro da Justiça, a qual prevê que a saída de cada paciente do sistema hospitalar psiquiátrico, financiado pelo SUS, implica o fechamento daquele leito, com a transferência dos recursos para ações extra-hospitalares de saúde mental. Nesses documentos, o Programa de Volta para a Casa é enunciado como um articulador entre a reorientação da assistência psiquiátrica brasileira e a garantia de direitos de seus usuários. Esse Programa tem como antecedentes o Movimento Social pela Reforma Psiquiátrica, o qual, grosso modo, pode-se dizer que tem como pontos articuladores o rompimento com o asilamento de seres humanos, muitas vezes perpétuo, e a luta pela garantia do tratamento em liberdade. Dessa forma, a criação de novos serviços assistenciais emerge junto com a busca pela formulação de outras leis que regulamentem e possibilitem a existência de um conjunto de ações que buscam se afirmar sob a insígnia da saúde mental em detrimento das expressões correntes à época, como *assistência em psiquiatria*.

Ainda nos anos de 1980, tem-se a proposição do Projeto de Lei nº 3.657-D/89 pelo Deputado Paulo Delgado (PT-MG), que abrange as reivindicações dos militantes pela Reforma Psiquiátrica, o qual foi aprovado apenas em 2001, depois de passar por profundas alterações, como a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.

Foi, portanto, no decorrer do próprio processo de investigação do doutorado, quando investigávamos as práticas de cuidado propostas pela contemporânea legislação de saúde mental brasileira, que se colocou o interesse pelo Programa de Volta Para Casa, especialmente quando ele é enunciado como um articulador de questões cruciais para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Isso porque a legislação que se forma nos anos de 1990 tem como pontos marcantes a criação, organização e regulamentação de serviços, sejam os serviços do tipo CAPS ou mesmo as internações em hospitais especializados ou hospitais gerais. Para esses diferentes espaços, torna-se premente a previsão orçamentária nas tabelas do SUS, o que passa a ocorrer a partir dos anos de 1990. Durante o processo de pesquisa que resultou nesta tese, observou-se que, gradativamente, passaram a ser incluídos nas tabelas orçamentárias do Sistema Único de Saúde procedimentos que não compunham o rol de atividades remuneradas pelo poder público, como as visitas domiciliares, as atividades em grupos e as ações na comunidade, por exemplo. Ao mesmo tempo, chamava atenção as constantes referências às ações que remetiam a uma vinculação entre as noções de trabalho e o tratamento. Logo nas primeiras portarias da década de 1990, encontra-se a inscrição das oficinas como parte das práticas terapêuticas, como se observa na Portaria SNAS nº 189 de 19 de novembro de 1991, na qual consta, sob o Código 844-3, o atendimento em Oficinas Terapêuticas I, cujo objetivo descrito refere-se à socialização, expressão e inserção social dos participantes. Para tanto, são indicadas as atividades de carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato e artes, as quais deveriam ser realizadas em grupos de 5 a 15 participantes, e coordenadas por profissional de ensino médio. No caso das Oficinas Terapêuticas II, mantém-se o número de participantes, e as atividades de teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, com a coordenação de um profissional com ensino superior (BRASIL, 2004b, p. 240). O citado documento tem uma função basilar no processo de estruturação dos serviços de atenção psicossocial, pois regulamenta os CAPS e NAPS, altera a forma de financiamento dos procedimentos e, como apontado, inclui as oficinas terapêuticas como parte das estratégias de tratamento em saúde mental (BRASIL, op. cit.).

Decorrida mais de uma década, a Portaria GM Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, classifica os serviços do tipo CAPS como CAPSI, II, III, de acordo com o porte do serviço, a complexidade da assistência e a abrangência populacional. Essa portaria demarca a diferenciação dos CAPS em relação à capacidade de atendimento e ao público atendido. Com isso, o documento assinala uma descontinuidade no plano da legislação formulada na década de 90, observada na modificação dos regramentos que deixam de ser orientados para um conjunto populacional enunciado como homogêneo: “pessoas portadoras de transtornos mentais”, conforme a Portaria 189 de 1991. Com efeito, a legislação regulamenta a criação de serviços considerando os contingentes populacionais ao mesmo tempo em que cria outras formas de diferenciação, como a separação por idade, por meio da criação dos Centros de Atenção Psicossociais para a infância e juventude (CAPSi), e aqueles voltados para as pessoas que fazem uso de álcool e/ou outras drogas, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad).

Junto à produção dessas diferenças, a Portaria 336 ratifica a permanência das oficinas terapêuticas como uma das atividades que integram a assistência prestada ao público atendido pelos diferentes tipos de CAPS (BRASIL, op. cit.). Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a publicação *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*, com objetivo expresso de tornar esses serviços conhecidos entre os gestores, trabalhadores, usuários e população em geral. Encontra-se no Manual um histórico da formação dos CAPS, definição de clientela e formas de tratamento oferecidas. Nesse último aspecto, mais uma vez as oficinas estão incluídas e são assim definidas:

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Os CAPS têm, frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, op. cit., p. 20).

No mesmo documento, encontra-se uma descrição dos diferentes tipos de oficina que podem acontecer no âmbito dos serviços citados:

- Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais

e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro;

- Oficinas geradoras de renda: servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda;

- Oficinas de alfabetização: esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania (ibid., p.20-21).

A prescrição constante das oficinas como prática de cuidados, seja na legislação em saúde mental ou em uma publicação que extrapola o âmbito da lei, diz não só de uma atividade assistencial bem sucedida, mas permite visibilizar a constituição de discursos que, por vezes, podem assumir efeitos de verdade no contexto da saúde mental. Nesse caso, quando analisadas as práticas terapêuticas, em um intervalo de pouco mais de dez anos, o que se nota é uma aproximação das noções de *tratamento*, *trabalho* e *direitos/cidadania*, o que é discutido ao longo deste estudo.

Entre o que aparece como novidade e o que aparece novamente, é preciso considerar que a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, é produzida no contexto dos discursos em torno da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental. Assim, ela dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos, mas ainda mantém as internações psiquiátricas, mesmo ao se pronunciar sobre a reorientação da assistência em saúde mental (BRASIL, op. cit.). A partir dessa lei maior, as proposições que a sucedem vinculam as formas de tratamento propostas à cidadania, inserindo-se nesse rol as ações de geração de trabalho e renda e, de modo específico, no plano das políticas de saúde (e não de assistência), a concessão de renda por meio do Programa de Volta para a Casa.

O anúncio do PVC ocorre em um momento no qual algumas das proposições do Movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira encontram-se institucionalizadas em forma de leis, portarias e decretos, e implementadas por meio da abertura de serviços de atendimento em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). É também o momento em que a Lei 10.216 prevê a criação de políticas específicas, e ações como alta planejada e reabilitação psicossocial para pacientes submetidos a longos períodos e internação e com características de forte dependência institucional.

A elaboração do PVC foi precedida por um senso que estimou em 15.000 o número de pessoas com longo histórico de institucionalização psiquiátrica (BRASIL,

2003). Esse número supera a população total de muitos municípios brasileiros. Ele também denota a força e os efeitos de um longo processo de institucionalização em manicômios ou hospitais psiquiátricos cujo marco é ainda apontado pela historiografia como a autorização para a abertura do Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro em 1841.

Com efeito, na mesma medida em que são previstos serviços que deverão atender a demanda de cuidado em saúde mental, ampliando-se o rol das estratégias assistenciais – antes restrita, na maior parte dos casos, à internação –, colocando-se também o cuidado com as pessoas que permaneceram por décadas internadas nos grandes hospitais psiquiátricos como um problema a ser enfrentado.

2.3 Abrindo os arquivos do Programa de Volta para a Casa

Orientada pelos estudos desenvolvidos frente à minha escrivania virada para a parede e subjetivada pela lógica da descentralização das políticas de saúde mental, tal como preconiza a legislação atual, iniciei a minha busca por informações relacionadas ao PVC pela Coordenação Municipal de Saúde Mental da cidade de Porto Alegre. Nessa seção, procurei pelo responsável pelo envio dos documentos ao Ministério da Saúde. Na ocasião, fui informada de que os documentos eram enviados pelo Estado para Brasília. Nova tentativa. Na ocasião, fiz contato com a Seção Estadual de Saúde Mental do Governo do Rio Grande do Sul. Fiz a mesma pergunta, e a resposta se assemelhou à primeira quanto ao destino final dos documentos, mas dela diferiu ao me informar que competia ao município o envio dos documentos. Retorno a ligação para a Secretaria de Saúde municipal e ela é transferida para a coordenação de saúde mental. Lá, a resposta se mantém. Do mesmo modo, retomo o contato com os técnicos do Estado, os quais reafirmam que as informações seguem diretamente para o Ministério da Saúde. Por meio de contatos pessoais, obtenho o número do telefone celular da profissional responsável pelo PVC no plano estadual. A resposta é definitiva: ligue para o Ministério da Saúde.

Aceito a indicação e inicio as tentativas de contato por meio dos telefones indicados no site do Datasus². Em diferentes ligações, diferentes pessoas atendem os telefonemas nos números indicados. Ninguém sabe o que é o Programa de Volta para a

² Base de informações virtuais do Ministério da Saúde.

Casa. Recebo a sugestão de ligar para o setor de habitação; hesito frente a essa pista e mantenho a insistência em falar com a coordenação do PVC.

De número em número, chego à coordenação Nacional de Saúde Mental, e, finalmente, conheço, via telefone, a responsável pelo Programa. Apresento-me, falo da pesquisa que faço e anuncio o meu interesse por um certo documento que faz parte do processo de inclusão de beneficiários no PVC, o qual é nomeado como Instrumento de Avaliação do Beneficiário. Meu interesse nesse documento referia-se ao meu conhecimento de que, nele, os técnicos responsáveis pela avaliação dos candidatos a Beneficiários do PVC deveriam fazer uma descrição da situação do paciente, além de lhe propor um projeto terapêutico. Portanto, eu estava em busca das descrições e prescrições referentes aos “usuários dos serviços de saúde mental” presentes nesses documentos. Percebo uma hesitação e me é informado que minha intenção de pesquisa será avaliada. Envio, então, um ofício de minha orientadora explicando os objetivos da pesquisa e os documentos que serão pesquisados. Passados alguns dias, recebo retorno: a pesquisa será aceita desde que aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade. Nova etapa.

Submeto o projeto à avaliação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dou entrada no pedido, mas parte da Universidade está em greve. É anunciado o dia para paralisação definitiva de todas as unidades. Vejo a possibilidade de pesquisa se extinguir. Entretanto, no dia mesmo de paralisação geral, recebo a aprovação pela Comissão de Pesquisa em Psicologia. Envio novo ofício para a coordenação de saúde mental. Passam-se os dias e o retorno não chega. Insisto novamente e descubro que a técnica com a qual mantive contato está em férias. Novas ligações em busca do profissional responsável por suas atribuições. Passa-se o tempo e amplia-se a relação de nomes com os quais falei em minhas tentativas. Em uma dessas ocasiões, peço para falar com o coordenador nacional de saúde mental, naquele momento e ainda hoje, o médico Roberto Tykanori Kinoshita. Quem me atende parece surpreender-se com meu pedido. Pergunta meu nome, telefone, *e-mail*. Explico todo o percurso já feito. São solicitados todos os documentos já enviados: ofício 1, ofício 2, projeto, ofício de aceite da Comissão de Pesquisa da UFRGS e novo ofício ao coordenador de saúde mental. Nova hesitação. Recebo a informação de que o documento que procuro não é mais solicitado para a inclusão no Programa. Sou informada de que os técnicos preocupam-se que me decepcionarei com os dados que lá se encontram. Digo que isso fará parte da pesquisa, falo da potência do Programa que alcança os pequenos municípios brasileiros,

ao mesmo tempo em que tem uma coordenação única, o que lhe dá a possibilidade de constituir um valioso arquivo sobre a população de abrangência do PVC.

Novos telefonemas. Por sorte, nesse período, é aprovada a Lei que garante o acesso aos documentos públicos. Na sequência, a informação que recebo é que poderei consultar os arquivos, mas que não sabem quando poderão trazê-los do arquivo morto. Novas perguntas são por mim feitas. Indago sobre o modo de organização do arquivo e sua localização. Em meio às dezenas de telefonemas, em um deles, sou informada que nem todos os arquivos “desceram”. Recebo o aceite da consulta aos documentos, mas com a ressalva que poderei me decepcionar com o que encontrarei.

Pago caro pelas passagens de avião. Preciso me dirigir à Brasília justamente em uma terça-feira, com retorno marcado para sexta-feira da mesma semana. Percurso típico dos nossos representantes, por isso supervalorizado pelas empresas áreas. Chego a Brasília. Dia quente, abafado e seco. Meu corpo sente a transição entre um inverno gaúcho atípico, pois que naquele ano está quente e úmido, e a seca, tão familiar aos candangos. Do aeroporto sigo para o Plano Piloto em um ônibus para turistas. Avisto aquelas sequencias de prédios e entre eles o Ministério da Saúde. O cenário me aperta o coração. Encontro os servidores em greve, lembro-me das sequencias de *e-mails*, telefonemas. Fico perplexa frente aos carros de som e aos manifestantes que, barulhentos, apresentam suas reivindicações.

Com o ofício em mãos, procuro o endereço indicado. Lá, ninguém sabe dizer do Programa ou dos técnicos que faço referência. Pergunto se posso telefonar para um dos contatos que tenho. Gentilmente me oferecem um telefone, talvez pela percepção do pânico que transparece em meu rosto e do meu aspecto de alguém em “trânsito”. Consigo contato. Sou informada que devo procurar o anexo do Ministério da Saúde. Volto ao elevador, ao guarda-volumes, passo em meio aos manifestantes, escuto suas músicas e a “vuvusela” que soa sem parar. Pergunto a direção que devo seguir. Atravesso um pátio, contorno uma escadaria, desço por outra, atravesso uma rua, subo outras escadas, passo por um gramado, vejo duas portarias, novos manifestantes. Peço um café, agradeço, elogio a trilha sonora dos grevistas e me é indicado o caminho. Identifico-me, mostro meus documentos, abro a mochila para registro do meu *notebook* e tenho a entrada autorizada. Finalmente, chego à Coordenação Nacional de Saúde Mental. Procuro o contato que tenho, digo meu nome, agradeço por aceitarem a pesquisa e peço um canto para que eu possa deixar a mala e também meus sapatos que, nesse tempo, já machucaram meus pés. Restabeleço meu corpo, seco o suor do rosto, e

pergunto se há um lugar onde possa me sentar para iniciar o trabalho. Observo a sala: ela não é grande e conta com diversas mesas, com divisórias baixas. Muitas pessoas estão sentadas frente aos computadores. Os telefones tocam e as “vuvuselas” lá fora também. Uma mesa é desocupada, e nela me instalo. Pergunto se há copiadora ali e sou informada que não poderei retirar nada da sala, que poderei apenas copiar os dados que eu julgar necessários. Ao receber essa informação, meus olhos se dirigem para as caixas empilhadas logo na entrada da sala, mas sou acalentada por alguém que diz para eu não me preocupar, pois provavelmente eu quase não encontraria as fichas de avaliação dos beneficiários. Sou indagada sobre a informação que me interessa nesses documentos. Esclareço que procuro pelas descrições e prescrições feitas pelos técnicos a respeito dos sujeitos indicados como candidatos a beneficiários do PVC. Uma pausa, e recebo a sugestão de procurar também por relatórios, laudos, por quaisquer outros documentos que compusessem os pedidos. Uma esperança se delineia e começo a abrir as caixas, identificadas por estados da federação, em conjunto com o nome das cidades das quais provêm os pedidos para a inclusão de beneficiários. Todas elas são identificadas por uma numeração composta por seis dígitos e pela sequência de siglas: Mental/Das/DAPES/SAS.

Foram pesquisadas as seguintes caixas:

Ano de abrangência dos documentos	Nome do estado	Nome dos municípios
2003- 2007	Sergipe	Capela, Itabaiaura, Aracaju, Monte Alegre, Tobias Barreto, Nossa Senhora do Socorro, Nossa Senhora da Glória e outros municípios
2003-2007	Minas Gerais	Betim, Montes Claros, Araçuaí, Juiz de Fora, Bom Despacho, Barbacena, outros municípios
2003 – 2011	Rio de Janeiro	Paracambi, Nova Friburgo, Belford Rocho, Itaperuna, Volta Redonda, Nova Iguaçu, Itaboraão, outros municípios
	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro, Niterói, Carmo, Barra Mansa
2005-2011	Bahia	Barreiras, Feira de Santana, Salvador, Brumado, Prado
2004-2011	Rio Grande do Sul	Porto Alegre, Bagé, Alvorada, Viamão, Alegrete, outros municípios
2005-2007 e 2010	Paraíba	Não consta
2005-2011	Pernambuco	Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Camaragibe, outros municípios

Tabela 2: caixas pesquisadas

Nelas, busquei processos que contivessem quaisquer informações além das cópias de documentos pessoais dos candidatos a beneficiários do PVC. Ao todo, pesquisamos 84 pedidos de inclusão de beneficiários das cidades brasileiras mencionadas no quadro acima. Algumas cidades encaminhavam um pedido apenas; outras, inúmeros, como é o caso do Rio Grande do Sul. Um dos processos nos chamou a atenção por dele fazer parte as cópias dos diplomas do candidato a beneficiário, assim como a sua persistência de dizer, por décadas, que não sabia por que fora internado. Outros pedidos, a maior parte deles, marcou-nos pela precariedade das informações registradas, muitos deles restringindo-se a anotar o nome do interno, seu sexo, a cidade de origem, a data de nascimento, a instituição de internação, a data de internação e de alta (quando esta já tinha ocorrido) e a instituição de destino dos ex-internos. Desses, a maior parte recebeu alta por transintitucionalização para Serviços Residenciais Terapêuticos.

Desse contato com os arquivos, se abre um mundo de horrores. Eu quase não acreditava no que lia. Me deparava com cenas de internações que não se tornaram perpétuas devido à resistência dos indivíduos que perduraram para além das modificações das políticas e das práticas de (des)cuidado. Alguns internos, como os arquivos do PVC nos mostram, perduraram para além das instituições que lhe acautelaram, pois delas saíram devido ao fechamento dos hospitais. Encontramos registros de pessoas que há décadas não eram avaliadas por ninguém, pois apenas sucedia-se a compilação de dados de seu antigo prontuário.

Nos processos avaliados, além de documentos preenchidos incompletamente, outros redigidos com letras ilegíveis, encontram-se outros enviados por fax, o que faz perecer com o tempo, desaparecendo a informação um dia arquivada. Outra falta sentida, em muitos dos Instrumentos de Avaliação dos Beneficiários, foi a indicação do projeto terapêutico delineado para o usuário, o que daria ideia da rede de sociabilidade que poderia ter se formado quando de sua saída do hospital. A precariedade dos registros aponta a impossibilidade de constituição de um arquivo que olhe para o futuro e que registre o nosso passado próximo e o nosso presente para que não percamos de vista o que fazemos ainda hoje. Com o fechamento dos hospitais, é bem provável que seus arquivos também sejam extintos, o que impossibilitará a memória do que se fez e do que ainda se faz com aqueles considerados como passíveis de serem internados.

Ao mesmo tempo que a revolta era um dos sentimentos predominantes ao abrir as caixas e ler os documentos que ali se acomodam, também abria-se um mundo de

possibilidades, na medida em que o PVC tem incidido sobre as internações realizadas nas instituições de tratamento e custódia, os conhecidos *manicômios judiciários*, onde dificilmente são assinados os atestados de cessação de periculosidade, condição primeira para a alta dos internos. Assim, enquanto potência, vemos um processo de desinstitucionalização instituído no plano legal e buscando instituir-se no plano das existências concretas, aquelas, sim, de carne, ossos, vísceras e histórias de vida.

O Programa de Volta Para a Casa tem uma dimensão micro, na medida em que é implementado no plano municipal. Para tanto, basta o município solicitar a sua adesão e fazer o requerimento para a concessão de benefício para um indivíduo que atenda às condicionalidades do Programa. Ao mesmo tempo, ele tem uma dimensão macro, na medida em que possui uma coordenação nacional, situada junto à Coordenação Nacional de Saúde Mental no Ministério da Saúde. Nesse sentido, ele tem a potência de constituir um arquivo e manter presente o nosso passado, especialmente nesse tempo que é o nosso, em que o tratamento e, de modo especial, a internação passam a ser enunciados como garantia de direitos.

CAPÍTULO 3

PRÁTICAS DE CUIDADOS DA ALIENAÇÃO MENTAL: O TRABALHO COMO PRESCRIÇÃO TERAPÊUTICA

As discussões desenvolvidas neste capítulo são uma espécie de continuação e ampliação de uma pesquisa anterior¹ sobre as práticas de cuidado preconizadas pela legislação contemporânea de saúde mental brasileira (NUNES; GUARESCHI, 2011). Naquela ocasião, foi possível identificar os serviços de atenção psicossocial propostos hoje, bem como as estratégias terapêuticas recomendadas pelo Ministério da Saúde. Vemos que, junto ao tratamento farmacológico, às atividades grupais e atendimentos individuais multidisciplinares, são prescritas, de modo recorrente, atividades que se relacionam à ideia de *trabalho*, seja por meio da menção às oficinas de artesanatos ou de atividades de geração de trabalho e renda.

Diante da atual e expressiva aproximação entre o tratamento e as ações que remetem a uma noção de trabalho, algumas questões se colocaram: trata-se, nesse momento, de um acontecimento novo? Essa aproximação já se delineava em outro momento da história? Será que essa aproximação se delineava de algum modo no início do século XX, momento em que alguns dos estados brasileiros, como Minas Gerais, instituíam suas práticas de cuidado da alienação mental? Como se vê, tratava-se de inquietações relacionadas ao presente, mas era ao passado que essas questões remetiam. E, nesse trânsito entre o que fazemos hoje e o que nos precede, buscamos dar passagem ao que essas perguntas insistiam em movimentar, forçando-nos a pensar a atualidade como constituída também daquilo que a precede.

Nos dias de hoje, a noção de saúde mental não remete somente a uma experiência individual, como a acepção veiculada pela Organização Mundial de Saúde, que a define como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo é consciente de suas próprias capacidades, pode enfrentar as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de fazer uma contribuição à sua comunidade”². Ela se refere, igualmente, a um campo de tensões e de lutas, marcado pelo movimento social pela Reforma Psiquiátrica, o qual inclui uma série de serviços e estratégias voltadas para

¹ A primeira parte deste capítulo foi publicada na íntegra, com poucas alterações. Ver NUNES; GUARESCHI, 2013.

² <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>.

o cuidado das “pessoas portadoras de transtornos mentais”, conforme a expressão inscrita na Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, principal ordenamento legal desse campo.

Diferentemente dos dias atuais, na passagem dos séculos XIX e XX, falava-se em alienação mental, a qual estava incluída no campo das “molestias mentaes e nervosas” e era entendida como um estado de alheamento do indivíduo com ele próprio, o qual poderia ser permanente ou duradouro. Acreditava-se que os alienados mentais poderiam ser de dois tipos: os loucos e os delirantes. Os primeiros eram considerados incuráveis, pois sofriam uma alteração profunda do próprio eu. Quanto aos segundos, eles eram considerados como passíveis de cura, mas acreditava-se que atuavam sobre eles uma série de sensações, nomeadas de *delírios*, que os levavam à prática de atos destoantes da razão (ROXO, 1906, p. 9).

Na efervescência da produção e circulação de concepções como essas e buscando alinhar-se ao que existia de vanguarda, é criada, pelo Governo Estadual, a Assistência a Alienados de Minas Gerais, o que se dá por meio da fundação do Asylo Central de Assistência a Alienados, em 1900, e da Colonia Mineira de Alienados, em 1910 (ESTATÍSTICAS..., 2006). A criação desses estabelecimentos marca um reposicionamento de Minas Gerais frente ao Governo central, pois, ao mesmo tempo em que o Estado atende aos mandatos do Governo, passa a se ocupar de seus “alienados” em estabelecimentos próprios, os quais são regidos, desde seu fundamento, por minuciosos regulamentos que detalham o modo de funcionamento de cada um dos espaços e delimitam as estratégias terapêuticas para a cura de seus internos. Esses mesmos regulamentos, pelas descrições que oferecem, passam a constituir, junto aos discursos médicos e jurídico-policiais, aqueles que serão recebidos como o público-alvo das instituições criadas.

Diante desse panorama, esta parte deste estudo tem como objetivo discutir como, no contexto mineiro e brasileiro dos anos de 1900 a 1930, se dá a emergência do trabalho como forma de tratamento da alienação mental e como se dá o desdobramento do trabalho em uma norma de conduta que passa a funcionar dentro e fora dos espaços asilares. Ao fazer esse recuo, buscamos as contribuições de Michel Foucault para pensar, a partir do campo da Psicologia Social, o que fazemos hoje no que tange a nossas práticas em saúde mental. Todavia, nos mantemos atentos ao alerta do filósofo de que “a genealogia não pretende recuar no tempo para restabelecer uma grande continuidade, para além da dispersão do esquecimento sua tarefa não é a de mostrar que o passado ainda está lá, bem vivo no presente” (FOUCAULT, 2005, p. 21). Nem a

busca de uma continuidade, nem de uma origem, mas a consciência de que, “ao nos debruçarmos sobre o passado, é possível pensar o presente e desnaturalizar o patológico como da ordem de uma essência imutável” (SILVA, R. N., 2008, p. 455). Ao nos furtarmos de pressupor a saúde mental e a alienação mental como imutáveis, inserindo-as na ordem das construções humanas e, por isso, sociais, torna-se preciso então olhar para as práticas que sobre elas incidem, ao mesmo tempo em que as constituem como objetos de investimento. Ao nos referirmos às práticas, o fazemos baseados na acepção que Foucault retoma da filosofia socrática e que diz respeito ao modo de ocupar-se de alguém, de um enfermo ou de um rebanho. Trata-se do estabelecimento de uma relação com o outro, o que inclui uma série de prescrições quanto ao modo de cuidado com a sua saúde e com seu corpo, e a vigilância para que todas as orientações quanto ao regime e aos exercícios, por exemplo, sejam seguidos (FOUCAULT, 1982-1983/2010d). Trata-se, por fim, de práticas que dizem respeito à condução de condutas (FOUCAULT, 1979-1980/2010a).

Para o desenvolvimento deste estudo, o texto foi organizado em duas partes principais. Na primeira, intitulada *Alienação mental: sobre sua institucionalização e as formas de tratamento*, analisamos os dois documentos que criam e regulamentam a Assistência a Alienados do Estado de Minas Gerais, sendo eles a Lei 290, de 16 de agosto de 1900, e o Regulamento aprovado pelo Decreto 1.579, de 21 de fevereiro de 1903³. Esses documentos são considerados em conjunto aos discursos alienistas difundidos no Brasil nos primeiros anos do século XX para discutir o modo como o trabalho emerge como uma prática terapêutica naquele contexto.

Na segunda parte, *O trabalho como norma de conduta dentro e fora dos hospícios*, pesquisamos como os sujeitos são descritos nos regulamentos psiquiátricos, nos decretos governamentais e no ordenamento penal. Nessa etapa, analisamos a *Mensagem do Presidente Arthur da Silva Bernardes*, pronunciada em 1920, na qual encontramos uma descrição da situação da Assistência a Alienados passados 20 anos desde sua criação, assim como a direção que ela deveria tomar. Na sequência desse ato, abordamos a Lei 778, de 16 de setembro de 1920, e o Regulamento da Assistência a

³ Para o estudo iniciado em 2006 e publicado em 2009, assim como para o atual, a contribuição de Ronaldo Sérgio da Silva, mineiro de Barbacena, foi fundamental para o acesso aos documentos. A ele, dedicamos nossos agradecimentos. Também somos gratas aos funcionários do Museu da Loucura, os quais gentilmente permitiram que os materiais fossem consultados e xerocopiados. Com a mesma gentileza, eles e também Ronaldo nos receberam em um período posterior. Agradecemos igualmente aos técnicos da Biblioteca da Assembleia Legislativa de Minas Gerais, pela atenção e pelo rápido envio dos documentos solicitados.

Alienados de Minas Gerais (conhecido como Regulamento Affonso Pena), aprovado pelo Decreto 6.169, de 31 de agosto de 1922. Esses documentos demarcam os esforços para a reforma das instituições para alienados e a busca por torná-las espaços que promovam, pelo trabalho, a readaptação dos alienados. Eles ainda registram a importância atribuída ao trabalho, mas também o modo como ele é utilizado para reforçar certas diferenças constituídas nas práticas asilares, as quais se vinculam à maneira como a sociedade se organiza em um momento em que certos modos de vida passam a ser inscritos em discursos que os percebem como próximos da patologia e do crime.

Buscamos mostrar como esse alinhamento delinea-se por meio da discussão de alguns aspectos destacados na Consolidação das Leis Penais, aprovada por Getúlio Vargas, em 1932, e no Regulamento da Assistência Hospitalar do Estado de Minas Gerais, em 1934. Destacamos como, no período abordado, se modificam os modos de constituição do público-alvo das instituições para alienados, conforme se reordenam as instituições asilares e as estratégias de governo estabelecidas dentro e fora desses espaços. Ao tratarmos da emergência do trabalho como tratamento para a “alienação mental”, apontamos a necessidade de colocarmos em análise o que fazemos hoje no campo que convencionamos a chamar de *saúde mental*, problematizando as vinculações e os deslocamentos entre as práticas de cuidado atuais e aquelas colocadas em curso no passado. Fazer essa história é fazer a história do presente, conforme nos ensina Michel Foucault.

3.1 Alienação mental: sobre sua institucionalização e formas de tratamento

Em Minas Gerais, a emergência das práticas de cuidado no campo da alienação mental está situada entre os debates científicos, o ordenamento jurídico e o contexto social e político da época em que leis específicas foram desenhadas para regular o tratamento daqueles que eram considerados doentes mentais. Esse conjunto é analisado em relação à Lei 290, de 16 de agosto de 1900, e ao Regulamento aprovado pelo Decreto 1579A, de 21 de fevereiro de 1903. A primeira formaliza a Assistência a Alienados nas terras mineiras, e o segundo estabelece as condições para o funcionamento de seus estabelecimentos.

A Lei 290 autoriza a abertura de um hospício na cidade de Barbacena, localizada a 157 km da capital do estado, distante da Belo Horizonte que, àquela época, havia sido

recentemente construída. A citada lei sinaliza um crescente investimento do Estado no sentido de ordenar os espaços destinados à reclusão dos alienados mentais. De igual maneira, ela vincula juridicamente o hospício e os alienados mentais e referenda a reclusão como uma forma de assistência, cuja responsabilidade compete ao poder público (MINAS GERAIS, 1900). Logo em seguida, o Decreto 1579A, de 21 de fevereiro de 1903, aprova o Regulamento da Assistência de Alienados, o que reafirma a cidade de Barbacena como aquela que receberá um hospício e uma colônia agrícola, ambos destinados, na letra da lei, “a receber os habitantes do Estado que, por motivo de alienação mental, carecem de tratamento [...]” (MINAS GERAIS, 1903, p. 133).

A criação dessas instituições alinhava-se às noções alienistas que se dispersavam pelo Brasil, as quais produziram sentidos e ações ao encontrarem condições de existência no solo brasileiro (VENÂNCIO, 2003a). Nesse processo, a alienação mental foi tomada como um conceito prático, na medida em que foi utilizada como um suporte para o internamento de um grande número de indivíduos. Entre esses, estavam aqueles que passaram a ter seus modos de vida percebidos como desviantes em relação à razão e, especialmente, em relação às normas estabelecidas naquele tempo. Grosso modo, no caso da alienação mental, na medida em que os discursos sobre a mesma criam efeitos de verdade, forma-se uma relação simples: a criação dos hospícios é respaldada por discursos que os enunciam como os locais privilegiados para o cuidado e cura dos alienados. Logo, pode-se concluir que, quando alguém é tido como alienado, deve ser também internado. Como consequência, posto que os insanos devam ser internados, é porque, como anormais, não podem mais permanecer no espaço público. Mesmo que grosseira, essa construção busca dar mostras de como o discurso nos interpela a assumir determinadas posições e como eles constroem modos de ver e pensar sobre si e sobre o outro. Ela expressa, de algum modo, como a constituição de uma norma cria, em contrapartida, modos de definição e especificação dos normais e dos anormais. Mais do que isso, a possibilidade de identificá-los e tratá-los é compatível com a influência de Phillipe Pinel (1745-1826) e de seu discípulo Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) na formação dos nossos hospícios. Para esses alienistas, o asilamento era apregoado como um meio de prestar assistência física e moral aos internos, devendo-se, assim, separar os insanos dos arrazoados (VENÂNCIO, 2003b; SILVEIRA, 2008).

Na entrada para o XX, correlativamente à influência de Pinel no Brasil, forma-se, na cidade do Rio de Janeiro, um movimento liderado pelo médico Juliano Moreira (1873-1933), que insere nos debates nacionais a concepção de tratamento da alienação

mental apregoada pela Psiquiatria alemã. O médico baiano passa a defender práticas que dispensem o uso de meios coercitivos e empreende a criação de “oficinas de trabalho” e o emprego da “klinoterapia”, introduzindo o labor e o leito como meios de tratamento no Hospício Pedro II (VENÂNCIO, 2003b). Silveira (op. cit.) confere realce ainda maior à capacidade de Juliano Moreira de transmitir essa nova forma de relação com a loucura, sublinhando que o alienista forma uma “escola” e estabelece uma forma de “ensino” ao aglutinar em torno de si alunos interessados, pesquisadores em formação e interlocutores próximos e distantes, como Émil Kraepelin (1856-1925). Este último é considerado o sistematizador da Psiquiatria alemã, a qual se torna reconhecida como científica e diferenciada na forma de produzir conhecimentos, pois passa muito mais pelo cenário acadêmico e pelas clínicas universitárias do que propriamente pelo asilo, como fazia Pinel (RIBEIRO, 1999; SILVEIRA, op. cit.).

3.1.1 O Brasil na entrada do Século XX

Mesmo que, entre os alienistas brasileiros, se acirrassem os debates sobre os meios de tratamento da alienação mental, o internamento mantinha-se intocado, seja entre os adeptos da perspectiva francesa ou alemã. Trata-se da entrada para o século XX, momento em que o país e os espaços públicos passavam por transformações que culminaram em novas atribuições aos hospícios (já antigos na história brasileira). Nessa época, ocorrem profundas modificações quanto ao nosso regime político e às relações de trabalho. Isso porque, em um intervalo de pouco mais de 60 anos, entre os anos de 1822 e 1889, o Brasil não só deixa de ser Colônia de Portugal e se torna independente, como coloca fim ao Império (PRADO JÚNIOR, 1949). Nesse tempo, a aprovação da Lei Áurea, em 13 de maio de 1888, decreta o fim da escravidão. Já a Proclamação da República, em 15 de novembro de 1889, demarca a formação do Estado e promove a laicização das instituições nacionais, o que resulta na retirada da Igreja da administração das instituições manicomiais e, ainda, na busca pelo reposicionamento do país frente ao mercado internacional.

Com essa movimentação, é promulgada, em 24 de fevereiro de 1891, a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil e formalizado o sistema republicano, federativo e representativo, ato que marca o fortalecimento do Estado (independente do Império) e a formalização das restrições ao Poder Estatal por meio de instituições harmônicas, mas autolimitadoras, como os Poderes Legislativo, Executivo e

Judiciário. O processo de autolimitação do Estado ocorre igualmente pela atribuição de garantias e direitos aos brasileiros e estrangeiros que no Brasil residirem (BRASIL, 2011).

Conforme analisa Ferreira Filho (1990), as Constituições brasileiras (exceto a de 1988) seguem uma tendência consagrada no século XVIII pelo liberalismo político, pautando-se pela garantia de direitos fundamentais em detrimento das formas abusivas de poder. Esse modelo está expresso na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, promulgada na França em 1789, que inscreve a liberdade, a segurança, a resistência à opressão e a propriedade privada como direitos imprescritíveis e inalienáveis. No caso brasileiro, o autor afirma que são privilegiados os direitos privados em detrimento dos sociais, o que se evidencia pelo silêncio a respeito da proteção ao trabalhador e pela dificuldade do texto constitucional de distinguir cidadania e nacionalidade, reduzindo a primeira às condições impostas à segunda.

Esses acontecimentos impõem profundas modificações nos modos de produção, no regime político e no complexo jogo entre a garantia de direitos e a obediência ao regramento do Estado. Para que a Constituição garanta o direito à liberdade, à terra e à segurança pessoal, outros mecanismos de segurança são colocados em funcionamento, os quais incidem, por meio de sanções e penalidades, sobre aqueles que infringem os domínios estabelecidos. Nesse cenário, a Constituição pode ser entendida como uma contratualidade social que se articula a uma racionalidade de governo e às estratégias de gestão dos espaços e das populações (FOUCAULT, 1978-1979/2008b). Frente aos interesses da República, são realçados os cuidados com o território, mas especialmente com a população, pois, estabelecidas as fronteiras geográficas e políticas, elas precisam ser defendidas. Para tanto, são requeridas táticas tão planejadas quanto as que são colocadas em curso para tornar o país competitivo no mercado internacional. Esse último objetivo reforça a abertura do país para novos fluxos imigratórios. Trata-se de atrair trabalhadores livres para formar uma massa de assalariados nos setores cafeeiro e industrial e de buscar estrangeiros para tornarem-se aqui pequenos proprietários por meio de um sistema de financiamento de terras pelo poder público. Com o movimento de potencialização da indústria e promoção da colonização em regiões distantes do país, observa-se que a ocupação do espaço é recoberta pelo imperativo de torná-lo produtivo (PRADO JÚNIOR, op. cit.).

É preciso sublinhar que o reconhecimento de direitos individuais pela Constituição de 1891 e o estímulo para imigração ocorrem em um contexto político que

acata a abolição da escravatura, mas mantém-se omissa quanto à proposição de políticas de garantia de direitos aos ex-escravos, entre eles, o direito à propriedade da terra. Desse modo, a busca por homens dispostos a empregar sua força de trabalho se dá em um país cuja noção de trabalho ainda não se desvinculava totalmente da escravidão (PRADO JÚNIOR, op. cit.). Como consequência, o valor do trabalho se estabelece de um modo ambivalente neste país, pois, por um lado, ele é marcado pela desvalorização, ao ser considerado atributo de escravos, e não da nobreza, mas, por outro lado, é reconhecido como uma das condições de possibilidade para alavancar a economia e o desenvolvimento local.

