UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LEANDRO BARBOSA DE PINHO

**ANÁLISE CRÍTICO-DISCURSIVA DA PRÁTICA DE TRABALHADORES DE SAÚDE
MENTAL NO CONTEXTO SOCIAL DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

RIBEIRÃO PRETO
2009

LEANDRO BARBOSA DE PINHO

**ANÁLISE CRÍTICO-DISCURSIVA DA PRÁTICA DE TRABALHADORES DE SAÚDE
MENTAL NO CONTEXTO SOCIAL DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências junto ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica - o
doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski

RIBEIRÃO PRETO
2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE

Dados de catalogação na fonte:

Carmen Lúcia Lobo Giusti – CRB-10/813

P654a Pinho, Leandro Barbosa de

Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica / Leandro Barbosa de Pinho; Luciane Prado Kantorski, orientadora. –
Ribeirão Preto, 2009.
344f.

Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

1. Saúde mental 2. Enfermagem 3. Estudos da linguagem
4. Análise crítica de discurso I. Kantorski, Luciane Prado, orient.
II. Título.

CDD: 610.7368

FOLHA DE APROVAÇÃO

LEANDRO BARBOSA DE PINHO

ANÁLISE CRÍTICO-DISCURSIVA DA PRÁTICA DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO SOCIAL DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para a obtenção do título de Doutor.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ofereço este trabalho à equipe de trabalhadores do CAD Nossa Casa de Joinville/SC, meus grandes parceiros nessa trajetória marcada pela boa diversidade e pelo desejo de mudar a realidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e do discernimento

Às minhas “duas mães”, Vânia e Wanda, eternas em minha mente como aquelas pessoas que nunca mediram esforços para que eu chegasse aonde cheguei. Sou o que sou graças a vocês.

À minha esposa Maria da Graça, fiel depositária de minhas conquistas e de minhas dificuldades. Uma pessoa iluminada que me ensina, dia a dia, como é possível construir uma linda relação sem distanciar-nos de nossos interesses profissionais. Te amo!

À Professora Luciane Prado Kantorski, minha orientadora, colega de trabalho e amiga, que me acompanha desde os tempos de graduação e ousou trilhar comigo esse caminho em busca de minha qualificação e da construção do conhecimento.

Ao Professor Antonio Miguel Bañon Hernández, profissional competente e ser humano fantástico, com quem pude conviver durante quatro meses e que, com sua simplicidade, mostrou o quanto é possível “ter” o que queremos sem deixar de “ser” o que somos. Obrigado pelo acolhimento em Almería e pelo conhecimento compartilhado. Meu agradecimento à Dona Maria e ao Miguel, pela simpatia, convivência, amizade e pela oportunidade de poder apreciar as melhores paellas do mundo.

Ao Professor Javier Fornieles Alcaraz e a Inmaculada Urán Navarro (“Inma”), com quem também aprendi que determinadas posições institucionais que assumimos na carreira não devem apagar nossa humildade que nos faz tão humanos. Obrigado pelas discussões, pelo carinho, pela preocupação e pelos constantes passeios, um alento ao meu coração inquieto e estressado com as demandas do estudo.

À Susana Ridao Rodrigo, obrigado pela amizade construída e pelas muitas risadas que compartilhamos para aliviar os encargos do trabalho. Obrigado pelas sugestões de leituras, revisões dos textos que originaram esta tese e pelas traduções exemplares do meu “portunhol” ao espanhol.

À Maria Ferris, integrante do Grupo de Pesquisa ECCO (Estudios Críticos sobre la Comunicación), que me ajudou na minha instalação em Almería e pelas valiosas contribuições com relação ao meu estudo.

A todos os outros membros do Grupo de Pesquisa ECCO, que ouviram atentamente as minhas dúvidas e me ajudaram fortemente no direcionamento metodológico e analítico deste trabalho.

Aos colegas do Projeto CAPSUL, em especial à Christine Wetzel e à Eda Schwartz, minhas colegas de campo em Joinville/SC, pelo apoio, pelas leituras atentas das entrevistas, pelas discussões fecundas e pela amizade que construímos.

À Universidade Federal de Mato Grosso, em especial ao Instituto Universitário do Araguaia, pela flexibilização de minhas atividades e pela compreensão de que trabalhar em meio a um doutorado não é nada fácil. Meu agradecimento especial aos professores e amigos Adenilda Cristina Honório França, Eduardo Luzia França, Paula Cristina de Sousa Souto e Roxana Isabel Cardozo Gonzáles, pelo apoio e por “segurarem a barra” sempre que eu precisava.

À Universidade Federal de Pelotas, em especial à Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, onde trabalho hoje e que, carinhosamente, liberou-me para fazer o meu doutorado “sanduíche”, quando mal tinha chegado à instituição.

Aos professores e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto que ajudaram, direta ou indiretamente, na construção deste trabalho. Um agradecimento especial à Adriana pela presteza e pelo acolhimento das intermináveis dúvidas que surgiram no decorrer do doutorado, sempre com muito bom humor.

À CAPES e ao CNPq pelos auxílios financeiros concedidos.

A todos que, mesmo não citados, estiveram presentes direta ou indiretamente, ajudando-me nessa caminhada.

RESUMO

PINHO, L.B. **Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica.** 2009. 344p. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

No decorrer da história da humanidade, acompanha-se o nascimento de novos (e velhos) discursos sobre a loucura. Porém, foi na era moderna que o campo da saúde testemunhou o desenvolvimento de um discurso que se tornaria hegemônico, o qual via a loucura como doença mental. Para isso, desenvolveu-se instituições e instrumentos especializados de tratamento. Com o surgimento do movimento de reforma psiquiátrica, nos últimos 20 anos, procurou-se reorientar o saber e o fazer com relação à loucura, buscando romper com a visão altamente hospitalocêntrica do cuidado e direcionando a assistência para o contexto da comunidade. Por ser um movimento que porta, no seu interior, contradições inerentes ao seu caráter dialético, a mesma reforma que cria possibilidades de transformação do saber e da prática em saúde mental, corre o risco de cair na inércia, que mantém relações estreitas com modelos tradicionais antagônicos a ela. Nesse sentido, este estudo pretende analisar os discursos sobre a prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, na qual foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas a 17 de 25 trabalhadores de saúde mental de um serviço substitutivo da cidade de Joinville/SC. O referencial teórico-filosófico deste estudo foi a análise crítica de discurso. A análise do *corpus* foi realizada com o desenvolvimento de um dispositivo chamado de “diagrama axiológico-discursivo”. Optou-se por analisar o *corpus* a partir de quatro eixos temáticos, a saber: representações sobre os usuários, as famílias, a prática dos trabalhadores e o serviço. Para cada uma delas, chegou-se aos seguintes discursos prototípicos, com suas respectivas combinações axiológicas: benevolência (não-negativo), distanciamento (negativo), incerteza (não-positivo) e inovação (positivo). A análise foi realizada através da interpretação das principais estruturas linguísticas que representassem cada discurso prototípico e cada dimensão axiológica identificada, orientada a partir das premissas do referencial teórico-filosófico escolhido. Espera-se que este estudo possa contribuir para o avanço das pesquisas de abordagem qualitativa na área da saúde e para refletir sobre o processo de consolidação da reforma psiquiátrica no contexto brasileiro.

Palavras-Chave: Saúde mental; enfermagem; estudos da linguagem; análise crítica de discurso.

ABSTRACT

PINHO, L.B. **Critical-discourse analysis of the mental health workers' practice within the social context of the psychiatric reform.** 2009. 344p. Thesis (Doctorate of Science) - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2009.

In the history of humankind, several new (and old) discourses about madness have arisen. However, it was in modern age that the field of health witnessed the development of a discourse that would become hegemonic, which realized madness as a mental disorder. With this purpose, several specialized treatment institutions and tools were developed. With the emergence of the psychiatric reform movement, over the last 20 years, an effort has been made to give a new direction to knowledge and actions relating to madness, with the aim to break with the highly hospital-centered view of health care and targeting care services toward the context of community. Since it is a movement that holds contradictions inherent to its dialectic character, the reform that offers possibilities of changing mental health knowledge and practice is also at the risk of falling within the inertia that maintains close relations with antagonist traditional models. In this sense, the aim of this study is to analyze the discourses about mental health workers within the social context of the psychiatric reform. This is a qualitative study, which used semi-structured interviews with 17 of a total 25 mental health workers from a substitutive service in the city of Joinville, in the state of Santa Catarina. The theoretical-philosophical framework of this study was critical-discourse analysis. The *corpus* analysis was performed by developing a device called "axiological-discourse diagram". The *corpus* was analyzed based on four theoretical axes, which were: representations about the users, the families, the workers practice and the service. For each of them, the following prototypic discourses were achieved, with their respective axiological combinations: benevolence (non-negative), withdrawal (negative) uncertainty (non-positive), and innovation (positive). The analysis was performed through the interpretation of the main linguistic structures that represented each prototypic discourse and each identified axiological dimension, guided based on the premises of the chosen theoretical-philosophical framework. It is expected that this study will contribute with the advancement of qualitative approach studies in the health area and with reflections about the process to consolidate the psychiatric reform in the Brazilian context.

Keywords: mental health; nursing; language studies; critical-discourse analysis

RESUMEN

PINHO, L.B. **Análisis crítico-discursivo de la práctica de trabajadores de salud mental en el contexto social de la reforma psiquiátrica.** 2009. 344p. Tesis (Doctorado en Ciencias) - Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2009.

En la historia de la humanidad, se ha acompañado el nacimiento de nuevos (y viejos) discursos sobre la locura. Sin embargo, fue en la modernidad cuando el campo de la salud ha dado testimonio sobre el desarrollo de un discurso que se tornaría hegemónico, el cual enfoca la locura como enfermedad mental. Por tanto, se han desarrollado instituciones e instrumentos específicos de tratamiento. En los últimos veinte años, surge el movimiento de reforma psiquiátrica, que busca reorientar el saber y el hacer con relación a la locura, rompiendo con la perspectiva altamente hospitalcéntrica del cuidado y direccionando la atención hacia el contexto de la comunidad. Por ser un movimiento que contiene, en su interior, contradicciones inherentes a su carácter dialéctico, la misma reforma que crea posibilidades de transformación del saber y de la práctica en salud mental, corre el riesgo de caer en la inercia, que mantiene relaciones estrechas con modelos de atención más tradicionales, antagónicos a ella. En ese sentido, este estudio pretende analizar los discursos sobre la práctica de los trabajadores de salud mental en el contexto social de la reforma psiquiátrica. Se trata de una investigación cualitativa, donde se han efectuado entrevistas parcialmente estructuradas a diecisiete de los veinticinco trabajadores de salud mental de un servicio sustitutivo de la ciudad de Joinville/SC. El referencial teórico-filosófico del estudio es el análisis crítico de discurso. El análisis del corpus ha sido realizado con el desarrollo de un dispositivo llamado de "diagrama axiológico-discursivo". Se ha optado por analizar el corpus a partir de cuatro ejes temáticos: representaciones sobre los usuarios, las familias, la práctica de los trabajadores y el servicio. Para cada una de ellas, se ha llegado a los siguientes discursos prototípicos, con sus respectivas combinaciones axiológicas: benevolencia (no-negativo), distanciamiento (negativo), incertidumbre (no-positivo) e innovación (positivo). El análisis ha sido realizado desde la interpretación de las principales estructuras lingüísticas que representan cada discurso prototípico y cada dimensión axiológica identificada, orientada por las premisas del referencial teórico-filosófico escogido. Se espera que este estudio pueda contribuir al avance de las investigaciones de abordaje cualitativo en el área de la salud, al tiempo que reflexiona sobre el proceso de consolidación de la reforma psiquiátrica en el contexto brasileño.

Palabras-Clave: Salud mental; enfermería; estudios del lenguaje; análisis crítico del discurso.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Concepção tridimensional do discurso para Fairclough (2006c) ...	105
Quadro 2 -	Momentos das práticas sociais esquematizado por Resende e Ramalho (2006), com base nos estudos de Chouliaraki e Fairclough (2005)	111
Quadro 3 -	Resumo das categorias de análise do material discursivo na ACD.....	116
Quadro 4 -	Comparativo das atribuições funcionais de cada sujeito investigado.....	120
Quadro 5 -	Combinações semióticas entre as modalidades do dizer, fazer, não-dizer e não-Fazer	132
Quadro 6 -	Repertórios Linguísticos da Entrevista 01.....	135
Quadro 7 -	Repertórios Linguísticos da Entrevista 02.....	136
Quadro 8 -	Construção do repertório linguístico sobre a prática dos trabalhadores em saúde mental (dados limpos)	138
Quadro 9 -	Identificação dos processos de enunciado e enunciação - representação sobre as <u>famílias</u>	140
Quadro 10 -	Combinações semióticas das representações discursivas dos trabalhadores sobre os <u>familiare</u> s (articulação do <i>corpus</i> com os processos de enunciado/enunciação)	142
Quadro 11 -	Construção do discurso representativo final e eixos temáticos de discussão	144
Quadro 12 -	Programas de Saúde adotados por Joinville	152
Quadro 13 -	Dimensões semiodiscursivas (saberes e práticas) - <u>usuários</u> . Construção do modelo de combinações semióticas de acordo com as representações discursivas	165
Quadro 14 -	Etapa 1 - Construção do repertório linguístico sobre a prática dos trabalhadores em saúde mental (dados limpos)	166
Quadro 15 -	Etapa 2 - Identificação dos Processos de Enunciado e Enunciação - Representação sobre os <u>Usuários</u>	167
Quadro 16 -	Etapa 3 - combinações semióticas das representações discursivas dos trabalhadores sobre os <u>usuários</u> (articulação com os processos de enunciado /enunciação)	168
Quadro 17 -	Etapa 4 - Construção do discurso representativo final e eixos temáticos de discussão	169
Quadro 18 -	Dimensões semiodiscursivas (saberes e práticas) - <u>familiare</u> s. Construção do modelo de combinações semióticas de acordo com as representações discursivas	207
Quadro 19 -	Etapa 1 - Construção do repertório linguístico sobre a prática dos trabalhadores em saúde mental (dados limpos)	208
Quadro 20 -	Etapa 2 - Identificação dos processos de enunciado e enunciação - Representação sobre as <u>famílias</u>	209
Quadro 21 -	Etapa 3 - Combinações semióticas das representações discursivas dos trabalhadores sobre os <u>familiare</u> s (articulação do <i>corpus</i> com os processos enunciado/enunciação)	210
Quadro 22 -	Etapa 4 - Construção do discurso representativo final e eixos temáticos de discussão	211
Quadro 23 -	Dimensões semiodiscursivas (saberes e práticas) - <u>trabalhadores</u> construção do modelo de combinações semióticas de acordo com as representações discursivas	240
Quadro 24 -	Etapa 1 - Construção do repertório linguístico sobre a prática dos	

	trabalhadores em saúde mental (dados limpos)	242
Quadro 25 -	Etapa 2 - Identificação dos processos de enunciado e enunciação - representação sobre a <u>prática dos trabalhadores</u>	244
Quadro 26 -	Etapa 3 - Combinações semióticas das representações discursivas dos trabalhadores sobre a sua <u>prática</u> (articulação com os processos de enunciado/enunciação)	245
Quadro 27 -	Etapa 4 - Construção do discurso representativo final e eixos temáticos de discussão	246
Quadro 28 -	Dimensões semiodiscursivas (saberes e práticas) - <u>serviço</u> construção do modelo de combinações semióticas de acordo com as representações discursivas	278
Quadro 29 -	Etapa 1 - Construção do repertório lingüístico sobre a prática dos trabalhadores em saúde mental (dados limpos)	280
Quadro 30 -	Etapa 2 - Identificação dos processos de enunciado e enunciação - representação sobre o <u>serviço</u>	282
Quadro 31 -	Etapa 3 - Combinações semióticas das representações discursivas dos trabalhadores sobre o <u>serviço</u> (articulação com os processos de enunciado /enunciação)	283
Quadro 32 -	Etapa 4 - Construção do discurso representativo final e eixos temáticos de discussão.....	284