3.1.2 A gestão dos espaços asilares

Em linhas gerais, foram delineadas as peculiaridades da conjuntura brasileira no momento de emergência da Lei 290 e do Regulamento de 1903, em que se nota um momento oportuno para selar a aliança entre os debates médicos e as necessidades sociais, especialmente no que tange à possibilidade de isolar, em determinados espaços, os indivíduos cujos comportamentos são considerados impróprios para a nova ordem social. Para além do isolamento, formam-se duas promessas – uma relacionada à cura dos indivíduos internados e outra à identificação e erradicação dos vícios da população – com o objetivo de torná-la forte e trabalhadora. Assim, a criação do asilo e sua regulamentação são bem-vindas em um Estado ainda novo, que traz em sua bandeira os ideais da Ordem e do Progresso.

Tais ideais também se colocam na gestão dos espaços asilares, os quais conformam estratégias de vigilância e controle que, por meio da escrita de tudo o que ocorre no cotidiano institucional, enreda a todos em um mesmo plano de visibilidade. Com o registro gráfico, previsto no Regulamento da Assistência a Alienados, busca-se a configuração de uma rede ligada de ponta a ponta pela vigilância mútua, a qual deve abranger todo o asilo. A espessura dessas estratégias de controle se assemelha à concretude da disposição dos corpos pelo interior do Hospício Central de Barbacena em suas divisões principais: Pavilhão de Observação, Gabinete Eletroterápico, oficinas, quartos, salas e enfermarias. O primeiro é entendido como um lugar de passagem, reservado às observações, anotações e exames, com a finalidade de comprovar os motivos para a internação, conforme prescreve o Regulamento de 1903, em seu Capítulo VII, que trata da Admissão dos Enfermos:

Art. 31º – Todos os indivíduos que, por atos indicativos de alienação mental, tiverem de ser recolhidos ao hospício, darão entrada provisória ao pavilhão de observação até ser verificada a alienação. A matrícula se fará 15 dias depois da entrada, salvo o caso de dúvida ainda existente. Art. 32º - No hospício serão recolhidos enfermos indigentes e contribuintes. (MINAS GERAIS, 1903, p. 141)

O Regulamento prevê um intervalo temporal para a verificação da alienação. Contudo, no espaço institucional, a distinção entre indigentes e pensionistas é estabelecida de imediato. Mais do que isso, a separação entre essas duas categorias é anterior ao momento de entrada na instituição e, de algum modo, produz uma continuidade entre as práticas que ocorrem dentro e fora do asilo quando é atualizado um modo de distinção dos indivíduos a partir de sua possibilidade de arcar com os custos da própria existência.

Cabe lembrar que o direito à liberdade foi assegurado pela Constituição de 1891, mas também o internamento se tornou uma prática legitimada pelo ordenamento jurídico. No Hospício de Barbacena, conforme o Regulamento de 1903, o pedido para a admissão de indigentes competia ao Chefe de Polícia e ao Secretário do Interior. A documentação necessária para formalizar o internamento resumia-se ao preenchimento de uma guia com a caracterização do enfermo (nome, idade, sexo, cor, endereço, filiação, naturalidade, profissão etc.), registro dos motivos que provem ou tornem suspeita a alienação, atestado de residência no estado há mais de seis meses e, caso existissem, atestados médicos afirmativos de moléstia mental (MINAS GERAIS, 1903).

Diferentemente ocorre com os pensionistas ou contribuintes. Isso porque o requerimento para a internação de um deles era outorgado às pessoas do seu círculo de convivência familiar e social (cônjuge, descendente, ascendente, tutor ou curador, chefe da corporação religiosa ou beneficente a que pertencer o indivíduo e parentes próximos). Além disso, era exigido um parecer médico, o preenchimento da guia já referida e o pagamento dos custos do primeiro trimestre de internação, o que variava conforme a classe escolhida. Para os contribuintes que optassem por uma habitação de classe I, isso resultava em um quarto mobiliado e direito à alimentação especial. Essas regalias diminuía nas classes II e III e se extinguíam em se tratando dos indigentes recolhidos às enfermarias. Em relação às visitas, os primeiros poderiam tê-las duas vezes por semana, enquanto que, para os indigentes, o recebimento de visitantes restringia-se a uma vez no mês (MINAS GERAIS, 1903).

Diferenças sutis, que indicam, porém, a constituição de dois domínios. Por um lado, dá-se a construção de uma rede de enunciação que reserva ao meio privado o requerimento para inclusão de um de seus membros em um hospício. Por outro lado, certos indivíduos são internados pela ação do poder público, o que evidencia um movimento que constitui certas vidas como passíveis de recolhimento compulsório em espaços especializados. Essas vidas são manejadas pelos equipamentos de governo, especialmente por aqueles desenvolvidos para a contenção da desordem, como as Chefaturas de Polícia. Esses movimentos indicam que, no interior do hospício, como em diferentes práticas sociais, ocorre certa cisão, que se desdobra na garantia de direitos para alguns e em práticas que visam à contenção da desordem, essas últimas objetivadas pela contenção de determinados indivíduos.

3.2 Práticas de cuidado da alienação mental: o trabalho como terapêutica

Quando analisados os meios de tratamento prescritos no Regulamento de 1903, observa-se que não há divergência entre a indicação do repouso no leito e a aplicação de meios coercitivos, como o uso colete de forças, a reclusão à solitária ou à célula, a privação de visitas ou outras distrações (MINAS GERAIS, 1903). Pode-se dizer que há uma continuidade entre os meios utilizados para o tratamento e para a manutenção da ordem entre os enfermos, de modo que as medidas terapêuticas se assemelham às estratégias de uma ortopedia física e moral (FOUCAULT, 2006). No Regulamento, constam igualmente como formas de tratamento banhos, hidroterapia e a utilização do “Gabinete Electro-therapico” para administração de correntes transcerebrais. Essas técnicas parecem ser indicadas homoganeamente aos internos, o que não se observa em relação à prescrição do trabalho como um recurso terapêutico, o qual é reservado apenas a um grupo. Dessa maneira, a ação de fazer o “louco” trabalhar emerge como parte da terapêutica, ao mesmo tempo em que é inscrito no Regulamento institucional, em que se lê: “a Colônia é reservada exclusivamente a alienados transferidos do hospício e capazes de entregar-se à exploração agrícola e outras pequenas indústrias” (MINAS GERAIS, 1903, p. 140).

A qualificação das Colônias Agrícolas como espaço de destinação dos alienados considerados aptos ao trabalho é compatível com o que ensinava Henrique Roxo (1877-1969), como professor interino de “Clínica Psiquiátrica e de Molestias Nervosas, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro” (ROXO, 1906). A importância de situar, no

contexto brasileiro, as aulas de Henrique Roxo se relaciona à transmissão do que propunha Phillippe Pinel, autor do *Tratado Médico-Filosófico sobre a alienação mental ou Mania* (1800/2007), e do suíço Eugen Bleuler (1857-1939), cuja obra expoente é *Demencia Precoz* (1960).

Henrique Britto de Belford Roxo, como foi batizado, era brasileiro, nascido e formado médico no Rio de Janeiro. Partilhava de um grupo de influentes alienistas do país, como Teixeira Brandão e Juliano Moreira. Como discípulo do primeiro, Roxo era considerado um conhecedor das propostas de Pinel e Esquirol. Apesar disso, orgulhava-se de ter visitado o Instituto Germânico para Pesquisa Psiquiátrica, localizado em Munique, e partilhava de muitas das ideias de Bleuler, especialmente sua relação com as formulações freudianas (SILVEIRA, op. cit.). Esse conjunto de influências fez com que Roxo se tornasse professor de uma série de psiquiatras brasileiros e fosse um dos responsáveis pela difusão dos debates europeus em terras brasileiras no que se refere ao tratamento da alienação mental (SILVEIRA, op. cit.). Seu contato com as experiências francesas, alemãs e suíças produziu uma espécie de pedagogia conciliatória, que agregava em seu ensino o tratamento moral, sustentado pelo isolamento, pela brandura e pela filantropia (PINEL, op. cit.), com apontamentos fundamentados pela escola alemã, vislumbrando a profilaxia como uma ação do futuro, quando o progresso da ciência permitiria a cura e o impedimento das moléstias mentais (ROXO, op. cit.).

Ressaltamos um traço comum entre Bleuler e Pinel, o qual tem importância nos ensinamentos de Henrique Roxo: o reconhecimento do trabalho como uma terapêutica. Essa estratégia é referenciada na obra de Bleuler (op. cit., p. 485), na qual ele afirma que “o trabalho regulado mantém a atividade do pensamento normal”. O retorno à normalidade, por meio do trabalho, era algo reconhecido por Pinel, como indica um de seus exemplos acerca das vantagens do tratamento moral, no qual ele relata que escolhia entre os convalescentes aqueles que não se repugnavam frente às funções mais pesadas e que delas se tornavam desejosos mediante a obtenção de um pequeno lucro. Conforme seus relatos, os resultados eram incríveis e podia-se observar o retorno das disposições naturais dos internos, o distanciamento dos atos de violência e a fortificação diária do exercício da razão, “arrancando-lhes da influência nociva de uma vida sedentária, bem como de ideias tristes e de melancolia” (PINEL, op. cit., p. 128).

No que tange ao trabalho, o catedrático brasileiro é enfático na sua explanação sobre seus benefícios, sendo enfático, de igual maneira, em suas críticas ao Hospício Nacional de Alienados, designação dada ao Hospício Pedro II após a Proclamação da

República. Para ele, em detrimento das grandes instituições, deveriam ser criados pequenos asilos, agrícolas e familiares, pois esses permitem aos alienados se entregarem ao trabalho, produzindo assim sua cura e, conseqüentemente, reduzindo seu “peso” para a nação. Tão logo os especialistas enunciam o trabalho como um recurso terapêutico, o trabalho dos internos é associado a uma espécie de indenização produzida para o Estado. Essa relação aparece tanto nas reflexões de Henrique Roxo sobre a Colônia Agrícola da Ilha do Governador, dirigida por Juliano Moreira, quanto na referência que o catedrático faz sobre a Colônia de Alienados de Juqueri, em São Paulo, cujo diretor era Franco da Rocha. Quanto à primeira, ele diz que

[a]hi o alienado não consome apenas proventos do Estado. Indemnisa-o até certo ponto do dispêndio que com ele tem. Trabalha na lavoura e do cultivo da terra colhe proventos para a nação. Há um verdadeiro tratamento moral dos alienados. Entregues á vida de roça a cultivar a terra, tem uma distração que diminui as alucinações que teem, as obsessões que o empolgam. (ROXO, op. cit., p. 309)

Em relação à segunda, suas considerações seguem a mesma linha. Em suas palavras: “[h]á ahi relativa compensação do dispêndio do Estado. Claro está que este não busca colher quanto gasta, mas ao menos faz o tratamento do alienado, sem que este fique muito oneroso” (id., *ibid.*). Para ele, nem todos poderiam desfrutar dos benefícios de um asilo agrícola, pois esse tipo de instalação não era recomendado aos pacientes agitados e àqueles cujos impulsos poderiam levá-lo a matar um de seus companheiros com o uso das ferramentas.

Simetricamente ao reconhecimento do trabalho como um importante agente para a cura dos alienados, estes últimos passam a ser descritos como um peso para os cofres públicos. Quando a promessa de cura alia-se à promessa de tornar o tratamento menos oneroso para o poder público, tornam-se mais marcantes as distinções entre contribuintes e indigentes no interior dos hospícios. Além disso, é produzida uma descontinuidade em relação ao valor das Colônias Agrícolas que, gradativamente, assumem a função de recolher os indivíduos tidos como indigentes e incuráveis. As conseqüências não param por aí. Isso porque, se, no interior dos hospícios – e corroborado pelas falas médicas –, a recuperação (ou formação) da capacidade de trabalhar é constituída como um efeito, o qual poderia ser nomeado como a “cura”, de modo reverso, a incapacidade para trabalhar ou a indisposição para o labor assumem, no plano social, o estatuto de um problema, cuja resolução já foi elaborada, testada e

confirmada pelos especialistas. Dentro e fora do hospício, sem descontinuidade, o trabalho se torna norma de conduta e passa a operar como um crivo que recai sobre a população, demarcando fronteiras e, especialmente, vidas que passam a ser manejadas como coisas públicas.

Deslocamento significativo, pois o internamento, aos poucos, se desvincula de uma prática filantrópica e se aproxima das práticas de segurança. Abandonada a filantropia, é preciso perguntar sobre os sujeitos que passam a ser constituídos pelas práticas cuja promessa de cura é recoberta pelo internamento do “louco” por outros motivos.

3.2.1 O trabalho como norma de conduta dentro e fora do hospício

De 1900 a 1920, estima-se que o crescimento da população brasileira tenha sido da ordem de 75%, passando de 17,4 milhões para 30,6 milhões de pessoas (GOMES, 2002). Esse crescimento responde a uma demanda pelo incremento da força de trabalho no país, mas resulta na ampliação de problemas para os estados, conforme dão mostras os documentos que serão tratados nesta seção. Entre esses documentos, consideramos, em primeiro lugar, a Mensagem do Governador de Minas Gerais, Arthur da Silva Bernardes, em 15 de junho de 1920, quando analisa a situação das instituições para alienados, naquele momento por ele consideradas de grande interesse para a assistência e segurança pública. Conforme sua avaliação, àquela época, os recursos que existiam, mesmo que representassem os esforços do Estado para proteger os doentes mentais e a sociedade, não eram suficientes. Nas palavras do Presidente, a Assistência a Alienados

não tem, sequer, capacidade para o número crescente de loucos de todo o gênero, cuja guarda incumbe ao poder público, bastando assignalar que a Assistência está sempre repleta, com uma lotação muito superior á normal e que um sem número de pedidos aguarda, constantemente, na Chefia de Polícia, a ocorrência de vagas, enquanto os infelizes loucos povoam as cadeias ou vagam pelos povoados e estradas, com risco próprio e alheio. (MINAS GERAIS, 1920a, p. 50)

Essa passagem pode ser percebida como um efeito das práticas discursivas que constituem certos modos de vida como sujeitos ao manejo estatal, o que ocorre, por exemplo, por meio das instituições para alienados. Além disso, as descrições presentes na Mensagem do Presidente formam imagens que ilustram o público que, gradativamente, é constituído como alvo das instituições para alienados: “loucos de

todo gênero”, “infelizes loucos”, “sujeitos que povoam as cadeias” ou “vagam pelos povoados”. Por meio dessas práticas, estabelece-se uma correlação entre a alienação mental e a percepção do risco, aproximação que tem como efeito a construção de uma ligação entre a alienação mental e a periculosidade, e que redundava em uma reorientação dos espaços, de modo que os “loucos” passem a ser enunciados como expurgos, para os quais não há espaço nas cidades ou nas cadeias. Com isso, são demandados lugares ainda mais especializados e com funções que ultrapassam a reclusão, pois a segurança social precisa ser assegurada. É isso que proclama Arthur Bernardes em outro trecho de sua Mensagem:

É indispensável a construção do manicômio penal para que os criminosos loucos não estejam a agravar com o espetáculo de sua alienação mental a pena de seus companheiros de prisão, e os loucos criminosos julgados irresponsáveis não voltem sem tratamento ao seio da sociedade que alarmaram. (ibid., p. 51)

Nos primeiros anos do século XX, os discursos referentes à alienação mental giravam em torno de uma noção de “cuidado” que a ela deveria se dispensar. Porém, no decorrer do tempo, há um deslocamento que faz com que esse termo assumira outra função nas práticas, tornando-se um imperativo: “cuidado!”, pois são loucos e, se assim o são, são perigosos. Entre 1920 e 1930, a estratégia da reclusão é percebida como insuficiente, mas não é descartada. Então, outros esforços são empreendidos, em uma busca por formas de “governo” que incidam dentro e fora dos hospícios. Tomamos aqui *governo* na acepção dada por Foucault no curso *Do governo dos vivos* (2010a). Nessa ocasião, ele esclarece que utiliza a noção de *governo* de um modo distinto dos sistemas administrativos. Ele a utiliza, portanto, “[...] no sentido largo e antigo de mecanismos e procedimentos destinados a conduzir os homens, a dirigir a conduta dos homens” (p. 43). Assim, consideramos que a proximidade da loucura com o risco não produz uma ruptura com o sistema asilar, mas o reinvestimento no trabalho como terapêutica e como modo de condução das condutas dentro e fora dos hospícios.

Nessa linha, pode ser percebida a Lei 778, de 16 de setembro de 1920, que autoriza a reforma das instituições regidas pela Assistência a Alienados e cria um pavilhão para os suspeitos de alienação em Belo Horizonte (MINAS GERAIS, 1920b). Conforme o texto da Lei, o pavilhão destinava-se à Faculdade de Medicina para o ensino prático em Psiquiatria. Porém, ao mesmo tempo em que a referida Lei cria um pavilhão e o entrega para aqueles que representam a vanguarda do saber médico-

psiquiátrico, ela atualiza alguns laços deixados para trás na história das práticas de tratamento da alienação mental. Delineia-se, assim, algo como um desvio na história, sendo esses os desencontros a serem pontuados, conforme Foucault, quando este trata da genealogia (FOUCAULT, 2005).

Cabe, portanto, voltar à lei e aos laços que ela restabelece:

Art. 3º – Fica ainda o Poder Executivo auctorizado a subvencionar os pavilhões que, para tratamento dos doentes mentais, os estabelecimentos de caridade existentes no Estado se propuserem a crear e a manter annexos aos mesmos estabelecimentos. (MINAS GERAIS, 1920b, p. 31)

Cria-se um pavilhão para os especialistas, e subvencionam-se outros criados pelas instituições de caridade. Contradições? Talvez não, pois a conciliação justificava-se sob a necessidade de expansão das práticas psiquiátricas. Se os lugares foram definidos pela Lei 778, as ações que neles deveriam ocorrer são prescritas pelo Decreto 6.169, de 31 de agosto de 1922, e pelo Regulamento, de mesma data, que ele aprova.

Nesses documentos, há um alinhamento entre o risco, a pobreza, a alienação mental, o trabalho e o tratamento, bem como desses com o aparato jurídico-policial, visto a prescrição de que os hospícios deveriam promover

não o simples asilamento dos insanos que pelo seu estado de perturbação mental se tornarem perigosos à segurança pública (...), mas condições para que as colônias agrícolas e ás oficinas nas quaes a ação inestimável do trabalho possa[m] ser utilizada[s] como meio precioso de readaptação da atividade (...). (MINAS GERAIS, 1922, p. 184)

Nesse texto, a ação de fazer o louco trabalhar é enunciada como aquela faria a passagem da simples reclusão para a readaptação da atividade.

Se é explícita a proximidade entre os discursos dos especialistas e dos políticos, também são evidentes os descompassos entre as proposições políticas e a implementação das ações. Em relação à fundação de uma Colônia Agrícola em Barbacena, seu decreto data de 1903; porém, sua abertura se dá tardiamente, em 27 de setembro de 1910, conforme registro no *Anuário Estatístico do Brasil* (ESTATÍSTICAS..., op. cit.). A abertura da Colônia, mesmo que tardia, e os posteriores Regulamentos que dela tratam mostram que o trabalho é, naquele contexto, exaltado como terapia. Entretanto, a prescrição do trabalho, mesmo que dito como terapêutico, é destinado a um grupo bem específico. Ao menos, é isso que informa o Art. 82 do Regulamento de 1922: “[o]s alienados indigentes capazes de entregar-se à exploração

agrícola ou aos trabalhos nas pequenas indústrias serão removidos para as Colônias” (MINAS GERAIS, 1922, p. 210). No mesmo texto, são previstas subvenções do Estado para as instituições de caridade proporcionais ao número de indigentes por elas socorridos.

A inscrição dessas medidas nos textos legais referenda a diferenciação produzida nas práticas sociais entre aqueles que mantêm uma vinculação formal de trabalho e aqueles que estão fora dele, como os indigentes. Observamos que a readaptação da atividade direciona-se apenas a esse último grupo, os mesmos que entram no sistema asilar pela força policial e não por um pedido dos membros de sua família ou por um representante do Ministério Público. É preciso destacar que a presença desse último agente, nos casos de internação de contribuintes, é assegurada no Regulamento da Assistência Hospitalar do Estado de Minas Gerais, aprovado em 1934 (MINAS GERAIS, 1935). Esse acontecimento coroa um sistema cujo tratamento, por meio da internação, pode servir igualmente à garantia de direitos e à contenção das desordens sociais. Esta última, cada vez mais, aparece associada à retirada de determinados indivíduos dos espaços públicos.

3.2.2 Aos indigentes: o trabalho!

No decorrer da década de 1930, o Interventor Federal no Estado de Minas Gerias, Olegário Maciel, cria a Inspeção de Assistência Hospitalar e de Alienados (órgão responsável pelos serviços hospitalares, serviços de alienados e pela assistência médica pública e privada) e a subordina à Secretaria de Educação e Saúde Públicas (MINAS GERAIS, 1935). Essa mudança não produz uma descontinuidade entre a alienação mental, a indigência e os dispositivos jurídico-policiais. Ao contrário, o que se nota é uma inscrição desses enunciados no plano das práticas penais.

Em 1932, Getúlio Vargas aprova um novo Código Penal, o qual não revoga o de 1890, mas acrescenta inúmeras modificações resultantes de decretos e do Código de Menores de 1927 (PIRAGIBE, op. cit.). Das consequências desse ato, vale sublinhar três. O Código de 1932 prevê como não criminosos: a) os menores de 14 anos; b) aqueles que se encontram em completa perturbação dos sentidos e da inteligência no ato do crime; e c) aqueles cuja afecção mental os isenta de culpabilidade. Mesmo que pareça estranha essa simetria entre crianças e alienados, ela se assenta no entendimento de que ambos são considerados como apartados das luzes da razão (FOUCAULT,

2006). Por isso, mediante a prática de um crime, nenhum deles é qualificado como criminoso. Todavia, ao menos no caso dos adultos, isso não lhes assegura uma condição de liberdade. Ao contrário, para a segurança do público, a pena é convertida em recolhimento aos hospitais de alienados (PIRAGIBE, op. cit.).

Em segundo lugar, a associação entre alienação e irracionalidade é reforçada quando, no capítulo que trata das *Contravenções de perigo comum*, há previsão de penalidade para aquele que “deixar soltos animais bravos ou perigosos” ou “deixar vagar loucos confiados a sua guarda, ou, quando evadidos de seu poder, não avisar a autoridade competente, para os fazer recolher” e, ainda, “receber em casa particular, sem aviso prévio a autoridade, ou sem autorização legal, pessoas afectadas de alienação mental” (PIRAGIBE, op. cit., p. 178). Assim, é realçada a objetivação do louco como um ser perigoso, que, além de ser enunciado como despossuído da razão, é descrito como tão danoso quanto um animal bravo.

A terceira consequência diz respeito à qualificação da pobreza e dos comportamentos considerados desviantes, como crimes, cuja penalidade deve ser cumprida em hospícios e colônias ou em prisão com trabalho. O Código Penal enquadra certos modos de vida no âmbito dos atos infracionais, como os “mendigos válidos”, os “vagabundos”, os “desordeiros”, os “vadios” e os “capoeiras”. Os dois últimos dessa lista têm a seguinte descrição no Capítulo XIII do citado Código: “§ 1º – Os indivíduos maiores, de qualquer sexo que, sem meios de subsistência por fortuna própria ou profissão, arte, officio, ocupação legal e honesta em que ganhem a vida, vagarem pela cidade na ociosidade” (PIRAGIBE, op. cit., p. 186).

Quando certos modos de vida (ou condições de existência) são considerados rasurados pela falta de fortuna ou de trabalho e são tomados como da ordem da infração, isso não os isenta das prescrições psiquiátricas, mas faz com que essas vidas sejam reinvestidas. Mais do que isso, a regularidade entre os ordenamentos dos hospícios e o Código Penal contribui para o processo de individualização das causas da pobreza, que a situa entre a patologia e as práticas punitivas. Não é sem razão que, pouco depois de aprovado o Código Penal de 1932, um grupo de renomados psiquiatras e diretores de hospitais psiquiátricos (como passam a ser designados) formulam um projeto para reforma desses espaços, o qual é acatado pelo Interventor Federal no Estado, passando a constituir o “Regulamento de Assistência Hospitalar do Estado de Minas Gerais”. O projeto previa a reorganização da rede hospitalar psiquiátrica, de modo a tornar o Instituto Raul Soares, criado em 1924, em Belo Horizonte, a porta de entrada de todo o

sistema, e as Colônias Agrícolas, sua última instância. Vejamos o fluxo proposto pelos especialistas: “[t]odas as internações novas se farão neste Instituto. Aí são os doentes observados, estudados, classificados e, reconhecida a cronicidade e incurabilidade do caso, remetidos às colônias” (MORETZSOHN, op. cit., p. 59). Como ato contínuo, sugerem a reforma das Colônias para que elas comportem o dobro de internos e a abertura de mais duas unidades destinadas às mulheres, uma situada em Barbacena e a outra na cidade de Oliveira.

Com essa reorganização dos fluxos, as Colônias Agrícolas são posicionadas como o último destino daqueles atestados como incuráveis, crônicos e indigentes (FIRMINO, 1982). Entretanto, o isolamento não era a última função desses lugares, competindo-lhes transformar aqueles que para lá eram enviados. A transformação deveria ocorrer pela prescrição do trabalho e resultaria na produção de sujeitos que não oferecessem riscos para a sociedade.

Porém, quando os especialistas deixam de prometer a cura, o que defendem? Vejamos outro fragmento do projeto apresentado ao Interventor do Estado:

O hospital rural não deve ser, de acordo com os postulados da psiquiatria moderna, um serviço exclusivamente fechado. É indispensável que se lhe anexe uma colônia, onde os enfermos, de qualquer sexo, se entreguem a trabalhos agrícolas, pequenas indústrias, etc., compatíveis com seu estado mental. A vantagem é dupla. Não só o doente deriva sua atividade mórbida, nociva e perigosa, em atividade útil, produtiva e disciplinada – o que acarreta uma sensível melhoria para o seu estado mental – como do ponto de vista econômico, passa a ser uma fonte de renda, ele que era um parasita, um peso morto no orçamento do Estado. (MORETZSOHN, op. cit., p. 59)

Transformar indivíduos – “perigosos, nocivos, inúteis, parasitas e pesos mortos” – em fonte de renda para o Estado. O governo da vida em prol da Ordem e do Progresso, da disciplina e da produtividade: um benefício para o meio social!

Dadas essas condições de possibilidade, em continuidade ao Código Penal de 1932, é aprovado o Regulamento em 1934, alicerçado nas contribuições dos especialistas para o manejo da população, cujo objetivo pode ser entendido como o de adequar os modos de vida às necessidades construídas em diferentes momentos de uma sociedade. Esse processo resulta em um detalhado documento cujo objeto é a doença mental, situada, em 1934, no âmbito da “Assistência a psicopatas e seus estabelecimentos”. O Regulamento de 1934 é composto por 218 artigos (o que supera a extensão da Constituição Federal promulgada naquele ano) e demarca as funções dos

estabelecimentos sob sua competência. Por meio desse ato, o que se observa é seu enquadramento na lógica que rege o campo das penalidades e o distanciamento dos ideais assistencialistas que chegaram ao Brasil com os ensinamentos de Pinel. No referido Regulamento, as antigas expressões relacionadas às práticas destinadas aos insanos – como *proteção*, *auxílio* e *socorro* – perdem espaço e são substituídas por noções provenientes do campo das práticas de segurança, conforme se lê no Parágrafo único do Art. 3º: “[o] indivíduo suspeito de doença mental que ameaçar a sua própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, será recolhido, provisoriamente, para observação em sessão especial” (MINAS GERAIS, 1935, p. 111). Como efeito, a doença mental, categoria da nosografia psiquiátrica então vigente, é recoberta pelo internamento motivado pela perturbação da ordem e pela ofensa à moral pública.

A loucura, ao ser objetivada como alienação mental, logo é situada no campo das doenças do corpo. Contudo, é por meio de práticas cingidas pela moralidade que a alienação mental é aproximada da pobreza, da miséria e da indigência e que sua reclusão é decretada. Nesses deslocamentos, a pobreza deixa de ser percebida como digna de indulgência para ser percebida – em um Estado laico – como da ordem da transgressão e do risco. E, assim, o Regulamento de 1934, em seu Artigo 134, inciso 4, confere às Colônias o mandato de recolher “os indigentes, adultos, observados até o diagnóstico, acompanhados de todas as notas clínicas, bem como os ex-pensionistas que tenham caído na indigência” (MINAS GERIAS, 1935, p. 141). Apesar da referência ao diagnóstico, no tempo aqui estudado, uma continuidade pode ser delineada: a constituição da indigência no plano das práticas alienistas, que se desdobra no seu internamento constituído como atributo da força policial e na emergência do trabalho como prática terapêutica que apenas sobre ela incide.

Do exposto até agora, vimos como a vinculação entre a ação de fazer o louco trabalhar e uma prática terapêutica emerge cingida pelo respaldo das diferentes correntes médicas que influenciaram os alienistas brasileiros. Entretanto, isso não foi suficiente para que a prescrição do trabalho se constituísse, meramente, como um recurso terapêutico. Essa prescrição serviu, no interior das instituições asilares, para reforçar uma divisão entre aqueles para os quais o internamento era constituído como uma forma de garantia de direitos e outros que ali adentravam pela ação policial. Para esses sujeitos, cujas denominações variaram, mantendo-se a referência aos *indigentes*, a ação de fazê-los trabalhar serviu, em tese, para o Estado como uma forma de minimizar

o custo das internações e como medida de contenção para os supostos riscos que os mesmos representavam ao meio social.

Por esses motivos, o modo como o trabalho foi constituído na legislação analisada e nos discursos dos alienistas fez com que deixasse de ser referido como um meio de promoção da cura e passasse a ser tomado como uma estratégia de transformação de “loucos perigosos” em “sujeitos úteis, disciplinados e produtivos”. Chegamos a essa proposição quando observamos que, nos primeiros 30 anos do século XX, há uma continuidade em relação ao internamento de indigentes pela força policial e a prescrição do trabalho como uma medida terapêutica restrita a esse grupo. Como consequência, vemos que essa prática se desloca dos meios asilares e se vincula à prescrição do trabalho dentro e fora das instituições para alienados, sendo constituída como uma norma de conduta que situou, como consequência, certos modos de vida entre a patologia e as estratégias de punição, aproximando, com isso, a pobreza da alienação mental e, ambas, da noção de periculosidade.

Esse trânsito pelo passado força-nos a pensar sobre as atuais formas de tratamento no campo da saúde mental. De modo especial, aponta a necessidade de colocarmos como questão o modo como constituímos hoje o caráter público das ações terapêuticas ofertadas pelos diferentes serviços previstos pela Legislação Nacional de Saúde Mental. Se não buscamos uma origem, ao menos apontamos a necessidade de indagar sobre os desvios que mantêm certa continuidade no que tange à prescrição do trabalho como algo da ordem do terapêutico, o que já se apresentava no início do século passado. E o que podemos dizer sobre o que fazemos hoje com as oficinas e estratégias de geração de renda e trabalho para os usuários dos serviços de saúde mental? Essa questão ainda pede passagem, pois tratamos a seguir do modo como, no contexto dos governos não democráticos, se rearticula *tratamento*, *trabalho* e *direitos*, constituindo distintos modos de subjetivação e objetivação dos sujeitos.

3.3 Aos loucos, o hospício! A privatização da assistência psiquiátrica e a negação das garantias individuais

O hiato temporal entre os anos de 1930 e 1980, que demarca a seleção dos documentos analisados nesta parte do estudo, não pode ser considerado um período homogêneo de produção de práticas e documentos. Isso porque, no interior mesmo da corporação médica, existem contundentes discordâncias quanto ao aparato hospitalar

que se forma, nesse período, por meio de uma estreita vinculação entre o setor privado e o Estado. Nesse tempo, ocorre a reordenação da assistência, que gradativamente deixa de ser nomeada como a Alienados e passa a ser designada como *assistência psiquiátrica*, motivo pelo qual a discussão apresentada adiante desloca-se do plano local (centrada aqui, em um primeiro momento, no cenário mineiro) para o plano nacional. Essa passagem do local para o nacional refere-se à necessidade de discutir um novo processo de organização das ações e estabelecimentos para *doentes mentais* (como se convencionou a chamar), cuja direção é assumida pelo plano federal. Esse processo de centralização das decisões desdobra-se, paradoxalmente, em uma pulverização das práticas psiquiátricas, na medida em que elas transpõem o limiar dos asilos, manicômios e hospícios e são difundidas no meio social, por meio das companhias de combate às doenças mentais, como expresso Decreto nº 60.252, de 21 de fevereiro de 1967.

Como já apontado, os primeiros trinta anos do Século XX se referem a um tempo em que o Estado passa a gerir os espaços destinados aos alienados mentais, produzindo uma ruptura com as ordens religiosas e uma vinculação da alienação mental com as práticas médicas. Porém, a intervenção do Estado nesse campo não assegura que a assistência seja oferecida gratuitamente a todos os internos, os quais eram nomeados recorrentemente, àquela época, como “alienados mentais”. Com o passar dos anos de 1930, a ação estatal, em vez de promover a beneficência no campo da Assistência a Alienados, encaminha-se para integrar as práticas alienistas a uma forma de governar que, apesar de laica, torna-se cada vez mais devota do desenvolvimento e da ampliação das receitas econômicas do País. Em vista dessas questões, destacamos, nesta seção, três Decretos Presidenciais, a fim de discutirmos algumas das modificações estabelecidas nas correlações entre as práticas governamentais e a gestão do conjunto de serviços destinados aos alienados mentais no contexto dos governos não democráticos. No mesmo intervalo, entre as décadas de 1930 e 1980, consideramos os dados do Anuário Estatístico do Brasil (ESTATÍSTICAS..., op. cit.) e as críticas que se estabelecem contra a organização do poder e do sistema sanitário nacional.

Quando analisamos, em primeiro lugar, o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, assinado por Getúlio Vargas, vemos que nele aparecem mudanças na forma de nomear o público-alvo de determinadas instituições. Assim, os “doentes mentais e psicopatas” passam a ocupar, em termos discursivos, o lugar antes destinado aos

“alienados mentais” no ordenamento legal. Também os “asilos de alienados” passam a ser referidos como “estabelecimentos psiquiátricos”⁴.

Essas modificações, que poderiam ser tomadas como simples variações nas designações, robustecem a produção da “loucura” ou “alienação” como “doença mental”, a qual permanece sob a tutela da Psiquiatria. Além disso, o mesmo Decreto abre o campo dos estabelecimentos psiquiátricos à iniciativa privada, alterando o modo como o poder público gerencia as práticas assistenciais. Até essa época, o pagamento pela internação era destinado às instituições públicas ou beneficentes, o que produzia, no interior desses espaços, a qualificação de determinados internos como “contribuintes” (aos quais destinavam-se as melhores acomodações e refeições) diferenciando-os dos “índigentes” (sobre os quais recaía a obrigação do trabalho). Cabe salientar que o documento de 1934 não exclui a diferenciação dos indivíduos internados decorrentes do custeio ou não das internações. Antes, o que ele faz é passar de um modo de investimento em uma economia interna baseada na subsistência (fundada na cobrança por alguns leitos e pelo trabalho de alguns internos) para uma economia de mercado, na qual os estabelecimentos psiquiátricos tornam-se também um meio de obtenção de lucro para a iniciativa privada.

Passados alguns anos, o Decreto-Lei nº 3.138, de 24 de março de 1941, determina que os Institutos e as Caixas de Aposentadoria e Pensões prestem “assistência médica, com internação, aos seus associados, ou segurados, que forem acometidos de doenças mentais”⁵. Esse ato, em consonância com o Decreto Presidencial de 1934, desloca para entidades diferentes das estatais o cuidado com aqueles descritos como doentes mentais, mas com algumas diferenças. Com o ato de 1934, o acesso aos cuidados psiquiátricos é condicionado ao pagamento pelas internações. Já com o Decreto de 1941, o acesso aos mesmos ocorre mediante contribuição, seja a um Instituto ou Caixa de Aposentadoria e Pensões. No Brasil, ao mesmo tempo em que essas instituições são consideradas as precursoras da Previdência Social (ESCOREL; TEIXEIRA, op. cit.), elas demarcam uma forma de regulação do acesso ao sistema de saúde e, conseqüentemente, estabelecem formas de constituição dos sujeitos a partir da relação trabalhista. Dito de outro modo, a criação das Caixas e Institutos estabelece um sistema de contribuições dos trabalhadores e empregadores a determinadas entidades que passam a prestar assistência médica individual e a prover as aposentadorias e pensões a determinados

⁴ <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=20366&norma=35529>.

⁵ <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=8365&norma=18729>.

segmentos profissionais. Como consequência, o acesso à assistência médica e, no caso, a internação psiquiátrica, ficam subordinados à existência do vínculo trabalhista e à referida contribuição.

Desse modo, os atos de 1934 e 1941 podem ser vistos como duas estratégias de governo que, com o intuito de ampliar a assistência psiquiátrica, passam a constituir os indivíduos que estão fora da cobertura desse tipo de assistência, seja porque eles não podem pagar pelas internações ou porque eles não têm o direito de acessá-las pela inexistência da Carteira de Trabalho assinada. Entretanto, é preciso notar que o processo de exclusão configurado nessa época sofrerá uma espécie de torção com o passar dos anos. Com isso, aqueles que são colocados à margem das práticas psiquiátricas, em um determinado período (como os desempregados e indigentes), retornam, em outro momento, como o principal alvo dessas mesmas práticas.