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
2 DELIMITANDO O OBJETO DE ESTUDO.....	33
2.1 <i>A CONSTRUÇÃO DO SABER PSIQUIÁTRICO NOS DIVERSOS CAMINHOS E CONTEXTOS DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE .....</i>	<i>33</i>
2.2 <i>A CONSTRUÇÃO DO SABER PSIQUIÁTRICO NO CONTEXTO BRASILEIRO .....</i>	<i>59</i>
3 A ABORDAGEM TEÓRICO-FILOSÓFICA	89
3.1 <i>ANTECEDENTES E JUSTIFICATIVAS DA ANÁLISE CRÍTICA DE DISCURSO (ACD)....</i>	<i>89</i>
3.2 <i>A CONCEPÇÃO TRIDIMENSIONAL DO DISCURSO .....</i>	<i>100</i>
4 O PERCURSO METODOLÓGICO	118
4.1 <i>TIPO DE ESTUDO.....</i>	<i>118</i>
4.2 <i>LOCAL DE ESTUDO .....</i>	<i>119</i>
4.3 <i>SUJEITOS DO ESTUDO .....</i>	<i>119</i>
4.4 <i>PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....</i>	<i>121</i>
4.5 <i>ANÁLISE DOS DADOS .....</i>	<i>122</i>
4.5.1 <i>O dispositivo metodológico-analítico do corpus .....</i>	<i>122</i>
4.6 <i>CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS .....</i>	<i>146</i>
5 O CONTEXTO INSTITUCIONAL INVESTIGADO	148
5.1 <i>INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O MUNICÍPIO .....</i>	<i>148</i>
5.2 <i>O SISTEMA DE SAÚDE DE JOINVILLE .....</i>	<i>151</i>
5.3 <i>O SISTEMA DE SAÚDE MENTAL .....</i>	<i>153</i>
5.3.1 <i>O Centro de Atenção Psicossocial .....</i>	<i>156</i>
6 O RELACIONAMENTO DO TRABALHADOR COM O USUÁRIO: O DISCURSO DA BENEVOLÊNCIA	163
6.1 <i>O PROCESSO DE SISTEMATIZAÇÃO METODOLÓGICA.....</i>	<i>165</i>
6.2 <i>O PERFIL E O CONCEITO DA CLIENTELA DO SERVIÇO, PARA OS TRABALHADORES: O INDEFINIDO, O COMPLEXO, O CONFUSO E O CONTRADITÓRIO .....</i>	<i>170</i>
6.3 <i>ENTRE O NORMAL E O PATOLÓGICO EM SAÚDE MENTAL: O DISCURSO DA BENEVOLÊNCIA E A DOCILIZAÇÃO, COMO DIMENSÕES CUIDADORAS, NA PRÁTICA .....</i>	<i>189</i>

7 O TRABALHADOR E A “PARCERIA” DA FAMÍLIA: O DISCURSO DO DISTANCIAMENTO	204
7.1 O PROCESSO DE SISTEMATIZAÇÃO METODOLÓGICA.....	207
7.2 O PARADOXO DA INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO SERVIÇO: ENTRE A CARÊNCIA PELA SOBRECARGA E A RESPONSABILIZAÇÃO PELO AFASTAMENTO.....	212
7.3 A DIMENSÃO DA PRÁTICA DOS TRABALHADORES COM O CONTEXTO FAMILIAL: A (DIFÍCIL) TAREFA DE PROMOVER A INCLUSÃO	225
 8 O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: O DISCURSO DA INCERTEZA	235
8.1 O PROCESSO DE SISTEMATIZAÇÃO METODOLÓGICA.....	240
8.2 A PRÁTICA COTIDIANA E A CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE: QUEM É (OU COMO DEVE SER) O TRABALHADOR DE SAÚDE MENTAL?.....	247
8.3 A INSCRIÇÃO DO SUJEITO-TRABALHADOR (“EU”) E DO SUJEITO-EQUIPE (“NÓS”): AS CONEXÕES EXISTENTES ENTRE DISCIPLINAS E PESSOAS NO DISCURSO	267
 9 O SERVIÇO E A ORGANIZAÇÃO NA COMUNIDADE: O DISCURSO DA INOVAÇÃO	276
9.1 O PROCESSO DE SISTEMATIZAÇÃO METODOLÓGICA.....	278
9.2 O ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE MENTAL: A “PORTA ABERTA” DO CAPS COMO RECURSO DE INCLUSÃO E ACOLHIMENTO	285
9.3 O CAPS COMO RECURSO DA/PARA A COMUNIDADE: AS CONTRADIÇÕES ENTRE “ESTAR” LOCALIZADO NO TERRITÓRIO E POUCO “CHEGAR” ATÉ ELE	297
 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	308
 REFERÊNCIAS.....	318
 ANEXOS.....	336

1 APRESENTAÇÃO

O grito - pintado em 1893 pelo norueguês Edvard Munch. Ícone da arte moderna e do movimento expressionista, representa um contexto de profunda angústia, amargura e desespero existencial. O quadro foi pintado a partir de um passeio realizado com dois amigos, em Oslo: “o sol estava se pondo, o céu foi tomado por um vermelho-sangue, eu parei, fiquei exausto e inclinei-me sobre a cerca; senti que havia sangue e línguas de fogo sobre o azul escuro do Fiorde de

Oslo e sobre a cidade; os meus amigos continuaram andando, mas eu fiquei ali a tremer de ansiedade - e senti o grito infinito da natureza”¹

Munch possuía uma história de vida sofrida. Foi educado por um pai excessivamente controlador, presenciou a morte de sua mãe, quando criança, e acompanhou o sofrimento de sua irmã favorita, portadora de transtorno afetivo bipolar, com história prévia de internação em um asilo psiquiátrico.

Seguramente, “O grito” parece ser impactante, tamanha a originalidade, as cores escuras, sombrias. A face de uma figura escandalizada, sofrida e enegrecida. Um grito que ecoou no ambiente, que despertou a sensibilidade humana, que representa um desesperado sofrimento de um indivíduo. Poderíamos pensar que a obra “O grito” seria só mais uma de um grande pintor do século passado ou da atualidade. Mas ela parece ser o sofrimento materializado em criatividade, um feito que muitas pessoas, na mesma situação, não têm a sorte e oportunidade de atingir.

O trabalho que pretendo desenvolver representa uma compreensão ampliada, mesmo que ainda parcial, sobre uma das mais antigas manifestações do sofrimento humano: a loucura. Loucura que mediou a luta, a abstração dos sentidos, a discórdia, a perseguição, a união, o rótulo, a segregação e o tratamento. Loucura como doença, como sofrimento, como anormalidade, como desvio, como objeto de periculosidade, como perturbação, como inspiração, mas também como expressão da criatividade. Não estaria Edvard Munch vivenciando um estado de “loucura” quando desenhou sua obra? Ou seria só a expressão da genialidade de um artista, retratando um dos muitos aspectos da natureza humana?

---

¹ Texto extraído do *Munch Museum*, disponível em <http://www.munch.museum.no>. Imagem reproduzida com autorização da AUTVIS (Associação Brasileira dos Direitos de Autores Visuais), conforme orçamento número 684, finalizado em 17/06/2007.

Ou seria também a profundidade com que o sofrimento toca o interior do ser humano o que a fez ser mundialmente conhecida? Não seriam, talvez, verdadeiras todas essas possibilidades?

Pretendo, com esta pesquisa, mostrar algumas das muitas formas de se conhecer o fenômeno da loucura, como ela tem sido objeto e vem sendo influenciada pelo conhecimento acumulado por meio das relações sociais. Não se trata de um estudo histórico, mas pretende levantar parte dessas experiências adquiridas na historicidade humana para poder mostrar como a loucura foi entendida nos diferentes contextos, a ponto de ser capturada e trazida para outro terreno social: o da saúde.

Durante a minha formação acadêmica como enfermeiro, lembro-me do meu primeiro contato com a loucura. Foi em 1999, quando entrei na faculdade. Uma angústia tomou conta de mim. Isso aconteceu ainda no meu primeiro semestre da graduação, quando fui convidado a participar de um internato voluntário em enfermagem psiquiátrica. Os estágios aconteciam em um hospital psiquiátrico de Pelotas/RS. Quase desisti de encarar a loucura naquele confinamento. Tinha medo de tudo, não sabia que reações o louco teria, se ele iria me bater fisicamente, agredir-me verbalmente, cercar-me de conversas inúteis ou incompreensíveis. Sem falar que eram pessoas mal cuidadas, sujas, muitos andarilhos misturados com pessoas realmente doentes. A instituição parecia mais louca do que o próprio louco ali internado.

No início das atividades, nosso professor nos encaminhou ao isolamento, para mostrar as instalações onde os pacientes mais agitados, agressivos e incontroláveis ficavam. Era uma solitária! Pequena, onde, de um lado, tinha alguém no chão,

coberto com um lençol sujo e, no outro lado, um ralo, para que esse alguém pudesse fazer suas necessidades. Uma situação realmente constrangedora.

Já no pavilhão da ala feminina, eis que a primeira louca se aproxima de mim. Lembro-me dela, como se fosse hoje. A Dona Leia, a famosa Dona Leia daquele hospício! Ela era uma senhora idosa, internada havia três meses, naquele hospital psiquiátrico. Conversamos bastante e, mesmo no meio de toda a sua desagregação, existia algo de inteligível em seu discurso. Era seu sentimento de mágoa para com sua família, que a havia abandonado naquele local horrível e que não queria saber de uma “louca” junto a eles.

A Dona Leia se transformou na presença mais constante, em todos os estágios posteriores, e era a figura mais conhecida de todos os alunos dos cursos de enfermagem e medicina que estagiavam no hospital psiquiátrico. Ela paquerava os homens, insinuava-se, falava muita besteira, mas tinha um diálogo que tocava a gente e parecia mostrar o tamanho de seu sofrimento, mesmo sendo um sentimento difícil de mensurar.

Certo dia, ao sair do centro da cidade em direção à minha residência, tomei um ônibus. Era o período de férias acadêmicas. Quem senta ao meu lado? A Dona Leia. Ela, que poucos dias atrás estava internada, mas havia recebido alta hospitalar e estava saindo do cabeleireiro, indo para sua casa. Por incrível que pareça, a Dona Leia morava na mesma zona que eu. Ela contou-me mais um pouco de sua história de vida, no trajeto. Era solteira e morava só com sua irmã. Estava feliz por sair daquele hospital. Apenas ia lá quinzenalmente, para fazer manutenção medicamentosa. Que surpresa! Naquele momento, estava feliz pela sua vitória em sair daquele ambiente insalubre, e não imaginava que loucos podiam fazer coisas que os “normais” também faziam.

Com o amadurecimento pessoal e profissional, as críticas mais consistentes começaram a aparecer. Lembro-me também que estava no terceiro semestre da faculdade, quando a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul fez uma intervenção naquele hospital psiquiátrico, obrigando-o a fechar os isolamentos e à suspensão de novas internações naquele ambiente. Por um momento, fiquei aliviado, mesmo que não estivesse entendendo muito bem aquele contexto.

Essa experiência como participante do internato em enfermagem psiquiátrica, nos dois primeiros semestres da faculdade, foi suficiente para fazer com que eu me identificasse com a área. Também foi possível conhecer, mesmo que de maneira incipiente, algumas particularidades das instituições psiquiátricas hospitalares. No que diz respeito ao tratamento oferecido, este era desumano e desgastante. No entanto, com relação à prática dos profissionais de saúde, parecia-me bem delimitada, com atribuições específicas e coordenadas.

Dando continuidade aos estudos na área, no terceiro semestre da faculdade surgiu uma oportunidade de trabalhar como bolsista de iniciação científica num projeto na área do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental². Esse projeto tinha por objetivo analisar as configurações do ensino da disciplina e as mudanças por elas provocadas (ou não) na realidade acadêmico-assistencial de 15 cursos de graduação em enfermagem no Rio Grande do Sul. Entre os achados, destacaram-se as possibilidades de se revitalizar o ensino na área, com a inserção de uma proposta de sistematização das ações em enfermagem psiquiátrica, com a participação do vínculo, do acolhimento e do relacionamento terapêutico como instrumentos de promoção do cuidado em saúde mental.

---

² O projeto de pesquisa “*O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental em um contexto de mudanças*”, desenvolvido em 2000, foi concluído mediante a liberação de recursos financeiros a partir da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

Essa participação nas atividades de pesquisa desenvolveu mais ainda minha postura crítica com relação ao manicômio e sobre a necessidade de incorporação de novas modalidades de tratamento em saúde mental. Foi a partir dessa experiência que pude ter meu primeiro contato com os serviços substitutivos, sendo que alguns deles estavam iniciando suas atividades em Pelotas.

A partir de então, um sentimento mobilizador foi-me guiando para estudos que abordassem o relacionamento terapêutico³ e a promoção de saúde mental, ao entender que esse referencial constituir-se-ia em uma proposta de sistematização do cuidado de enfermagem não somente nos serviços de atenção em saúde mental, mas inclusive em hospitais gerais, ambulatorios e unidades de atendimento crítico. Daí partiu um de meus principais trabalhos científicos: a monografia de conclusão da graduação em enfermagem⁴.

Posteriormente, quando concluí a graduação, as possibilidades de aplicar os conhecimentos teóricos se iniciaram a partir de minhas atividades profissionais como enfermeiro na área hospitalar, supervisionando as unidades de clínica cirúrgica e UTI geral de adultos de um hospital geral de Pelotas. Também tive uma passagem pela rede pública, como enfermeiro do CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas), inicialmente de Pelotas e depois como enfermeiro do mesmo serviço na cidade de Florianópolis.

---

³ “Relação de ajuda” ou “relacionamento terapêutico” são termos usados na área da psiquiatria e da saúde mental para designar uma série de interações entre profissionais e pacientes, promovendo uma síntese temporal presente/passado/futuro, entre ambos os protagonistas da relação. Compreendem o reconhecimento de dificuldades intrapessoais e interpessoais, através da disponibilidade de tempo, paciência e comprometimento para ouvir e entender a vida do outro. Com isso, o profissional reflete a sua própria vida no “aqui e agora”. A relação de ajuda, por ser uma fonte de minimização de sofrimento psíquico, tornou-se um dispositivo de promoção de saúde mental, fazendo parte do rol de saberes e práticas dos profissionais da área. Os trabalhos de Travelbee (1979), Peplau (1990), Stefanelli (1990), Rogers (1992), Rodrigues (1996), Furegato (1999), Pinho e Kantorski (2004) e D’Antonio (2004) trazem algumas reflexões sobre o assunto.

⁴ PINHO, Leandro Barbosa de. **O contexto psicossocial da família do paciente internado na unidade de emergência**. 2003. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas / RS.

Durante minha prática profissional hospitalar, sempre que possível tentava “fazer diferente”, ou seja, deslocar-me um pouco das atividades altamente rotinizadas e compartimentalizadas, fruto do modelo biomédico de produzir saúde, para atender às diversas demandas e dimensões do sujeito-doente. Em minhas conversas com pacientes e acompanhantes, mais do que fazer uma simples “avaliação” das condições momentâneas e fisiológicas do sujeito, era importante poder estimular uma interação, saber realmente o que se passava com ele e com sua família, ouvi-los reflexivamente. Saúde mental se faz em todo e qualquer espaço social de atendimento. Além disso, a condição de adoecimento que exige internamento hospitalar é passível de suprimir hábitos de vida cotidianos, desestabiliza o indivíduo e sua família, causa sofrimento, bem como, muitas vezes, obriga-os a conviver com a certeza/incerteza do tratamento/reabilitação.