Quanto ao Estado, ao mesmo tempo em que se delinea uma espécie de prática liberal de governo, no aspecto econômico, desenvolve-se um processo de centralização das decisões no que tange às ações voltadas para o campo da assistência psiquiátrica (SCOREL & TEIXEIRA, op. cit.). Uma das consequências desse processo de centralização diz respeito à transferência das decisões que antes eram tomadas no âmbito regional, pelos antigos Presidentes dos Estados, para o Governo Federal. Acrescenta-se a isso o declínio da visibilidade dos atos praticados pelos agentes públicos e a perda da transparência de toda a estrutura pública durante a permanência dos governos autoritários no poder. Esses fatos incidem diretamente na gestão das práticas psiquiátricas, o que se constata, em um primeiro momento, pela escassez das informações registradas no próprio *Anuário Estatístico do Brasil* sobre a Assistência a Alienados. A lacuna criada nos registros do *Anuário* abrange mais de três décadas e coincide com o primeiro governo Vargas. Os dados que deixam de ser divulgados dizem respeito, por exemplo, à movimentação de internos por sexo, idade, cor, diagnóstico, número de estabelecimentos e leitos. Essas informações, consolidadas sob a forma de *Estatísticas do Século XX* (ESTATÍSTICAS, op. cit.), são divulgadas entre os anos de 1907 e 1912 e retornam, posteriormente, entre as décadas de 1950 e 1970. Curiosamente, a retomada da série se dá em 1951, já com a denominação de *Serviço Nacional de Doenças Mentais*, e coincide com o retorno de Vargas ao poder como presidente eleito.

Torna-se oportuno destacar duas diferenças entre os períodos de divulgação dos dados. A primeira diz respeito ao aumento do número de instituições e de leitos, e a

segunda registra a participação das entidades privadas na área. Dessa forma, em 1951, encontramos o registro de 115 estabelecimentos para “doentes mentais e nervosos”, com um montante de 35.545 leitos, divididos da seguinte maneira: 88 hospitais (20.815 leitos); 12 hospitais-colônias (13.557 leitos); e 13 clínicas, ambulatórios e outros (1.173 leitos) (ESTATÍSTICAS..., op. cit.). Quanto à participação da iniciativa privada, essa só pode ser notada quando os números são ordenados em relação à entidade mantenedora. A partir desse reordenamento, encontramos: 11 estabelecimentos da União (5.350 leitos), 34 do Governo Estadual (23.412 leitos) e 70 entidades particulares (6.783 leitos) (ESTATÍSTICAS..., op. cit.).

Esse processo de abertura da assistência psiquiátrica para as empresas particulares é alavancado pelo Decreto nº 60.252, de 21 de fevereiro de 1967, com o qual o Marechal Humberto de Alencar Castelo Branco, então presidente do Brasil, institui a Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM). Conforme o documento, a CNSM substitui o Serviço Nacional de Doenças Mentais e recebe ampla atribuição de poderes, que a autoriza a contratar convênios, estabelecer parcerias com empresas de interesse público (sejam elas nacionais ou estrangeiras, públicas ou particulares) com os objetivos de ampliar a assistência ambulatorial e a hospitalização psiquiátrica e combater as doenças mentais.

Em nosso percurso de pesquisa, não encontramos registros sobre as melhorias produzidas na assistência aos doentes mentais com as ações desencadeadas pela CNSM. No entanto, são inúmeras as denúncias sobre os efeitos danosos das alianças firmadas entre os governantes e a iniciativa privada. Como parte dessas denúncias, citamos aquelas realizadas por Luiz Cerqueira (op. cit.), médico psiquiatra alagoano, que caracterizava o processo de articulação entre o Estado e a iniciativa privada como a formação de um “mercado da saúde” ou “indústria da loucura”. Para ele, essa vinculação, apesar de lucrativa para alguns, representava o que deporia contra a própria Psiquiatria, na medida em que era estabelecido um distanciamento entre as práticas psiquiátricas e os interesses dos pacientes, prevalecendo as práticas comerciais em detrimento às ações terapêuticas (CERQUEIRA, op. cit.). As críticas de Cerqueira, expressas em congressos científicos da área e em sua atuação como gestor, delineiam um panorama da assistência psiquiátrica no período que abordamos. O psiquiatra aponta que,

[d]e arrogância a arrogância, em nome da sacrossanta iniciativa privada, mandando e desmandando na Previdência, esta empresa de saúde passou de supletiva à exclusiva e exige nada menos que o monopólio. Em 1941 eram 3

mil leitos psiquiátricos seus contra 21 mil oficiais; em 1978 estes eram 22 mil e os dela 55 mil. Enquanto o número de leitos permaneceu quase inalterado na esfera oficial, na esfera privada o crescimento foi de quase 20 vezes em quase quarenta anos. (CERQUEIRA, op. cit., p. 47)

Com esses dados, observamos que o número de leitos estatais permanece quase inalterado ao longo dos anos. Porém, o mesmo não pode ser afirmado em relação ao direcionamento de verbas públicas para a iniciativa privada. Com isso, queremos dizer que o Estado possibilita a exploração comercial da assistência psiquiátrica, mas ele próprio passa a subsidiar as internações realizadas em estabelecimentos particulares. É essa prática de subsidiar a iniciativa privada com recursos públicos que Cerqueira (op. cit.) torna de conhecimento público. Assim, suas denúncias possibilitam uma nova interpretação aos dados do *Anuário Estatístico do Brasil*, entre os quais encontramos o registro de 274 estabelecimentos para doentes mentais, no ano de 1970, dos quais 70 são públicos e 204 particulares (ESTATÍSTICAS..., op. cit.).

Heitor Resende (1987), ao considerar a correspondência entre determinados interesses públicos e privados, aponta que a internação psiquiátrica passa a ser utilizada como meio de obtenção de lucros, o que se dá pelo estabelecimento de estratégias para manter sempre ocupados os leitos financiados pelo Estado em entidades privadas. Resende, em texto redigido nos anos de 1980, quando de sua atuação como pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública (RJ), mostra um deslocamento na função da internação psiquiátrica. Conforme suas palavras,

[n]ão é exagerado admitir que o primeiro quinquênio pós-revolucionário se caracterizou por uma nítida tendência ao privilegiamento da função produtiva da psiquiatria, e é bastante significativo o fato de ter ocupado o Ministério da Saúde do Governo Costa e Silva um dos maiores representantes da indústria hoteleira psiquiátrica. (RESENDE, op. cit., p. 62)

O deslocamento indicado por Resende torna-se objetivo quando levamos em conta o modo como o internamento foi constituído no período anterior à Revolução de 1930. Assim, o que buscamos assinalar, com essa passagem e com as discussões anteriores, é que, nos primeiros trinta anos do século XX, os custos das internações, especialmente dos indigentes, foram constituídos como um problema para o Estado, suscitando diferentes discussões sobre as ações que deveriam ser desenvolvidas para diminuí-los. Já com a instauração dos governos com características ditatoriais, o problema não parece ser a diminuição dos custos gerados pelas internações, o que sugere uma modificação no modo como as práticas psiquiátricas são organizadas e na forma como

elas incidem sobre os indivíduos. Como consequência, parece que a discussão se desloca de um eixo que indaga “como o trabalho dos alienados mentais pode minimizar os custos de seu internamento e reabilitá-los para o trabalho?” para outro eixo cuja pergunta é: “quais indivíduos podem ser internados como doentes mentais?”

Em um tempo e outro, temos mudanças na forma como o internamento é pensado e exercido, as quais dizem de uma prática governamental que precisa se confrontar com os interesses de cada época. Por esse motivo, também são distintos os modos como os indivíduos se tornam sujeitos às ações psiquiátricas que se concretizam em diferentes momentos da história. Não é sem razão que Resende (op. cit.) situa suas críticas no governo exercido entre 1967 e 1969, quando o cargo de Ministro da Saúde é ocupado por Leonel Miranda. O mesmo não só é reconhecido como um grande empresário do setor médico-psiquiátrico, como se encarrega de apresentar o Plano Nacional de Saúde durante sua gestão. Escorel (2008) vê nesse plano o resultado da maior estratégia de privatização da história do sistema de saúde brasileiro, pois, conforme sua análise, o projeto do Ministro “pretendia que todos os hospitais governamentais fossem vendidos para a iniciativa privada, transformando-os em empresas privadas. O Estado ficaria apenas com o papel de financiar os serviços privados, que seriam também custeados pelos próprios pacientes” (ESCOREL, 2008, p. 392).

Essa análise mostra que o processo de privatização abarcava outros setores da saúde e não se limitava ao campo da Psiquiatria. Além disso, é preciso lembrar que, a partir da década de 1950, entram no cenário brasileiro os medicamentos psiquiátricos (FROTA, 2003), cuja produção e comercialização se concentram nas mãos de grandes empresas, muitas delas estrangeiras. Além das internações psiquiátricas e da entrada dos medicamentos em cena, o tratamento em Psiquiatria incluía as consultas médicas em ambulatórios públicos, os quais não recebiam recursos públicos expressivos. Em 1977, esses serviços recebiam uma parcela de 4% dos gastos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), contra 96% destinados à assistência hospitalar psiquiátrica. Mesmo com o baixo investimento, Teixeira (1980/2008) demarca que, desde 1969, alargava-se a participação da iniciativa privada nos serviços ambulatoriais, o que dá mostras da atuação de Leonel Miranda no Governo Costa e Silva e do processo colocado em curso com a Campanha Nacional de Saúde Mental.

Teixeira (1980/2008), ao analisar esse cenário, conclui que o modelo que privilegia a compra de serviços do setor privado é oneroso, favorece a corrupção e

ameaça o equilíbrio financeiro da Previdência. Além disso, ela ressalta a impossibilidade de retornar ao modelo de prestação de serviços via setor próprio da Previdência, face aos compromissos já assumidos com o setor privado. Essas análises dão mostras de que a estratégia adotada pela Previdência provocou a falta de investimentos em serviços estatais, tornando-a dependente do setor empresarial. Ao mesmo tempo, formou-se um sistema de gestão comprometido do ponto de vista do controle dos gastos, pois os pagamentos eram feitos por “ato médico” ou “Unidades de Serviço” (US), os quais eram calculados por quem prestava os serviços, o que tornava obscuro o processo de faturamento e a cobrança feita à Previdência.

Essa inserção da iniciativa privada no âmbito dos ambulatórios, apontada por Teixeira (op. cit.), se alinha à denúncia feita pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) no *I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara Federal, entre os dias 09 e 11 de outubro de 1979, em Brasília. Nesse ato, o Cebes demonstra que coincidem as tentativas de direcionar a assistência psiquiátrica para os ambulatórios estatais, no momento em que esses são abertos à participação das entidades privadas, as quais atuariam nessa área por meio da prestação de serviços (CEBES, 1980/2008). Quanto às internações psiquiátricas, o documento destaca que os

técnicos do INAMPS, com provável timidez, estimam que em 1977 tenham existido 195.000 internações desnecessárias em serviços psiquiátricos. De 1973 para 1976 a hospitalização psiquiátrica sofreu significativo aumento de 344%, enquanto a taxa de reinternação alcançou os 63%. (CEBES, op. cit., p. 115)

O que o Cebes torna de conhecimento público produz uma diferença no modo como os dados sobre assistência aos doentes mentais são abordados, possibilitando que se passe de uma análise administrativa, que considera a alocação dos recursos financeiros, para uma problematização política do que ocorre. Isso porque o Cebes demonstra que a ampliação do número de leitos consome necessariamente mais recursos, mas ela incide principalmente sobre os indivíduos que se tornam os alvos dessas ações. Ações que se objetivam, segundo a entidade, em hospitalizações desnecessárias e em uma altíssima taxa de reinternações. Desse modo, o problema se desloca da percepção do sucateamento das instituições estatais, do incremento dos investimentos públicos em instituições particulares, e passa para o questionamento sobre o crescente asilamento de seres humanos em espaços resguardados pelo saber psiquiátrico (DELGADO, 1987).

Quando demarcado nosso objetivo inicial de investigar os modos de constituição dos sujeitos usuários dos serviços de saúde mental na atualidade, demarcamos a necessidade de percorrermos um trajeto que nos possibilitasse questionar as condições de possibilidade para a emergência de determinadas práticas no campo da assistência psiquiátrica em diferentes tempos. Por esse motivo, consideramos algumas estratégias dos governos autoritários utilizadas para ampliar a rede ambulatorial e hospitalar no âmbito da psiquiatria. Observamos que, nesse período analisado, ocorre uma dupla ação do Estado. Uma ação interventora, no sentido de regular e normatizar a assistência aos doentes mentais, e, ao mesmo tempo, uma prática liberal de governar, no sentido de autolimitação do Estado (FOUCAULT, 2008b) e abertura da Psiquiatria para o mercado. Porém, isso nos mostra apenas uma parte da história. A outra parte diz respeito às estratégias utilizadas para a ocupação dos leitos criados. Desse modo, devemos interrogar: como certos indivíduos se tornam sujeitos às práticas psiquiátricas nesse contexto? Poderíamos apenas perguntar: quem são os indivíduos internados entre as décadas de 1930 e 1980? Mas a resposta também seria pela metade, pois importa saber como são constituídos aqueles que se tornam “alvos” de ações como as internações justamente em um período de estreita vinculação entre os saberes psiquiátricos e as práticas de governo, cujos efeitos se referem ao crescimento do controle estatal sobre a vida e têm, como consequência, um aumento no número de indivíduos internados. Assim, no item seguinte, nos pautamos pela seguinte questão: como são constituídos os indivíduos que se tornam sujeitos das práticas psiquiátricas colocadas em curso no contexto brasileiro dos governos não democráticos?

3.4 Indigentes ou contribuintes? Sobre os modos de constituição dos sujeitos pelas práticas psiquiátricas

Podemos dizer que o tempo sobre o qual se assenta a questão proposta na seção anterior é marcado por algumas ambiguidades. Isso porque se trata de um período em que a população brasileira é submetida ao mando dos governos não democráticos. Do mesmo modo, ocorre a experiência de um político que chega ao poder por um golpe de Estado, permanece por muitos anos como governante, é deposto, e, anos depois, retorna ao posto como presidente eleito. Isso diz de períodos em que a Ditadura foi recoberta por intervalos democráticos e de momentos em que, apesar de discursos com aparência democrática, ela impôs sua força. Durante o governo Costa e Silva, por exemplo, é

instituída a Constituição de 1967, a qual trata, em seu Capítulo IV, dos direitos e garantias individuais e apregoa que “todos são iguais perante a lei, sem distinção, de sexo, raça, trabalho, credo religioso e convicções políticas”. Porém, a igualdade prevista na Lei não impede que sejam mantidos mecanismos de diferenciação dos indivíduos, alguns dos quais são baseados na vinculação ao trabalho.

Queremos dizer que, no período dos governos não democráticos, a adesão ao trabalho é situada em um plano que regula a concessão de direitos. Essa inferência decorre da discussão anterior sobre as Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões, mas não só, pois, como referido na *Introdução* desta tese, um dos princípios da ordem econômica e social tem, no texto constitucional, a seguinte expressão: “valorização do trabalho como condição da dignidade humana”. Podemos dizer que esse princípio que se encontra na Constituição – e não em um tratado médico – tem implicações sobre as estratégias de constituição dos sujeitos internados. Isso porque a forma de trabalho valorizada nesse tempo pressupõe sua formalização pelo vínculo empregatício e pela contribuição previdenciária. Atrela-se, nesse caso, a noção de dignidade humana a uma espécie de pacto social que reconhece os direitos e provê as garantias individuais mediante um jogo de retribuições regulado pelo Estado. Santos (1987) formula o conceito de *cidadania regulada*, e expõe o jogo colocado em curso, no qual a garantia de direitos não era estruturada como uma base universal e igualitária, mas procedia de um processo de diferenciação que concedia direitos a depender do modo como os indivíduos se situavam no sistema produtivo. Escorel e Teixeira (2008) tomam essa formulação para delinear como eram distinguidos os cidadãos naquele tempo e, por sua relevância para o que se argumenta aqui, reproduzimos mais uma vez as palavras na íntegra.. Os pesquisadores afirmam que

[e]ram vistos como cidadãos somente aqueles que trabalhavam em ocupações reconhecidas e definidas por lei, sendo a carteira profissional e o pertencimento a um sindicato público os parâmetros de definição da cidadania. Assim, os que exerciam ocupações que a lei desconhecia – como os trabalhadores rurais, domésticos e trabalhadores do mercado informal – eram vistos como pré-cidadãos. (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 361)

A passagem apresenta uma clara definição daqueles que participavam de um Estado de direitos. Todavia, seria um equívoco afirmar que o vínculo trabalhista assegurava a promoção das condições de vida de toda a população assalariada brasileira, tendo em vista que o período autoritário gestou uma forma de desenvolvimento

econômico que democratizou a pobreza entre os brasileiros (TEIXEIRA, 2008). Ele também criou momentos de exceção de direitos e restrição da liberdade individual, independentemente da profissão ou situação trabalhista dos indivíduos (COIMBRA, 2001), e, mais do que isso, desencadeou um processo de obtenção de lucros por meio das internações psiquiátricas (CERQUEIRA, 1989).

A esse respeito, cabe considerar que, em 1970, foram internados 137.350 indivíduos em instituições psiquiátricas, sendo os homens em maior número. Quando o corte é feito por idade, há o registro de 740 crianças admitidas, cujas idades variam entre zero e nove anos. Na faixa etária seguinte, isto é, entre 10 e 19 anos, o número de internos é de 14.783. As cifras são maiores quando consideramos que, no mesmo período, 70,5% do total de internações abrange a faixa etária entre 20 e 49 anos, o que corresponde a 96.818 indivíduos que passaram por algum período de internação naquele ano (ESTATÍSTICAS..., op. cit.).

Os dados referentes às internações em estabelecimentos psiquiátricos, ao contrário de fornecerem respostas sobre as estratégias utilizadas para a definição de seu público, apontam para um campo difícil de ser entendido. Isso porque, nos primeiros anos do século XX, ao menos uma parcela da população internada era formada por indivíduos descritos como aqueles que não se adaptavam aos modos de produção vigentes, sendo as práticas terapêuticas, baseadas no trabalho, consideradas como um meio de readaptação da atividade. Entretanto, nos anos de 1970, observamos que o maior número de internações incide sobre homens, cuja faixa etária varia entre 20 e 49 anos, época descrita como aquela em que os indivíduos devem empregar sua força de trabalho em atividades economicamente produtivas. Aqui começa a ser delineada a torção operada pelo emparelhamento do Estado com a iniciativa privada. Essa torção, ao mesmo tempo em que forma um grande contingente de indivíduos desassistidos do sistema de saúde – descritos como aqueles que não podem pagar pela internação ou que não têm a Carteira de Trabalho assinada –, faz com que esses mesmos indivíduos sejam objetivados como os principais alvos das práticas das quais tratamos. Isso porque a condição de “cidadão regulado”, para parafrasear a expressão de Santos (1987), diz daquele que não é um trabalhador formal nem um contribuinte à Previdência, o que o qualifica como indigente e, em última instância, como pobre. Desse modo, essa categoria de indivíduos pobres é atualizada como foco das intervenções da Psiquiatria sob a chancela do Estado. Nesse contexto, a Carteira de Trabalho assinada pode ser pensada como uma nova forma de distinção daqueles que se enquadram nas normas

sociais e, por isso, não oferecem riscos à sociedade. Por contraste, aqueles que não a possuem não se enquadram nessa mesma percepção social.

Esse argumento pode ser evidenciado nas análises de Delgado (1987) sobre a população psiquiátrica asilada no período aqui enfocado. Para ele, “embora aparentemente modernas em relação aos macro-hospitais públicos – lugares de violência e abandono – as clínicas da rede privada, com o crescimento geométrico das internações, valiam-se de fato da mesma palavra de ordem: aos loucos o hospício!” (DELGADO, op. cit., p.178). Para o autor, em se tratando dos hospícios públicos, a clientela era composta por aqueles que estavam fora do processo produtivo formal e, por isso, não eram contribuintes da Previdência Social. Nas clínicas privadas, a população internada “era constituída de trabalhadores rurais desadaptados à vida nas cidades, empregados e desempregados do setor de construção civil, desempregados e subempregados das faixas menos qualificadas no setor terciário, trabalhadores e filhos de trabalhadores do setor industrial dito tradicional” (id., *ibid.*, p. 179). Mesmo que a vinculação previdenciária produza certa diferença quanto ao local da internação, pode ser observado que a proveniência das classes populares era o que assemelhava os internos das instituições públicas e privadas. Essas denúncias direcionadas à gestão da assistência psiquiátrica, na mesma medida que informam sobre uma prática em andamento, também contribuem para a formação de certa maneira de ver e pensar sobre aqueles objetivados como “doentes mentais” por meio das internações. De todo modo, as denúncias feitas pelo Cebes (op. cit.), por Cerqueira (op. cit.) e Delgado (op. cit.), por exemplo, têm em comum o fato de apontarem modificações que resultam na formação de uma prática comercial em torno da “doença mental”, a qual seria esvaziada em seu caráter terapêutico, mas potencializada do ponto de vista econômico.

O esvaziamento do intuito terapêutico aparece como parte dos resultados de um estudo realizado no Hospital Colônia de Barbacena (SILVA, M. S. B., 2005), local descrito como o último lugar dos doentes mentais indigentes do estado de Minas Gerais, a partir dos anos de 1930, quando ocorre o reordenamento da assistência (MINAS GERAIS, 1935; FIRMINO, op. cit.). No estudo de Silva (op. cit.), constatou-se que boa parte das fichas de identificação não possuíam quaisquer referências aos diagnósticos atribuídos aos internos. Para a pesquisadora, a inexistência dos diagnósticos nas fichas de registro indica que a função de análise e avaliação dos internos se perdera naquele ambiente institucional. Desse modo, quando o diagnóstico deixa de ser utilizado para a identificação de doenças e orientação do plano de tratamento psiquiátrico, sugere-se que

as práticas de cuidado sejam recobertas por outras funções atribuídas à instituição, conforme conclui o estudo:

Um dos dados que mais chamou a atenção durante a pesquisa é o grande número de internamentos feitos sem registro no campo do “diagnóstico”, assim como o elevado índice de óbitos presentes no campo “estado de saída”. O alto índice de mortalidade no Hospital Colônia revela o abandono que os internos sofriam por parte não só da instituição, mas também dos seus familiares. Os arquivos do hospital, até bem pouco tempo, eram visitados apenas por familiares que queriam confirmar o óbito de algum paciente por questões como herança e inventários. (SILVA, M. S. B., op. cit., p. 45-46)

À falta de diagnósticos, soma-se a falta de dados de identificação dos internos e a precariedade das instalações dos hospitais psiquiátricos (FIRMINO, op. cit.), soma cujo resultado é o abandono e a morte. Quando, no avançar do século XX, são alinhados os atos de governo, os dados da produção da assistência psiquiátrica e as críticas a esse sistema, o que se presencia é um processo de constituição dos indivíduos internados como sujeitos situados fora do sistema de direitos. Sujeitos que, de algum modo, foram considerados falhos no processo de reprodução do capital. Esses, por serem pobres, indigentes e desempregados, não participam do jogo de retribuição de direitos mediados pela Previdência Social. Nesse contexto, mesmo aqueles que são vinculados ao trabalho têm condições de vida que não incluem a garantia de direitos de um modo amplo. Acrescenta-se, nesse complicado processo, que o alinhamento entre as forças repressivas e o jogo de mercado se dá de tal forma que a internação passa a representar um meio de obtenção de lucros para determinados grupos, justificativa suficiente para burlar os poucos direitos usufruídos por uma parcela da população.

Nesse momento, os interesses são diferentes daqueles colocados em jogo quando o discurso se baseava na tentativa de fazer o “louco” trabalhar para que ele retornasse ao meio social como força de trabalho reabilitada. Igualmente, no passar da década de 1970, não se tem como objetivo fazê-lo trabalhar com a intenção de minimizar os custos de seu tratamento. Entretanto, não podemos afirmar que a prática de interná-lo por ser ele “perigoso” deixou de existir. Trata-se de reconhecer que a pobreza não perdeu sua proximidade com a alienação mental, o que faz com que a condição de pobreza não se afaste das formas de existência constituídas como da ordem da doença mental. Da mesma maneira, a pobreza e a doença mental não se desvincularam de uma noção de perigo em potencial à ordem social, tanto é que a expressão utilizada no Decreto de 1967 é “combate” a doença mental. Essa expressão antecede as propostas de tratamento

e recuperação da saúde. Junto a isso, é necessário acrescentar que certos modos de produção do conhecimento não se furtaram de contribuir com o processo de localização e identificação daqueles percebidos como sujeitos às internações. Como exemplo, citamos um estudo realizado por alunos e professores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em 1985 (CARDIN et al, 1986), no qual foram reanalisados trabalhos epidemiológicos sobre o alcoolismo, publicados entre os anos de 1943 e 1985. Decorre da reanálise a seguinte conclusão: “pelos dados analisados, encontramos maior predominância de alcoolismo em adultos jovens, concentrando-se entre 20 e 49 anos de idade, na razão de 10 homens para 1 mulher” (id., *ibid.*, p. 191). Essas informações são coerentes com as divulgadas pelo *Anuário Estatístico do Brasil* (ESTATÍSTICAS..., *op. cit.*). No entanto, os trabalhos selecionados pelos pesquisadores da ENSP têm como fonte de dados, em grande parte, o próprio Serviço Nacional de Doenças Mentais.

Outros dois trabalhos considerados pelo estudo da Escola Paulista definem suas amostras de pesquisa tomando como critério a região de moradia dos informantes, recaindo as investigações sobre áreas com características socioeconômicas específicas, como podemos inferir a partir dos títulos dos trabalhos reanalisados: “[e]studos da prevalência do alcoolismo numa vila marginal de Porto Alegre” (LUZ JÚNIOR, 1974) e “Prevalência de Desordens Mentais em uma Área Industrial da Região Metropolitana de Salvador — Aspectos Metodológicos e Achados Preliminares.” (ALMEIDA et al, 1983), ambos citados por Cardin et al (*op. cit.*).

Consideramos que esse modo de produção de conhecimentos, ao contrário de contribuir para o questionamento das razões da institucionalização de determinadas parcelas da população, serve para constituir formas de existência como aquelas que requerem a intervenção dos mecanismos fiscalizadores do Estado. Isso torna determinados indivíduos ainda mais vulneráveis à internação. Além disso, as ações desse tipo têm como efeitos o favorecimento de um processo de patologização de certos grupos a partir da definição e realização dos próprios estudos, os quais não incluem indivíduos residentes em outras regiões ou mesmo com condições socioeconômicas distintas. Porém, mesmo que a metodologia de determinados estudos seja questionada, isso não os isenta de produzir efeitos sobre a população estudada, porque as formas de saber não só descrevem uma realidade, mas constituem realidades por meio da prescrição de formas para o comportamento, as quais redundam nos modos como os indivíduos passam a se pensar e a se constituir como sujeitos a partir dessa relação com o outro (FOUCAULT, 2010d).

E, assim, consideramos que a constituição dos “sujeitos internados” pelas práticas psiquiátricas descritas não se relaciona ao reconhecimento de uma essência desses sujeitos, objetivada como doença mental. Ao contrário, esse processo de constituição dos sujeitos dos quais tratamos se dá na processualidade das relações com os outros, o que diz de relações com o *fora*. Isso não quer dizer que sejam relações passivas, mas, antes, relações marcadas por jogos de poder. Albuquerque Júnior (2011) entende que, para Foucault, o sujeito poderia ser definido como o “próprio processo de produção de subjetividade”, o qual se dá pelo enfrentamento com as forças do fora, que são dobradas e produzem modos de ver e falar sobre o outro, formando realidades. Desse modo, falar da constituição do sujeito é falar desses acontecimentos implicados nas condições de possibilidade da existência; é considerar o “sujeito como do fora, como prega das relações sociais, dos saberes e dos valores presentes no arquivo de onde este sujeito se escava ou emerge” (ALBUQUERQUE JÚNIOR, op. cit., p. 66). Portanto, a constituição dos sujeitos internados ao longo dos governos ditatoriais se relaciona a um modo de governo organizado sob a abertura econômica do campo da saúde e fechamento político, o que resulta na comercialização das práticas psiquiátricas e em restrições às garantias individuais. Como consequência, as diferenças produzidas entre os contribuintes da Previdência e os indigentes se desfazem quando se trata, no período aqui abordado, de internar os indivíduos provenientes das camadas sociais mais pobres. Tais acontecimentos tornam-se parte das discussões dos movimentos que lutam pela redemocratização do Brasil e pela reorientação do sistema sanitário nacional, compondo um arranjo que propicia a emergência de uma política de subjetivação atravessada pela noção de *cidadania*, que reordena o modo se articulam *tratamento, trabalho e direitos*, como discutiremos a seguir.

3.4.1 Reforma sanitária e a reforma política: sobre o direito a ter direitos

A formação de um cenário com amplas denúncias sobre o modo como estava organizado o sistema sanitário nacional emerge quando os movimentos sociais, a universidade, os sindicatos de profissionais de saúde, os movimentos populares se unem em torno de uma proposta comum, alinhando *saúde e democracia* (FLEURY, 2009). Nesse momento, aumentam as manifestações daqueles que foram, gradativamente, alijados dos processos de decisão e formulação de ações no campo da saúde. De modo específico, Teixeira (2008) avalia que os profissionais da saúde e os trabalhadores

foram desprezados pelo modelo vigente, mesmo que, naquele momento, o sistema previdenciário dependesse de modo exclusivo das contribuições dos trabalhadores. Nesse cenário, o entendimento de que os trabalhadores financiavam o sistema de saúde foi decisivo para sua mobilização em prol de uma profunda mudança na sociedade brasileira.

Do mesmo modo, as reivindicações de David Capistrano da Costa Filho se situam em meio às movimentações que se rebelam contra o modelo sanitário vigente e lutam pela democratização do país. Dessa forma, ele denuncia o mito “do círculo vicioso da pobreza e da doença” construído na história brasileira, e o faz por meio de um artigo apresentado no *XIX Congresso Brasileiro de Higiene e 1º Congresso Paulista de Saúde Pública*, em 1977. Para o sanitarista, a premissa de que a pobreza gera mais pobreza que, por sua vez, gera mais doença, esconde as responsabilidades pela miséria e morte de parte significativa da população (COSTA FILHO, 2008). Isso porque a população mais pobre realmente adoece e morre mais, mas as causas da pobreza não podem ser explicadas por ela mesma, mas pelas escolhas implicadas no plano de desenvolvimento desencadeado no país. Conforme sua análise, a mudança desse quadro e do referido mito exige o questionamento sobre a quem o crescimento econômico beneficia, situando a responsabilidade do adoecimento não nos adoecidos, mas nos responsáveis pela distribuição da renda. Essa posição não diz respeito somente a um posicionamento individual; ao contrário, ela assinala a emergência de um movimento de resistência ao sistema político vigente àquela época. Movimento que se forma em torno da luta pela reorientação do sistema de saúde, mas que luta pela mudança na forma como o poder era distribuído no país, conforme expressa o próprio David Capistrano:

Muitas vezes já se falou da frustração profissional dos sanitaristas, dos médicos, que se sentem às vezes carregando água em peneira. Cremos que só se libertarão dessa sensação quando associarem ao trabalho sanitário, como parte dele, a luta pela transformação das relações sociais, que hoje, no Brasil, significa se incorporar ao movimento pela democratização do país. (COSTA FILHO, op. cit., p. 46)

Esse movimento, ao qual o sanitarista se vincula, tornou-se conhecido como *Movimento Sanitário* ou *Reforma Sanitária*. Ele tem suas bases políticas constituídas em meio aos movimentos sociais, em conjunto com as formulações teóricas que encontram condições de existência no âmbito universitário, a partir da criação dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), ainda na década de 1960, conforme

descreve Escorel (2008). Para ela, a reforma universitária e a criação dos DMPs se deram por força da lei, mas serviram como espaços de resistência e de difusão de um entendimento sobre os processos de saúde e doença de uma determinada sociedade. Entendimento que, na época, passa a se orientar pelo materialismo histórico e dialético e pelo marxismo. Nesse contexto, a determinação da infra-estrutura econômica é tomada como um postulado fundamental que permite visibilizar a distribuição desigual das doenças entre as diferentes classes sociais (ESCOREL, op. cit.).

Podemos dizer que essas movimentações produziram uma descontinuidade no que tange ao mito que vinculou a pobreza e a doença (COSTA FILHO, op. cit.). Com igual importância, elas desencadearam um processo de organização que envolve profissionais da saúde, pessoas ligadas à área, estudantes, professores acadêmicos, membros de partidos políticos, grupos da Igreja Católica e movimentos sociais, os quais instituíram como pautas de suas discussões a necessidade de alterar a estrutura do sistema de saúde nacional e a conjuntura política. Nessa época, um elemento estratégico emerge em meio a esses debates e produz descontinuidades na estruturação das práticas de saúde, desestabilizando a dicotomia institucionalizada entre o modelo de seguro social previdenciário (que incluía atenção à saúde) e o modelo assistencial precarizado para as populações sem vínculos trabalhistas formais (FLEURY, op. cit.). Sobre o que se forma nessa época, vale transcrever uma definição proposta por Escorel:

Chamamos de “movimento sanitário” (ESCOREL, 1999) o movimento de profissionais da saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito da cidadania. (op. cit., p. 407)

O elemento ao qual nos referimos é a noção de *cidadania*, especialmente a forma como ela passa a ser tratada pelo movimento sanitário, que a toma como um elo que articula as lutas pela reorientação do sistema de saúde e pelo reordenamento das políticas sociais, a fim de que essas respondessem às demandas da sociedade por maior inclusão social e equidade (FLEURY, op. cit.). Esse elo de vinculação, que se ancora na noção de cidadania, pode ser enunciado como o direito a ter direitos. Escorel demarca o momento de emergência dessa posição e atribui a três pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro a formalização do enunciado “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (ibid., p. 408). Trata-se

de Hésio Cordeiro, José Luis Fiori e Reinaldo Guimarães, autores do documento “*A questão democrática na área da saúde*” (CEBES, 2008), apresentado pela diretoria do Cebes durante o *1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*, realizado na Câmara Federal, em outubro de 1979. Esse texto, após receber alguns acréscimos, foi votado e aprovado como um documento basilar daquele evento, o que lhe confere um caráter importante na história do movimento sanitário e nas mudanças ocorridas nas práticas de saúde. Nele, é analisado o sistema sanitário nacional e são descritas as mudanças entendidas como necessárias, apontando que elas implicam a alteração da dinâmica política do país. Vejamos um fragmento do referido texto: “[p]or uma Saúde autenticamente democrática entende-se: 1 – o reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde” (CEBES, op. cit., p. 150).

Essa passagem dá mostras da ruptura reivindicada pelo movimento sanitário e pelos outros movimentos aos quais ele se vinculava. Uma ruptura que passa pela constituição de um Estado democrático de direitos, que garanta o acesso a todos às práticas de promoção e preservação da saúde. O que é proposto ultrapassa o reordenamento técnico dos serviços e implica extinguir as distinções entre os indivíduos, entre as quais está a centenária separação entre indigentes e contribuintes, cujo trabalho formal e a contribuição à Previdência Social são pontos de distinção. Desse modo, podemos dizer que o posicionamento que defende a saúde como um direito aponta para um deslocamento que passa de uma acepção de *cidadania regulada* (SANTOS, op. cit.) para uma forma de entendimento das garantias individuais como constituinte das práticas de Estado, por isso, extensiva a todos.

Junto a essas mobilizações, também se forma o *Movimento pela Reforma Psiquiátrica*, que passa a questionar as razões do internamento e as condições às quais estão expostos os sujeitos internados. Através disso se forma uma discursividade que se forma em torno dos direitos dos “doentes mentais”. Conseqüentemente, o tema da cidadania passa a permear os debates teóricos, os movimentos de contestação e aparecerá também nas proposições de políticas públicas no final da década de 1980. A esse respeito, é preciso lembrar a *VIII Conferência Nacional de Saúde*, realizada em 1986, em pleno processo de redemocratização do país, quando mais de quatro mil pessoas discutiram e propuseram as bases que alicerçaram o Sistema Único de Saúde (SUS) (ESCOREL, op. cit.). Ao considerarmos o Relatório Final desse acontecimento, junto à Constituição promulgada em 1988, vemos que, de certo modo, a noção de cidadania vai recobrir a

função atribuída ao trabalho no que diz respeito às formas, até então vigentes, de situar os indivíduos na relação com o Estado e, especialmente, em relação ao acesso aos serviços de saúde. Isso só pôde ocorrer na medida em que o texto Constitucional articula à seguridade social os direitos à saúde, à previdência e à assistência social, prevendo que os mesmos sejam garantidos de forma universal, desestabilizando o que Santos (op. cit.) nomeou como *cidadania regulada*. Essa percepção de uma mudança em relação ao modo como o Estado operava a distribuição de direitos aparece em uma análise de Fleury (op. cit.), na qual ela aponta que

a Constituição de 1988 avançou em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais, expressos no Capítulo da Ordem Social, como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (p. 745)

No campo da assistência psiquiátrica, essas modificações também produzem seus efeitos na medida em que os indivíduos passam a pensar as ações de Estado a partir de um investimento na vida, que priorize “a garantia dos direitos civis, políticos, sociais e econômicos e culturais, sendo esses direitos do cidadão” (GUARESCHI; LARA; ADEGAS, 2010, p. 333). Esse investimento na vida produz uma nova política de subjetivação em torno da garantia dos direitos pelo Estado, o que tem como efeito a constituição de “sujeitos políticos” na acepção de Fleury (op. cit.). Guareschi, Lara e Adegas (op. cit.), por sua vez, buscam as contribuições que Foucault deixou para que a Psicologia Social possa problematizar a constituição de sujeitos no tempo das políticas públicas. Frente a isso, eles retomam um conceito do filósofo que diz da emergência do “sujeito de direitos” para pensar os modos de subjetivação que se formam junto à transição para um Estado brasileiro democrático e de direitos.

Adiantamos que essas modificações nas formas de ser e viver (GUARESCHI; LARA; ADEGAS, op. cit.) repercutem nos modos como os indivíduos se posicionam na relação com as práticas de cuidado em saúde mental, o que nos faz perguntar sobre o modo como essas práticas se articulam à constituição dos sujeitos usuários dos serviços de saúde mental no contexto das políticas públicas de saúde mental.

3.5 Reforma psiquiátrica: da reforma do asilo ao rompimento com o mesmo?

Em meio às movimentações pela redemocratização do país e reorientação do sistema de saúde nacional, se forma um movimento de contestação ao aparato manicomial brasileiro, o qual se tornou conhecido como Movimento pela Reforma Psiquiátrica. Podemos dizer que o Movimento pela Reforma Sanitária pode ser apontado como uma das suas condições de emergência, e que ambos os movimentos compartilham, por exemplo, da contrariedade à privatização da rede assistencial e o entendimento de que as condições sociais e materiais de existência têm implicações no processo de produção do adoecimento físico e psíquico. Da mesma forma, há vinculação com a luta pela mudança do sistema político brasileiro, sobretudo no que se refere às reivindicações em torno da cidadania e, de modo específico, da garantia dos direitos dos “doentes mentais” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1988).