Entretanto, no hospital, o que predominava era mesmo o cuidado relacionado à mecanização das ações, contraditoriamente às minhas expectativas de uma visão integralizada que vinha construindo e amadurecendo no decorrer de minha formação profissional. Podia notar que grande parte de meus colegas tinham uma concepção ampliada do sofrimento humano, porém limitadamente o expressavam na prática. Meus colegas enfermeiros dispunham de múltiplas razões para favorecer a dicotomia entre o saber e o fazer, em enfermagem. Alguns tinham a noção teórica e prática, mas enfrentavam dificuldades em suas atividades assistenciais. Outros levantavam certas falhas do sistema acadêmico, centralizado no ensino da técnica e da robotização da assistência de enfermagem.

Nesse sentido, minha maior preocupação centrou-se na relação entre o que se diz e o que se faz, efetivamente, na prática de enfermagem, tomando-se como referência o cuidado prestado ao indivíduo em sua integralidade, no que diz

respeito às dimensões social e técnica da organização das práticas profissionais e do olhar para o ser por inteiro. Por mais que eu pensasse no enfermeiro como um agente de transformação da realidade social de cuidados, às vezes notava, nesses setores, que esse profissional pouco colocava em prática essa característica. Em algumas situações, inclusive vivenciadas por mim, a lógica do cuidado integral esbarrava em características tão elementares que, por vezes, passavam despercebidas por todos, tornando-se contraditória, tanto no discurso, como na prática profissional do enfermeiro. Um exemplo disso era a constante defesa teórica dos enfermeiros acerca do cuidado integral e a observação de uma atitude diametralmente oposta em suas atividades práticas, que eram voltadas aos cuidados parcelares, que tendiam à impessoalização.

Foi assim que essas inquietações materializaram-se na minha dissertação de mestrado⁵. O referido trabalho teve origem e concretizou-se baseado na tese de que a influência de uma realidade contraditória poderia trazer consequências imediatas e não-imediatas para o cuidado de enfermagem hospitalar, sendo isso vivenciado/experenciado por pacientes e familiares acompanhantes, sujeitos estes para os quais é prestado o referido cuidado.

Busquei conhecer as maneiras como as contradições se revelam na prática assistencial do enfermeiro e as que possuem relações diretas com a prestação do cuidado na UTI. Para tanto, adotei o método de pesquisa de orientação dialética que, com a sua riqueza de detalhes na investigação, mostrou-me essa realidade em sua plenitude, de maneira aberta, sem perder de vista a oportunidade da crítica e da contextualização. Embasei-me, também, em leituras marxistas e gramscianas,

---

⁵ PINHO, Leandro Barbosa de. **O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: contradições entre o discurso e a prática profissional**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis - SC.

para compreender o cuidado como um ato político, um saber e uma prática permeados de significações construídas ao longo de uma realidade social e historicamente determinada.

Todas as leituras foram igualmente importantes para entender (e compreender) as formas como o cuidado, como um objeto do saber-fazer da enfermagem, se relaciona com uma multiplicidade de possibilidades materiais, que vão desde a política institucional e a lógica do processo de trabalho parcelar, até as características mais elementares e subjetivas do indivíduo prestador desse cuidado. No entanto, mesmo satisfeito com os resultados encontrados e discutidos, sinto - e ainda bem que sinto - que minha dissertação deixou “lacunas” que, aos poucos, careciam ser revistas, ampliadas, para serem, enfim, novamente preenchidas.

Vale considerar que essa realidade encontrada no hospital geral ocorre em todos os serviços de saúde. No caso da UTI, a realidade transpareceu com maior facilidade em função de que é um ambiente fechado, pequeno, um local confinado, que absorve essas contradições no cotidiano do trabalho parcelar, rotinizado. Nos serviços abertos, a dispersão e a pluralidade de conhecimentos tornam essas contradições talvez mais veladas, até mesmo intrigando alguns, mas passando, pela maior parte das pessoas, despercebidas.

Em minhas experiências profissionais como enfermeiro dos CAPS AD de Pelotas e Florianópolis, vivenciei um pouco essas contradições. Nos nossos serviços, havia uma mobilização intensa de alguns trabalhadores de saúde mental no sentido de oferecer ao louco um tratamento com dignidade, que respeitasse suas demandas e pudesse mantê-lo longe da exclusão das instituições hospitalares psiquiátricas. Havia a intenção de manter a liberdade de ir e vir, assumindo a responsabilidade

pelo outro, mas deixando-o escolher (sempre que possível) o seu “modo de caminhar na vida”, como destaca Canguilhem (2000). Mesmo assim, por mais que tivéssemos a consciência de que os CAPS são serviços estratégicos, contrários às posturas excludentes do manicômio, muitas vezes éramos surpreendidos com dúvidas e questionamentos sobre nossa própria prática no interior desses serviços.

Nos dois serviços, fui chamado para trabalhar quando ainda estavam começando suas atividades. Nenhum deles estava já em andamento, com projetos terapêuticos consolidados ou com outras atividades. Em Florianópolis, por exemplo, o CAPS AD não tinha ainda nem local fixo para funcionar. Era normal aparecerem questionamentos na equipe: Como fazer? O que fazer? Onde fazer? Quando fazer? Afinal, já eram, por sua natureza, serviços recentes, e estávamos saindo de uma concepção teórica ampliada sobre saúde mental para o terreno prático da assistência (o que foi um processo interessante, mas nada fácil de executar).

Quando o funcionamento do CAPS AD de Florianópolis já se tornava um pouco mais presente em nossa realidade, começamos a nos questionar sobre a necessidade de rever a nossa própria prática cotidiana. Por que não tentávamos mudar o prontuário dos usuários? Quem sabe não montávamos um fluxograma de atendimento? Por que não solicitávamos a contratação de oficinairos? Não poderíamos começar a participar mais das atividades na comunidade? Chamá-la mais ao serviço? Divulgá-lo mais?

Encarreguei-me de seguir no processo de divulgação. Participava de seminários na cidade, apresentando o CAPS para os ambulatorios, para as policlínicas, para os Programas de Saúde da Família (PSFs), para os hospitais gerais e privados, enfim, para toda a rede de saúde do município. Todos os profissionais

ficavam aliviados em descobrir que existiam serviços específicos de atendimento a uma demanda que ninguém sabia como e o que fazer com ela. Mas poucos deles conheciam exatamente o que é, o que faz um CAPS e o que fazem os profissionais que trabalham em um CAPS.

Aos poucos, os problemas operacionais começaram a aparecer. Florianópolis é uma cidade ainda muito hospitalocêntrica: a cidade, por exemplo, possui um dos maiores e mais antigos manicômios do Brasil - o Instituto de Psiquiatria (IPq), antigo Hospital Colônia Santana. Sem falar que a rede de saúde mental na cidade ainda é incipiente. Não conseguíamos dar seguimento aos casos que apareciam, por vários motivos: pela insuficiência de estrutura do serviço, pela própria falta de uma parceria interinstitucional mais viável e também pela “resolubilidade” que o manicômio tinha na prática psiquiátrica catarinense, para onde diversas vezes encaminhamos casos mais complexos para atendimento.

Encaminhar pacientes para o hospital psiquiátrico era uma situação desanimadora, e nos mostrava o quanto a nossa prática no interior dos CAPS ainda era confusa. Eu discutia essas inquietações com a equipe frequentemente, mas a grande maioria dos colegas dizia: “Infelizmente não podemos fazer nada.”. Um exemplo disso ocorreu quando nossa equipe foi mobilizada para o atendimento de um jovem, de 16 anos, usuário de *crack*, em franco estado psicótico. Quando chegávamos ao “esgotamento” das possibilidades de atendimento no serviço e quase chegando à indicação da internação psiquiátrica como solução para o caso, soubemos que ele havia tentado suicídio e que, naquele momento, estava sendo operado em um dos hospitais gerais da cidade.

Todos ficaram sensibilizados com esse caso em especial, revelando certa “impotência terapêutica” de nossa parte para lidar com determinadas situações.

Tentamos mudar novamente a nossa prática, buscando novas parcerias com outras secretarias e cobrando maior participação da gestão do município, para o fortalecimento do serviço e da rede. No entanto, sob meu ponto de vista, olhar o “macro” - as parcerias e as políticas de saúde mental em Florianópolis - ainda não me parecia suficiente, pois faltava um fator “micro”, talvez este mais importante. Era fundamental repensar, no cotidiano do processo de trabalho, como estavam as nossas relações profissionais, como eram as relações que estabelecíamos com o nosso usuário e com a nossa comunidade. Repensar o saber que estávamos produzindo - no discurso - e reproduzindo - na prática - sobre o fenômeno da loucura. Repensar o modelo assistencial que estávamos adotando no interior do serviço e que subsidiava a nossa prática (contraditória e muitas vezes “impotente”).

Embora o fator “macro” seja igualmente importante ao fator “micro”, no que se refere ao contexto social da reforma psiquiátrica⁶, Amarante (2003) comenta que, muitas vezes, associa-se o conhecimento sobre a reforma à simples reorganização dos serviços, quando, na verdade, se trata de um processo social bem mais complexo. Para o autor, a reforma compreende a articulação de várias realidades simultâneas e interrelacionadas, envolvendo movimentos, atores, conflitos e estratégias que possibilitem repensar o objeto do conhecimento da psiquiatria, que nenhuma outra teoria apreende em sua totalidade e complexidade. Para ele, pode ser definida a partir das seguintes dimensões:

Dimensão epistemológica ou teórico-conceitual: A reforma psiquiátrica

---

⁶ A reforma psiquiátrica será discutida com maior profundidade posteriormente, mas, por ser um processo conflituoso, pode-se adiantar que dúvidas, questionamentos, inércia e contradições no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde mental existem e serão desveladas ao longo desse trabalho.

situa-se no âmbito das reflexões que dizem respeito à produção de saberes, à produção de conhecimentos e que fundamentam a prática psiquiátrica. Vai desde o questionamento de conceitos tradicionais da ciência (como a produção de verdade e a neutralidade científica), até o de conhecimentos produzidos pela psiquiatria, como a alienação, a doença mental, a cura, a clínica, o tratamento e o sofrimento psíquico.

Dimensão técnico-assistencial: A reforma é analisada partindo-se do modelo de atendimento adotado pelos serviços e pelos profissionais de saúde mental, com relação ao louco e à loucura. Nesse sentido, podem-se observar conhecimentos práticos que estejam calcados na institucionalização do louco (baseados no modelo assistencial psiquiátrico-hospitalocêntrico), assim como as questões mais plurais, como o cuidado, o projeto de vida, a escuta e o acolhimento do indivíduo (modelo assistencial defendido pelo projeto de reforma psiquiátrica).

Dimensão jurídico-política: Importa aqui discutir e redefinir as relações sociais do louco com a sociedade civil, em função de sua apropriação pela psiquiatria e da instituição de uma série de conceitos que o relacionam à periculosidade, à irracionalidade, à incapacidade e à irresponsabilidade civil.

Dimensão sociocultural: Relaciona-se ao desafio (talvez o maior deles) de a reforma psiquiátrica desmitificar a ideologia psiquiátrica do senso comum, com o objetivo de reestabelecer as trocas simbólicas e a transformação da loucura no imaginário social para, finalmente, transformar as relações na sociedade como um todo.

Talvez essa tenha sido uma das principais dificuldades de nossa equipe em compreender a complexidade do processo de reforma psiquiátrica. No entanto,

posso admitir que foi uma experiência fecunda, mesmo que temporalmente pequena (um ano). Vivemos intensas contradições, mas fomos muito comprometidos com o que fizemos. Tentávamos o que “sabíamos saber” e “sabíamos fazer”. Porém, ficaram questionamentos. Por que o nosso discurso parecia tão empolgante na defesa de um ideal emancipatório da loucura, e nossa prática, às vezes, tendia a ser tão contraditória? Será que não era o nosso discurso que era tão contraditório, a ponto de tornar a prática apenas reflexo dessa contradição? Que reforma psiquiátrica estávamos produzindo com esse discurso e colocando em prática na nossa realidade assistencial? Quais os diferentes saberes e práticas (contraditórios ou não) que produzíamos e reproduzíamos no contexto social de atendimento em saúde mental?

Isso me levou, já no doutorado, a aprofundar-me mais na temática “discurso”, para entender essas singularidades. Para tanto, busquei, em disciplinas internas do curso e em disciplinas externas a ele, novas modalidades teóricas que pudessem fornecer-me subsídios para a compreensão, interpretação e análise dos processos discursivos.

Uma dessas oportunidades conduziu-me à disciplina intitulada “Pesquisa com práticas discursivas: trabalhando com dialogia”, oferecida pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e ministrada pela Profa. Dra. Mary Jane Spink. Como aluno especial, essa disciplina permitiu-me adentrar no mundo da análise de discurso e transitar por áreas muitas vezes desconhecidas pela enfermagem. Foi possível também a familiarização com diversas estratégias metodológicas e analíticas do material discursivo, em especial a desenvolvida pela pesquisadora, que se baseia na Psicologia Discursiva, construída a partir da corrente teórica do construcionismo

social.

Uma outra oportunidade disse respeito à participação no projeto de pesquisa intitulado “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil”⁷, coordenado pela Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski. Nesse projeto, se tinha como objetivo avaliar quali e quantitativamente os CAPS da Região Sul, considerando-os como serviços estratégicos na implementação e consolidação do processo de reforma psiquiátrica brasileira.

O projeto, nomeado “CAPSUL”, assimilou uma abordagem quantitativa e qualitativa de pesquisa avaliativa. O objetivo principal era poder privilegiar diferentes dimensões do objeto avaliado, para ver como os serviços substitutivos em saúde mental vinham funcionando no cotidiano da reforma psiquiátrica brasileira.

Na etapa quantitativa do projeto, foi utilizado o modelo de avaliação construído por Avedís Donabedian, para avaliar a estrutura, o processo e o resultado da atenção em saúde desenvolvida pelos CAPS da Região Sul do Brasil (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul). Tal marco teórico se baliza na demonstração de diversas relações do processo de funcionamento dos serviços, de forma a evidenciar variáveis ou fatores que influenciem na determinação das necessidades de saúde do local estudado. Os 30 CAPS investigados nessa etapa foram selecionados conforme procedimentos aleatórios.

Na etapa qualitativa da avaliação, o objetivo fundamental era poder ingressar na dimensão construtiva do cotidiano do processo de trabalho em saúde mental. Utilizou-se a avaliação de quarta geração desenvolvida por Egon Guba e Yvonna Lincoln, com enfoque hermenêutico-dialético, para poder entender a

---

⁷ Projeto de pesquisa financiado pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Edital MS/CNPq - SCTIE-DECIT/CT-Saúde 07/2005.

dinâmica de funcionamento, as relações entre os diferentes atores, os diferentes contextos de interação e os sentidos que os trabalhadores de saúde mental produziam sobre sua própria prática no interior dos serviços. Avaliar no sentido de julgar, mas, antes disso, participar conjuntamente com esses atores na construção cotidiana desses espaços sociais, ampliando o potencial de intervenção sobre a realidade assistencial.

Depois de terminada a etapa quantitativa do projeto, foi realizada uma oficina com os pesquisadores para designar os campos de coleta de dados qualitativos. Os critérios utilizados basearam-se na organização funcional de cada serviço e na adequação deles às portarias do Ministério da Saúde, em especial a Portaria 336/02, que regulamenta o funcionamento dos CAPS. Posteriormente, uma nova oficina, desta vez de capacitação, foi realizada com os pesquisadores da etapa qualitativa, para a utilização do modelo hermenêutico-dialético.

Foram escolhidos dois serviços de saúde mental que se destacaram na avaliação quantitativa e na adequação dos critérios ministeriais para funcionamento dos CAPS: Alegrete (RS) e Joinville (SC). No entanto, participaram dessa etapa também os CAPS de Porto Alegre (RS), Foz do Iguaçu (PR) e São Lourenço do Sul (RS). Esta tese representa parte da investigação realizada no CAPS de Joinville (SC) ⁸, tendo sido o trabalho de campo realizado por três pesquisadores (entre eles o autor do presente estudo), nos meses de julho e agosto de 2006.