Situamos ainda, entre as condições de possibilidade para a formação do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, as experiências estrangeiras que surgem em decorrência dos acontecimentos das Grandes Guerras, e que questionam as condições de vida de um grande número de indivíduos asilados em hospitais psiquiátricos. Assim, nas publicações que tratam do tema, encontramos com facilidade referências à Psicoterapia Institucional proposta por Tosquelles, na França, em 1940, sobre a Comunidade Terapêutica organizada por Bion e Rickeman, em 1943, no Reino Unido, e também a respeito do advento da Psiquiatria Democrática italiana, que Franco Basaglia lidera na cidade de Gorizia e, posteriormente, em Trieste (DESVIAT, 1994/1999). Igualmente, a produção teórica internacional sobre a antipsiquiatria, veiculada por David Cooper e Ronald Laing, e as experiências de pesquisa e atuação política de Michel Foucault, Gilles Deleuze, Felix Guattari, Erving Goffman, Robert Castel compõem o cenário político-ideológico que mobilizou a luta contra a “indústria da loucura” (CERQUEIRA, op. cit.) estabelecida no Brasil.

A introdução dessas referências no cenário nacional fomentou um processo de produção de conhecimentos sobre as funções assumidas pela assistência psiquiátrica no país, bem como sobre o modo como ela se articula às estruturas do Estado. Junto a isso, tornou-se de conhecimento público o número de internos em estabelecimentos psiquiátricos e o modo como esses eram tratados em tais espaços. Na transição para os anos de 1980, a ação de visibilizar as condições nas quais muitos indivíduos estavam internados já produzia um efeito de contestação ao que estava estabelecido, o que logo

produzia uma expressiva repercussão no movimento. Visibilizar para questionar as condições do presente: assim pode ser percebida a iniciativa de três residentes que decidiram registrar as irregularidades do Centro Psiquiátrico de Pedro II⁶ no livro de plantão de seu pronto-atendimento. Esse ato, realizado em 1978, é considerado por Amarante (1995a), por exemplo, como uma espécie de “mito fundador” da Reforma Psiquiátrica no Brasil, na medida em que é situado como um disparador daquela que ficou conhecida como a “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental) e que teve, como uma de suas consequências, a demissão de 260 trabalhadores (AMARANTE, op. cit.).

Nesse mesmo ano, e fomentado pela repercussão dos acontecimentos descritos por Amarante (op. cit.), delineia-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual passa a ocupar espaços tradicionais de transmissão do saber psiquiátrico, como o *V Congresso Brasileiro de Psiquiatria* (1978) e o *III Congresso Mineiro de Psiquiatria* (1979). Sobre esse último evento, realizado em Belo Horizonte, Cezar Rodrigues Campos (1997) descreve que os trabalhadores de saúde mental compareceram maciçamente, mas que o inédito foi a presença dos usuários, familiares, sindicalistas do setor da saúde e jornalistas, aos quais se juntaram Franco Basaglia e Robert Castel. Essa movimentação produzida no Congresso Mineiro foi preparada durante o *I Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental*, realizado em janeiro de 1979, na cidade de São Paulo. Como resultados dos encontros desse ano e das estratégias de contestação, algumas delas já indicadas, surgem “as reportagens ‘Nos porões da loucura’ de Hiram Firmino, e o documentário ‘Em nome da razão’ de Helvécio Ratton (...)” (CAMPOS, op. cit., p. 4). As reportagens, publicadas posteriormente em livro, e o documentário foram produzidos em Minas Gerais. No entanto, ambos realçam que a realidade de degradação humana retratada naquelas ocasiões era semelhante ao que ocorria ao longo do país em se tratando dos estabelecimentos psiquiátricos.

É como consequência desses movimentos que se situa uma análise feita por Campos (op. cit.), quando aponta que, no contexto mineiro, a formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MSTM) desloca a luta *da* humanização dos hospitais psiquiátricos *para* o seu desmonte. Essa reflexão aparece em uma passagem

⁶ Outra designação dada ao Hospício de Pedro II.

que, apesar de longa, vale ser lida, pois marca um momento em que aqueles que se engajam em uma prática militante passam a pensá-la de outro modo:

Em Minas Gerais, até início de [19]87, vivemos uma fase, que analisada hoje, pode ser caracterizada como um difícil período de desgarramento das nossas origens. Ficamos muito tempo cuidando da humanização dos hospitais públicos, confundidos com o projeto da instituição da qual éramos funcionários: a reestruturação da assistência hospitalar da FHEMIG. (...) Era como se acreditássemos (sem que isso estivesse claro para nós), que estes hospitais, desde que fossem humanizados, e recebessem as reformas e insumos necessários, pudessem cumprir as funções terapêuticas, com posterior reinserção social, sem maiores problemas. Houve dificuldade de assimilar de fato, a necessidade de desmonte do manicômio que fora o berço da psiquiatria e eixo de nossa formação profissional. Afinal, boa parte dos líderes do movimento e de sua base inicial, eram filhos do asilo. (CAMPOS, op. cit., p. 6)

Notamos que não é sem razão que Campos (op. cit.) demarca o ano de 1987 como um tempo de modificações no Movimento pela Reforma Psiquiátrica e nos sujeitos que dele fazem parte. Nesse ano, ocorrem dois acontecimentos considerados emblemáticos na história da Reforma Psiquiátrica brasileira: a *I Conferência Nacional de Saúde Mental*, realizada em Brasília, e o *II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental*, realizado na cidade de Bauru.

A *I Conferência* acontece em meio à euforia do processo de redemocratização do país, iniciado com as eleições presidenciais em 1985, o que a vinculava à mobilização em prol da nova Constituição brasileira. Dessa maneira, o *Relatório Final da I Conferência* é marcado por proposições articuladas para formar a nova Carta Constitucional, as quais situam, recorrentemente, a saúde como um direito de todos e como um dever do Estado. Além disso, reivindica-se a desospitalização dos “doentes mentais” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, op. cit.). É preciso considerar que, mesmo com as pressões feitas pelo movimento, o chamado para uma Conferência é atribuição do Estado, diferentemente do que ocorre com o “Congresso de Bauru”, como esse episódio ficou conhecido. Este surge da mobilização dos Trabalhadores de Saúde Mental que buscavam espaços de manifestação na *I Conferência* e, no decorrer da mesma, decidem pela realização de um encontro específico para os integrantes do MTSM. Durante a formulação do evento, os debates convergem para a radicalização do movimento, e Roberto Tykanori é apontado como quem enuncia o lema adotado para o congresso, qual seja, “Por uma Sociedade sem Manicômios” (CAMPOS, op. cit.). Com esse mote, os 350 participantes do evento tomam as ruas de Bauru e tornam pública a

intenção de ruptura com os manicômios. No mesmo acontecimento, dá-se a mudança da designação de *Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental* para *Movimento da Luta Antimanicomial*, com a intenção de ampliar sua abrangência. Ocorre ainda, o estabelecimento do dia 18 de maio como o dia da Luta Antimanicomial (CAMPOS, op. cit.).

3.5.1 Práticas de cuidado em saúde mental: o tratamento como um direito

Por mais distintos que pareçam o tom prescritivo da *I Conferência* e revolucionário o do *Encontro de Bauru*, observamos entre eles algumas aproximações, como as referências aos “doentes mentais” e as reivindicações pela garantia de seus direitos. É preciso notar que o modo como o tema da cidadania percorre as proposições de ambos os acontecimentos faz com que, de algum modo, seja atualizado ou continuado algo como o tratamento em Psiquiatria. Contudo, ele passa a ser significado como “tratamento em saúde mental”, sendo pleiteado em espaços extra-hospitalares, com a participação de equipes multiprofissionais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, op. cit.). Podemos dizer que, no bojo dessas formulações, o tratamento deixa de ser visto como algo que se restringe às internações e às medicações psiquiátricas, como uma espécie padronização das técnicas e generalização dos corpos sobre os quais eram aplicadas, e passa a ser inscrito algo que precisa se diversificar para singularizar a assistência oferecida. Mais do que isso, o tratamento passa a ser requerido como um direito. É necessário observar que, nesse contexto, a expressão “práticas de cuidado em saúde mental” recobre o que até então se entendia por “tratamento” e aponta para a pluralização das técnicas, com vistas à singularização da ação. Essa descontinuidade aparece em um relato de Silvio Yasui (1989) acerca de sua inserção no Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, inaugurado oficialmente em 12 de março de 1987, e das estratégias criadas àquela época para oferecer cuidados em saúde mental em um espaço distinto do hospital psiquiátrico. Assim, o psicólogo nos conta da criação de ateliês de artesanato, pintura, costura, formação de atividades grupais, como grupo verbal, jornal-mural, expressão corporal, música, jardinagem, passeio ou vídeo. Conforme Yasui (op. cit.), a escolha das atividades era feita pelo “usuário” ou indicadas pelos profissionais. O que é demarcado por ele é uma modificação no que diz respeito às prescrições, sinalizando que a decisão sobre as práticas de cuidados deixa de ser uma atribuição dos técnicos e passa a ser constituída

como uma ação da qual deve participar cada indivíduo atendido. A respeito desse paciente que passa a ser visto e falado como usuário, Yasui diz: “é a ele que é destinado o trabalho e é ele quem, em última instância, determina seu percurso, sua trajetória, seu tratamento. O usuário é o centro da atenção” (op. cit., p. 54). São delineadas diferenças em relação à forma de trabalho, ao lugar onde ele é exercido e ao modo como os sujeitos participam dessa relação, sejam eles técnicos ou “usuários”. Vale realçar que a fala de Yasui é proferida em um tempo em que o “cuidado” ou, conforme suas palavras, o *tratamento*, passa a ser percebido como um direito e não mais como uma violência feita aos indivíduos, nem mesmo como uma violação de seus direitos.

Essa mudança de perspectiva, com a busca por novas práticas, ocorre junto com a reivindicação de diferentes espaços de atuação para os trabalhadores em saúde mental e para o acolhimento “dos doentes mentais, os quais, gradativamente, passam a ser designados de outro modo”. No entanto, sublinhamos que os “filhos do asilo” (CAMPOS, op. cit.) não propuseram um rompimento com a Psiquiatria e com a sua promessa de intervir sobre os corpos alheios. A ruptura, pleiteada pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica, se dá com o espaço onde a Psiquiatria se forma, o qual se tornou seu “Palácio para guardar doidos”, conforme Wadi (2002), em conjunto com o modo como os sujeitos eram posicionados na relação com os trabalhadores, o que diz do modo como os cuidados lhes eram oferecidos. É bem conhecida a definição de Franco Rotelli quando afirma que “o manicômio é o lugar zero da troca”. A tutela, a internação tem esta única finalidade: “subtração das trocas, estabelecer relações de mera dependência” (ROTELLI, op. cit., p. 61).

Relação paradoxal que se estabelece na passagem da década de 1980, pois, para que uma forma de cuidado seja inscrita como direito (como pleiteado na *I Conferência*), sua permanência é reivindicada. Isso faz com que a palavra de ordem estabelecida em Bauru – “Por uma sociedade sem manicômios” – não produza uma ruptura, mas indique certa interdição em relação a um lugar e a sua principal função: a inclusão de indivíduos em espaços pautados pela restrição da liberdade. Portanto, a luta pela desospitalização se vincula a um processo de questionamento sobre a produção da “doença mental” (e da segregação daqueles considerados “doentes”), mas também se engaja no processo de criação de outros lugares e outras práticas de cuidado em saúde mental (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, op. cit.).

Nesse contexto, delineia-se a reorientação da assistência psiquiátrica, com a construção de estratégias voltadas para o estabelecimento de uma rede de cuidados em

saúde mental. Decorrem dessa época as propostas para criação dos Centros de Atenção Psicossocial, Núcleos de Atenção Psicossocial, lares protegidos, ambulatórios e leitos psiquiátricos em hospitais gerais (NUNES, 2009), o que já se concretizava no citado CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, considerado o primeiro desse gênero no Brasil (YASUI, op. cit.). Contudo, ao mesmo tempo em que, nessa época, debatia-se a criação de uma rede de cuidados orientada para o futuro e para o seu público-alvo em potencial, necessitava-se criar práticas de cuidado para aqueles que se tornaram os “produtos” das prolongadas internações psiquiátricas, nomeados como “crônicos” (DELGADO, op. cit.).

Não é nossa intenção retomar aqui o debate em torno da constituição dos crônicos pelo sistema psiquiátrico, mas demarcar que, no momento em que são discutidas as formas de cuidado que serão oferecidas pelos novos serviços, impõe-se como problema aqueles indivíduos que ainda permanecem nos antigos hospitais psiquiátricos, os quais figuram nas denúncias de Cerqueira (op. cit.) e de outros já referidos. Nesse ponto de ligação, entre os novos e antigos espaços, novos e antigos pacientes, e, fundamentalmente, na ligação que emerge entre a cidadania e as práticas de cuidado, retoma-se, no campo da saúde mental, uma antiga noção da assistência psiquiátrica: a reabilitação pelo trabalho (DELGADO, op. cit.).

Nesse ponto, é explícito o modo como o Movimento pela Reforma Psiquiátrica retoma uma noção marxista que, grosso modo, entende a constituição do sujeito atrelada ao trabalho. A citação que Delgado faz em seu texto não é de Marx, mas aproxima-se de sua posição, como podemos ler nesse trecho: “na base do trabalho, no trabalho e por meio do trabalho, o homem criou a si mesmo não apenas como ser pensante, qualitativamente distinto dos outros animais de espécies superiores, mas também como o único do universo, por nós conhecido, que é capaz de criar a realidade” (KOSIK, 1976, citada por DELGADO, op. cit., p. 195).

Aqui se coloca um ponto a ser interrogado, pois é preciso perguntar “o que faz falar” a noção de reabilitação (ou ressocialização) pelo trabalho tal como aparece na escrita de Delgado (op. cit.) e de outros autores contemporâneos a ele. Encontramos com facilidade a expressão “reabilitação psicossocial” na produção teórica do final dos anos de 1980 e na década seguinte, como nos trabalhos de Ana Pitta (1996). Não se trata de fazer uma revisão bibliográfica sobre o tema, mas de considerar o modo como a noção de reabilitação psicossocial passa a operar do ponto de vista da articulação entre as práticas de cuidado em saúde mental e a produção de sujeitos no contexto da

Reforma Psiquiátrica. Por meio do movimento pela Reforma Psiquiátrica, reatualiza-se uma promessa da Psiquiatria que diz respeito à cidadania dos “loucos”, como discutiremos na seção seguinte. Ao considerarmos esse cenário, a pergunta que se coloca é: do ponto de vista da saúde mental, como se reconstrói um cidadão? Ou, dito de outra forma, quais são os modos de subjetivação que passam a ser formados com as estratégias de reabilitação psicossocial no campo da saúde mental?

3.5.2 Práticas de cuidado e constituição de sujeitos: sobre os usuários dos serviços de saúde mental

Em meio às movimentações para a criação do Sistema Único de Saúde e a ratificação da saúde como um direito de todos, Amarante (2008) demarca uma diferença na forma de situar os indivíduos no campo da saúde em geral, o que repercute, conforme ele, no campo da saúde mental. Assim como Yasui (op. cit.), Amarante (op. cit.) dá mostras de um modo distinto de falar sobre aqueles aos quais se direcionam as ações em saúde mental. Sobre a expressão “usuário”, ele diz que

este termo passou a ser adotado pelo SUS para designar os beneficiários do Sistema SUS, mas assumiu um valor muito particular no âmbito da saúde mental, por possibilitar o abandono da expressão ‘paciente’, considerada negativa e pejorativa, para os sujeitos com sofrimento mental (AMARANTE, op. cit., p. 744).

Em outro texto, Antonio Lancetti e Paulo Amarante citam a experiência da reforma psiquiátrica italiana com o objetivo de demarcar as diferenças que se desenvolvem nas práticas assistenciais e na forma como são constituídos os indivíduos para os quais elas são criadas. No texto, os autores destacam:

o processo desenvolvido em Trieste passou então a ser de construção e reconstrução de muitas vidas que estavam apagadas e reprimidas nos manicômios e das muitas vidas que estariam por adentrar nos manicômios caso não fosse iniciado esse processo. Por isso, foram criadas cooperativas de trabalho para as pessoas antes internadas, agora não mais chamadas de pacientes, mas de usuários. Por que usuários? Porque não são apenas pessoas doentes, mas cidadãos que utilizam um recurso público. (LANCETTI & AMARANTE, 2009, p. 623)

Nas duas passagens, a expressão “usuário” aparece vinculada à noção de *cidadania*. Essa última, se tomarmos a acepção de Saraceno (1996), pode ser pensada como um objetivo a alcançar por meio da reabilitação psicossocial. Se o contexto é a

saúde mental, poderíamos pensar que os recursos públicos utilizados são as práticas de cuidado nesse campo, as quais se deslocam dos ambientes hospitalares para outros espaços, então designados como *serviços de saúde mental*, como aparece na Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995, do Distrito Federal. Em uma pequena passagem desse texto, vemos ser delineado algo como os “sujeitos” e o “objetivo” das práticas de cuidado que se formam com as movimentações pela Reforma Psiquiátrica. Na expressão da Lei, os elementos destacados se alinham da seguinte maneira: “[a] atenção ao usuário dos serviços de saúde mental será realizada de modo a assegurar o pleno exercício de seus direitos de cidadão” (BRASIL, 2004a, p. 31).

Com essa passagem, sublinhamos que, em diferentes épocas, foram produzidas formas distintas de atenção àqueles considerados *alienados mentais*, *doentes mentais* ou, simplesmente, *pacientes psiquiátricos*. Com os movimentos pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica, as práticas de cuidado em saúde mental passam a ser reivindicadas enquanto um direito, cujo objetivo não se restringe à cura, mas se direciona para a produção de cidadania, como objetivado na Lei do Distrito Federal e nas palavras de Lancetti e Amarante (op. cit.). É preciso observar que a reivindicação do direito de se ter assistência em saúde mental, em espaços extra-hospitalares, é formulada, em primeiro lugar, pelos trabalhadores, pesquisadores, familiares e por outros que se mobilizaram com a causa dos milhares de internos em hospitais psiquiátricos no Brasil. Dessa forma, podemos dizer que esses indivíduos – que empunharam as bandeiras pela garantia dos direitos humanos dos pacientes internados e reivindicam melhores condições de trabalho e de tratamento nos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1995) – formaram o Movimento pela Reforma Psiquiátrica quando disseram: “sim, eu sou militante!”. Cabe salientar que o engajamento nessa luta diz também da formação de uma determinada relação dos sujeitos não apenas com os outros, mas com eles próprios, o que não se restringe aos trabalhadores, pesquisadores e familiares.

Desse modo, observamos que, no contexto da saúde mental, as reivindicações deixam de ser pronunciadas apenas a favor dos “usuários” e se tornam enunciadas também por aqueles que passam a se reconhecer como sujeitos de direitos, como necessitados de tratamento e, muitas vezes, como apartados do sistema formal de trabalho e, assim, tais indivíduos são subjetivados como sujeitos “usuários dos serviços de saúde mental”. A esse respeito, dois acontecimentos recentes valem ser citados. O primeiro se refere ao encontro nacional *20 anos de luta por uma sociedade sem manicômios*, realizado em Bauru, em 2007, momento de comemoração das duas

décadas de mobilizações desde o Congresso de 1987 e, ainda, de reafirmação dos objetivos do Movimento, os quais estão expressos na epígrafe do evento. Dois anos depois, no dia 30 de setembro de 2009, ocorre, em Brasília, a *Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial*. No primeiro, a continuidade da batalha pela extinção dos manicômios, muitos dos quais permanecem em funcionamento, mesmo que tenha se passado todo esse tempo e que tenha ocorrido a diminuição de seus leitos (BRASIL, 2010). No segundo, a luta pelo tratamento como um direito, o qual deve ser garantido fora dos espaços manicomial.

Esse segundo ato foi precedido por uma série de mobilizações para que os usuários produzissem documentos com suas proposições a serem defendidas em Brasília. As propostas redigidas nos diferentes serviços municipais foram agregadas em uma proposta estadual, e as propostas estaduais, por sua vez, formaram um documento nacional, no qual estão elencados seis princípios amplamente divulgados em panfletos e pela internet. Incluímos aqui um dos panfletos oficiais da *Marcha*, produzido como a finalidade de fazer o chamamento para a mesma, indicando o dia, a hora e o lugar, além de atribuir sua realização à Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial, com o apoio do Conselho Federal de Psicologia e de seus Conselhos Regionais.

**MARCHA
DOS USUÁRIOS
PELA REFORMA
PSIQUIÁTRICA
ANTIMANICOMIAL!**

**BRASÍLIA VAI OUVIR
NOSSA VOZ!**

Os usuários da saúde mental marcham, como cidadãos,
para exigir avanços na política de saúde mental brasileira:

- Pela defesa do SUS;
- Pela defesa a Lei nº 10.216/01;
- Pela realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental;
- Por uma efetiva Reforma Psiquiátrica Antimanicomial;
- Pela garantia dos direitos dos usuários;
- Pelos avanços necessários ao Programa De Volta Para Casa.

**30 de setembro, na Esplanada dos Ministérios
Concentração às 9h.**

Mais informações: marchadosusuarios.blogspot.com

REALIZAÇÃO:
RENILA
REDE NACIONAL
INTERNÚCLEOS DA LUTA
ANTIMANICOMIAL

APOIO:

Conselho
Federal de
Psicologia

Figura 1 - Panfleto da Marcha dos Usuários por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial

Será, portanto, pelas condições de possibilidade da diferença, entre o Congresso de Bauru, em 1987, em que se lutava pelos direitos *dos* usuários, e as movimentações recentes em que *elas* lutam pelos direitos, que reconhecem como *próprios*, que nos interessamos. Dessa maneira, questionamos sobre o que possibilitou que milhares de indivíduos tomassem a Esplanada dos Ministérios e dissessem: “Sim, eu sou usuário!”. Ou, conforme o hino entoado durante a Marcha: “vim marchar, sou usuário” (MEIRELES, 2009).

Como já ensaiado, nesse ponto se situa a nossa questão. Isso porque entendemos que as movimentações formadas em torno da Reforma Psiquiátrica conformam um cenário de disputas em torno da formulação das políticas públicas, formando, no plano legal e das instituições, um processo de reorientação da assistência em saúde mental. Esses acontecimentos têm, por sua vez, implicações na articulação entre as formas de conhecimento, as ações sobre as ações humanas e os comportamentos que passam a ser prescritos nos novos códigos. Essas movimentações, que aparecem na forma de leis e de programas, por exemplo, de igual maneira constroem formas como os sujeitos passam a pensar sobre o outro e sobre si. Para pensarmos nas modificações das práticas e dos modos de subjetivação, sinalizamos, ao longo desta tese, como as noções de *tratamento*, *trabalho* e *direitos* emergiram como articuladoras das estratégias terapêuticas nos diferentes contextos delineados. Para tanto, ao abrirmos os arquivos do Programa de Volta para a Casa, buscamos construir alguns testemunhos que nos permitissem visibilizar os modos de constituição dos sujeitos no contexto das políticas públicas contemporâneas de saúde mental, o que inclui práticas, discursos e formas de subjetivação. Assim, lançamos mão, uma vez mais, das mesmas noções ao tomarmos as prescrições e descrições presentes nos documentos que compõe o Programa de Volta para a Casa, com o objetivo de discutirmos como se engendra a constituição dos sujeitos usuários dos serviços de saúde mental nesse tempo que é o nosso.

CAPÍTULO 4

QUANTAS ANAS? SOBRE OS TESTEMUNHOS DO PROGRAMA DE VOLTA PARA A CASA

Pedro teve vários internamentos. Solteiro, conviveu no início da doença com a irmã Maria e diante de atividades delirantes e alucinatórias foi encaminhado para este hospital, onde permaneceu até a data atual. Pedro já trabalhou em um banco como escriturário. Tem 61 anos e o ensino fundamental completo. Paciente nasceu em 19/09/1948.

É independente nos cuidados de vida diária. Aceita medicação. Alimenta-se e dorme adequadamente. Aspecto higiênico e aparência satisfatória.

Está ciente que retornará para a casa da irmã e a família concorda em recebê-lo. O mesmo foi encaminhado para CAPS II para continuidade de seu tratamento. (FORMULÁRIO...13,2013)

Aos 35 anos de idade, Pedro foi transferido para a Colônia de um dos maiores hospitais psiquiátricos do país, localizado no nordeste brasileiro. Nesse hospital, ele permaneceu entre 24/08/1984 e 29/06/2010. São 26 anos de internamento, tempo de reclusão institucional que segue outras tantas e que se configura como um encaminhamento de uma internação que perdurou quatro anos em um Instituto de Psiquiatria localizado em uma das capitais brasileiras.

Conforme relatório médico, Pedro não apresenta “*insight* de sua doença”. Essa afirmação aparece inscrita no “Relato Sumário da Entrevista”, realizada em 16/06/2010, durante o senso empreendido com a finalidade de contar e identificar a população existente na Colônia. Após mais de 30 anos de permanência em regime hospitalar fechado, as descrições médicas mantêm certa semelhança com registros de tempos distintos feitos no prontuário de Pedro por profissionais de diferentes áreas. Esses registros foram transcritos no pedido para a inclusão do citado *interno* como *beneficiário* do Programa de Volta para a Casa. No *Instrumento de Avaliação do Beneficiário*, consta uma observação, feita em 1984: “Pais haviam falecido e Pedro residia com uma irmã casada em uma ilha do litoral nordeste¹. No início da doença, havia atividade delirante e alucinatória, solilóquios. Não percebia sua doença”. As Certidões de Óbito dos pais de Pedro acompanham o pedido encaminhado ao Ministério da Saúde. Elas atestam a morte de seu pai, comerciante, em 1975, e de sua mãe, dona de casa, em 1980. Também compõem a sua documentação o Diploma de Conclusão de

¹ O nome do local foi substituído por sua caracterização geográfica, com o objetivo de preservar a identificação dos envolvidos.

Curso Elementar, com média final 6, obtido em 1963, e o Certificado de conclusão do 1º ciclo, 4ª série do Ensino Ginásial, datado de 1967.

Como assinalado, nos relatórios encaminhados para a inscrição de Pedro como *beneficiário* do PVC, os dados que descrevem sua condição socioeconômica e familiar são dispostos em conjunto com informações obtidas no prontuário e que fazem referência ao seu desconhecimento dos motivos que o levaram a ser *interno* de um hospital psiquiátrico. No entanto, a referência ao desconhecimento dos motivos do internamento não alcança a dimensão de uma interrogação para aqueles que se ocupam em fazer a transição de Pedro da Colônia para a casa de seus parentes, e a sua transintitucionalização de *ex-interno* para *beneficiário* do referido Programa. As passagens que referenciam o desconhecimento dos motivos de internamento e o não reconhecimento de uma doença em si mesmo são alinhadas de tal forma que ambas assumem, nos relatórios técnicos, o efeito de evidenciar a “falta de *insight*” do entrevistado.

A fala do entrevistado, ao ser inscrita como “falta de *insight*”, dá mostras da atualização de um procedimento tão bem sedimentado nas instituições disciplinares como as escolas, como acentuam Silva e Fröhlich (2011), mas também de um procedimento altamente ritualizado e utilizado no espaço asilar/hospitalar: o exame. Procedimento que opera pelo estabelecimento de um crivo prévio, orientado, nesse caso, pelo saber e discurso médico. A partir desse crivo, avalia-se e atesta-se algo. No entanto, essa produção não pode ser tomada como apenas da ordem da descrição ou da decodificação, uma vez que o exame também cria realidades, na medida em que inscreve cada um em uma ordem disciplinar, inscrevendo-o também em uma ordem biopolítica, pois se trata igualmente de reger as multiplicidades. Silva e Fröhlich (op. cit.) partem da obra *Vigiar e Punir* (2007)², de Michel Foucault, para mostrar como o ritual do exame incide sobre a individualidade com vistas ao governo das multiplicidades e das populações. Em suas palavras,

o exame inverte a economia da visibilidade no exercício do poder: o poder se exerce tornando-se invisível, mas impõe a visibilidade aos que se submetem; o exame faz a individualidade ser documentada: a vigilância dos indivíduos resulta num arquivo detalhado que se constitui no nível do corpos e dos dias – registro intenso e acumulação documentária, descrição do sujeito e sua comparação com os outros. (SILVA; FRÖHLICH, op. cit., p. 147)

² As autores utilizaram a edição de 2007 da obra *Vigiar e Punir*, enquanto aqui consultamos a edição de 2006.

O exame é uma das expressões de um poder disciplinar, que fixa e distribui os sujeitos pelo espaço institucional e pelas diversas instituições do espaço social. Essa prática do exame, no entanto, se atualiza em uma espécie de modulação que se modifica, não apenas fixando comportamentos, mas incitando-os. De acordo com essa função produtiva do poder disciplinar, Silva (2001, p. 37) afirma que esse poder se encarrega de “vincular cada indivíduo a uma identidade bem determinada de uma vez por todas, criando uma ideia de subjetividade privatizada”. Assim, torna-se possível não só a passagem de práticas do espaço asilar para o meio externo, como também a passagem de sujeitos de um ponto a outro, desde que mantidos certos pontos de contato com o sistema institucional. Com efeito, os fragmentos coletados no prontuário de Pedro e a entrevista com ele realizada em 2010 pelos responsáveis pelo senso institucional não podem ser considerados fora de um arranjo entre a estrutura institucional e os saberes formulados em um campo cujo discurso da ciência não é dissociado do modo como socialmente define-se o que é da ordem do desvio e do psicopatológico (SILVA et al, 2008), pois essa articulação de forças faz com que a prática de entrevistá-lo ou de formular um parecer a seu respeito assumam um efeito que extrapola a descrição de fatos e acontecimentos da vida um indivíduo. Isso porque tais práticas passam a constituir um sujeito, na medida em que ele passa a ser pensado a partir de uma categoria diagnóstica. Como consequência, as palavras que são tributadas a Pedro não assumem, nesse imbricamento de forças, a potência de uma denúncia, mas possibilita que sejam pensadas como parte do processo de adoecimento. Conforme o “relato sumário da história”, “paciente diz que não sabe porque foi internado, pois não tem doença. Diz que sonha com o diabo. ‘Eu tenho uma coisa que fica me chamando e me deixa preocupado. Às vezes passo a noite acordado’” (FORMULÁRIO...13,2013).

O relatório psicossocial e a avaliação médica concordam sobre a inexistência de sintomas agudos, os quais, em se tratando do diagnóstico de esquizofrenia atribuído a Pedro, poderiam ser caracterizados como alterações da sensopercepção (visão, audição, tato e olfato) ou das funções psíquicas (atenção, memória, linguagem, marcha, pensamento, orientação no tempo e no espaço). No relatório psicossocial, observa-se referência ao diagnóstico citado, ao mesmo tempo em que se delineia um sujeito que reúne condições para estabelecer, fora do espaço asilar, uma vida com os outros: “Usuário portador de esquizofrenia. Calmo, tranquilo com quadro mental estável. Independente nas Atividades de Vida Diárias, sem sintomas agudos há mais de 5 anos. Tem irmãos que poderão cuidar dele. Recebe pensão no valor de R\$ 1.200,00”

(FORMULÁRIO...13, 2013). Nesse caso, o diagnóstico aparece como o primeiro elemento que compõe a avaliação técnica; no entanto, ele é inserido em uma descrição que constitui uma forma-sujeito como alguém estável, calmo, organizado, inserido em uma rede familiar que pode ser protetiva. Alinha-se, portanto, o reconhecimento de certa independência – referida como a capacidade de tomar banho, vestir-se, alimentar-se, comunicar-se e locomover-se, ou seja, capacidade para as “atividades de Vidas Diárias” – com a participação no pacto social moderno, que inclui o pertencimento a um grupo familiar e a uma forma comprovada de subsistência.

Diferentemente, o relato sumário da entrevista médica, apesar de utilizar em sua construção palavras idênticas ou que mantêm semelhança com a passagem anterior, faz uma construção distinta, constituindo outro delineamento sobre sujeito do qual se fala:

Paciente vem à entrevista com enfermagem. Senta no lugar indicado. Higiene pessoal regular. Calmo e cooperativo. Discurso frouxo. Pensamento desagregado. Informa que nasceu no litoral nordestino, morava com a família. Comprometido o contato com a realidade. Ideias delirantes residuais. Informa visita da irmã e está ciente do retorno para casa. Ciente do seguimento do tratamento psiquiátrico. "Não deixo de tomar remédio quando vou para a casa" (sic). Sem insight de sua doença. (FORMULÁRIO...13, 2013)

O breve relato da entrevista traça aspectos de uma vinculação familiar. Ao mesmo tempo, o resultado da avaliação constrói uma narrativa que abarca aspectos atribuídos ao estado mental do interno, com referência à orientação espacial, autocuidado, afeto, linguagem, pensamento, juízo de realidade e consciência da doença. Esses aspectos são avaliados a partir de um crivo baseado em sinais e sintomas, reunidos sob uma nosografia psiquiátrica. A essa descrição, segue a “Súmula psicopatológica”, isto é, um resumo dos aspectos cuja alteração evidencia-se mediante o olhar e o ouvir do clínico: “Quadro psicótico residual. Sintomas psicóticos e cognitivos. Em condições de ser transferido para ambiente extra-hospitalar que lhe assegure os cuidados que necessita por tratar-se de usuário psicótico residual e incapaz de cuidar de si.” (sic) (FORMULÁRIO...13, 2013).

Duas narrativas: uma constituída a partir de dados de um prontuário, outra decorrente de uma entrevista médica por ocasião de um senso institucional. Resguardados os distanciamentos entre os dois posicionamentos técnicos, observa-se o estabelecimento de certa continuidade: a prescrição do tratamento. No primeiro caso, tal prescrição aparece sob a forma de “Proposta de plano terapêutico”, com a indicação de “atividades terapêuticas grupais que estimulem sua socialibilidade e fortalecimento dos

vínculos afetivos com a família. Assistência medicamentosa é essencial. Flufenazina depot (1ampola de 15/15dias; clorpromazina 100mg (1/0/2); haloperidol 5mg (2/0/1)” (FORMULÁRIO...13, 2013). Da mesma forma, a prescrição do tratamento se coloca no segundo caso, sobretudo, por Pedro ser descrito como incapaz para cuidar de si mesmo.

Trinta anos de internação, e a indicação que se faz é pela estimulação de experiências que a reclusão inviabiliza: a vinculação com o meio social mais amplo e com a família em seu aspecto cotidiano. Em contrapartida, enfatiza-se o uso, fora do espaço asilar, de antipsicóticos e sedativos, ambos com ação sobre o corpo, um análogo do contato sináptico corpo-poder, operado pelo poder disciplinar. Como aparece na citação que Foucault faz de M. Servan, a medicação seria mais uma forma de trabalhar e modificar os corpos, pois que ela também age “sobre as fibras moles do cérebro” (SERVAN, 1967, apud, FOUCAULT, 2006).

No documento redigido pelo psiquiatra, a referência quanto à incapacidade de Pedro de cuidar de si mesmo aparece junto a uma fala atribuída a este último de que ele não se esquece de tomar o medicamento quando vai para a casa. Nesse caso, a menção ao cuidado de si pode ser lida com a enunciação de uma impossibilidade de ocupar-se de si mesmo, na acepção grega dessa noção (FOUCAULT, 2010a). Com efeito, trata-se de considerar a afirmação do psiquiatra em um registro que se diferencia da realização das “atividades de Vida Diária”. Isso porque essa última capacidade foi avaliada como preservada por outro profissional. A impossibilidade de ocupar-se de si diz respeito, portanto, a uma dimensão que ultrapassa a vida prática ou o saber-fazer, implicando uma dimensão ética, cuja problematização se refere “ao modo como o sujeito pensa a sua existência” (NARDI, 2006, p. 41).

Dessa forma, a assertiva médica precisa ser situada em um registro que diz da impossibilidade dos sujeitos estabelecerem formas de ocuparem-se de si nos espaços asilares-manicomiais que não estejam pautados por prescrições e por padrões de comportamentos pré-estabelecidos. Isso porque um dos efeitos das instituições modernas se refere, justamente, à dificuldade dos indivíduos de estabelecerem formas para as suas vidas ou uma estilística da existência (GROS, 2006). A constituição de uma estilística de si é absolutamente incompatível com a existência de performatividades previamente definidas ou prescritas para a vida. Com a modernidade e com o investimento nos corpos individuais e no corpo populacional, tem-se a possibilidade de inscrever a loucura no registro das instituições médico-asilares, produzindo modos de ver e falar sobre os indivíduos, de modo a constituir e a fabricar sujeitos.

Paradoxalmente, o caráter de fabricação desse processo é por vezes recoberto por uma série de práticas, de forma a restar certo efeito de naturalidade. Como consequência, os sujeitos-dito-esquizofrênicos tornam-se falados e pensados como entes, seres naturais e a-históricos, para os quais são realizadas prescrições sobre as formas de existir e agir.

Durval Muniz de Albuquerque Júnior (2011) sustenta que a literatura não é uma prática de representação de determinados objetos, visto que ela participa da invenção e instituição dos mesmos. De forma análoga, sustenta-se aqui que os registros feitos pelos diferentes técnicos em prontuários e no próprio Instrumento de Avaliação do Beneficiário não se restringem apenas à descrição de indivíduos, na medida em que buscam posicioná-los de diferentes modos. Forja-se, assim, uma espécie de virtualidade existencial que age como dispositivo disciplinatório, uma vez que conforma os modos de pensar e agir de tais indivíduos, tornando-os sujeitos a um modo de esquadramento da vida que operara a separação entre normais e anormais a partir do discurso psiquiátrico, mas também das condições e códigos morais de uma época, pois é nesse encontro que se conforma, em determinados momentos, o que é entendido como da ordem do patológico (SILVA et al, op. cit.).

A análise do pedido para a inclusão de Pedro como beneficiário do PVC põe em evidência tanto a inscrição dos indivíduos em uma lógica que os torna sujeitos às práticas asilares, como também dá mostras de que, mesmo fora do asilo, há algo que perdura, estabelecendo-se uma continuidade, que, no caso aqui abordado, pode ser pensado como a continuidade de um regime disciplinar orquestrado pelo saber psiquiátrico, mas com o risco de também o ser, contemporaneamente, por práticas colocadas em curso na rede de saúde mental atual.

O movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira em nenhum momento defende a abolição do tratamento; ao contrário, busca situá-lo em outros espaços, rompendo com os muros asilares, inventando-o de outras formas, de modo a constituir diferentes estratégias de acolhimento. Nota-se que a diferenciação das estruturas, ou a reorganização da assistência, não rompe seus laços com o aspecto prescritivo das práticas de cuidado. Nesse sentido, toma-se aqui a advertência de Nardi (op. cit.) quanto às condições atuais de vida dos trabalhadores para indagar acerca das possibilidades de ampliação ou restrição da liberdade dos usuários quanto às suas existências quando se leva em conta as regulamentações contemporâneas do campo da saúde mental.

Machado e Lavrador (2001, p. 46) sustentam que esse tempo que é o nosso precisa se livrar dos “desejos de manicômios”, os quais, conforme as autoras, se

atualizam “através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar”. Nessa perspectiva, “esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente em uma racionalidade carcerária, explicativa e despótica”. Adverte-se, portanto, para o risco da permanência sem quebra, apenas transinstitucionalização. É dessa possibilidade de inversão da rota revolucionária e de reversão da potência de criação de vida dos atuais serviços de saúde mental que tratam as autoras:

nossa preocupação é de que essas ideias manicomiais ainda se façam presentes, algumas vezes, nos serviços em saúde mental e se atualizem em práticas/discursos de exacerbada medicalização, de interpretações violentas, de posturas rígidas e despóticas. Pois o manicômio, em lugar de promover trocas e construções de outros modos de existência, produz, ainda, submissão, infantilização e culpa. Claro que com uma nova roupagem. O que poderíamos caracterizar como sendo uma forma de controle contínuo no qual o usuário pode ser dissimuladamente tutelado e controlado ao longo dos dias e a cada instante, uma vez louco sempre louco ou portador da doença. (MACHADO; LAVRADOR, op. cit., p. 46-47)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, em conjunto com o Programa de Volta para a Casa, situam-se no momento atual das políticas públicas de saúde mental como possibilidades de operarem a transição entre o espaço asilar-hospitalar e a vida na cidade, o que não os isenta (assim como os CAPS) dos riscos delineados acima. Essas estruturas apenas podem existir e operar porque são instituídas e movidas pela existência de muitos indivíduos que também estão sujeitos às práticas que posicionam usuários, trabalhadores, gestores. E, assim, um não existe sem o outro. O louco, de outrora, e o usuário, de agora, só podem existir a partir de um entrelaçamento entre verdades estabelecidas, espaços institucionais e práticas que podem operar como instrumentalizadoras do governo das condutas. Apenas nesse jogo de relações ambos os enunciados, referidos a Pedro, encontram condições de existência: “paciente psicótico. Necessita de tratamento psiquiátrico ambulatorial e referência CAPS diante das agudizações do quadro psicótico. Deve permanecer em uso de antipsicóticos”. Observação final, assinada pelo médico-psiquiatra. Assinalando, de modo concreto, o entrelaçamento antes anunciado, o qual não se desfaz com a saída do Hospital-colônia, mas se transinstitucionaliza, mesmo quando a saída não é para um Serviço Residencial Terapêutico, mas para a família. Assim, as práticas produzem modos de subjetivação. Ao menos é isso o que dá mostras as palavras de Pedro: “não deixo de tomar remédio quando vou para a casa”.

4.1 Quando a família falha ou falta, age o Estado

O caso de Pedro explicita aspectos inerentes ao processo de *transinstitucionalização* não só dos indivíduos tornados sujeitos de muitas práticas, mas de um sistema que busca ser instituído com novas formas de cuidado, ao mesmo tempo em que mantém práticas há muito conhecidas, como os exames e o mandato de proferir pareceres e prescrições orientadas por determinados campos de saber. Nesse tempo de hoje, a Psiquiatria já não detém o monopólio do dizer e fazer sobre aqueles acometidos de transtornos mentais³, uma vez que o campo da saúde mental comporta uma multiplicidade de áreas profissionais as quais também se encarregam das avaliações e indicações terapêuticas. Os relatos que constituem uma forma-Pedro aos técnicos do Ministério da Saúde, com o objetivo de incluí-lo no Programa de Volta para a Casa, titubeiam entre afirmar e negar sua capacidade de viver fora da instituição, conviver com a família e cuidar-se de si mesmo. Não restam dúvidas, entretanto, da necessidade, prescrita de ele manter-se em tratamento por toda a vida. As ambivalências tornam-se notórias quando se observa que a solicitação pelo benefício não é construída de modo contundente, sob o argumento da impossibilidade de Pedro sobreviver fora dos muros institucionais, pois há uma família que o recebe. Mais do que isso, ele próprio recebe proventos, em forma de uma pensão, oriundos de sua linhagem familiar. Nos documentos que compõem o processo para a inclusão de Pedro como *beneficiário* do Programa de Volta para a Casa, não é dito nem escrito, mas, por falta de outros motivos, o “auxílio-reabilitação psicossocial”, conforme nomeado pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, assume o estatuto de um direito requerido, o qual decorre do fato de Pedro atender, após mais de 30 anos de reclusão, às duas principais condicionalidades do Programa: que o “paciente seja acometido de transtornos mentais” e “seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos” (BRASIL, 2003, p. 2).

É preciso observar que esse modo de construção narrativa, qual seja, a que requer o reconhecimento de um direito, não mantém uma regularidade entre os registros pesquisados nos arquivos do Programa de Volta Para Casa. Assim como ocorreu com Ana, as descrições que constituem as solicitações para que Sebastiana, Laura, Olívia, Célia e Antônio também sejam *beneficiários* do PVC são perpassadas por um registro

³ Esta é a designação utilizada nos documentos do Programa de Volta Para a Casa (BRASIL, 2003).

que gira, em primeiro lugar, em torno da *falta*. Queremos indicar que, nesses casos, a solicitação pelo benefício parece estruturar-se de modo a demandar que os equipamentos de governo entrem em ação. Ação esta requerida mediante a enunciação de uma falta ou uma falha nas redes familiares e comunitárias. Dito de outro modo, quando a família falha ou falta, os discursos dos técnicos assumem o efeito de requerer a ação do Estado de um modo bem específico: em forma de assistência. A respeito do caso francês, Castel aponta que tal modo de ação é mediado por uma perícia técnica, que avalia casos particulares, em detrimento de um sistema de concessão universal de direitos (CASTEL, 2003).

Ao colocar em movimento os fios que formam os arquivos do Programa de Volta para Casa, observamos quão tênue é a linha que, por vezes, separa uma petição orientada pelo reconhecimento de um direito e um pedido de assistência feito ao Estado. Foi assim com Ana e ainda com Sebastiana, também nordestina e analfabeta, internada em um hospital do sudeste brasileiro durante quatro anos. Sebastiana recebeu alta por *transinstitucionalização* para um Serviço Residencial Terapêutico, onde somava 18 meses de moradia em 2006, aos 69 anos. Descrita como solteira e sem profissão, ela tem família identificada conforme os termos do Instrumento de Avaliação do Beneficiário. Todavia, a sua família de origem não é apresentada como uma casa para onde ela possa voltar. A respeito da história clínica e social de Sebastiana, escreveram os técnicos que a examinaram:

Ela conta diversas histórias sobre locais de trabalho e moradia, mas também refere a períodos que ficou perambulando pela rua sem documentos. Foi feito contato com o irmão que se mostrou bastante indisponível para aproximação e nem mesmo contribuindo para o levantamento da história pregressa e de dados para localizarmos a documentação. (FORMULÁRIO...14, 2013)

Sem documentos, uma casa para onde voltar ou uma história pregressa que dê sustentação a um corpo: uma descrição marcada por tantas faltas. Aqui, as faltas são a principal presença. Frente ao que falta, os relatos dos técnicos voltam-se para o registro dos sinais e sintomas derivados de uma nosografia médica. Há, nesse aspecto, certa regularidade, já que a presença dos diagnósticos foi uma recorrência percebida em quase todos os Instrumentos de Avaliação dos Beneficiários analisados, não sendo diferente com Sebastiana. Conforme os técnicos, ela “apresenta quadro de transtorno afetivo bipolar com sintomas psicóticos, mantendo-se em hipomania”

(FORMULÁRIO...14, 2013). De modo secundário ao diagnóstico principal, são indicados outros problemas, nomeados como morbididades: “hipertensão arterial, problema circulatório, alérgica” (FORMULÁRIO...14, 2013). Há, porém, algo no exame que extrapola um mero enquadramento psicopatológico quando se diz que Sebastiana é “afetiva, comunicativa, carismática. Em algumas ocasiões agita-se gerando confusão no ambiente” (FORMULÁRIO...14, 2013). Essa passagem dá margens para pensar que podem proliferar outras possibilidades de dizer e ver os sujeitos, bem como outros modos de relação que não passem apenas pela rasura, mas pela invenção de formas de existência que estão para além dos manuais. Algo aqui se singulariza.

Ao analisar aquilo que faz parecer homogêneo, mas também o que difere em um nordeste, que também foi inventado, Albuquerque Júnior analisa o modo como os nordestinos são construídos na obra de Graciliano Ramos. Mesmo que seu objeto e seus objetivos sejam diferentes dos que aqui estabelecemos, a perspicácia de sua posição nos auxilia a pensar o lugar reservado aos tidos como loucos no monólogo da razão sobre a loucura, que pode se perpetuar mesmo com a presença de outros segmentos profissionais no campo da saúde mental. Para não parafrasear Albuquerque Júnior, sugerimos a substituição de “nordestinos” por “loucos” ou “doentes mentais” quando da leitura de sua análise sobre o modo como os nordestinos aparecem nos escritos de Graciliano Ramos: “O nordestino pobre é alguém que teve seu direito à fala apoderado por outros; que está nas margens do dizer; que traz à tona os próprios limites do dizer, as fronteiras da palavra, a clausura do silêncio em que é obrigado a viver” (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2011, p. 258). Para ele, foi a percepção dessa carência de fala e a impossibilidade do dizer, mediado por relações de poder, que forçou a emergência dos Movimentos de Cultura Popular e a elaboração do método para a educação de adultos de Paulo Freire.

Talvez pela emergência de algo que se fez frente à falta de palavra do outro, o território de vida de uma nordestina, radicada em São Paulo, a qual nomeamos como Sebastiana, é atravessado por uma proposta de Programa terapêutico que, inicialmente, mantém-se simétrica a tantas outras que pesquisamos. Desse modo, seu Programa Terapêutico inclui “acompanhamento da saúde clínica e mental, investindo no Projeto CAPS e de Centros de Convivência” (FORMULÁRIO...14, 2013). Tal simetria é notória, mesmo que os Instrumentos de Avaliação do Beneficiário analisados sejam provenientes dos diferentes lugares do país. Contudo, no parecer sobre Sebastiana, alguns aspectos destoam, singularizam e desestabilizam o efeito de total

homogeneização. Em seu caso, os técnicos que a avaliaram sinalizam para além do circuito dos serviços de saúde e do trabalho, mesmo que doméstico, como meio terapêutico. Os técnicos realizam uma prática prescritiva, mas também um ato de reconhecimento quando assinalam: “investimento em sua alfabetização (processo já iniciado) no qual ela apresenta muito interesse. Resgate de sua história de vida, manutenção do contato familiar. Exploração de outras áreas de interesse/inserção social” (FORMULÁRIO...14, 2013).

Certa possibilidade de invenção aparece. Ainda assim, ela é entrelaçada às tentativas de vincular Sebastiana aos mecanismos criados para assistir determinados segmentos populacionais quando as instituições tipicamente disciplinares, como asilos para velhos e os manicômios para loucos, dão mostras de seus limites. Ao menos, é essa a demarcação que aparece quando os técnicos apontam a necessidade de “ampliação dos benefícios sociais (já possui a carteirinha de ônibus), inclusive BPC (idoso)” (FORMULÁRIO...14, 2013).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um recurso proveniente da Assistência Social, operacionalizado pelo Instituto Nacional de Seguro Social, com vistas a atender aqueles que “possuem 65 anos de idade ou mais, que não recebem nenhum benefício previdenciário, ou de outro regime de previdência, e que a renda mensal familiar *per capita* seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo vigente”. Desse modo, o benefício destina-se àqueles que não contam com o tempo de contribuição necessário à Previdência Social para o requerimento da aposentadoria. Pode-se dizer que não se trata de um direito adquirido previamente por meio da concessão de parte do salário, recebido durante uma vida de trabalho e requisitado ao Estado para que assista o trabalhador no momento de sua velhice ou em casos de doença ou invalidez. No caso francês, essa relação contratual com o Estado foi definida por Swaan, em 1867, como uma propriedade tutelar ou uma propriedade para a seguridade (apud, CASTEL, 2003, p. 405). Também no Brasil, na ausência dessa espécie de seguro pago por antecedência pelo trabalhador, por meio do sistema de Previdência Social, são estabelecidas formas de assistência ou de direito consentido, com o objetivo de garantir “as condições mínimas de uma vida digna”⁴.

⁴ Fonte: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=23>. Acesso 17/07/2013.

Tratando-se de Sebastiana, vemos que ela é incluída em um percurso de internação, seguido pela alta por *transinstitucionalização* para um Serviço Residencial Terapêutico. Acrescenta-se a esse roteiro já conhecido o apelo para a ampliação dos benefícios sociais, mais especificamente a menção dos técnicos em requerer o BPC. Tal composição indica que a possibilidade de invenção de novas rotas pelo tecido social, no caso, a frequência ao curso de alfabetização para jovens e adultos, é aproximada de um território já estabelecido quando se refere à percepção social, formada em diferentes épocas, a respeito daqueles considerados como doentes mentais. Desse modo, a solicitação pelo BPC para Sebastiana sinaliza formas de posicioná-la discursivamente entre aqueles “que se encontra[m], temporariamente ou definitivamente, na impossibilidade física de suprir suas necessidades” (MANOD, 1889, apud CASTEL, 2003, p. 369).

A ação do Estado por meio da assistência não ocorre apenas quando a família falha ou falta, isto é, quando certa rede de sociabilidade primária não consegue lidar com seus membros, os quais se tornam, de certo modo, disfuncionais ou problemáticos para o grupo (CASTEL, 2003). O Estado entra em ação igualmente quando a falha parece localizar-se no indivíduo, sendo percebida como sua incapacidade em arcar com os custos da própria existência. Nos casos de Ana, Sebastiana, Laura, Antônio, Célia e Olívia, a intervenção assistencial é requerida por ambos os aspectos, isto é, há uma sobreposição da falta do exercício das funções delegadas às famílias e da percepção de uma falta que recai sobre o indivíduo. Nesses casos, o tempo de internação não aparece como o principal motivo para o requerimento de um direito concedido pelo Estado brasileiro àqueles que foram internados em hospitais psiquiátricos por um tempo igual ou superior a dois anos. Com efeito, a variável tempo de internação, quando se trata do requerimento do benefício do Programa de Volta para a Casa, aparece tão somente como uma informação complementar.

No caso de Laura, o tempo de internação nem mesmo aparece nos documentos enviados ao Ministério da Saúde. Neles, ela é descrita como nascida em 1961, no interior do Estado de Minas Gerais, com primeiro grau incompleto e tendo como profissão “do lar”. Conforme os técnicos que redigiram o Instrumento de Avaliação do Beneficiário, Laura apresenta condições físicas para locomoção, comunicação verbal, coordenação motora. Ela possui uma irmã. Entretanto, o “dispositivo proposto”, após a internação, é o Serviço Residencial Terapêutico. Consta no parecer dos técnicos que

Laura morava com os pais e foi vítima de maus tratos na infância, sofrendo abusos sexuais, físicos e psicológicos. Foi internada pela 1ª vez aos 26 anos de idade, com crises de agitação psicomotora, agressividade. Passou a ser internada com frequência. Após o falecimento da mãe, o pai casou-se novamente. A madrasta não a aceitava em casa e o pai a maltratava muito, o que impossibilitou a sua permanência em casa, levando-a a pedir para ficar internada para se proteger. (FORMULÁRIO...2, 2013)

Uma internação requerida como medida de proteção. No entanto, esse requerimento se difere das situações em que se atesta o potencial de autoagressão ou heteroagressão de alguém, ou seja, os momentos de agressividade dirigida a si e aos outros tão comumente imputados aos tidos como loucos e utilizados para justificar uma internação involuntária ou compulsória. O asilamento, para Laura, aparece enunciado como medida protetiva contra as diferentes formas de violências cometidas pela família. Torna-se curioso que também os técnicos, responsáveis pelo exame e pelo preenchimento do Instrumento de Avaliação do Beneficiário, ao relatarem um fragmento de sua história de vida, corroboram com o pedido de proteção dirigido aos equipamentos do Estado. Ao menos, é o que sinaliza o silêncio sobre os tempos de permanência no(s) Hospital(is) Psiquiátrico(s) e no Serviço Residencial Terapêutico. Correlativamente à omissão quanto aos períodos de internação, há um pronunciamento quanto às falhas familiares, isto é, demarcam-se as negligências no exercício das funções de proteção, cuidado e sustento, as quais são demandadas às famílias por um período de vida de seus filhos. A falha da família, ao mesmo tempo em que aparece como o ponto que suscita a demanda ao Estado, torna-se a justificativa para sua intervenção por meio dos equipamentos de saúde.

Em meio aos fios que formam essa trama discursiva, o Estado vai aparecendo como aquele que, em diferentes momentos, acolheu, protegeu e cuidou de Laura, uma vez que não são inscritas problematizações sobre os motivos para seu internamento. Os motivos descritos têm, tão somente, o efeito de tornar a internação compreensível. Frente à *transinstitucionalização* ou a passagem de Laura da condição de *interna* de um hospital psiquiátrico para a *moradora* de um SRT, os técnicos responsáveis pelo requerimento de sua inclusão como *beneficiária* do Programa de Volta para a Casa dão mostras de certa atualização da demanda proferida ao Estado em um tempo anterior. Com efeito, eles próprios assumem a prescrição de práticas corriqueiras ao âmbito familiar e doméstico, as quais são usualmente direcionadas à primeira infância. Assim, as fronteiras se tornam tênues entre o apelo ao reconhecimento de um direito que decorre do tempo de internação em um hospital psiquiátrico e a representação de uma

demanda para que um indivíduo seja assistido. Desse modo, os técnicos responsáveis pela avaliação de Laura definem como objetivos de seu Programa Terapêutico “estimular a socialização, a autonomia e o autocuidado”. Às indicações terapêuticas (que abrangem os atendimentos psiquiátrico, psicológico e as atividades físicas), os técnicos acrescentam: “estímulo à realização de tarefas diárias: cozinhar, cuidar de seu quarto, das suas roupas, objetos pessoais”. Prescrições de menina para uma mulher nascida em 1961 e, em 1988, internada pela primeira vez, aos 26 anos de idade (FORMULÁRIO...1, 2013).

De diferentes lugares do país, o modo como os sujeitos são narrados e construídos por aqueles que realizaram suas avaliações mantém certa regularidade. Vez por outra, irrompe uma novidade, como o plano terapêutico de Sebastiana, que lhe abria a possibilidade de ler. Ler o mundo, com seus códigos, diagnósticos, mas também com o “carisma” que lhe é atribuído e com o que há para além da cozinha, da vassoura, da cama estendida e da roupa lavada. Mais de 1800 quilômetros distanciam Laura e Antônio. Ela, no interior mineiro, ele, no gaúcho. Contudo, a história de abandono familiar os aproxima, assim como as prescrições terapêuticas. Sobre Antônio, consta em sua avaliação o seguinte registro: “foi abandonado pela família e principalmente rejeitado pela mãe. Morou em um Instituto Rural⁵ durante sua adolescência, e um ano morou no Hospital de Santa Casa. Sem adaptação familiar e com vínculo prejudicado. Não se vincula ao tratamento no CAPS” (FORMULÁRIO...9, 2013). Junto a essa descrição, encontramos referências sobre seu desejo de moradia. Esse aspecto faz parte dos quesitos que devem ser avaliados durante o preenchimento do Instrumento de Avaliação do Beneficiário. Nesse documento, constam cinco opções sobre o “desejo do paciente quanto à moradia”, entre elas: “morar em uma residência”; “morar em casa sozinho”; “voltar para sua família de origem”; “escolher companheiros para morarem juntos” (nesse caso, há espaço para indicação dos nomes); “não sair do hospital” (FORMULÁRIO...9, 2013). Por fim, há um campo aberto, cuja designação “outros” abre a possibilidade de indicação de alternativas distintas das elencadas. No caso de Antônio, aparecem assinaladas as opções “morar em uma residência”, “voltar para a sua família de origem” e a indicação da mãe no campo em que se pode escolher “companheiros para morarem juntos”. Em 2005, aos 32 anos, Antônio estava inserido

⁵ O nome da instituição e sua localização foram suprimidas, a fim de preservar a identidade do beneficiário.

em um Serviço Residencial Terapêutico quando do pedido para sua inclusão no Programa de Volta para a Casa. Mesmo com as diferenças regionais e de sexo, seu plano terapêutico novamente se aproxima daquele indicado para Laura. Para Antônio, é indicada a “participação em atividades rotineiras da casa, limpeza, manutenção e preparo dos alimentos” (FORMULÁRIO...9, 2013). De certo modo, o trabalho, o tratamento e os direitos se realinham. E, assim, o direito ao tratamento operacionaliza-se em práticas que, por meio do estímulo ao trabalho doméstico, conformam determinadas formas de experiência subjetivas. Os espaços institucionais onde Antônio, Laura, Ana e tantos outros estão incluídos são distintos dos estabelecimentos hospitalares em sua estrutura, mas mesmo os SRTs mantêm a potência de atualizar em seu cotidiano uma das marcas maiores das instituições totais: a prescrição homogênea de formas de viver. Esse risco delinea-se no parecer de Antônio, no qual demarca-se, por um lado, a sua não vinculação ao tratamento no CAPS, ao mesmo tempo em que, por outro lado, os técnicos indicam: “tratamento intensivo no CAPS e na Residência Terapêutica” (FORMULÁRIO...9, 2013). O que produz uma prescrição quando ela mesma prescinde da escuta? Antônio sinaliza o desejo de morar com sua mãe e, de algum modo, dá mostras de não estabelecer vínculos com o CAPS. Ao menos é isso que escuta quem o avalia. Porém, a prescrição que é feita parece vir na contramão do que é dito pelo próprio técnico ao ouvir Antônio. Ao contrário do ocorrido com Sebastiana, aqui nada parece singularizar-se ao ser delineada uma forma para a vida alheia que não tangencia um exercício sobre si. Novamente, o tratamento e o trabalho prescritos distanciam-se da possibilidade de se exercer um direito, colocando-se em seu lugar a tutela, típica das formas mais tradicionais de realização da assistência.

Cabe salientar que, ao assinalarmos o modo como o Estado é constituído nos documentos analisados nesta parte do estudo, no caso, os Instrumentos de Avaliação dos Beneficiários, não partimos de um pressuposto de que o mesmo seja uma entidade geradora de poder. Ao contrário, buscamos situá-lo dentro de uma perspectiva que conjuga diferentes instrumentos de exercício de poder. Desse modo, ele não é a origem, mas “parte da economia geral de poder” (PINTO, 1999), o que, no nosso entendimento, é um componente essencial quando se interroga pelas formas condução das condutas, isto é, pela produção dos sujeitos.

Nesse sentido, é pelo jogo da inclusão que é colocado em curso um regime de saberes por meio do qual os sujeitos são descritos e posicionados conforme um crivo estabelecido previamente. Uma boa imagem para esse crivo é um instrumento

corriqueiramente utilizado na construção de casas para peneirar a areia. Entretanto, diferentemente da peneira utilizada pelos pedreiros, o crivo do qual tratamos é formado por trama que muda conforme o tempo. Quando a trama assume novo formato, são conseqüentemente orquestradas outras formas de normalização dos sujeitos, para utilizar a expressão de Foucault (2008a). Nesse sentido, quando observamos as práticas prescritas nos Instrumentos de Avaliação dos Beneficiários, torna-se compreensível a distância que há entre o que o candidato a *beneficiário* diz e o que o técnico lhe indica. Isso porque o técnico orienta-se por um modelo que é formado pelos saberes e discursos de sua época. O procedimento do exame não escamoteia a existência desse modelo; ao contrário, serve-se dele para medir, avaliar e para definir o que precisa ser feito para que os avaliados possam se aproximar dessa *forma* que lhes antecede. Nesse sentido, Antônio, Laura, Sebastiana, Pedro e Ana tomam corpo nesta tese com o objetivo de visibilizar como, na contemporaneidade, três elementos que destacamos se reordenam no que tange à produção do que entendemos hoje como *usuários dos serviços de saúde mental* ou, de modo mais específico, como *beneficiários* de um determinado programa do campo da saúde mental. Por esses motivos, ao Instrumento de Avaliação dos Beneficiários e aos demais documentos analisados no decorrer desta tese, conferimos o estatuto de *testemunhos*, isto é, fragmentos de um tempo, que é o nosso, os quais nos permitem observar o que produzimos hoje em termos de práticas e de formas para a vida.

Interessados pela produção dos sujeitos, nos torna valiosa a forma como Castel (2003) mostra como se constitui a figura do vagabundo no cenário francês por ele analisado. Naquele contexto, o vagabundo assumia o estatuto de estrangeiro, sendo considerado, portanto, um desfilado em relação a uma ordem social à qual ele já pertencera. Essa ordem social é a ordem do trabalho regulado, o qual só pode emergir em um mundo que se torna cada vez mais estruturado e regido por normatizações que, de um modo ou de outro, busca abarcar a todos. Ao tratar da figura do vagabundo e das questões que ele coloca à ordem social vigente, Castel explicita como o trabalho serviu como um operador importante para distinguir, no contexto da população pobre, quem deveria ser assistido e quem deveria ser colocado à parte de qualquer modo de benefício social. O vagabundo torna-se, por conseguinte, a figura emblemática daquele que não deve ser incluído nas ações de proteção e socorro, uma vez que ele é percebido como alguém que não trabalha porque não quer e não porque não pode. Nesse jogo que envolve a assistência, garantindo-se, em última medida, a sobrevivência de

determinados segmentos da população, o louco é situado entre aqueles que não trabalham para o seu sustento. Mais do que isso, eles estão liberados da obrigação de trabalhar. Isso porque, na percepção daquela época, alguns indivíduos eram situados em uma posição diferente daquela atribuída aos vagabundos. Desse modo, diferentemente destes últimos, alguns indivíduos não trabalham porque não podem. Assim, aqueles tidos como loucos são incluídos em uma forma de assistência que “acolhe preferencialmente os que são carentes, porque, como o órfão sozinho ou o idoso impotente, são incapazes de suprir suas necessidades através do trabalho” (CASTEL, 2003, p. 59).

A definição do vagabundo passa por um crivo cujo principal balizador é o trabalho. De modo semelhante, o reconhecimento de alguém como liberado da obrigação de trabalhar, seja pela doença, velhice, orfandade ou loucura, também passa por uma série de práticas e regulamentações as quais definem e constituem aqueles que se enquadram nessa categoria. Dito de outro modo, não se trata apenas de reconhecer quem tem direito ao benefício ou assistência, mas de definir grupos ou indivíduos que precisam ser assistidos para não morrer. Para Castel (op. cit., p. 47), o conceito de *assistir* diz respeito a “um conjunto extraordinariamente abrangente de práticas que se inscrevem numa estrutura comum determinada pela existência de certas categorias de populações carentes e pela necessidade de atendê-las”. Orientados pelos escritos do autor, podemos dizer que a necessidade de atender certas categorias da população é perpassada, no mínimo, por dois vetores. Por um lado, assiste-se determinados grupos ou indivíduos para não deixá-los morrer. Mas, por outro lado, há uma indagação que também suscita e orienta as ações colocadas em curso. Nas palavras de Castel (op. cit., p. 93), essa pergunta fundamental pode ser assim enunciada: “como transformar um mendicante de auxílios em um produtor para a própria existência?”.

Tal questão emerge no mundo europeu ainda no século XVI. Ao contrário de desaparecer, ela parece contribuir para a emergência de outros discursos, acoplando-se aos mesmos ao longo da história das práticas que objetivaram e interviam sobre aqueles tidos como loucos, estes, por sua vez, usualmente tidos como incapazes para o trabalho. Foucault (2002a) radicaliza a impossibilidade de assimilação do louco pelo tecido social, apontando que isso ocorre correlativamente à emergência das instituições criadas pela modernidade para disciplinar os corpos. De acordo com sua posição, de modo geral, os domínios das atividades humanas passam a ser divididas em quatro

categorias: 1) trabalho ou produção econômica; 2) sexualidade, família e reprodução da sociedade; 2) linguagem, fala; 2) atividades lúdicas, como jogos e festas.

Para Foucault, o louco é aquele sobre o qual se sobrepõem a exclusão de todos esses domínios. Ao estar fora da reprodução material e da reprodução da sociedade, ele também é colocado fora da linguagem, dos jogos e das festas. Seu discurso é considerado nulo. No entanto, a condição de estar fora de tudo é também uma condição inassimilável pela modernidade, momento em que se amplificam as formas de controle e de esquadramento do tecido social e dos indivíduos para que todos entrem na ordem de alguma forma. Nesse sentido, leituras que percebem nas práticas criadas em torno da loucura apenas o significado da exclusão escamoteiam todo o investimento que em torno dela se faz. Esse investimento se faz nas formas de tratamento da loucura, nomeada por Pinel (op. cit.) como *mania* ou *alienação*, conjugando-se, para isso, o internamento, o tratamento moral e o trabalho. Foucault (2002a) insere a Psicanálise na série de práticas que buscaram conferir certa produtividade à loucura. Nesse caso, trata-se de uma produtividade pela fala por meio de uma incitação ao discurso, pelo recolhimento de todas as palavras, com o fim de decifrar um sentido onde, até então, percebia-se apenas desrazão.

Podemos dizer, então, que a ideia de inscrever os tidos como loucos na ordem do trabalho e do discurso constitui-se como uma das finalidades enunciadas das práticas que tornaram a loucura e os loucos como objetos de investimento. Tais práticas podem ser definidas como tratamento. Esse, por sua vez, sai gradativamente do registro da compulsoriedade (quando a internação e o tratamento eram pautados pelo uso de meios físicos e coercitivos) para então inserir-se, contemporaneamente, na perspectiva dos direitos. Como discutido em outro momento, se estabelece gradualmente, como objetivos do tratamento, a inserção daqueles tidos como loucos no mundo do trabalho, o que torna possível pensá-los como passíveis de serem realocados em um lugar no seio familiar e no tecido social.

Ao desenrolar os fios que ligam o Programa de Volta para a Casa, seus enunciados e práticas a um passado que lhe antecede, observamos diferenças e movimentos de singularização. Mas, junto a isso, no caminho construído pelas práticas, algo também se constitui: a passagem da condição de desvalidos, isto é, daqueles que estão fora e, por isso, precisam ser assistidos, para uma percepção daqueles que devem estar incluídos. Esse é o lugar visto como o da cidadania, o qual, durante muito tempo, no Brasil, esteve atrelado à condição de trabalho formal. Essa inclusão, sob a égide da

cidadania, conforme Céli Pinto (1999), precisa ser pensada a partir dos pressupostos foucaultianos em relação à peste. Trata-se, portanto, de pensar a inclusão por meio de estratégias de classificação, divisão, nomeação de grupos e definição de direitos específicos e diferenciados. Nesse sentido, é no momento em que se constitui uma discursividade em torno dos direitos de um modo mais amplo no Brasil, o que se objetiva com a promulgação da Constituição de 1988, que se pode também formar certa sensibilidade em relação aos internos dos hospitais psiquiátricos, os quais passam a ser percebidos como passíveis de direitos. Nessa conjuntura, torna-se possível pensar em um tempo de Volta Para a Casa. Ao menos, é isso o que nos indicam os técnicos responsáveis pela avaliação de Célia, quando escrevem no relatório clínico:

Paciente deixada na instituição, desorientada no tempo e no espaço, nada informa, nem esclarece sobre seus familiares, não possuindo família identificada, a mesma encontra-se internada há 23 anos e por todo esse período não recebeu visitas. Não recebe nenhum tipo de benefício ou salário, não sendo curatelada com internação nem ordem jurídica, com diagnóstico definitivo de f20.0. (FORMULÁRIO...19, 2013)

Em 2006, no momento da avaliação, Célia somava 49 anos, dos quais quase a metade passou internada na mesma instituição. Ao ser preparada sua passagem do Hospital Colônia para um Serviço Residencial Terapêutico, os técnicos identificam aquilo que, a partir do modo como a avaliam, faltava à Célia: família, moradia, forma de sustento, “e a grande maioria dos dentes” (FORMULÁRIO...19, 2013). Enquanto presença definitiva, é assinalado o diagnóstico de esquizofrenia paranoide, marcado pela alteração da sensopercepção e pela degradação do eu, conforme os manuais médicos. Em contrapartida, ao solicitarem a inclusão no Programa de Volta para Casa, com o consequente benefício em dinheiro que ele prevê, os técnicos também indicam as atividades que devem compor o cotidiano de Célia, dando mostras do que é esperado para alguém que está em vias de ser *beneficiária* do Programa de Volta para a Casa e *moradora* de um SRT. Com efeito, o Programa Terapêutico e as formas de cuidado indicadas para Célia devem incluir, como nos demais já referidos, “acompanhamento no CAPS, continuação das Atividades de Vida Diária, Atividades de Vida Prática e oficinas terapêuticas”. Ao término da avaliação, os técnicos recomendam que a paciente “precisa participar de grupos para uma socialização mais ativa e conhecer a comunidade e CAPS que será referenciada, como também os recursos da comunidade, oficinas de socialização e terapêuticas”. De certa forma, a promessa não cumprida do tratamento

como um meio de se promover a reabilitação para o trabalho e para o convívio familiar e social é atualizada pelas práticas colocadas em curso com o movimento pela Reforma Psiquiátrica e pelos serviços que dela se desdobram. Essa é, ao menos, a recorrência que se vê nas prescrições de Ana, Antônio, Sebastiana, Laura, Célia e Olívia.

Olívia, nascida em 1954, em uma cidade de Pernambuco, contava, em 2006, com 10 anos de internação em um Hospital Psiquiátrico do sudeste brasileiro, “com pouquíssimos dados de sua história pregressa e sem contato familiar” (FORMULÁRIO...17, 2013). Os técnicos apontam no Instrumento de Avaliação do Beneficiário que a referida tem como agravantes de seu quadro a deficiência auditiva, “o que dificulta seu contato social”. Também com ela faz-se agir o Estado, por meio dos equipamentos de saúde, para que se produza a “reinserção social e o resgate do contato familiar”. A análise desses casos dá visibilidade a como os sujeitos vão sendo construídos e posicionados pelas narrativas e práticas atuais. Dessa maneira, se a família, quando falha ou falta, é algo que iguala, o mesmo ocorre quando o que se percebe é a ausência de trabalho.

4.2 Quando o que iguala é a ausência de trabalho

Nascida em 1966, a poucos quilômetros do município que sediou o maior hospício mineiro, Bárbara é outra *moradora* de um Serviço Residencial Terapêutico, examinada e apresentada como candidata à *beneficiária* do Programa de Volta para Casa. Do exame, produz-se uma história a ela imputada, por meio da qual são elencadas passagens por instituições, relações familiares, entre outros aspectos. Sobre Bárbara, escreveram os técnicos:

Encaminhada pelo CAPS municipal para a Residência Terapêutica, após várias discussões sobre o caso, tentativas de reinserção familiar e inclusão em outros serviços da rede. Com passado de internações em hospital psiquiátrico na década de 90 seguido por atendimentos ambulatoriais até a sua chegada ao CAPS em 06/11/2002 quando foi levada pelo Resgate.

Motivo: ficou agressiva ao ser despedida do emprego em que estava há quatro meses. Possui seis irmãos, mas não mantém vínculo com os mesmos. Pais falecidos há aproximadamente 21 anos, quando seu quadro psiquiátrico teve início. Com dificuldade no convívio social, fator que se estende nos dias de hoje. Baixo limiar às frustrações. Torna-se agressiva quando contrariada, desistindo com facilidade de seus objetivos. Humor instável e resistência ao uso da medicação. (FORMULÁRIO...16, 2013)

De certo modo, as dificuldades familiares, as internações e os aspectos emocionais destacados produzem certa semelhança entre os pareceres técnicos escritos sobre Bárbara e sobre Pierina, imigrante italiana, internada no Hospício São Pedro em um período histórico bem anterior. Porém, se há algo nos escritos técnicos que as assemelham, há um aspecto que fundamentalmente as diferenciam: Pierina comete um crime. A suposição de alienação mental permeia seu processo. Ela é internada. Na reconstituição de seu processo-crime e de sua vida, a historiadora Yonissa M. Wadi (op. cit.) ressalta como a intensa vinculação da imigrante com o trabalho é destacada pelos doutores que a avaliam. Também Pierina, em suas cartas dirigidas às autoridades e à família, fala de sua força, das suas habilidades, da sua coragem para trabalhar. Ela chega ao ponto de pedir um posto de trabalho no referido hospício.

As cartas da imigrante não chegaram aos destinatários, pois foram arquivadas em seu prontuário. Contudo, mediante o trabalho da historiadora que escolhe trabalhar com os arquivos médicos e policiais e com as cartas retidas de Pierina, tais registros tornaram-se testemunhos do tempo em que ela foi interna de um hospital psiquiátrico. Evidencia-se, pelas análises de Wadi, como a relação mantida por Pierina com o trabalho a distinguiu dos demais internos. Relação que, provavelmente, contribuiu para que ela fosse percebida como acometida por um processo transitório de perturbação, sendo considerada, depois de um tempo de internamento, como curada. Nesse caso, o trabalho pode ser indicado como um dos elementos que se articularam para que Pierina saísse do hospício. Com Bárbara, algo distinto se passa. Em seu caso, é também o trabalho um marcador importante, mas que é articulado ao discurso dos técnicos em outra direção. Nesse caso, a falta de vinculação ao trabalho é alinhada à não vinculação familiar e comunitária. Tais faltas são enunciadas como a justificativa para a inclusão de Bárbara como *beneficiária* do Programa de Volta para Casa. Os técnicos descrevem e, em seguida, concluem:

[Bárbara] é independente, realiza bem qualquer atividade da casa sem necessitar de orientação. Desta forma foi encaminhada para uma instituição Parceira onde trabalha como serviços gerais sobre a orientação de uma profissional. Administra dinheiro que recebe não tendo controle sobre o mesmo, às vezes guardando-o, outras gastando-o compulsivamente, comprando grade de roupas que varia do nº 36 ao 44. Tem mania de juntar coisas. Há três dias saiu do trabalho e diz que não irá voltar porque sua supervisora está implicando com ela. Sendo trabalhadas essas questões continuamente. Sonha em comprar sua própria casa. Atualmente, namorando gosta de sair e passear.