A participação no projeto de pesquisa avaliativa dos CAPS foi primordial para poder aproximar-me novamente dos serviços de saúde mental e poder vivenciar um pouco mais diferentes contextos de atuação. No entanto, no decorrer da pesquisa de campo, eu já estava preocupado com os delineamentos que seguiria em meu

---

⁸ Maiores informações sobre o contexto institucional investigado, técnicas utilizadas para coleta de dados e instrumentos serão apresentadas posteriormente.

trabalho. Como meu interesse centrava-se na temática “discurso”, procurei fazer contato com pesquisadores da área, como o Professor Teun A. Van Dijk e o Professor Antonio Bañon Hernández. Começava, então, a aparecer “uma luz no fim do túnel”. Primeiro, foram sugestões de leituras mais apropriadas à minha temática. Segundo, possíveis referenciais analíticos de acordo com meu tema de pesquisa.

Dessa forma, entendo que o estudo aqui apresentado difere dos anteriores não somente pela mudança de cenário (os serviços de saúde mental), mas também por pretender desvelar o microespaço da produção de saberes e práticas de uma equipe de saúde mental, no contexto social da reforma psiquiátrica. Pretendo estender-me na crítica e na problematização dos avanços e retrocessos do processo de consolidação da reforma no cenário brasileiro.

Para isso, baseio-me numa concepção teórica e analítica ampliada sobre o discurso, tomando-o como referência de produção socio-histórica de sentidos no mundo. A partir dessa vertente, é possível compreender os diferentes cenários, contextos, saberes e práticas que fazem parte da dialética do cuidado no cotidiano assistencial em saúde mental. Aproveitando a concepção de Amarante (2003), poderia dizer que este estudo situa-se no interior das dimensões “tecnoassistencial” e “epistemológica” da reforma.

O desafio é grande. Sabemos que a reforma psiquiátrica é um processo lento e inacabado. Por isso, é preciso reinventá-la cotidianamente. As contradições no processo de consolidação da reforma psiquiátrica existem e estão aí para serem reveladas, assim como discutidas. Será que ainda não estamos defendendo uma reforma do atendimento em saúde mental no discurso e planejando atividades paradoxais, confusas e incoerentes? Será que não é preciso desmontar não somente

o manicômio, mas também o nosso discurso para entender esse contexto? Espero que, com este estudo, eu possa ajudar a compreender um pouco mais dessa realidade.

2 DELIMITANDO O OBJETO DE ESTUDO

2.1 *A CONSTRUÇÃO DO SABER PSIQUIÁTRICO NOS DIVERSOS CAMINHOS E CONTEXTOS DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE*

A construção do saber psiquiátrico é algo que vem me intrigando no decorrer de minha formação profissional. Como, neste estudo, minha pretensão é a de abordar o discurso do trabalhador em saúde mental para poder compreender a sua prática, é necessário que muitos dos saberes produzidos pela psiquiatria e que constituem a sua prática sejam explicitados, bem como problematizados. Mais do que isso: para poder compreender a dimensão prática do saber psiquiátrico, creio que seja preciso, primeiramente, reportar-me à construção socio-histórica do campo da saúde e da doença. Isso porque os diferentes saberes e práticas em saúde e doença tiveram repercussões no modo de viver dos sujeitos e na própria organização prática do cuidado psiquiátrico.

Iniciando meus questionamentos sobre o assunto, caso perguntemos às pessoas o que são saúde e doença, poderemos nos ver diante de uma multiplicidade de respostas. Muitas delas poderiam pensar que saúde e doença são conceitos articulados, interdependentes. Outras, talvez não. Mas uma hipótese é certa: a de que saúde e doença são construções sociais, interconectadas a fatores históricos e culturais. Portanto, é possível também afirmar que, para se pensar em saúde e doença, esses fatores coexistem mediante um determinado *saber* e uma determinada *prática* que influenciam o nosso olhar e, com certeza, conduzirão o nosso discurso sobre o assunto.

Outra hipótese, não menos remota para o conhecimento acumulado pela

humanidade sobre a saúde e a doença, é que a medicina, como profissão da área da saúde, conseguiu desenvolver todo um corpo de conhecimentos e práticas, para tentar revelar, materialmente, as relações do mundo com o próprio homem e como essas relações, no contexto social, produzem saúde e doença. Talvez essa apropriação do processo saúde/doença pela medicina seja, hoje, uma das maiores contribuições para a compreensão dos fenômenos ligados ao processo de adoecer e de viver humanos.

Mesmo assim, também entendo que nem todas as respostas às perguntas anteriores me aparecem com tanta clareza. Primeiro, hipoteticamente falando, não me parece possível abduzir a saúde da doença, pois elas se articulam a ponto de somente serem compreendidas como construções sociais em sua interlocução. Segundo, mesmo tratando a saúde e a doença como um processo dinâmico, um “todo articulado”, muitas vezes acabamos dissociando-as na teoria e como campo de práticas no interior de nosso cotidiano nos serviços de saúde. Parece redundante, mas o processo saúde/doença pode ser produzido na teoria, mas reproduzir-se, em sua efetivação, com outros saberes e práticas. Foi o que aconteceu, por exemplo, no campo da saúde mental, objeto deste estudo, e que será delineado no decorrer deste capítulo.

No âmbito acadêmico, o processo saúde/doença sempre esteve presente nos mais diversos conflitos e discussões teórico-epistemológicas. Isso porque o ato de criar - e, nesse caso, abstrair - exige construções mais complexas, trazendo tanto rupturas epistemológicas, como resistências (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004). Exemplos disso aconteceram nas profissões da área, como a psicologia, a enfermagem e a medicina. Dentro da psicologia, existem desde os paradigmas mais positivistas - que valorizam os achados explicativos e causais, independente do

objeto estudado -, até os mais existencialistas - que se preocupam em compreender os significados e percepções sobre determinado assunto para o sujeito e de seu modo de viver no mundo. Na enfermagem, o desenvolvimento de estudos científicos, principalmente na pós-graduação *scripto sensu*⁹, com a utilização de vários paradigmas e dispositivos metodológicos oriundos de outras áreas do conhecimento, como das ciências sociais, tem permitido expandir o conhecimento da profissão, (re)inventando novas práticas para promover saúde, bem como compreendendo os encargos físicos, emocionais e sociais decorrentes do fenômeno do adoecimento para o sujeito.

Os atos de conhecer e produzir conhecimentos sobre a saúde e a doença são fatores que não devem ser encarados isoladamente, mesmo quando analisados do ponto de vista da não-consensualidade. Eles parecem representar a incursão ideológica dos sujeitos no contexto social. Por esse motivo, o processo saúde/doença assume características não menos complexas e que, de uma forma ou outra, influenciam no modo de ser, na conduta e nas relações humanas. É em meio às contradições e aos conflitos que constituímos nossas abstrações, que crescemos como seres humanos e como profissionais, enfim, que caminhamos para repensar - mas também transformar - o nosso mundo e a nossa realidade.