Diante dessa instabilidade e falta de aderência ao trabalho formal consideramos importante a solicitação do Programa de Volta para Casa

como possibilidade de darmos continuidade a esse processo. (FORMULÁRIO...16, 2013)

O que faz falar, neste tempo que é o nosso, um exame que se exige de se pronunciar sobre o tempo de internação de alguém, sendo esse o primeiro critério para a inclusão de um *beneficiário* no Programa de Volta para a Casa, e que ressalta a não adesão ao trabalho como o principal motivo para a solicitação do benefício?

As afirmações sobre a relação com o trabalho tornam distantes os modos como são vistas e descritas Pierina e Bárbara. Porém, a ausência de trabalho iguala Bárbara a muitos outros, entre eles Evaldo, Renato, Carmem e Salma, internados em hospitais psiquiátricos, avaliados por técnicos especializados, e descritos como semelhantes, isto é, incapazes para o trabalho. Evaldo, internado aos 28 anos de idade em uma Casa de Saúde carioca, ainda permanecia no local quando, em 2007, é solicitada sua inclusão no Programa de Volta para a Casa. No parecer enviado ao Ministério da Saúde, encontram-se os nomes de seus progenitores, data de nascimento e de internação, diagnóstico e uma avaliação que encerra o documento, indicando o motivo da solicitação: “Não possui capacidade laborativa, necessitando de benefício para sua subsistência” (FORMULÁRIO...21, 2013). Renato, após 8 anos de internamento, somando 40 anos de idade, recebe prescrição semelhante: “paciente possui limitação para atividades de vida diária, necessitando de benefício de prestação continuada para sua subsistência”. O que diz tais testemunhos do tempo que lhe antecede? Como são posicionados Evaldo e Renato quando enunciados como aqueles que não trabalham?

Conforme Castel (2003), *vagabundo* foi a designação dada àquele que “pertence à classe dos pobres que só podem viver do trabalho de seus braços”, mas que não trabalha. *Desfiliado*, *estrangeiro*. São esses outros modos de se referir a uma categoria que passa a ser constituída a partir da relação com o trabalho. A desfiliação diz do processo de desatrelamento de um indivíduo das regulações que decorrem da vida em família e de sua linhagem. Diz respeito ainda à desvinculação dos sistemas de trocas que se estabelecem no plano comunitário. Igualmente, o *estrangeiro* é aquele que se desatrela de um mundo estruturado. O vagabundo, o desfiliado e o estrangeiro são modos de constituição dos sujeitos que remetem para um duplo: ordem e desordem. Isso porque o “não trabalho é mais que o desemprego” (CASTEL, op. cit., p. 496), uma vez que a ele vincula-se uma série de atributos, os quais, para Castel (op. cit., p. 495), “caracterizam o *status* que situa e classifica um indivíduo na sociedade”. Assim, o estabelecimento das normas familiares, as regulações da vida comunitária e o

estabelecimento de um sistema de trabalho não são dissociados. Do mesmo modo, esses três elementos não estão dissociados quando se trata dos modos como se fala, se pensa e se constrói sujeitos. Basta nos lembrar de Bárbara e também de Pierina.

Contemporaneamente, a situação de estar fora do trabalho por não trabalhar ainda (no caso das crianças), por não trabalhar mais (no caso dos idosos), ou por nunca trabalhar (percepção típica em relação aos idosos como loucos) (CASTEL, op. cit.) não relega os sujeitos a um lugar classicamente considerado como de exclusão. Isso porque aqueles que não trabalham acabaram por ser vinculados a diferentes estratégias regulatórias, que incluem a concessão de benefícios, as quais são orquestradas pelo Estado, mas financiadas por aqueles que trabalham. No caso brasileiro, a tributação que incide sobre os salários dos trabalhadores ativos e formais⁶ são revertidas para o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Esse Instituto, integrado ao Ministério da Previdência Social, é caracterizado como “contributivo ou solidário”, pois seu sistema de proteções abrange os trabalhadores ativos e inativos e ainda seus dependentes. Esse sistema de garantias, no momento atual, prevê a concessão de aposentadorias, pensões e auxílios, abarcando os casos de doença, acidente de trabalho, velhice, maternidade, morte ou reclusão. A origem desse sistema remete a um tempo recente, quando a vinculação formal ao trabalho era simbolizada pela Carteira de Trabalho assinada. Em um tempo anterior, o mesmo sistema remonta às antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões e aos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Todavia, a Carteira assinada, característica de um tempo nomeado como de *cidadania regulada* (SANTOS, 1987), deixou de ser a única forma de acesso às formas de proteções estabelecidas pela legislação brasileira, as quais ampliam sua abrangência com a promulgação da Constituição de 1988.

O texto constitucional, em seu Artigo 194, estabelece a seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2005b). Há, nesse momento, uma ampliação do sistema de garantias brasileiro, o qual passa a ser descrito como universal, o que implica a inclusão, no sistema, de trabalhadores formais ou não, rurais ou urbanos, donas de casa, crianças, jovens, adultos e idosos.

⁶ Trabalhadores informais, estudantes e donas de casa também podem aderir ao sistema na condição de contribuinte facultativo. (fonte: <http://www.brasil.gov.br/sobre/economia/previdencia>. Data de acesso: 06/09/2013).

Decorre das movimentações em torno da Constituição de 1988 a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), como já apontado, e também do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Enquanto a Previdência Social tem como principal fonte de receitas a contribuição dos trabalhadores, foi previsto que o SUS e o SUAS contem com uma diversidade de fontes de financiamento. Interessa-nos aqui entender que, por meio desses dois sistemas, ocorre a implementação de uma série de ações e programas que buscam atender aqueles que não participaram do sistema de retribuições gerenciado pela Previdência Social por não atingirem o tempo de contribuição previsto em lei ou porque se enquadram em outras situações. O Benefício de Prestação Continuada (BPC), oriundo da Assistência Social, e o Auxílio-reabilitação Psicossocial, instituído com o Programa de Volta para a Casa, este último vinculado à Saúde, são duas formas de concessão de renda que não requerem tempo de contribuição previdenciária para sua concessão.

No entanto, há algo que se repete durante a análise dos documentos selecionados para esta parte do estudo e que se visibiliza pelo pronunciamento técnico sobre a incapacidade para o trabalho de muitos dos candidatos a *beneficiários*, mesmo quando o requerimento dirigia-se, de modo bem específico, à saúde, por meio do Programa de Volta para a Casa. Os pareceres sobre Carmem e Salma não se diferenciam de tantos outros nos quais os discursos se sustentam em práticas divisórias que buscam posicionar aqueles que não trabalham em uma condição distinta dos trabalhadores. Mais do que isso, a ênfase na condição de não trabalho silencia um processo que busca reverter, ao menos em tese, o legado deixado pela nomeada *indústria da loucura*. Tal busca se dá, entre outras formas, por meio de estratégias de desinstitucionalização e pela concessão de benefícios que pretendem promover a reinserção social. Assim, quando os técnicos enunciam a ausência do trabalho em um primeiro plano, localiza-se no indivíduo e, muitas vezes, em sua desvinculação familiar, os motivos para seu infortúnio e necessidades, sendo a incapacidade para o trabalho uma condição primeira e não um possível efeito do processo de cronificação produzido pelo próprio internamento. Criase uma espécie de cortina de fumaça ao não se colocar em questão os motivos que justificaram os prolongados anos de internamento aos quais foram submetidos homens, mulheres e crianças sob a chancela dos saberes disciplinares e dos equipamentos de governo. Também não são mencionados, em momento algum, os processos de precarização do trabalho, os quais, na perspectiva de Castel (op. cit., p. 516),

“*alimentam a vulnerabilidade social e produzem, no final do percurso, o desemprego e a desfiliação*”.

Silêncio sobre a internação e também sobre a desfiliação. Entre os não ditos e escritos, situa-se o laudo médico redigido sobre Carmem, internada no Rio de Janeiro. Nesse caso, o documento não informa sua idade, procedência ou tempo de internação. Porém, é taxativo quanto ao diagnóstico a ela atribuído, “CIDX: F71.1”, e às consequências entendidas como dele decorrentes: “Declaro para os devidos fins que a Sra. Carmem é portadora de transtorno mental orgânico – retardo mental moderado, não reunindo quaisquer condições de vida laborativa”. (FORMULÁRIO...7, 2013).

Salma, internada em um Centro de Saúde baiano, não é descrita de um modo diverso do que se viu escrito no Rio de Janeiro sobre Carmem. Em 21 de dezembro de 2010, registrou o responsável pela sua avaliação:

Informo para os devidos fins de comprovação que a Sra. Salma, matrícula XX, submete-se a tratamento neste Centro Psiquiátrico desde 28/11/2001. Paciente com psicose crônica, longo tempo de internamento em hospitais psiquiátricos, empobrecida, cronificada. Em uso de Neozine + haldol + fenegan + fenobarbital. Incapaz para o trabalho. (FORMULÁRIO...8, 2013)

Localizações diferentes, mas as descrições sobre ambas se repetem, não existindo grande variação nem mesmo na forma. Como pode ser observado com esta pesquisa, muitos desses pareceres foram redigidos sem que os *candidatos a beneficiários* fossem vistos e ouvidos. Em algumas situações, os pareceres foram formados por meio de consulta aos prontuários e aos pareceres de outros profissionais. Trata-se de uma escrita que remonta a outras escritas, por meio das quais se forma um esboço de sujeito, apresentado como alguém que precisa ser inserido em um programa de Governo, dada sua incapacidade para o trabalho. É assim também com Salma. Mas, o que ressoa sobre esse modo de constituição-apresentação de um *sujeito candidato a beneficiário*, logo, tornado *usuário* de uma política pública?

Cabe, neste ponto, ainda voltar a Castel (op. cit.). Este, já no final de sua obra *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*, argumenta que muitos daqueles tidos como desfiliaados ou considerados inúteis para o mundo (porque se encontram fora do jogo de retribuições sociais, mediado pelo mundo regulamentado do trabalho) tornam-se sujeitos às políticas de inserção. Para o sociólogo, há uma salutar diferença entre as políticas de inserção e as políticas de integração, posto que as primeiras não têm por princípio a redistribuição ampla e irrestrita de riquezas e bens,

reduzindo as desigualdades. Ao contrário, as políticas de inserção são, para o autor, absolutamente individualizantes, localizando indivíduos e grupos que, sem o mínimo necessário fornecido pelo Estado, sucumbiriam à morte. São incluídos nessa condição aqueles considerados como incapazes para produzirem o mínimo necessário para a sobrevivência de um dia, a cada dia.

Na França, batizou-se como Renda Mínima de Inserção (RMI) a forma de ajuda social que incide sobre aqueles que não têm direito à Seguridade Social, pois não contribuem com parte de seu salário para o fundo que gerencia os riscos impostos pela vida e pelo trabalho, como a velhice, a doença e os acidentes. Para os outros, os tidos como vagabundos, desfiliaados ou estrangeiros, o acesso ao benefício requer a sujeição ao que é caracterizado como “pagar com sua própria pessoa” (CASTEL, op. cit., p. 607). Isto é, entre os procedimentos de contratualização do RMI, descritos como contínuos e extenuantes, Castel registra que

o solicitador não tem nada mais a apresentar senão o relato de sua vida, com seus fracassos e privações: escruta-se este pobre material para identificar uma perspectiva de reabilitação a fim de “construir um projeto”, de definir um “contrato de inserção”. Os fragmentos de uma biografia esfacelada constituem a única moeda de troca para o acesso a um direito. (op. cit., p. 607)

Ao descrever esse processo, que poderíamos designar como a constituição de uma biografia precária para a inserção, Castel denuncia que o mesmo não convém a um “cidadão pleno” (p. 609).

No último capítulo da já citada obra, Castel não define o que entende por “cidadão pleno”. Entretanto, na seção *A Propriedade Social*, ele mostra que, no contexto por ele analisado, a noção de *cidadão* é constituída de modo correlato à *propriedade*, sendo esta última a que territorializa e de fato liga alguém a uma pátria. A propriedade é o contraponto da desfiliação e, mesmo para aqueles que, porventura, não trabalham, é ela que os livra da condição de vagabundos. Com efeito, ela assegura a não inclusão na categoria de vagabundos, ao mesmo tempo em que estabelece uma filiação social. Cabe recorrer novamente a Castel: para ele, “é a propriedade que faz o cidadão, mas a cidadania não é a simples satisfação privada de bens pessoais, ela funda também um conjunto de deveres sociais” (ibid., p. 393). Esse duplo vínculo com a propriedade privada relaciona-se ao “seu modo de apropriação”, mas igualmente aos “seus usos” (p. 396). Nesse sentido, a posse e o uso que dela se faz é o que garante o funcionamento da maquinaria social. Nessa perspectiva, os proprietários são, de certa maneira, assimilados

a categorias dos trabalhadores, tendo em vista o que a posse permite fazer acontecer. Desse modo, constrói-se, gradativamente, a noção de *propriedade social*. No entanto, seria equivocado pensar que a propriedade dirá respeito apenas à posse da terra ou de bens. Com o avanço da industrialização francesa e a acentuação da divisão do trabalho, forma-se outra dimensão que não diz respeito apenas às dicotomias já conhecidas: trabalhadores e vagabundos, proprietários e não proprietários. Delineia-se outra divisão: proprietários e assalariados. Como já referido em outro momento, os assalariados tornam-se aqueles que precisam formar, compulsoriamente, uma espécie de propriedade que lhe proverá a subsistência quando o corpo não mais suportar o trabalho. Trata-se, portanto, de uma “propriedade tutelar” ou “propriedade para a seguridade” (SWAAN, 1867, apud CASTEL, op. cit., p. 405).

A formação de uma propriedade por transferência assume um caráter negativo, em um primeiro momento, parecendo incidir sobre os desvalidos que não mais trabalham. Contudo, gradativamente, ela é vinculada a uma nova função: a garantia de que os benefícios do trabalho permaneçam para além de seu exercício. Castel (op. cit., p. 405) afirma que o aspecto positivo que assume esse tipo de seguridade é o de perpetuar a condição dos ex-trabalhadores de “consumir, de se instruir, de ter lazeres”.

Ao considerarmos as experiências analisadas por Castel para pensarmos o modo como contemporaneamente são produzidos sujeitos no contexto da saúde mental, tomando, para isso, de modo particular, os testemunhos produzidos pelo Programa de Volta para a Casa, observamos um paradoxo. Isso porque Castel dá mostras que a inclusão de beneficiários nas políticas de Renda Mínima de Inserção é perpassada por uma série de práticas que primeiro operam a divisão dos indivíduos em dois grandes grupos: o grupo daqueles que trabalham e dos que não trabalham. E, sobre este último grupo, incide uma série de verificações e exames, orientados pelas perguntas: tais indivíduos não trabalham por que não podem ou por que não querem? São eles capazes de produzir o suficiente para existência de um dia, a cada dia? Ao ser reconhecida a incapacidade para o próprio sustento, resta a constituição de uma biografia que reúna todas as faltas imputadas aos indivíduos, as quais, ao mesmo tempo em que os desqualificam no plano social, caracterizando-os como desfiliaados, por outro lado, os tornam passíveis da condição de beneficiários em potencial, isto é, sujeitos que possuem as desvinculações necessárias para serem fixados no quadro da ajuda social.

É preciso salientar que, para Castel, isso não diz respeito à concessão de direitos de modo pleno, pois, nas práticas situadas no plano da ajuda social, estão pressupostos

os exames, a individualização dos casos e a existência de recursos disponíveis para que o auxílio seja concedido. Por outro lado, o mesmo sociólogo demarca que a produção da cidadania atrela-se à propriedade, sendo a mesma uma das condições da territorialidade. Assim, os trabalhadores abdicam de parte de seus salários com o objetivo de usufruírem dos benefícios decorrentes do trabalho quando este não for mais exercido. Constituir uma propriedade é correlato ao processo de constituição do cidadão, o que inclui o consumo, a instrução e o lazer, sem esgotar-se neles. Isso porque, em determinado momento, a constituição da cidadania, para Castel, vincula a “satisfação privada de bens pessoais” a “um conjunto de deveres sociais” (op. cit., p. 393).

Muito antes de serem antagônicas, essas perspectivas são complementares e nos auxiliam a pensar que a cidadania não se caracteriza como um estado de natureza. Ao contrário, ela está inserida no plano discursivo e, mesmo que alguns direitos possam estar atrelados aos direitos de sangue ou de nascimento em um solo (SILVEIRA, 2000), pode-se dizer que não se nasce cidadão. Ser cidadão está vinculado a um tornar-se, na medida em que um indivíduo precisa dispor das condições necessárias para satisfazer suas necessidades pessoais (retomamos aqui novamente os aspectos elencados por Castel, como lazer, instrução e consumo), ao mesmo tempo em que ele se integra e participa das exigências sociais. Tais exigências poderiam ser traduzidas, grosso modo, pela inserção na família, em uma comunidade, nas relações de trabalho e de troca de mercadorias e de bens.

Há aqui uma diferença marcante em relação ao modo como o cidadão era percebido e constituído na Antiguidade, mais especificamente na *Pólis* grega. Nesse contexto, o trabalho era uma das distinções entre cidadãos e escravos. Enquanto aos primeiros competiam os assuntos políticos e públicos, aos segundos eram relegados todos os trabalhos referentes à manutenção das cidades e dos espaços domésticos. Aos escravos e às mulheres, o acesso à condição de cidadãos era vetado, assim como o direito à voz e ao voto no espaço público (ARENDDT, 2011). Porém, aqui se localiza uma descontinuidade, assinalada por Hanna Arendt, na obra *A Condição Humana*. Em seus escritos, ela discute a torção operada pela Modernidade em relação ao trabalho e ao *status* por ele conferido aos sujeitos. Para sustentar seus argumentos, a filósofa situa três marcos, os quais ressitua o trabalho em outro patamar, modificando o modo como ele passa a ser pensado e como, na relação com ele, se dá a produção de sujeitos. É Hanna Arendt (op. cit., p. 125) quem escreve:

A súbita e espetacular ascensão do trabalho, da mais baixa e desprezível posição a mais alta categoria, como a mais estimada de todas as atividades humanas, começou quando Locke descobriu que o trabalho é a fonte de toda a propriedade. Prosseguiu quando Adam Smith afirmou que o trabalho era a fonte de toda a riqueza e atingiu o clímax no “sistema de trabalho” de Marx, no qual o trabalho passou a ser fonte de toda a produtividade e a expressão da própria humanidade do homem.

Confere-se, gradativamente, à propriedade e à apropriação de riquezas um efeito de naturalidade, de tal modo que ambas passam a ser consideradas como direitos naturais, imprescritíveis e inalienáveis do homem. Assim, torna-se possível situar o trabalho no centro das práticas sociais e como a própria expressão da vida humana. Essa torção faz com que “não rest[e] dúvida de que, como o processo natural da vida reside no corpo, nenhuma outra atividade é tão imediatamente vinculada à vida quanto o trabalho” (ARENDDT, op. cit., p.136). Conforme a autora, Locke e Adam Smith, mas, de modo especial, Marx, são pensadores que se enredaram em diferentes contradições no processo de suas formulações, porque consideravam trabalho e obra análogos. Tendo em vista os objetivos desta tese, não entraremos nessa discussão, apesar de reconhecermos sua importância. Aqui, nos detemos especificamente em uma concepção que, gradativamente, atrela o trabalho à vida humana e à moralidade, dizendo respeito à construção de formas de relação consigo e com o outro. Esse aspecto nos interessa na medida em que nos permite manter a interrogação sobre como se articularam, em diferentes momentos, trabalho, tratamento e direitos com a produção daqueles tidos como *loucos*, em um momento da história, ou como *doentes mentais* em outro ou, ainda, como vemos e dizemos contemporaneamente, os *usuários dos serviços de saúde mental*. Tal interesse situa-se entre as intenções que buscam “diagnosticar as forças que constituem nossa atualidade e que ainda a movimentam” (ARTIÈRES, 2004, p. 16).

Assim, quando Bárbaras, Carmens, Salmas e tantos outros são descritos como incapazes para o trabalho, observamos que, nos pareceres sobre eles, falam em mais alto tom o pedido pela assistência em detrimento ao direito. São casos em que a promessa de tratamento ou cura, feita outrora, não vingou. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que as faltas e falhas são remetidas às famílias que faltaram e falharam, elas também atualizam as práticas divisórias que situaram aqueles que trabalham de um lado e os que não trabalham de outro, criando estratégias de normalização que incidam diferentemente sobre ambos os grupos. Podemos dizer isso na medida em que notamos como a ausência de trabalho é algo que insiste em igualar os nascidos no sul ou no nordeste, tornando opacos e quase imperceptíveis, nos registros do Programa de Volta

para a Casa, os tempos de internação ou os motivos que fizeram com que homens e mulheres fossem internados em hospitais psiquiátricos. Em muitos dos casos já descritos, o Programa de Volta para a Casa alinha-se a outras estratégias que produzem a saída do internamento, como a abertura dos Serviços Residenciais Terapêuticos, locais para onde foram transferidos Antonio, no sul, e também Ana, no nordeste brasileiro. Com efeito, as práticas que articulam tratamento e trabalho não são interrompidas. Elas, ao contrário, parecem ser *transinstitucionalizadas* sob a égide dos direitos e se atualizam nas prescrições de tantos planos terapêuticos dos quais retiramos alguns fragmentos.

Como já referido, na passagem dos séculos XVII e XIX, a percepção do trabalho se modifica e se inscreve nos pensamentos e escritos de Locke, Adam Smith e Karl Marx. De tão enaltecido, não é sem razão que o trabalho seja constituído como parte do instrumental terapêutico proposto por Pinel e difundido no Brasil pelos seus adeptos locais. Como já discutido em outra seção, a prescrição do trabalho como uma terapêutica não é algo novo no Brasil ou no exterior, o que aponta a necessidade de mantermos a problematização sobre essa vinculação, fazendo esvanecer seu efeito de naturalidade ou de novidade. Mais do que isso, cabe ainda perguntar como tal vinculação anima e suscita as nossas práticas atuais.

A esse respeito, torna-se importante um retorno a Foucault. No curso *O poder psiquiátrico* (2006), ele demonstra (sem diferir em grande medida dos escritos já citados de Castel) que a noção de *Homem*, tal como se consolida com a Revolução Francesa, é produzida entre o *direito* e a *norma*. Para o filósofo, no momento em que se pode falar sobre o *Homem*, fala-se a partir de dois sentidos que se recobrem: a concessão de direitos e a submissão a um sistema normativo. Nessa medida, a atribuição de direitos ocorre mediante a aceitação e a submissão aos processos normativos que ordenam a vida social em determinada época e lugar. Como consequência, junto ao ato de reconhecimento do cidadão, forma-se, em contrapartida, uma percepção que passa a julgar e a identificar aqueles que não se enquadram nas normas de conduta. Operação típica das táticas disciplinares: produção e identificação de seus resíduos e inclassificáveis. Dito de outro modo, o sistema de garantia de direitos é correlato das formas de contenção da desordem, ao mesmo tempo em que ambos são atravessados por variados discursos, como o da Medicina, o da Psiquiatria, o da Justiça, o da Criminologia. Deve-se à existência de todos esses campos a construção da noção de *cidadão*, o que não ocorreu sem a definição de critérios que permitem a identificação

daqueles que passam a ser tidos como os resíduos dos sistemas disciplinares. Porém, não basta identificar os resíduos: é preciso reformá-los. Essa reforma pode se dar, por exemplo, com a tática de fazer o alienado trabalhar. Aqui, Castel e Foucault se diferenciam, tendo em vista que seus objetivos e objetos de pesquisa são diferentes.

Encontramos, na aula de 19 de dezembro de 1973, ainda do curso *O Poder Psiquiátrico*, uma passagem que trata da inserção do trabalho como obrigação nos asilos para alienados, em torno de 1830, momento ligeiramente posterior à morte de Pinel. No contexto analisado por Foucault, ele esclarece que a prescrição do trabalho é tomada como algo que assegura a ordem, a disciplina e impõe uma perpétua ocupação. Mais do que isso: para ele, a função do trabalho ultrapassa esses elementos ao possibilitar o funcionamento de um sistema de retribuições. Por meio da análise desse sistema, torna-se possível inferir que a noção que emerge no interior das instituições psiquiátricas é a de trabalho, mesmo que os discursos produzam a vinculação com uma terapêutica. Desse modo, não se pode dizer que são apenas ações voltadas à ocupação ou atividade, pois o que se demanda é o emprego da força física de alguém com a finalidade de auferir um pagamento. No caso descrito por Foucault, o pagamento se dá em forma de objetos que satisfaçam uma série de carências criadas pelo próprio sistema psiquiátrico, como “a insuficiência de comida e a ausência de toda gratificação (comprar fumo, uma sobremesa etc.)” (FOUCAULT, 2006, p. 193). Será esse estado de carência e necessidade que fará funcionar o sistema de retribuições e que sustentará a prática de se impor o trabalho aos internos. Da mesma forma, por uma carência produzida pela própria reclusão, o discurso se desloca da reivindicação da simples clausura para a imposição do trabalho aos alienados como terapia. A grande carência construída pelo internamento é a liberdade.

O afastamento do indivíduo do meio onde vive é vinculado a uma vantagem suplementar. Assim, “o isolamento não apenas protege a família, mas provoca no doente uma nova necessidade, que ele não conhecia antes, que é a necessidade da liberdade” (FOUCAULT, 2006, p. 194). Se a reclusão é tomada por um saber-poder psiquiátrico, isso não é diferente com a liberdade. Para se vincular a liberdade à cura, associa-se o tratamento a um jogo econômico cujo reconhecimento do valor do dinheiro se insere nos critérios diagnósticos e prognósticos. Por que é preciso trabalhar para ser curado? Porque há um preço a pagar pela liberdade. A aceitação desse jogo de redistribuição financeira torna-se uma finalidade terapêutica.

É curioso observar que, entre 1973 e 1974, Foucault aborda o modo como a liberdade e a cura se vinculam a uma operação econômica ao longo do século XIX. Posteriormente, no curso *Nascimento da Biopolítica* (1978 e 1979), ele mostrará como, na passagem do século XVIII para o século XIX, se consolida a luta pelo liberalismo econômico, pautado por uma racionalidade de governo dos homens que passa a pensar o indivíduo pela noção do empresário de si mesmo, instaurando-se o paradoxo entre o “sujeito de direitos” e o “*homo oeconomicus*” (Foucault, 1978-1979/2008b). A forma como a lógica de mercado passa a se relacionar com a lógica de governo da vida dão mostras de um processo de generalização da norma e generalização da economia na vida política, produzido por um deslocamento apontado de modo claro por Foucault no curso anterior ao *Nascimento da Biopolítica*. Trata-se do curso *Segurança, Território e População* (1977-1978/2008a), no qual ele analisa detalhadamente como ocorre a reorientação das estratégias de investimento que passam, gradativamente, do corpo para a população.

Nesse sentido, a cura da alienação mental pode ser pensada como uma das primeiras promessas das práticas alienistas. Elas diziam respeito aos tidos como alienados ou loucos, mas não se reduzia a eles, na medida em que estabeleciam uma aliança com o corpo social. Posteriormente, a estratégia de fazer o louco trabalhar também se situa em um plano de vinculações mais amplas e que não se esgotam no indivíduo. Novas promessas são feitas: novamente a cura, a correção física e moral dos internos, a diminuição dos custos do internamento e o retorno de sujeitos produtivos para o meio social, na mesma medida em que do espaço público retirava-se os indesejáveis. Há ainda outra promessa que, conforme Renato Diniz Silveira (2000), anima as práticas que se desenvolvem no decorrer da história da Psiquiatria e que permeia, de modo claro, os movimentos reformistas: a promessa de constituir a cidadania para o “louco”. Para o autor, tal formação de compromisso se visibiliza por meio de práticas que buscaram reabilitar o louco pelo trabalho, situando-o no campo da razão e da produção. Atualmente, a promessa se atualiza por meio dos discursos e ações que buscam garantir o direito de circulação dos sujeitos tidos como doentes mentais pelo espaço urbano. Essa última perspectiva alinha-se aos movimentos de desinstitucionalização e de criação de estratégias de cuidado que se diferenciam das instituições com restrição de liberdade. Trata-se, portanto, dos serviços abertos, espalhados pela cidade, como os CAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos. Nesse sentido, quando consideramos o campo da saúde mental, não seria um disparate falar

em “restituição dos direitos dos doentes mentais” ou em “resgate de sua cidadania”, como enuncia o movimento contemporâneo de Reforma Psiquiátrica (SILVEIRA, 2000). Também não se tornam incompatíveis ações que atestam a incapacidade para o trabalho, como ocorreu com Salma, Carmem, Evaldo e Renato em um tempo em que ainda se faz apelo ao trabalho como forma de reabilitação, como indicam as prescrições de plano terapêutico feito para Antônio. Se, nesses casos, os discursos titubeiam na forma como os posicionam, situando-os entre a incapacidade laborativa, o pedido de assistência e a necessária reabilitação pelo trabalho, a percepção que encontramos é de uma biografia precária, quando restou apenas uma vida sem condições de manter-se por si só, mesmo que por um dia. São igualmente essas as produções do nosso tempo. Assim também são vistos, descritos e pensados parte dos *beneficiários* do Programa de Volta para a Casa, dos *moradores* dos SRT e dos *internos* remanescentes dos hospitais psiquiátricos. São hoje os *beneficiários*, *moradores*, *internos* também constituídos como os *usuários dos serviços de saúde mental*.

Por meio da sondagem dos arquivos do Programa de Volta para a Casa e do trabalho físico estabelecido com os materiais de lá extraídos, pode-se dar-se-a-ver que, em algumas situações, quando a família falta ou falha, clama-se pela ação do Estado. Em outros casos, o que iguala é a ausência de trabalho. Adiante, trataremos de documentos nos quais se escuta a simetria do silêncio. Mediante o silêncio, a interrogação que fazemos aos arquivos é sobre a prevalência de um direito.

4.3 Dos sem nem eira nem beira: o que testemunha um arquivo? Ou: sobre a prevalência do direito mediante o silêncio

Joel Birman (1992) considera um equívoco pensar que os enfermos mentais, tal como ele os designa, foram sujeitos que, gradativamente, tiveram a sua condição de cidadãos desrespeitada pelo Estado brasileiro. Para ele, fundamentam-se nesse equívoco as premissas que situam o Estado na condição daquele que tem uma dívida histórica com os doentes mentais. Seu argumento é de que a problemática da cidadania dos loucos não remete ao Estado brasileiro, tão somente, devendo ser remetida às práticas que transformaram “o campo da loucura no campo da enfermidade mental, na aurora do século XIX” (BIRMAN, op. cit., p. 73). Para o autor, há simetria entre a formação da noção de doença mental e a percepção do louco como enfermo. Logo, ao receber o

estatuto social de enfermo, ao louco passa a ser tributado o “direito à assistência e ao tratamento, sob a proteção do Estado” (BIRMAN, op. cit., p. 73). Há aqui um paradoxo, pois, sob o discurso da doença mental, o direito ao tratamento é atrelado a uma série de estratégias que culminam na destituição dos direitos sociais dos tidos como loucos, invalidando o que se convencionava chamar de *condição de cidadania plena*.

Movimentos contraditórios, mas que podem ser entendidos, em linhas gerais, de forma simples. A emergência da noção de doença mental distingue os loucos de uma massa indiferenciada de marginalizados, os quais são nomeados por Birman (op. cit., p. 74) como “criminosos, prostitutas, ladrões, vagabundos, cafetões e desviantes em geral”. Ao operar tal distinção, os alienados (que passam a ser percebidos como doentes mentais, com legitimação da Psiquiatria) são situados em outro plano, o que os coloca sob a proteção do Estado. Arriscamos a dizer que se estabelece uma espécie de curatela, objetivada por meio de lugares designados para zelar pelos interesses e pela defesa dos enfermos mentais. Tais espaços foram organizados sob a forma e a epígrafe dos hospícios. Dessa maneira, sob o pretexto da assistência e proteção, delega-se a alguém (ou a uma instituição) a condição de responder e cuidar daquele tido como doente mental. Com efeito, ao mesmo tempo em que os loucos são incluídos na nosografia médica, eles são apartados de um arranjo social que previa a igualdade, a liberdade e a fraternidade, o que, para Birman (op. cit.), está para além do Estado brasileiro, remontando mesmo ao contexto pós Revolução Francesa. Conforme seus escritos,

assim, o universo da loucura inscreveu-se na nova ordem política de maneira estranha, pois os loucos foram excluídos do estatuto de cidadania plena e do reconhecimento dos seus direitos fundamentais no espaço social. Com efeito, transformada na figura da enfermidade mental, a figura da loucura passou a ser representada como efetivamente destituída da razão, de forma que como ser alienado de sua razão o louco não era considerado como sendo propriamente um sujeito. Como decorrência disso, o louco não era representado como sendo igual aos demais cidadãos, não podendo então associar-se de maneira fraterna com as demais individualidades no espaço social. Sendo portanto representado como um ser mutilado na sua razão, o louco não poderia exercer a sua vontade e ter discernimento para se apropriar legitimamente de sua liberdade. Enfim, em função de sua alienação fundamental a figura do doente mental não era reconhecida como a de um ser inscrito nos universos da razão e da vontade, não podendo consequentemente ser representado como um sujeito do contrato social. (BIRMAN, op. cit., p. 74)

Ao postular que a destituição da cidadania do doente mental remonta simultaneamente ao processo de formulação da noção de doença mental e de sua vinculação com a loucura, Birman sublinha o reducionismo das discussões centradas

nas denúncias sobre as supostas dívidas de Estado, as quais poderiam ser pagas mediante ações compensatórias. Porém, diferentemente de assumir uma postura que finalize nesse ponto a discussão, o autor salienta que inscrição da loucura como doença mental alicerça-se em certa formação de compromisso: restabelecer a condição de sujeito, mesmo se tratando dos doentes mentais. Clausura e restabelecimento da condição de cidadão pleno: fórmula estranha. Porém, alinha-se a essa posição o apontamento de Renato Diniz Silveira (2000), o qual esclarece que a história das práticas psiquiátricas ocidentais é marcada por uma série de promessas, entre elas as sucessivas tentativas de restituição da cidadania aos loucos. Com efeito, sendo o tratamento postulado como um direito, a submissão à internação é preconizada como o meio, por excelência, para o desenvolvimento das práticas terapêuticas, com o objetivo de restaurar a condição de sujeito do contrato social (BIRMAN, op. cit.).

A década de 1980 é apontada como o período de emergência dos discursos que aproximam, de forma contundente, a cidadania e os enfermos mentais. Nesse ponto, Birman (op. cit.) faz nova referência ao Movimento de Reforma Psiquiátrica, o qual ele reconhece como para além da reorientação da rede assistencial em Psiquiatria. O autor demarca o contexto social e político em que passa a ser reivindicada a cidadania dos enfermos mentais (e que se reivindica do Estado o reconhecimento de sua dívida com os mesmos). Ao mesmo tempo, em seu texto de 1992, são aproximados os conceitos de *saúde mental* e *cidadania* e uma continuidade entre eles: o centramento no modelo iluminista e positivista, cuja expressão maior é o sujeito da razão e da vontade. Para Birman, as práticas psiquiátricas sempre empreenderam tentativas de reabilitar os tidos como loucos, tornando-os sujeitos da razão e da vontade, os quais poderiam ser chamados de *cidadãos*. Nesse sentido, a razão e a vontade são concepções estruturais que perpassaram uma série de práticas preconizadas como terapêuticas, como o tratamento moral, a pedagogia da cidadania, a praxiterapia e a farmacologia. Na mesma série, Birman (op. cit.) ainda inclui as comunidades terapêuticas, objetivadas por meio da Psiquiatria comunitária (nos Estados Unidos) e da Psiquiatria de setor (na França).

Ao considerarmos o conceito de saúde mental proposto atualmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), vemos que a aproximação assinalada por Birman, há mais de 20 anos, mantém-se atual. Conforme a OMS, “a saúde mental se define como um estado de bem-estar, no qual o indivíduo é consciente de suas próprias

capacidades, pode enfrentar as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de fazer uma contribuição à sua comunidade”⁷.

Razão, vontade, trabalho e participação nas trocas comunitárias. Elementos que constituem o conceito de saúde mental preconizado pela OMS. Elementos que também embasam as práticas que pretendem reabilitar ou produzir “novos sujeitos e novos direitos” no campo da saúde mental (AMARANTE, 1995b). E quanto à cidadania, de que modo ela pode ser definida no cenário brasileiro contemporâneo?

Ao abordar o conceito de cidadania no Brasil, Pinto (2004, p. 69), muito antes de afirmar, interroga: “sobre o que estamos tratando quando estamos tratando de cidadania?”. A cientista política, ao tratar a noção de cidadania enquanto um discurso, escreve que a “cidadania se tornou um vocábulo no qual parece caber tudo”. Ao considerar a abrangência atual da palavra, ela argumenta que sua acepção remete à relação entre o cidadão e o Estado. Nesse sentido, há uma proximidade com os pressupostos de Castel (2003), pois, também para Céli Pinto, o que está em jogo é a emergência de um discurso que só pode se formar no enquadramento do Estado Nacional moderno, de modo atrelado à noção de igualdade e ao pressuposto de uma relação marcada por direitos de deveres.

No caso brasileiro, como já discutido em outros momentos, até um passado recente, o reconhecimento de direitos estava atrelado ao trabalho formal, o qual organizava de certo modo esse pacto de reconhecimento de direitos mediante o cumprimento de deveres, no caso, a contribuição à Previdência Social. A Constituição Brasileira, proclamada em 03 de outubro de 1988, é conhecida, conforme Céli Pinto (1999), como a Constituição Cidadã. Para a cientista, o documento de 1988 apresenta grande diferença em relação às demais Cartas Constitucionais brasileiras, pois ele preza a inclusão mais do que qualquer outro. Ela utiliza o conceito de *inclusão* conforme a acepção foucaultiana do termo. Com isso, ela nos leva a entender que, pela primeira vez na história brasileira, temos uma Constituição que classifica, nomeia, divide, reconhece direitos específicos e diferenciados, isto é, inclui sujeitos e reconhece direitos que foram legitimados pelas lutas populares travadas no decorrer dos anos anteriores e que se acentuaram na década de 1980. Podemos dizer que esse é o caso dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica e da luta pelo reconhecimento dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental.

⁷ Fonte: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html. Acesso 03/10/2013.

Aproveitamos a proximidade demarcada por Birman (1992) entre os elementos que constituem as noções de saúde mental e cidadania para assinalar a proximidade entre a emergência do campo da saúde mental (enquanto um campo de mobilização e luta) e a inclusão dos “enfermos mentais” no ordenamento jurídico atual, o que se dá pela nomeação dos mesmos e pela enunciação destes como sujeitos de direitos. Inegavelmente, o processo de formulação e luta por aquela que se tornou a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, é a expressão maior desse processo de inclusão das pessoas consideradas portadoras de transtornos mentais, como escrito na lei, no plano de enunciação dos direitos.

Contudo, é preciso assinalar que a simples inscrição das expressões *enfermos mentais*, como faz Birman (1992), ou *pessoas portadoras de transtornos mentais*, como inscrito na referida lei, não faz com que as contradições inerentes à relação entre cidadania e loucura sejam resolvidas. Dessa forma, a análise dos documentos do Programa de Volta para a Casa permitiu visibilizar o modo como são descritos e percebidos muitos dos sujeitos indicados como *candidatos a beneficiários* desse Programa. Mais do que isso, é preciso ter presente que o próprio modo como se constitui a articulação que pretende fazer frente ao modelo assistencial em Psiquiatria (vigente no Brasil até os anos 1970 de modo quase intocado) remete a contradições semelhantes àquelas que se evidenciam quando se trata de discutir a tensa relação entre cidadania e loucura. Fazemos aqui referência à consolidada expressão *campo da saúde mental*, a qual denota a formação de uma discursividade que, entre outros aspectos, questiona o modo de organização da assistência psiquiátrica no Brasil, luta pelo redirecionamento do cuidado em saúde mental e reivindica o reconhecimento dos direitos dos portadores de sofrimento psíquico. Sublinhamos que a luta pelo reconhecimento de direitos de sujeitos específicos coloca-se no mesmo plano de uma expressão que remete à suspensão de direitos de certos grupos, em determinados tempos e lugares. Falamos da definição dada por Giorgio Agamben à noção de *campo*, especificamente na obra *O que resta de Auschwitz* (2010). A noção de *campo* aparece como absolutamente relacionada ao conceito de estado de exceção, tratada na obra publicada originalmente em 2003 (AGAMBEN, 2011). Nela, o autor define o *estado de exceção* como um processo de suspensão de direitos dentro do próprio sistema normativo. Assim, a suspensão de direitos não se dá fora do ordenamento jurídico ou de um Estado de direitos, mas justamente trata-se da abertura de um campo no qual “a distinção entre público e privado estão desativados” (AGAMBEN, op. cit., p. 78),

restando, para a existência de um indivíduo, apenas seu próprio corpo. Esse corpo despossuído de direitos é o que Agambem chama de *vida nua*. Cabe lembrar que Franco Basaglia convocou a imprensa brasileira e denunciou o que para ele era a existência de um campo de concentração, ainda na década de 1970, em solo brasileiro. Esse ato, narrado pelas reportagens de Hiran Firmino, dá vistas à existência de centenas de pessoas trancadas sob os muros do hospício, em condições degradantes, à espera da morte, com o respaldo do Estado. Essa denúncia ocorre após a passagem do psiquiatra italiano pelo maior hospital psiquiátrico existente Minas Gerais, localizado na cidade de Barbacena (FIRMINO, 1982). Não se trata aqui de reafirmar a posição de Basaglia, pois sabemos o quão ofensiva soa a equiparação do que foi Auschwitz com qualquer outra experiência, por mais terrível que ela seja. Trata-se, antes, de pensar a noção de *campo*, dela retirando apenas dois elementos: a suspensão de direitos, ou o estado de exceção, e a função de testemunho.

Demarcados os conceitos que nos interessam, cabe destacar que a denúncia de Basaglia foi seguida por muitas outras, dando forças à emergência de um movimento social e a emergência mesmo do citado *campo* de produção de conhecimentos, práticas, embates e enfrentamentos, o qual nomeamos como *campo da saúde mental*. Contudo, é preciso reconhecer que as contradições que envolvem o jogo entre o reconhecimento de direitos e a loucura (ou doença mental) não se esgotam com a emergência desse *campo*. Para sustentar essa premissa, procuramos evidenciar como as práticas se modificaram ao longo do tempo, modificando as formas como se articulam o tratamento, o trabalho e os direitos e, assim, a forma como são constituídos sujeitos.

Agamben (2010, p. 27) registra que existem dois termos para representar a testemunha. O primeiro deles é *testis*, que significa o “terceiro em um processo de litígio entre dois contentadores”. O segundo, *superstes*, indica aquele que “viveu algo, atravessou até o final um evento e pode portanto dar testemunho disso”. Conforme o autor, as testemunhas integrais são aquelas que não puderam fazê-lo.

Neste estudo, podemos afirmar que não demos palavras aos sobreviventes, apesar da afirmação de Agamben de que eles têm a vocação de memória e não podem deixar de testemunhar. Neste estudo, diferentemente, construímos testemunhos nos colocando como terceiros entre a instituição e as práticas colocadas em curso. Demos o estatuto de *testemunho* aos documentos analisados ao longo da tese e, de modo especial, aos Instrumentos de Avaliação dos Beneficiários do Programa de Volta para a Casa. Por isso, não falamos da Ana em si, de carne e osso, pois dela não podemos falar. Falamos

de formas-Ana, formas-Antônio, Pedro, Carmen, todos construídos por meio de exames e prescrições. Os testemunhos aqui construídos permitem que demarcemos alguns pontos, observando as *transinstitucionalizações* de espaço e as modificações das práticas ao longo da história. Agamben (2010, p. 146) designa como *testemunho* “o limiar entre o dizível e o não dizível em toda a língua, entre uma potência de dizer e a sua existência, entre uma possibilidade e uma impossibilidade de dizer”.

Perscrutando o que faz falar os arquivos ou o que deles é possível dizer junto ao que neles é silenciado, marcamos as diferentes posições de sujeitos construídas pelos escritos técnicos e pelas prescrições que buscam produzir formas de governo ou de condução das condutas. No caso dos indicados como potenciais beneficiários do Programa de Volta para a Casa, ao mesmo tempo em que marcamos a eloquência das falas que situam sujeitos como apartados do jogo social – por serem tidos como incapazes de trabalhar, localizando-os em um lugar distinto ao reconhecimento de direitos, uma vez que os posicionam entre os passíveis à providência e assistência –, observamos outra série de descrições, cujos arranjos formam imagens distintas e outros modos de composição dos sujeitos. Trata-se dos registros nos quais prevalece o silêncio. Nesses, não há referência à história pregressa, em alguns nem mesmo o registro do diagnóstico, seja como hipótese ou definição. Arriscamos dizer que são sujeitos descritos como “sem eira nem beira”, conforme o dito popular. Isto é, sujeitos destituídos de um chão onde espalhar os resultados de um plantio e destituídos igualmente de um teto para o corpo esconder e cujo ornamento pudesse ser visto de fora.

Ao considerarmos o dito popular, poderíamos dizer que um número considerável de pedidos para a inclusão de beneficiários no PVC constituiu tais candidatos como aqueles que nada têm, não lhes restando mais nada além de seus corpos. Uma vida nua. Um sobrevivente em um estado de exceção. Uma biografia mais do que precária.

Sobre esses, assim foi escrito: “atestamos para os devidos fins que o paciente XX esteve internado nesta Casa de Saúde, para tratamento especializado, sob a responsabilidade do SUS no período de 12/06/1987 a 24/04/2007” (FORMULÁRIO...1, 2013). Em outro instrumento de avaliação do beneficiário, pode-se ler: “Atestamos para os devidos fins que o paciente XX esteve internado nesta Casa de Saúde, para tratamento especializado, sob a responsabilidade do SUS no período de 26/02/1972 a 19/07/72 – 21/09/72 a 19/05/1973 e 17/04/1976 a 18/06/07” (FORMULÁRIO...2, 2013). O primeiro internado por 20 anos. O segundo, por mais de 30. Dois casos em que

o silêncio prevalece. Portanto, registra-se que, sob a chancela do Sistema Único de Saúde e a base do financiamento deste, indivíduos foram mantidos reclusos sob a justificativa de dar-lhes direito a tratamento especializado. Aos dois, ex-internos de uma instituição carioca, soma-se uma lista oriunda do sul do Brasil, na qual perfilam 47 nomes, seguidos pelas seguintes informações: sexo, município de origem, data de nascimento, instituição de internação (origem), ano de entrada, ano de saída e destino do encaminhamento.

Nessa série de registros, o silêncio choca tanto quanto a constatação dos períodos de internação. Entre eles, encontra-se um homem, internado aos 61 anos de idade no maior hospital psiquiátrico gaúcho. Lá, ele permanece por 32 anos, quando é encaminhado para um Serviço Residencial Terapêutico (FORMULÁRIO...47, 2013). Encontramos o registro de outros internos que superam esse tempo de internamento. Um deles sobreviveu a 37 anos de clausura (FORMULÁRIO...43, 2013). Outro permaneceu internado por 49 anos (FORMULÁRIO...36, 2013). Há ainda o registro de uma mulher que atravessou 45 anos de internamento e também foi *transinstitucionalizada* para um Serviço Residencial Terapêutico (FORMULÁRIO...8, 2013). Aqui, a eloquência das descrições psicopatológicas é silenciada. Também as prescrições estão ausentes. Porém, registra-se o tempo de internamento, condição primeira para a inclusão no Programa de Volta para a Casa. Nesses casos, a prevalência do silêncio dá passagem ao reconhecimento. Mais do que isso, muitos desses que poderiam ser pensados como constituídos por meio de uma biografia mais do que precária são oriundos de um hospital de tratamento e custódia, espaços reservados àqueles percebidos tradicionalmente como “loucos perigosos”, “loucos infratores” ou como “infratores loucos” (SILVA, 2003).

Sair de um espaço onde tratamento e penalidade se sobrepõem torna-se possível sob a forma de *transinstitucionalizações* para os Serviços Residenciais Terapêuticos e da inscrição daqueles como *beneficiários* do Programa de Volta para a Casa. É possível dizer que, justamente nos casos em que a fala não pode marcar o que falta, ocorre a prevalência do direito. No lugar em que se poderia apenas falar em uma biografia mais do que precária ou em vida nua, o que aparece é a inscrição de sujeitos no campo de reconhecimento de direitos.

Assim, em meio a tantas contradições que atravessam e constituem a relação entre cidadania e alienação mental ou entre a cidadania e o campo da saúde mental, a suspensão de direitos inerente à noção de campo e de estado de exceção abre espaço

para outros acontecimentos. A percepção de tal torção da história não se efetiva pela escuta de uma fala remetida a um sujeito encarnado. Ao contrário, ocorre quando se dá passagem a um testemunho, sendo este também entendido como “uma potência que adquire realidade mediante uma impotência de dizer e uma impossibilidade que adquire existência mediante uma possibilidade de falar” (AGAMBEN, 2010, p. 147). Se a autoria não nos interessa, ao termos Michel Foucault como um dos intercessores deste estudo, o mesmo não se pode dizer sobre os efeitos dos enunciados, pois, como bem define Agamben (op. cit., p. 148), “o campo de luta é a subjetividade” ou, como diria Foucault (2010a), o que nos interessa é a condução das condutas e o modo como os sujeitos são constituídos por práticas prescritivas que formam uma relação entre sujeitos, mas que também prescreve formas de relação de si consigo.

Assim, tomamos as descrições sobre Ana e sobre os tantos outros que citamos enquanto testemunhos por meio das quais pode-se indagar sobre os deslocamentos das práticas que passam da prescrição do trabalho enquanto uma terapêutica para a concessão de renda como um direito, como meio de reabilitação e reinserção social. É tempo dos estrangeiros voltarem para a casa.

4.4 Era uma vez, alguns estrangeiros: sobre a Volta para a Casa

Internado aos 28 anos, em 11 de outubro de 1994, Lucas permaneceu 13 anos internado em uma Casa de Saúde localizada no estado do Rio de Janeiro. No documento enviado ao Programa de Volta para a Casa, os técnicos responsáveis pela avaliação de Lucas informam que ele é beneficiário da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Além disso, eles registram: “quadro psiquiátrico sem alterações apreciáveis. Paciente epilético. Paciente tranquilo, ultimamente parece perceber as mudanças que estão acontecendo e a possibilidade da alta o tem feito sorrir constantemente quando abordado; paciente não se comunica verbalmente” (FORMULÁRIO...22, 2013). A avaliação prossegue com a seguinte descrição:

em 28/03/2007, após a posse do documento do INSS, paciente foi a Caixa Econômica do município XX, acompanhado de um técnico para receber seu primeiro benefício, inicialmente acumulado de R\$ 900,00, que já foi entregue a [sua] irmã XX, o próximo já está disponível, e o paciente já possui o cartão. (FORMULÁRIO...22, 2013)

O quadro psiquiátrico, junto ao acesso ao benefício social – sob a forma de pagamento em dinheiro – , compõem o breve laudo sobre alguém que viveu boa parte

da sua vida em uma instituição psiquiátrica. O documento finda com duas informações. A primeira diz respeito às medicações utilizadas por Lucas. A segunda, por sua vez, refere-se à indicação do “projeto terapêutico”: “retorno ao lar”. Desse modo, encerra-se, em poucas palavras, uma história de institucionalização. No entanto, o projeto terapêutico sinaliza um novo tempo das políticas públicas de saúde mental brasileira. Isso porque ele indica o alinhamento entre a possibilidade de alta (e o consequente retorno ao lar, em alguns casos) e o recebimento de um benefício social pago em dinheiro. Esse alinhamento pode ser visibilizado por meio da análise dos documentos do Programa de Volta para a Casa. Por meio da análise desses documentos e da busca por situá-los no fluxo de suas condições de possibilidade, vemos se delinear um deslocamento das práticas e dos discursos no que tange àqueles percebidos como “pessoas acometidas de transtornos mentais”. Com efeito, nos discursos que permeiam os documentos do Programa de Volta para a Casa, não se observa referência a uma espécie de cidadania mediada pelo trabalho, ou cidadania regulada; observa-se um apelo para a produção da cidadania, sendo a mesma requerida como um efeito das práticas de saúde mental. No caso de Lucas, outro deslocamento pode ser assinalado. Assim, nos escritos produzidos para a sua inclusão também como *beneficiário* do Programa de Volta para a Casa, vemos que a prescrição do trabalho como terapêutica passa a ser recoberta pela concessão da renda. Neste tempo que é o nosso, no campo da saúde mental, a concessão de renda passa a ser enunciada como possibilidade de inserção social e, mais do que isso, como acesso à cidadania.

Assim como as práticas se modificam, igualmente se modifica o modo como a cidadania foi percebida ao longo da história. Por isso, para pensarmos sobre esse tempo que é o nosso e prosseguirmos com a discussão sobre a produção dos sujeitos no campo da saúde mental, precisamos ainda dar um passo atrás para esboçar como a cidadania se circunscreve na Antiguidade. Somente assim poderemos delinear as diferenças que se apresentam hoje. Para tanto, lançaremos mão, mais uma vez, da leitura de Foucault. Por meio desse movimento de ir e vir, buscamos, a todo o tempo, colocar em questão o que fazemos hoje, no sentido de produzir e posicionar sujeitos como usuários dos serviços de saúde mental, sendo estes vistos e ditos também como cidadãos para os quais o tratamento é um direito.

Na Atenas de meados do século V, o direito à cidadania dependia do nascimento de um filho cujo pai e cuja mãe fossem atenienses. Conforme a leitura de Foucault a respeito desse contexto, “essa legislação extremamente severa, típica mais uma vez de

Atenas, tinha por objetivo evitar a inflação do número de cidadãos. Aliás, ela teve por efeito, é claro, rareá-los também” (FOUCAULT, 2010d, p. 93). Aos estrangeiros, ou aos nascidos em Atenas, mas que estrangeiro um de seus pais fosse, era vetado o direito à cidadania e, como consequência, vetava-se também a liberdade de fala ou a *parresia*, entendida como o franco falar. No curso *Do governo dos vivos* (2010d), Foucault esclarece que aquele que tem o direito à *parresia* pode exercer, na cidade, um poder que se difere da tirania. Isso porque trata-se do direito à fala que se coloca no jogo político da cidade, com direito a persuadir aqueles que estão na posição de serem comandados, mas com a premissa de que a liberdade de ambos restará inteira, podendo ou não a persuasão surtir efeitos. É o pertencimento a uma terra e a um solo que proporciona, de fato e de direito, a *parresia*. Portanto, é pelo nascimento que há a transmissão do um direito de ser cidadão, restando ao estrangeiro poucas possibilidades de integração à cidade, mas sempre com a condição de que sua língua permanecerá serva e não será livre como a dos cidadãos (FOUCAULT, op. cit.).

No curso *Do governo de si e dos outros*, a interpretação que faz Foucault do texto de Eurípedes dá mostras das condições estabelecidas em determinada época para que um indivíduo se tornasse um cidadão. Naquele contexto, existia uma série de condições para que o cidadão tivesse acesso à fala livre e franca. Como consequência, a *parresia* atrela-se de modo estrito à liberdade. No texto *A ética do cuidado de si como prática da liberdade* (2002b), Foucault assegura que a “preocupação com a liberdade foi um problema essencial, permanente, durante os oito grande séculos da cultura antiga” (FOUCAULT, op. cit., p. 268). Nesse tempo, liberdade e ética são indissociáveis. O problema abordado nesse texto também é explorado por ocasião do curso *A Hermenêutica do sujeito* (1981-1982/2010b). Resguardadas as diferenças de extensão e profundidade das análises entre o texto e o curso, é preciso salientar que, em ambas as ocasiões, há o reconhecimento da proximidade entre a ética e o cuidado de si. De igual maneira, ao mesmo tempo em que o imperativo “cuida-te de ti mesmo” (FOUCAULT, 2002b, p. 269) remete às premissas socrático-platônicas e à contemplação da alma, ele implica o conhecimento de uma série de regras de conduta ou de princípios que são, ao mesmo tempo, verdades e prescrições. Segundo o filósofo, cuidar-se de si na Antiguidade dizia respeito a conhecer-se a si mesmo. No entanto, esse não era o fim, pois conhecer-se a si mesmo relacionava-se a apropriar-se de uma série de verdades que prescrevem formas para uma vida, constituindo assim um *ethos*, no sentido de uma maneira de ser e de se conduzir.

Assim, se a liberdade e a ética não se dissociam, o mesmo pode-se dizer em relação à formação de um *ethos* e dos jogos de verdade. O *ethos* ao qual se refere Foucault (2006) tornava-se visível pelas maneiras de ser e fazer de um sujeito, o que inclui hábitos, a forma de caminhar e de responder aos acontecimentos. Nesse contexto, a constituição de um *ethos* honroso, a ponto de servir de exemplo a outros, dependia de “um preciso trabalho de si sobre si mesmo” (2006, p. 270). Com efeito, a participação na *pólis*, mesmo que decorresse de um direito de nascimento, exigia muito mais, uma vez que estava pressuposto que “o cuidado de si vem eticamente em primeiro lugar, na medida em que a relação consigo mesmo é ontologicamente primária” (FOUCAULT, 2006, p. 271).

Como já apontado em outros momentos, Foucault interroga a Antiguidade interessado não só naquele período, mas porque está implicado com as questões de seu próprio tempo. Por isso, ele afirma que se utiliza do problema entre as formas de verdade e os modos de condução das condutas para analisar como o sujeito se constitui. Ele entende a noção de sujeito, vale repetir, não como uma substância, mas como uma forma. Ao assumir essa posição, o filósofo nos mostra que entender o sujeito como forma pressupõe percebê-lo como constituído em meio às práticas. Nas palavras de Foucault, “as práticas não são alguma coisa que o próprio indivíduo invente. São esquemas que ele encontra em sua cultura e que lhe são propostos, sugeridos, impostos por sua cultura, sua sociedade e seu grupo social” (FOUCAULT, 2006, p. 275). A investigação desses jogos permite-nos interrogar sobre os processos de subjetivação de um tempo, permitindo também a ampliação da liberdade com a qual por eles transitamos.

O retorno às leituras de Foucault sobre o mundo antigo permitiu-nos observar que a cidadania estava circunscrita a condições específicas, as quais tinham como uma das funções operar uma espécie de restrição ao acesso à condição de cidadão. Diferentemente, na atualidade, de modo ainda mais específico no campo da saúde mental, a cidadania é recolocada como uma promessa ou como um efeito que poderia decorrer de práticas específicas. Ao menos é esse o discurso que sustenta a reabilitação psicossocial, nomeada por Benedetto Saraceno⁸ como uma abordagem, o que, para ele,

⁸ Psiquiatria italiano, formado por Franco Basaglia e Franco Rotelli, considerado um expoente no campo da Reabilitação Psicossocial em saúde mental.

está para além de uma técnica. A reabilitação psicossocial é uma das grandes linhas de composição do Programa de Volta para a Casa, cujos objetivos são assim enunciados:

contribuir efetivamente para o processo de inserção social [das pessoas acometidas de transtornos mentais], incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. (BRASIL, 2003, p. 1)

Inserção social, assistência em saúde mental e cidadania: três objetivos que, por meio do Programa de Volta para a Casa, são articulados à reabilitação psicossocial. Para Saraceno (1996), a reabilitação psicossocial deve ser entendida como “um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social” (SARACENO, op. cit., p. 15). Esses três cenários, por ele definidos como a casa, o mercado (local de compras e trocas) e o trabalho, são os diferentes contextos em que cada sujeito terá seu poder contratual ampliado ou reduzido, uma vez que neles lida-se com afetos, dinheiro, poderes e símbolos. Como poder contratual ou contratualidade, o psiquiatra define “a habilidade do indivíduo de efetuar suas trocas” (SARACENO, op. cit., p. 16).

Tais definições são apresentadas por Saraceno durante uma conferência por ele proferida no *I Encontro Brasileiro de Reabilitação Psicossocial*, realizado em julho de 1995, no Teatro da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (PITTA, 1996). Na ocasião, ao discutir as práticas colocadas em curso na década de 1990 no campo da saúde mental, o psiquiatra sustenta: “não necessitamos de esquizofrênicos pintores, necessitamos de esquizofrênicos cidadãos, não necessitamos que façam cinzeiros, necessitamos que exerçam a sua cidadania” (SARACENO, op. cit., p. 16). Ao consideramos a posição de Saraceno, podemos dizer que a cidadania é enunciada como um produto ou como um efeito. Assim, no contexto das práticas em saúde mental contemporâneas, a cidadania não é constituída como condição primeira ou ligada ao nascimento, mas como algo que se produz. É Saraceno quem explica:

A construção da plena cidadania, ponto fundamental da reabilitação psicossocial, depende de variáveis que operam contra ou operam a favor da contratualidade em casa, no trabalho, na rede social. Tudo o que está contra isso está contra a reabilitação. Tudo o que está a favor disso é uma variável que coopera para a reabilitação. (SARACENO, op. cit., p. 18)

Ele ainda indaga: “onde estão estas variáveis?”. Ao que ele mesmo responde: “elas estão na organização do pessoal dentro de um serviço, em quanto tempo se está exercendo sua prática, em qual é sua área de atuação, na hospitalidade que oferece, na liberdade que se dá para que se esconda uma vassoura, ou não. Estas são as variáveis que determinam a reabilitação” (p. 18).

Ao mesmo tempo em que Saraceno objetiva a cidadania como o poder de contratualidade que alguém detém, o qual se traduz sob a forma do exercício de trocas nos espaços privados (casa) e públicos (mercado e trabalho), ele circunscreve a um local e a um grupo especializados a tarefa de promover “o processo de reconstrução” e a constituição do “pleno exercício da cidadania de um outro” (p. 16). Assim, nos discursos que sustentam a reabilitação psicossocial, não é à cidade, ao nascimento ou mesmo ao exercício do sujeito sobre si que reside o acesso à cidadania. Diferentemente, a produção da cidadania compete ao serviço de saúde mental e aos seus trabalhadores. Assinalamos, portanto, um deslocamento do âmbito político para o campo das técnicas e das práticas de saúde mental, o que se materializa, poderíamos dizer, em uma pragmática do sujeito.

Para finalizar sua conferência, o psiquiatra italiano exorta os “reabilitadores”, tal como ele designa sua plateia, a pensar sobre a palavra entretenimento. Na ocasião, ele apresenta duas acepções para o termo. A primeira referência é ao italiano, em cujo idioma a palavra *entretenimento* relaciona-se à diversão, produzida pelo canto, pela dança e pela bebida. Quanto ao latim, Saraceno (p. 18) diz que “entretenimento também significa manter dentro”. Ele termina dizendo que a reabilitação precisa assumir outra direção que não entreter os sujeitos para mantê-los dentro da hospitalização e dentro da cultura psiquiatrizante que sustenta a lógica da enfermidade.

Ao tratar do entretenimento, as últimas palavras proferidas durante a conferência parecem assumir a forma de um acontecimento ou mesmo de um imprevisto, pois que ocorre uma reviravolta no próprio discurso ou algo que produz uma abertura com o objetivo de reverter a direção da própria fala ou ainda das práticas colocadas em curso no momento em que Saraceno vive e fala. Assim, paradoxalmente, se a reabilitação deve ser uma prática inerente aos serviços de saúde mental e aos seus trabalhadores, os efeitos de sua ação devem visar à produção de um cidadão que não permaneça dentro, mas que possa se posicionar fora do espaço clássico das práticas psiquiátricas: o hospital, ou mesmo os serviços abertos de saúde mental. Mais uma vez, a relação entre cidadania e doença mental (contemporaneamente, *saúde mental*) atrela-se ao dentro e ao

fora da instituição. Na década de 1990, como podemos depreender da posição de Saraceno (op. cit.), a produção de certa performatividade “cidadã” ainda mantém-se como atributo dos especialistas, mas o exercício da cidadania vislumbrado para *usuários dos serviços de saúde mental* deve ocorrer fora do espaço institucional. Esboça-se uma espécie não só de cidadania pré-fabricada, mas também tutelada, pois que ela ainda é atrelada a um saber-fazer que está aquém e além do indivíduo e que se coloca para o sujeito sob a forma de prescrições a serem seguidas. Podemos dizer que essa é mais uma das posições ou dos modos de ser sujeitos delineados neste tempo que é o nosso. A cidadania, ao ser integrada às formas visibilidade e dizibilidade da clientela dos serviços de saúde mental, produz efeitos nos modos como tal clientela passa a pensar sobre si. Além disso, constitui uma percepção que possibilita o deslocamento não só da posição de sujeito, mas do lugar de incidência das práticas. Isto é, a percepção que se forma na contemporaneidade em relação à cidadania dos loucos cria as condições necessárias para sua *transinstitucionalização* ou para uma existência possível fora dos hospitais psiquiátricos.

Assim, a problemática do dentro e fora continua. Cabe então nos lembrar de Lucas, o qual, mediante os acontecimentos contemporâneos no campo da saúde mental (o que inclui os movimentos sociais e a formulação de políticas públicas, por exemplo), passa a ser descrito como possuidor de um benefício social e como candidato a *beneficiário* do Programa de Volta para a Casa. Alguém que ainda está posicionado como *interno* de um hospital psiquiátrico, mas para quem se torna possível a indicação de um plano terapêutico cuja única prescrição é: “voltar para a casa” (FORMULÁRIO...22, 2013).

Pensar para além do manicômio: essa é a ênfase que Roberto Tykanori Kinoshita⁹ dá ao seu pronunciamento durante o mesmo encontro no qual falou Saraceno. Ele, médico por formação e declarado militante da Reforma Psiquiátrica, demarca que a desmontagem das instituições manicomiais já se encontra em andamento no momento mesmo no qual ele fala. Na ocasião, Kinoshita argumenta que “os manicômios têm a capacidade de transformar qualquer manifestação de poder (positivo) por parte do paciente em negatividade pura. É por isto que é o lugar da troca zero” (KINOSHITA, 1996, p. 56). Para Kinoshita, o movimento que posiciona sujeitos em um lugar de “troca zero” é aquele que elimina o poder contratual de um indivíduo. Em sua percepção, esse

⁹ Em 2011, Roberto Tykanori Kinoshita assumiu, no Brasil, a Coordenação Nacional de Saúde Mental.

poder contratual se organiza em torno de três dimensões: a troca de bens, de mensagens e de afetos. Na mesma linha de Saraceno, o médico brasileiro circunscreve dimensões que perpassam os âmbitos público e privado, delimitando trocas que envolvem dinheiro, linguagem e afeto. Para ele, no universo social, são atribuídos valores prévios a cada indivíduo, o que media o processo de trocas. No entanto, no caso particular da pessoa que recebe o atributo de doente mental, decreta-se – junto ao diagnóstico – a sua negatividade no plano social. Com efeito, Kinoshita sustenta que, quando alguém é descrito como doente mental, anula-se o seu poder de contrato, de modo que “os bens dos loucos tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis, os afetos desnaturados. Tornando impossível qualquer possibilidade de trocas” (ibid., p. 55-56).

Como consequência, o fim do manicômio, por si só, não extingue o “lugar de troca zero”, pois perpetua-se, para além do espaço físico, relações marcadas por determinados campos de saber, os quais não só diagnosticam ou descrevem, mas também prescrevem formas de existir. Desse modo, frente à complexidade do tema que aborda, Kinoshita reconhece que, mesmo com o processo de extinção dos manicômios colocado em curso, no caso dos sujeitos tidos como doentes mentais, “não tem sido automática a passagem de uma situação de desvalor para uma situação de participação efetiva no intercâmbio social” (ibid., p. 56). Nesse sentido, observamos mais uma convergência com a posição de Saraceno (op. cit.), a qual se refere às estratégias para a reinserção do “louco” nas trocas sociais. Kinoshita também investe na noção de reabilitação psicossocial, a qual ele define como “um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia”. Conforme suas últimas palavras, “entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente” (KINOSHITA, op. cit., p. 57). Novamente, os serviços de saúde mental e seus trabalhadores são apontados como os protagonistas do processo de reabilitação psicossocial, sendo os mesmos capazes de realizar a promessa feita pela atualidade: restituir a cidadania aos usuários dos serviços de saúde mental. Logo, se o discurso em torno da cura quase é silenciado, outros termos aparecem para indicar os efeitos esperados das práticas atuais. Ainda é Kinoshita quem indaga: “e como alguém doente pode tornar-se autônomo?” Ao que ele mesmo responde:

A contratualidade do usuário primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se estes podem usar o seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois

pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se [...]. (ibid., p. 56-57)

Torna-se, portanto, trabalho prescrito para aqueles que atuam nos serviços de saúde mental o estabelecimento de relações que ampliem o poder de contratualidade dos usuários. Dessa maneira, não se trata apenas de produzir novos sujeitos *usuários*, mas também novos *técnicos*, o que, certamente, não ocorre como uma “passagem automática”, para retomar as palavras de Kinoshita (op. cit.). Ao nos determos nas práticas desenvolvidas nesse contexto que enuncia a busca por “enriquecer subjetividades”, observamos que as tensões entre o dentro e o fora da instituição se intensificam, assim como os impasses que se colocam entre a proposta de constituir sujeitos autônomos e a recorrência a transcrever as ações de um indivíduo como sinais e sintomas de um quadro psicopatológico. Consideramos que as descrições a respeito de Moema, outra *candidata a beneficiária* do Programa de Volta para a Casa, nos ajudam a visibilizar tais conflitos, os quais emergem da demanda de produção de cidadania e saúde feita aos novos serviços, mas também aos antigos hospitais, aqueles historicamente acusados de serem promotores de adoecimento e iatrogenia, e aos trabalhadores que nele atuam.

Os técnicos, ao falarem sobre Moema, são eloquentes sobre o processo de transição ou de *transinstitucionalização*, o qual passa a enunciar a casa e a família como possibilidades de investimento e retorno daqueles que não encontraram mais lugar nas cidades, tais como os estrangeiros na época de Atenas. Sobre Moema, cabe dizer que ela é mais uma brasileira, descrita como solteira e sem informações sobre escolaridade ou profissão. Em agosto de 2006, quando são produzidos os relatórios para a solicitação de sua inclusão no Programa de Volta para a Casa, ela encontrava-se ainda internada em um hospital psiquiátrico situado em uma das capitais do nordeste brasileiro. Na época, estava internada há 26 anos, momento em que um dos técnicos responsáveis por sua avaliação informa que o relatório por ele redigido baseia-se em informações retiradas do “prontuário do arquivo e do atual” (FORMULÁRIO...3, 2013). Conforme o Relatório Social:

A Sra. Moema foi admitida neste Centro Psiquiátrico em 12 de dezembro de 1979. É natural de [um município distante a 53 km da capital do estado], apresentando problemas de saúde na adolescência com várias internações em clínicas psiquiátricas, com períodos curtos de alta hospitalar.

A paciente recebe benefício tendo como curador o irmão XX que com o valor do benefício compra materiais de higiene íntima e pessoal e roupas para a interna, assim como utiliza para ajudar nas despesas domésticas.

Recebe visita mensal do irmão e da cunhada.

A paciente é agressiva tanto verbalmente quanto fisicamente. Ela não gosta que mexam nos seus pertences e apresenta autoritarismo.

Na audiência ocorrida no dia 15/02, do corrente ano, no Ministério Público do município XX, o irmão da paciente afirmou que prefere que Moema seja encaminhada para sua residência, retornando ao convívio familiar. (FORMULÁRIO...3, 2013)

Após esses relatos, o técnico descreve uma saída com Moema do Hospital Psiquiátrico, prosseguindo com outra avaliação a respeito de um dos aspectos de seu estado mental, no caso, o humor. Como relatou o técnico

No dia 21/08/06, a paciente acompanhada por mim e por uma profissional da enfermagem, foi ao [seu município de origem] para passar alguns dias na casa do irmão. A paciente ficou muito feliz durante os dias que conviveu com o irmão, a cunhada e os sobrinhos, chegando a ficar irritada quando no dia 24/08 fomos busca-la e trazê-la de volta ao hospital.

Segue ao Relatório Social, o Relatório Médico psiquiatra:

A paciente [Moema] é portadora de transtorno mental crônico, CID F20, com curso de enfermidade superior a 20 anos. Neste hospital encontra-se internada há 25 anos, como familiares tem seu irmão, uma amiga por nome XX, que é sua curadora e frequenta o hospital mensalmente. Sua mãe faleceu há dois anos. Seu quadro clínico é estável, com heteroagressividade, ideias delirantes, pensamento incoerente, afeto ambivalente, quando sai para final de semana com os familiares retorna deprimida e agressiva com quem tenta lhe abordar.

Seu prognóstico é ruim, pois não responde bem aos psicotrópicos. Faz uso de haloperidol, carbamazepina e prometazina.

Qual testemunho fazem esses documentos? O que, para além do escrito, passa a ser dito quando se transcrevem as manifestações de alegria e tristeza de Moema entre o ir e vir do hospital como indícios de agressividade, irritação, autoritarismo e depressão? Do que se fala quando se diz que a interna não gosta que mexam em seus pertences? Tais documentos apontam uma situação fronteira em que a transposição do limiar da instituição não se faz sem tensão. Mesmo que Moema ou tantos outros saiam do espaço hospitalar, eles sairão marcados por uma forma de constituí-los como rasurados pelos sinais e sintomas inscritos pela descrição psicopatológica em seus corpos, mas também no corpo social e político do tempo em que a forma de tratamento a eles imposta foi produzida. Franco Rotelli¹⁰, Ota Leronardis e Diana Mauri afirmam que a Psiquiatria, mais do que qualquer outra, é uma “instituição que administra aquilo que sobra”. Uma

¹⁰ Psiquiatra italiano e ativo militante do processo de Reforma Psiquiátrica realizado em Gorizia e Trieste, ambas as cidades italianas.

instituição residual, que historicamente foi tratada como local de “ocultamento de tudo aquilo que como sofrimento, miséria ou distúrbio social, resulta incoerente frente aos códigos de interpretação e intervenção das instituições que fazem fronteira com a psiquiatria, ou seja, a medicina, a justiça e a assistência” (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 1990, p. 26-27).

Se, tradicionalmente, as instituições psiquiátricas lidaram com o resto social, no momento da avaliação de Moema, a diferença é que a própria instituição é convocada a lidar com os seus restos, os remanescentes, aqueles que sobreviveram a décadas de internamento, ainda em condições de serem descritos como autoritários, agressivos e irritados. Tantos corpos dobrados por anos de instituição. No entanto, neles algo ainda resta. E isso que resta passa a ser pensado e falado de outros modos, pensando-os como passíveis de serem reinseridos na cidade. Junto à reabilitação psicossocial emerge a noção de *desinstitucionalização*, a qual também articula trabalho, cidadania e tratamento, mas, agora, de outros modos que não como na década de 1920.

Antes de prosseguirmos com os discursos em torno da desinstitucionalização e com a discussão sobre os marcadores que dele emergem, cabe nos determos em algumas noções que aproximam as práticas de reabilitação psicossocial e desinstitucionalização para delimitarmos as condições de emergência da concessão de renda no campo da saúde mental como algo possível do nosso tempo e como o meio enunciado de produzir a reinserção social dos usuários dos serviços de saúde mental e a consequente *volta para a casa*. Por esse motivo, cabe recolocar uma questão: no que se refere à produção de sujeitos, qual a linearidade entre a ampliação da autonomia e da contratualidade?

Essa interrogação encontra reverberação no texto *Co-construção de autonomia: o sujeito em questão*, de Rosana T. Onoko Campos e Gastão Wagner de Souza Campos (2006). Nele, os autores defendem que é também papel dos serviços de saúde se implicarem no processo de co-produção da autonomia de seus usuários. É oportuno observar que a expressão “usuários” é recorrente no texto, sinalizando uma posição que situa a clientela dos serviços de saúde de outro modo, diferentemente de nomeá-los como doentes ou pacientes. Além disso, os autores demarcam: “a autonomia é ao mesmo tempo um *alvo almejado* e um *meio* para as nossas intervenções” (CAMPOS; CAMPOS, op. cit., p. 681 – grifos no original). Nesse sentido, a linearidade entre autonomia e contratualidade refere-se à percepção de ambas como passíveis de serem produzidas. Com efeito, opera-se, entre a década de 1990 e de 2000, uma modificação nos discursos e nas práticas, de tal forma que sujeitos antes constituídos como alvos das

internações psiquiátricas – por serem doentes mentais, oferecerem perigo ou por não trabalharem – passam a ser descritos como sujeitos passíveis de se tornarem autônomos, desde que os serviços se comprometam com essa nova percepção.

Ao situarem a autonomia como alvo e como meio das intervenções, os autores a definem “como a capacidade do sujeito em lidar com sua rede de dependências”, o que significa, conforme os autores, “um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos” (ibid., p. 670). Nessa perspectiva, a autonomia sempre estará ligada à relação do sujeito com ele mesmo, mas também com os outros, sendo que esses outros têm um caráter grandemente ampliado, abarcando um sistema legislativo democrático, a economia, a implementação de políticas públicas e a cultura. Será por meio da articulação de uma série de fatores, os quais incluem o acesso às informações e a capacidade de utilizá-las, que poderá emergir aquele que Campos e Campos (op. cit., p. 671) nomeiam como um *sujeito autônomo*. O sujeito autônomo é por eles definido como “o sujeito da reflexão e da ação”, o qual consegue lidar com as informações e com o conhecimento, utilizando-os para pensar e refletir sobre si, mas que também consegue utilizar o conhecimento e a reflexão para agir no mundo. Trata-se, portanto, “da capacidade do sujeito de lidar com o sistema de poder, de operar com conflitos e de estabelecer compromissos e contratos com outros sujeitos para criar bem-estar e contextos mais democráticos” (ibid., p. 271). Nesse sentido, a autonomia pode ser entendida como a capacidade de participar do jogo social, não apenas como alguém cuja conduta é conduzida por outro, mas como alguém que cumpre regras e ainda estabelece contratos.

Os autores abordam o campo da saúde em geral, muito embora a discussão que apresentam seja pertinente para o campo da saúde mental. Isso porque, ao escreverem, eles evidenciam a percepção de que a autonomia não pode ser entendida como um conceito estático. Ao contrário, os autores salientam o caráter dinâmico dessa noção, demarcando que ela articula, a um só tempo, a conjuntura política de uma época, o contexto social e a constituição de sujeitos. Em um tempo anterior, Rotelli, Leonardis e Mauri (op. cit.) já haviam se posicionado a esse respeito, indicando que, em relação aos doentes mentais, a mudança na forma de percebê-los e deles cuidar depende de uma intervenção que incida sobre “o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e relações de poder que se estruturam em torno do objeto ‘doença’” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, op. cit., p. 30). Para

eles, ao incidir sobre esse conjunto articulado que produziu o que passou a se entender como doença mental, pode-se desconstruir a relação causal *doença-cura*, possibilitando que os sujeitos sejam percebidos em sua forma de “existência-sofrimento”, o que está absolutamente relacionado ao contexto social de uma época.

Ao proporem uma abordagem que se distancie da ênfase no processo de cura, os autores defendem o maciço investimento não mais nas instituições, mas nas pessoas, o que se traduz na busca pela “invenção da saúde” e pela “produção social do paciente”. Para eles, esse é o cerne do processo de desinstitucionalização (ibid., p. 30). Para tanto, a desinstitucionalização é um processo cujas ações são desencadeadas no interior da instituição. No entanto, o que orienta o seu o foco é a produção de sujeitos. Partindo desse pressuposto e com vistas a explicitarem o movimento do qual participam, os italianos supracitados definem quem são os principais atores envolvidos no processo de desinstitucionalização. Em seguida, eles nomeiam algumas práticas que buscam estabelecer sobre outros moldes a relação de cuidado e, em última medida, a forma de condução das condutas no espaço institucional. Em relação ao primeiro aspecto destacado, encontramos no texto a seguinte afirmação:

Os principais atores do processo de desinstitucionalização são antes de tudo os técnicos que trabalham no interior das instituições, os quais transformam a organização, as relações e as regras do jogo exercitando ativamente o seu papel terapêutico de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, etc... Sobre esta base também os pacientes se tornam atores e a relação terapêutica torna-se uma fonte de poder que é utilizada também para chamar à responsabilidade e ao poder os outros atores institucionais, próximos ou não, os administradores locais responsáveis pela saúde mental, os técnicos das estruturas sanitárias locais, os políticos, etc... (ibid., p. 30)

A posição assumida na passagem acima indica que os técnicos das instituições psiquiátricas são convocados a se responsabilizarem pela realização de uma prática que possibilite a saída dos internos da instituição. No entanto, o trabalho que lhes é atribuído não se esgota nesse ponto. Ao contrário, o que se preconiza é que os trabalhadores façam uma mediação não só com o espaço público quanto com os serviços e gestores locais. Nesse movimento, também os pacientes são posicionados de outro modo, sendo enunciados como “sujeitos da ação”, para utilizar a expressão de Campos e Campos (op. cit.), o que está relacionado a um conjunto de práticas que visam a modificar a instituição, mas também o estatuto do paciente. Em relação às práticas colocadas em curso no processo de desinstitucionalização, os autores destacam:

no trabalho de desconstrução do manicômio, esta transformação é produzida através de gestos elementares: eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstituir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, op. cit., p. 32).

A desinstitucionalização italiana é também um movimento de formação de uma nova discursividade ou de novas formas de ver e dizer sobre a produção de sujeitos. Dessa maneira, é demarcada uma busca pela transformação das formas de conhecimento que transcreveram a alienação em doença mental, demonstrando que essa articulação só pode ocorrer quando ancorada em espaços institucionais e nos arranjos políticos de um tempo. Por meio das práticas citadas, visa-se, a um só tempo, a desconstruir o aparato manicomial, em sua forma de conhecimento, em seu suporte físico, mas também nas promessas que se faz. A proposta é por retirar a cura do lugar da promessa, e, ao fazer isso, as práticas preconizadas objetivam estabelecer novas relações entre trabalhadores e pacientes. Mais do que isso, como pode ser observado na passagem anterior, há uma prescrição ativa de práticas que visam a incidir na relação do sujeito consigo mesmo.

Com os discursos que emergem a partir dos anos de 1970, no exterior, e por volta dos anos de 1980, no Brasil, percebemos que as noções de autonomia, cidadania e desinstitucionalização produzem, gradativamente, outra forma de ver e falar sobre aqueles que vão sendo constituídos como a clientela dos serviços de saúde mental. Conforme aqueles que produzem e testemunham o processo de desinstitucionalização colocado em curso em Gorizia e Trieste, o objetivo da desinstitucionalização está para além da ruptura com a Psiquiatria asilada em seus manicômios, pois, para eles,

[...] a desinstitucionalização muda progressivamente o estatuto jurídico do paciente (de paciente coagido a paciente voluntário, depois o paciente como “hóspede”, depois a eliminação dos diversos tipos de tutela jurídica, depois o restabelecimento de todos os direitos civis). Em síntese, o paciente se torna cidadão de pleno direito e muda com isto a natureza do contrato com os serviços (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, op. cit., p. 34).

Pode-se dizer que tratamento, trabalho e direito se rearticulam, produzindo novos sujeitos no campo da saúde mental. Ao se eliminar a ergoterapia, elimina-se também uma antiga promessa de restituição da cidadania por meio do trabalho. Além disso, desestabiliza-se uma antiga vinculação entre o trabalho e o acesso aos direitos.

Nesse sentido, aqueles que não trabalham deixam de ser forçados a trabalhar como uma prática terapêutica e são posicionados de outro modo que não mais como os vagabundos, aqueles que não trabalham porque não querem (CASTEL, op. cit.). Trata-se, agora, de um tempo em que se consolida a noção de “direitos sociais universais como parte da condição de cidadania”, subvertendo, de certo modo, um tempo em que os direitos eram restritos aos trabalhadores vinculados à previdência social (FLEURY, op. cit., p. 745). Contudo, junto ao que se modifica, algo permanece. E entre o novo e o velho, o dentro e o fora, algo se coloca em nosso tempo. Isso que sobra aparece em um trecho dos escritos de Rotelli, Leonardis e Mauri (op. cit.), qual seja, a concessão de renda. Nesse sentido, o acesso à renda passa a ser falado como uma das condições para a transformação do *paciente coagido* em *paciente cidadão*. De modo literal, aparece nos escritos dos autores citados a necessidade de restabelecimento “de uma base de rendimentos para [o cidadão] poder ter acesso aos intercâmbios sociais” (ibid., p. 32). Assim, o dinheiro insere-se nessa lógica como um meio para o restabelecimento da “troca de mensagens, afetos e bens” (KINOSHITA, op. cit.) ou de contratualidade nos “espaços de casa, do mercado e do trabalho” (SARACENO, op. cit.). Neste contexto que vivemos hoje, torna-se oportuno lembrar o registro de Foucault (FOUCAULT, 2006) de que a modernidade e as práticas psiquiátricas fazem com que a liberdade tenha um preço.

No momento atual das políticas públicas de saúde mental brasileiras, as noções até agora discutidas engendram práticas, as quais são prescritas como formas de cuidado. Nesse sentido, não podemos nos esquecer que a formação do campo da saúde mental decorre de uma série de crises, entre elas as duras críticas à forma de saber-poder das disciplinas e das instituições psiquiátricas, mas também há que se levar em conta o contexto de acirradas desigualdades sociais, no qual o mercado é também produtor de verdades e agenciador de formas de governo da vida humana. Se o quadro no qual estamos todos inseridos é o neoliberalismo econômico¹¹, Fleury (op. cit., p. 749) acentua que o tempo atual é marcado por uma profunda “transformação que acentuou valores como o individualismo e o consumismo [...], orientando-nos cada vez mais para um padrão norte-americano de sociedade de consumo, em detrimento de valores como a solidariedade, a igualdade e a participação cívica”. Como consequência, ao mesmo

¹¹ A esse respeito, remetemos o leitor às obras de Foucault *Território, segurança e população* e *O Nascimento da biopolítica*.

tempo em que se estabelece uma forma de universalização dos direitos, forma-se uma espécie de gestão individualizada dos riscos, o que se concretiza “em programas de proteção focalizados, cujos benefícios em serviços ou transferência de renda implicam requerimento de provas de necessidades e o cumprimento de certas condicionalidades impostas aos beneficiários” (ibid., p. 749). Assim, ao mesmo tempo em que a saúde emerge como um direito de todos, ela também acaba por ser objetivada como um bem de consumo, o que se apresenta, na perspectiva de Fleury, como um paradoxo a ser enfrentado. Para ela, a consciência política do direito à saúde forma-se em um tempo em que perdem forças as grandes lutas pela igualdade. Como consequência, a compreensão do direito à saúde desloca-se do conjunto dos direitos humanos para integrar-se como parte do direito dos consumidores. Cabe lembrar que, no Brasil, a discursividade dos direitos dos usuários de saúde mental é contemporânea à conformação do Código de Defesa dos Consumidores, sancionado em 11 de setembro de 1990 por Fernando Collor¹².

Com efeito, vivemos em um momento cujos fios de sua composição podem ser assim delineados: a) os conceitos são percebidos em seu caráter dinâmico e são fortemente atrelados ao contexto de sua produção; b) o tratamento em saúde mental é enunciado e requerido como um direito; c) a produção do cidadão é preconizada como uma meta de serviços e programas de saúde mental; d) o acesso à renda passa a operar o efeito antes reservado ao trabalho. Em meio a tudo isso, torna-se possível a emergência de uma forma objetiva de avaliação da autonomia daqueles que restaram ou dos *possíveis ex-internos* dos hospitais psiquiátricos, muitos dos quais são indicados como candidatos a *beneficiários* do Programa de Volta para a Casa.

Assim, no contexto do Programa de Volta para a Casa, a autonomia é um dos aspectos que devem ser avaliados pelos técnicos que procedem à indicação de um *beneficiário*. Para orientar o exame, como já referido, há um roteiro elaborado pela coordenação nacional do Programa, nomeado como Instrumento de Avaliação do Beneficiário. Nesse formulário, o item IV requer o registro sobre os “dados clínicos e autonomia do usuário”. Referente aos dados clínicos, deve-se anotar o diagnóstico principal e se o usuário apresenta outras morbidades, que, em caso afirmativo, devem ser citadas. Sobre a autonomia, são indicadas quatro perguntas, cujas respostas devem

¹² Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078.htm. Acesso 21/10/2013.

ser escolhidas entre as opções existentes no formulário. Conforme o documento, avalie a autonomia por meio das seguintes questões:

3. [Paciente] apresenta autonomia para ir ao banco receber o benefício?
 - Sozinho; - Acompanhado de familiares/ outras pessoas
4. Qual a autonomia do paciente para administrar dinheiro?
 - Total; - Parcial; - Necessita da ajuda de terceiros
5. Apresenta condições físicas para:
 - Locomoção; - Comunicação verbal; - Coordenação motora
6. Apresenta situação de saúde que necessite de cuidados especiais:
 - paciente idoso; - acamado; - Deficiente mental

Nas palavras de Kinoshita, “reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia” (op. cit., p. 56). Quando alinhamos essa definição ao modo como a autonomia é avaliada no processo de inserção de um beneficiário no Programa de Volta para a Casa, observamos que, mais do que gerar normas para a própria vida ou constituir um sujeito da reflexão e ação, busca-se avaliar as condições de um sujeito para participar dos intercâmbios sociais mediados por relações de trocas financeiras, o que requer a capacidade de andar, falar, manusear pequenas coisas, ir ao banco e saber lidar com o dinheiro. De certo modo, constitui-se um regime de verdade no qual o acesso à renda e a capacidade de utilizá-la tornam-se as formas contemporâneas de reterritorialização na comunidade e nas famílias dos remanescentes dos hospitais psiquiátricos ou daqueles que se encontram nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Reterritorialização ou mesmo inserção social, como está escrito no Manual do Programa de Volta para a Casa. Assim, o auxílio reabilitação psicossocial abre passagem para o retorno dos estrangeiros, daqueles que, de alguma forma, romperam com as possibilidades de sociabilidade e que, por não terem mais direito à fala ou ao reconhecimento de sua cidadania, eram inseridos na lógica da assistência. Eles voltam agora, percebidos e nomeados de outros modos. Cidadãos, usuários dos serviços de saúde mental, eles são incluídos em uma nova estratégia que não busca igualá-los pela ausência de trabalho, mas pela possibilidade de restituição de uma “base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais” (SARACENO, op. cit., p. 33). Em tempos de direitos do consumidor, a possibilidade de consumo é também uma forma de garantia de direitos. Foi assim com Lucas e também com Moema. A respeito de Bruno, internado aos 20 anos em um grande hospital psiquiátrico mineiro, os técnicos escreveram: “Bruno encontra-se estabilizado, porém

sem condições de retorno ao convívio familiar por grave problemática social” (FORMULÁRIO...18, 2013). Passados cinco anos, outros técnicos reiteram o pedido:

A Residência Terapêutica se constitui numa moradia inserida na comunidade e tem trazido benefícios ao morador no seu processo de ressocialização, porém tem disso prejudicado por não ter condições financeiras mínimas de circulação e socialização nos vários ambientes da comunidade, limitando-o em sua interação social. Pelo exposto, entendemos a real necessidade de inclusão do morador do no Programa de Volta para a Casa.

Bruno, como tantos outros, passa a ser descrito como alguém para o qual o acesso ao benefício é o que lhe permite sair do hospital e ir para um lugar onde ele possa chamar de *casa*. Mais do que isso, o acesso mesmo que a uma renda mínima é prescrito como uma prática que amplia as condições de interação social dos usuários. Formas de ver, falar, mas também de produzir sujeitos e formas de subjetivação. Assim, o usuário dos serviços de saúde mental, tornado cidadão, vai, aos poucos, deixando de ser percebido como alguém a quem o Estado é devedor para ser visto e falado como alguém que pode, ele mesmo, senão participar do pacto social empresariando a si mesmo, ao menos andar, falar, cantar, comer pão e lidar com dinheiro. E, assim, também os usuários passam a falar sobre si mesmos e são eles que renovam as promessas de nossa época quando dizem que comerão pão e lidarão com o dinheiro sem oferecer riscos, pois que também querem retribuir.

Nesta tese, trabalhamos com diferentes testemunhos, os quais nos possibilitaram diferentes sondagens sobre o modo como os sujeitos foram constituídos nas diferentes articulações entre as formas de saber e os arranjos institucionais. Por fim, tomamos como testemunho um documento produzido por aqueles constituídos como usuários, por meio do qual podemos inferir sobre o tempo atual que é o nosso. O testemunho do qual falamos foi entoado em uísso por mais de 3.000 pessoas, que a todas incluiu e igualou. Trata-se do Hino da *I Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial*, realizada em 2009, na Esplanada dos Ministérios em Brasília. Lá, os tidos como usuários, os (novos) trabalhadores da saúde mental, militantes e simpatizantes marcharam. Ao cantarem, eles também nos informam sobre a forma como dizemos e vemos os usuários dos serviços de saúde mental. Eles são agora cidadãos, usam o direito à fala no âmbito da cidade e requerem o poder de consumo também. Vamos cantar?

Vim Marchar, sou usuário¹³
E ao presidente peço atenção
Quando há din-din
É um salário que
Muitas vezes nem dá pro pão

Eu vim dizer ao presidente
Na psiquiatria nada é normal
Pelos maus tratos
O pior doido
É o próprio dono do hospital

É um favor não confundir
Minha pessoa com outro alguém
Que faz um crime
E se defende
Dizendo que ele é doido também

Pela reforma contra os hospícios
Num Brasil novo
Com mais justiça
Nós saberemos retribuir

¹³ Hino composto por Ayrton Meireles (2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese termina de um modo distinto do que se esperava em seu início, pois, ao iniciarmos o percurso, pensávamos que seria uma pesquisa baseada no estudo dos textos das legislações que regulamentaram serviços e instituíram práticas de cuidado nos diferentes âmbitos aqui abordados: assistência a alienados, seguida pela assistência psiquiátrica, e contemporaneamente, campo da saúde mental. Assim, a pesquisa inicial desenvolvida até a qualificação do projeto de tese, tendo em vista os tipos de fontes utilizadas e a pergunta que a elas era dirigida, produzia um efeito de lentidão, morosidade, constituindo um cenário quase homogêneo, no qual as diferenças quase não eram perceptíveis. No entanto, com a qualificação e a desacomodação que ela produziu, foi necessário sacudir a poeira que recobria alguns dos documentos. Outros necessitaram de novo investimento, sendo necessária a aplicação de sucessivas “lixas” para que algum brilho pudesse dar-se-a-ver.

Ao tomarmos os arquivos como uma série de ingredientes que precisam ser mexidos, revolvidos e misturados, tal como a cozinheira que sova a massa para dela fazer pão, percebemos a necessidade de historicizar os diferentes arranjos que foram se delineando no que se refere à articulação entre *tratamento*, *trabalho* e os *direitos*. Ao fazermos isso, diferentes visibilidades e dizibilidades puderam ser descritas, ou seja, diferentes modos de construção dos sujeitos no contexto das práticas desenvolvidas. Assim, vimos emergir: alienados mentais, loucos perigosos, internos, indigentes, contribuintes, pensionistas, cidadãos regulados, beneficiários, usuários, cidadãos. Uma profusão não só de formas de nomear, mas formas com as quais os sujeitos passam a pensar sobre si e sobre o outro, pois todas são precedidas por uma série de prescrições que estabelecem uma forma prévia para a experiência subjetiva. Com esse movimento, foi necessário retomar e retrabalhar a noção de sujeito para que pudéssemos recolocar o problema e redefinir as estratégias metodológicas de modo coerente com elaboração teórica que nos propomos.

Ao fazermos esse recuo, tornou-se claro que não caberia interrogar os usuários dos serviços de saúde mental para sabermos os efeitos das atuais políticas públicas de saúde mental, uma vez que a própria designação e o modo como muitos se auto identificam já apontam para o efeito que procurávamos. O abandono dos sujeitos de

carne e osso como fontes de investigação parecia aniquilar a possibilidade de realização da tese; no entanto, com a qualificação, tornaram-se mais nítidas as indagações suscitadas pelo contato inicial com os documentos do Programa de Volta para a Casa, na forma de sua Lei, Portaria que o regulamenta e o Manual para sua implementação. No entanto, se esses documentos informavam sobre o Programa, eles pouco diziam sobre aqueles que se tornavam seus beneficiários.

Ao acessarmos os arquivos do PVC e nos depararmos com o que ele comporta, surgiram outras indagações, e as dificuldades de pesquisa se modificaram. O que se colocava com a leitura de cada documento era: como lidar com a necessidade de manter a coerência epistemológica operando com um conceito de *sujeito* que o distingue do indivíduo ao tomá-lo como forma e efeito, ao mesmo tempo em que os arquivos comportavam histórias de vida encarceradas sob a chancela do Estado e o respaldo do saber que provém da ciência? A leitura de cada documento era permeada por dor, revolta, tristeza e pela inquietação do que fazer com o que era lido e com o que foi feito de cada um daqueles indivíduos. Além dos impasses teóricos, nos deparávamos com as limitações impostas pelo que se pode dizer e por como pode-se dizer no âmbito da academia. Assim, a necessidade de resguardar o sigilo das identidades nos soava como o estabelecimento de uma cortina de fumaça que, uma vez mais, dissimulava as práticas-crime que os documentos testemunhavam. Ficamos ainda em dúvida se poderia ser designado de outro modo um “tratamento” prolongado por 46 anos, cuja história da *interna* é compilada por prontuários antigos, ou outro internamento que perdurou mais de 30 anos mesmo com a insistência do *interno* de que ele não sabia porque estava ali.

O imperativo de constituir uma forma de escrita que restituísse certa dignidade àquelas histórias foi algo que se colocou como um problema durante muito tempo. A dor da leitura prolongou-se durante a escrita, especialmente quando nos deparávamos com a dificuldade de dizer que ainda hoje não lutamos pela garantia de direitos dos internos, mas operamos práticas de divisão que ainda se sustentam sobre a diferenciação entre aqueles que podem trabalhar e os que não podem. Em muitos momentos, ainda olhamos para aqueles que passaram décadas internados como *vagabundos* ou como sujeitos que devem ser *assistidos*. Ao menos é isso parte do que emerge com a análise dos Instrumentos de Avaliação dos Beneficiários. Assumir a forma de escrita que diz: nós olhamos, nós separamos, nós constituímos sujeitos (e não apenas sujeitos são constituídos). Isso diz da nossa implicação com o que produzimos hoje, o que nos

impede de nos colocarmos fora desse jogo que ainda constrói formas de ver e falar sobre o outro como rasuradas seja pela falta de trabalho e renda ou pela suposta desrazão.

Mesmo considerando a impossibilidade de situarmos esta tese no registro da denúncia, pois lhe conferiria um caráter militante e não acadêmico, ela termina permeada pela dor que decorre da abertura dos arquivos do Programa de Volta para a Casa. Dor ao saber que as práticas colocadas em curso aniquilaram milhares de vida, muitas pela morte e quase todas pela imposição de uma forma prévia para as existências, pautada pelos regramentos e imposições institucionais. Pelo que vimos nos documentos, em muitos casos, torna-se impossível falar em relações de poder ou em condução das condutas, pois o que se vê é o exercício mais evidente da violência.

Além disso, consideramos que a precariedade dos registros do Programa de Volta para a Casa compromete a potência deste Programa de constituir um arquivo que possa manter viva a memória do que ainda fazemos hoje. Isso porque, com o fechamento das instituições, que possibilitou a “alta” ou a “transinstitucionalização” de muitos internos, certamente os arquivos desses locais serão aniquilados e, junto com eles, a possibilidade de testemunhar o que ali se fez, seja sob a forma de produção de vida e de formas de existência seja em produção de morte.

Quando esta tese caminhava para seu desfecho, nos deparamos com o livro de Daniela Arbex, *O holocausto brasileiro* (2013). A jornalista percorre boa parte dos cenários nos quais foram desenvolvidas as práticas analisadas aqui. Sua obra apazigua a dor que sentimos em nossa escrita, uma vez que a escrita jornalística lhe dá a possibilidade de conferir nome e sobrenome àqueles dos quais fala. Assim, Daniela percorre arquivos, busca notícias, mas também fala de pessoas, busca suas histórias e escuta a voz daqueles que ainda vivem. Daniela mostra que, no asilo, também existiu vida, mas especialmente que a vida pode ser reinventada para além dele, como é o caso de João Bosco Siqueira, que, passados mais de 40 anos, reencontrou sua mãe após ter sido dela retirado pelas práticas de confinamento mineiras. Daniela, entre tantos outros casos, também nos conta sobre Adelino Ferreira Rodrigues e Nilta Pires Chaves, institucionalizados por mais de trinta anos. Eles também são *ex-internos* e *beneficiários* do PVC. Mais do que isso, nas palavras de Daniela Arbex, “eles buscam recuperar a dignidade que lhes foi subtraída. A improvável união de epilético com uma catatônica

tem vencido não só o tempo, mas também o preconceito que os marcou por décadas” (ARBEX, 2013, p. 135-136).

Assim, esta tese termina marcada pelas dores já descritas, mas também pela esperança de que possamos resistir ao que nós mesmos fazemos hoje, lutando para que o que construímos na atualidade como a forma *usuário-cidadão* não seja uma bela armadilha que sirva para recapturar, sob a epígrafe dos direitos, novos sujeitos nas malhas da reclusão, especialmente hoje, quando o direito à saúde é quase vendido como “pãozinho quente”, quando o acesso à renda é vista como forma de inclusão e quando a internação psiquiátrica passa a ser enunciada como acesso à cidadania.

BIBLIOGRAFIA

- AGAMBEN, Giorgio. **Estado de exceção**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011.
- _____. **O que resta de Auschwitz: o arquivo e a testemunha**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2010.
- ALBARNOZ, Suzana. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. **A invenção do nordeste e outras artes**. São Paulo: Cortez, 2011.
- AMARANTE, Paulo. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- _____. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.
- _____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, 1995b.
- Arbex, Daniela. **O holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ARENDDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- ARTIÈRES, Philippe. Dizer a atualidade. O trabalho de diagnóstico em Michel Foucault. In: GROS, Frederic. **Foucault: a coragem da verdade**. São Paulo: Parábola, 2004.
- BAPTISTA, Luis Antonio dos Santos; ZWARG, Mariana Dias da; MORAES, Rodrigo. Reforma Psiquiátrica e dispositivos residenciais: afirmações e impasses. In: MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello; BARROS, Maria Elisabeth Barros de (Org.) **Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- BARRETO, Lima. **O Cemitério dos vivos: memórias**. Rio de Janeiro: Fundação Biblioteca Nacional, 2004.
- BERNARDES, Anita; MEDEIROS, Patrícia Flores; GUARESCHI, Neuza. Saúde e políticas públicas: objetivações de práticas psicológicas. In: GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; HUNING, Simone Maria. **Implicações da psicologia no contemporâneo**. Porto Alegre: Edi PUCRS, 2007.
- BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BLEULER, Eugen. **Demencia precoce**: el grupo das esquizofrenias. Buenos Aires: Hormé, 1960.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; AFFONSO, Kátia de Carvalho. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra os usuários da rede pública de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Abril-junho de 1998: 355-365.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 24 de fevereiro de 1891**. Brasília, Distrito Federal, 01 de junho de 2011.

BRASIL. **Saúde Mental em Dados**. Brasília, Distrito Federal, 11 de março de 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e economia solidária**: inclusão social pelo trabalho / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. **Legislação em saúde mental 1990 - 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **Saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Manual do Programa De Volta Para Casa**. Brasília, DF: 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1967**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao67.htm. Acesso em 01/12/2013.

BRUM, Eliane. Por que o uso da palavra "doutor" antes do nome de advogados e médicos ainda persiste entre nós? E o que ela revela do Brasil? **Revista Época**. 10 de Setembro de 2012. <http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/eliane-brum/noticia/2012/09/doutor-advogado-e-doutor-medico-ate-quando.html>.

CAMPOS, Cesar. Cidadania, sujeito, CERSAM e manicômios. **Metipolá - Revista do Cersam Leste**, 1997: 3-12.

CAMPOS, Rosana T. Onocko; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CARDIN, Marisa de Souza et al. Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], 1986: 191-221.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

_____. **A ordem psiquiátrica:** a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CEBES. A psiquiatria no âmbito da previdência social: documento do Cebes. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; BAHIA, Lígia; AMARANTE, Paulo. **Saúde em debate:** fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 1980/2008.

CERQUEIRA, Luiz. **Psiquiatria social:** problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu, 1989.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças. Práticas psi e tortura no Brasil. **Revista Psicologia Política**, 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **I Conferência Nacional de Saúde Mental:** relatório final. Brasília: Centro de Documentação da Saúde, 1988.

CORAZZA, Sandra Mara; SILVA, Tomaz Tadeu da. **Composições.** Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

COSTA FILHO, David Capistrano. A falsidade do círculo vicioso da pobreza e da doença. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; BAHIA, Lígia; AMARANTE, Paulo. **Saúde em debate:** fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 1980/2008.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994/1999.

DOSSE, Fañçois. **História do estruturalismo.** Bauru, SP: Edusc, 2007. (volume 1)

DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **Michel Foucault:** uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ERIBON, Didier. **Michel Foucault:** 1926-1984. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

ESCOREL, Sara. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do governo militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ESCOREL, Sara; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ESTATÍSTICAS do Século XX. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, Centro de Documentação e Disseminação de Informações, 2006.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Comentários à Constituição brasileira de 1988**. São Paulo: Saraiva, 1990.

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

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009: 743-752.

FORMULÁRIO 01 a 84. Brasília: [s.n.], 2013. Formulário baseado no Instrumento de Avaliação do Beneficiário do Programa de Volta para a Casa.

FOUCAULT, Michel. **Do governo dos vivos**: curso dado no Collège de France. São Paulo/Rio de Janeiro: Centro de Cultura Social/Achiamé, 1979-1980/2010a.

_____. **A hermenêutica do sujeito**: curso dado no Collège de France (1981-1982). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010b.

_____. **El coraje de la verdad**: el gobierno de sí y de los otros II. Curso en el Collège de France (1983-1984). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2010c.

_____. **O governo de si e dos outros**. São Paulo: WMFMartins Fontes, 1982-1983/2010d.

_____. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. São Paulo: Graal, 1976/2009.

_____. **Segurança, território e população**: curso dado no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 1977-1978/2008a.

_____. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 1978-1979/2008b.

_____. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 1973-1974/2006.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1975/2005.

_____. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972/2004.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1970/2002a.

_____. **Problematização do sujeito**: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária 2002b.

_____. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 2000.

_____. **História da sexualidade 2**: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

- FROTA, Leopoldo Hugo. **Cinquenta anos de medicamentos antipsicóticos em psiquiatria**. Rio de Janeiro, RJ, 2003.
- GOMES, Angela Castro. Economia e trabalho no Brasil republicano. In: GOMES, Angela Castro; PANDOLFI, Dulce Chaves; ALBERTI, Verena. **A República no Brasil**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira/CPDOC, 2002.
- GROS, Frédéric. O cuidado de si em Michel Foucault. In: RAGO, Margareth; VEIGANETO, Alfredo. **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.
- GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; LARA, Lutiane; ADEGAS, Marcos Azambuja. Políticas públicas entre o sujeito de direitos e o homo oeconomicus. **Psico**, 2010: 332-339.
- HACKING, Ian. **La construccion social de quê**. Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica, 2001.
- HILLESHEIM, Betina. **Entre a literatura e o infantil: uma infância**. Porto Alegre: Abrapso Sul, 2008.
- KINOSHITA, Roberto Tikanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo : Hicitec, 1996.
- LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: SOUZA, Gastão Wagner et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.
- LUZ, Madel Therezinha. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde na década de 80. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo A. W. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Loucura e subjetividade. In: MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello; BARROS, Maria Elisabeth (org.) **Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma: a medicina Social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1978.
- MAGALHÃES, Theresa Calvet de. A filosofia como discurso da modernidade. **Revista Ética e Filosofia Política**, 1997. p. 29-64.
- MAGRO FILHO, João Batista. **A tradição da loucura: Minas Gerais: 1870/1964**. Belo Horizonte: COOPMED/Editora UFMG, 1992.

- MEIRELES, Airton. **Vim marchar, sou usuário** (letra de música). 2009.
- MINAS GERAIS. **Colleção dos Decretos de 1934**. Belo Horizonte : Imprensa Oficial, 1935.
- _____. **Colleção das leis e decretos**. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1922.
- _____. **Mensagem dirigida pelo Presidente do Estado, Dr. Arthur da Silva Bernardes, ao Congresso Mineiro, em sua 2ª sessão ordinária da 8ª Legislatura do ano de 1920**. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1920a.
- _____. **Coleção de leis e decretos de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1920b.
- _____. **Colleção de leis e decretos**. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1903.
- _____. **Coleção de leis e decretos de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1900.
- MORETZSOHN, Joaquim Affonso. **História da psiquiatria mineira**. Belo Horizonte: COOPMED Editora, 1989.
- MURAT, Laure. **O homem que se achava Napoleão**. São Paulo: Três Estrelas, 2012.
- NARDI, Henrique Caetano. **Ética, trabalho e subjetividade**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.
- NUNES, Karla Gomes. **Reforma Psiquiátrica no Brasil: um estudo sobre a trajetória de Betim, Minas Gerais**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009.
- NUNES, Karla Gomes; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Reabilitar pelo trabalho: uma análise das práticas no campo da alienação mental. In: **I Encontro de Pesquisadores de História da Saúde Mental**. Florianópolis: Anais. Letra Editorial. Florianópolis, 2011.
- _____. Práticas de cuidados da alienação mental: o trabalho como prescrição. **Mnemosine**, 2013. p. 81-105.
- PINEL, Philippe. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental, ou, a mania**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1800/2007.
- PINTO, Céli Regina Jardim. **Teorias da democracia: diferenças e identidades na contemporaneidade**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
- _____. Foucault e as Constituições brasileiras: quando a lepra e a peste se encontram com os nossos excluídos. **Educação & Realidade**, 1999: 33-57.
- PIRAGIBE, Vicente. **Consolidação das leis penaes**. Rio de Janeiro: Typ. do Jornal do Commercio Rodrigues & C., 1933.

- PITTA, Ana. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- PORTOCARRERO, Vera. Práticas sociais de divisão e constituição do sujeito. In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo. **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.
- PRADO JUNIOR, Caio. **História econômica do Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1949.
- RESENDE, Heitor. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério de Almeida; COSTA, Nilson do Rosário. **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1987.
- RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Arte e Ciência, 1999.
- ROSE, Nikolas. Inventando nossos eus. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. **Nunca fomos humanos: nos rastros do sujeito**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001
- ROSENFELD, Anatol. **O pensamento psicológico**. São Paulo: Perspectiva, 1984.
- ROTELLI, Franco. O inventário das subtrações. In: NICÁCIO, Fernanda. **Desinstitucionalização**. São Paulo: 1990. p.61-65.
- ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana; RISIO, C. de. **Desintitucionalização**. São Paulo: Editora Hucitec, 1990.
- ROXO, Henrique. **Molestias mentaes e nervosas: aulas professadas durante o anno letivo de 1905**. Rio de Janeiro: 1906.
- SANTOS, Nádia Maria Weber. **Histórias de vidas ausentes: a tênue fronteira entre a saúde e a doença mental**. Passo Fundo: Editora da Universidade de Passo Fundo, 2005.
- SANTOS, Wanderley G. dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. 2. ed. São Paulo: Paulus, 1987.
- SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- SILVA, M. L.; FRÖHLICH, R. Governando "sujeitos especiais" através dos pareceres descritivos. In: THOMA, Adriana da Silva; HILLESHEIM, Betina. **Políticas de inclusão: gerenciando riscos e governando as diferenças**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.
- SILVA, Mary Cristina Barros e. **Repensando os porões da loucura: um estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2005.

SILVA, Mozart Linhares da. Michel Foucault e a genealogia da exclusão/inclusão: o caso da prisão na modernidade. **Revista de Estudos Criminais**, 2005: 39-61.

_____. Direito e medicina no processo de invenção do anormal no Brasil. In: _____. **História, medicina e sociedade no Brasil**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003. p. 13-64

SILVA, Rosane Neves da. As patologias nos modos de ser criança e adolescente: análise das internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro entre 1884 e 1937. **Psico**. Outubro/dezembro de 2008. p. 448-455.

_____. **Cartografias do Social: estratégias de produção do conhecimento**. Porto Alegre: Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, 2001.

SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). **O panóptico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. 179 p.

SILVEIRA, Renato Diniz. **Projeto Lopes Rodrigues: continuidades e rupturas nas conexões entre ensino psiquiátrico e prática assistencial em Minas Gerais (1920-1930)**. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação: Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

_____. **Cidadania do louco: da utopia à possibilidade**. Belo Horizonte: Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, 2000.

SOALHEIRO, Nina Isabel; AMARANTE, Paulo Duarte. Reflexões em torno da temática da política e das reformas no campo da psiquiatria, a partir de Michel Foucault e do Movimento dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental. In: PASSOS, Izabel C. Friche. **Poder, normalização e violência**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Assistência médica previdenciária: evolução e crise de uma política social. In: TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; BAHIA, Lígia; AMARANTE, Paulo. **Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 1980/2008.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault & a educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

_____. Governo ou Governmento. **Currículo sem Fronteiras**, v.5, n.2, pp.79-85, Jul/Dez 2005

VEIGA-NETO, Alfredo; LOPES, Maura Corcini. Inclusão e governamentalidade. In: _____. **Educação e Sociedade**. Outubro de 2007. p. 947-963.

VENÂNCIO, Ana Tereza A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. **História, Ciências. Saúde - Manguinhos** [online]. 2003^a. p. 883-900.

WADI, Yonissa Marmitt. **A história de Pierina:** subjetividade, crime e loucura. Uberlândia: EDUFU, 2009.

WADI, Yonissa Marmitt. **Palácio para guardar doidos:** uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2002.

YASUI, Silvio. CAPS: aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, Antonio. **Sáúdeloucura 1.** São Paulo: Hucitec, 1989.