No entanto, alguns paradigmas não estimulam às mudanças, e ainda

---

⁹ O estudo de Erdmann et al (2005) faz uma análise das teses produzidas pelos programas de pós-graduação em enfermagem no Brasil. Observou-se que a grande maioria das produções insere-se no campo assistencial, indicando a preocupação do enfermeiro em investigar no cotidiano de sua prática. No entanto, as autoras mencionam que as bases teórico-metodológicas desses estudos têm sido modificadas ao longo do tempo, principalmente com a adoção de técnicas de pesquisa oriundas da pesquisa qualitativa, que se preocupam em aprofundar e compreender os fenômenos sociais que tangenciam a prática da enfermagem. Na mesma linha de raciocínio segue o estudo de Barros et al (2005), embora seja a enfermagem psiquiátrica o objeto de seu estudo. Analisando dissertações e teses defendidas no período de 1975 a 2003, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, as autoras também destacam a preferência por referenciais oriundos das ciências sociais, como a fenomenologia e as representações sociais, além das técnicas analíticas de abordagem qualitativa, sugerindo uma interlocução com as transformações qualitativas que se vêm cristalizando no campo do atendimento em saúde mental.

disseminam um olhar cristalizado sobre determinado aspecto do processo saúde/doença, como se fosse totalizador de seu conhecimento, reproduzindo-se na prática e no discurso do sujeito que o defende. Na medicina, por exemplo, mesmo diante do conhecimento científico acumulado desde o final dos anos de 1970, quando se iniciam os debates em torno da necessidade do redimensionamento do processo saúde/doença e da difusão desse conhecimento em vários estudos¹⁰, ainda notamos forte influência de um conhecimento materialmente estruturado a partir do iluminismo francês. O iluminismo veiculava a necessidade de “explorar” o corpo para livrá-lo da doença, tendo, para isso, que explicar os fatos, investigar as causalidades, a conformação anatômica do sujeito, o aparecimento ou a supressão de sinais/sintomas, o reaparecimento da condição de adoecimento, seja no contexto individual ou coletivo. Esse conhecimento, que se traduziu na consolidação de uma medicina clínico-positivista, tem suas origens marcadas por um movimento teórico-filosófico que elevou a emoção à razão, por uma organização predominantemente industrial dos modos de produção da sociedade e pelas repercussões de toda essa rede complexa no processo de viver e adoecer humano.

Conforme Sevalho (1993), embora desde a Grécia antiga o homem venha buscando conceitos e práticas que expliquem os fenômenos da natureza e suas influências no processo saúde/doença, o período iluminista marcou a constituição de uma nova ciência - e da ciência médica. A revolução econômica e científica proporcionada por esse evento, juntamente com o contexto social favorável, trouxe à tona outras formas de conflito/resistência. O mesmo aconteceu com os

---

¹⁰ Como exemplos desses estudos, podem ser citados: Laurell (1983), Gonçalves (1979), Campos (1997), Merhy (1997), Paim e Almeida Filho (1998), Tarride (1998), Ayres (2001), Nordby (2003), Tesser (2004), Deslandes (2004), Mandú (2004) e Pinho e Santos (2007).

movimentos sociais sindicais de orientação comunista, ao olharem a sociedade pelo ângulo das relações de poder verticalizadas e desiguais.

Reportando-me ao desenvolvimento da racionalidade experimental no mundo, vale citar que ela teve uma dupla origem. Inicialmente, do final do século XII, quando as obras de Aristóteles chegam ao ocidente, via filósofos árabes e escolásticos, até Copérnico, a ciência baseava-se nos princípios aristotélicos para explicar as coisas do mundo. Aristóteles acreditava que as essências eram as próprias coisas e a observação da natureza podia demonstrá-las. Nesse sentido, as ideias não eram construções mentais do homem, mas realidades produzidas pela observação do homem sobre a natureza em que vivia. Por isso, a lógica aristotélica compreendia que a apreensão do universal só era possível a partir dos particulares, enquanto que o raciocínio lógico, fruto do intelecto humano, não pode ser desviado para os equívocos, pois precisa aprender a diferenciar a correta apreensão da matéria e dos sentidos produzidos por ela (MARTINS, 1999).

O mesmo autor acrescenta que, por volta de 1543, Copérnico inicia o desenvolvimento de uma matemática experimental baseada em cálculos geométricos (com influência pitagórico-platônica), para defender o sistema heliocêntrico - em que o sol era o centro do universo. Seus estudos foram tomados como base para o desenvolvimento de uma nova racionalidade posterior, principalmente por Galileu e Giordano Bruno, seus discípulos. Galileu, por exemplo, comprovou cientificamente a tese de Copérnico, com base na utilização de um telescópio. No entanto, a revolução científica provocada por esses achados gerou intensos conflitos e resistências, principalmente por parte da Igreja Católica, que havia incorporado, como dogmas, os conhecimentos aristotélicos. Por isso, provocou perseguições, e muitos cientistas acabaram condenados pela Inquisição à

fogueira, por suas descobertas.

Dando continuidade ao assunto, foi na época de Francis Bacon (1561-1626) que o desenvolvimento da racionalidade experimental assume sua plenitude. Bacon propunha a união da razão e da experiência, inaugurando o método indutivo-experimental, para que fosse possível descobrir as formas e os movimentos ocultos, que estão incorporados à natureza. Dada a importância que a matemática assume no conhecimento, para explicar a natureza e o movimento das coisas, a experiência volta ao cenário científico, experiência esta de origem aristotélica, mas que buscava, agora, o alcance de novas ideias que pudessem ser validadas universalmente, para mostrar a essência do mundo a partir delas. Todavia, foi com René Descartes (1596-1650)¹¹ que se desenvolveu um método racional-reducionista capaz de explicar as diferentes projeções da razão e sua necessária objetivação, com a neutralidade humana própria e necessária para ordenar, dominar e manipular a natureza (MARTINS, 1999).

A passagem de Descartes, abaixo, pode sintetizar o tamanho da sua influência teórico-filosófica na constituição moral e hegemônica da ciência moderna - e, no interior desta, a ciência médica - com caráter mecanicista, experimentalista e objetivado:

Da descrição dos corpos inanimados e das plantas, passei à dos animais e especificamente à dos homens [...] Porém, para que se possa ver de que modo eu lidava com esta matéria, quero mostrar aqui a explicação do movimento do coração e das artérias, o qual, sendo o primeiro e o mais

---

¹¹ Para Rodrigues et al (2005), Descartes introduziu, na ciência moderna, aquilo que ficou conhecido como o *cogito cartesiano*. Através de uma conexão entre a “coisa” e o “pensamento da coisa”, Descartes funda o método da dúvida, baseando-se na certeza de que, no pensamento e no ser que pensa, pode existir uma certeza - “penso, logo existo”. Com o *cogito*, foi possível marcar a emergência de uma nova forma de pensamento no mundo, desde a dissociação entre o pensamento (*res cogitans*) e a extensão (*res extensa*), até sua repercussão na desconexão entre o indivíduo e o mundo em que vive. Para evitar um possível “esvaziamento epistemológico”, estruturou-se também um “método”, no qual o conhecimento dessa natureza seria garantido pela criação de leis universais e gerais.

geral que se observa nos animais, consentirá julgar com facilidade, a partir dele, o que se deve pensar de todos os outros. E, para que seja mais fácil entender o que vou dizer a esse respeito, desejaria que todos os que não são peritos em anatomia se dessem ao trabalho, antes de ler isto, de mandar cortar diante deles o coração de um grande animal que possua pulmões, já que é em tudo parecido com o do homem, e que peçam para ver as duas câmaras ou concavidades nele existentes (DESCARTES, 2000).

O pensamento cartesiano, mencionado nesse relato, reflete a influência filosófica do processo indutivo-lógico de pensar, característico da modernidade, na constituição de um ser humano alvo da exploração científica. Exploração esta que reproduzia os indivíduos nos seus corpos fragmentados, sujeitos ao estudo, tratados como “vidas inanimadas”, um “sujeito *do* e *para* o conhecimento”, que produz saberes por meio do olhar objetivado e da experimentação empírica. Um ser humano basicamente orgânico, reduzido a um único saber histórico, sendo este racional, positivista, neutro e interventor.

No campo da saúde mental, essa realidade não foi diferente, porque a evolução do conhecimento humano foi acompanhada, paralelamente, de explicações teóricas e práticas de intervenção no fenômeno da loucura. De forma não menos complexa, vale lembrar, mas com sucessivas transformações conceituais, práticas e epistemológicas.

Para Pessotti (1999), desde a antiguidade, o homem vem buscando maneiras e tecnologias para classificar, agrupar e compreender as manifestações mentais. De acordo com o autor, foi com a influência teórica de Hipócrates e Galeno¹², na Idade

---

¹² Segundo Pessotti (1999), Hipócrates (377 A.C) era discípulo de Górgias e de Demócrito, e possuía um olhar crítico-relativista, baseado na dialética sofística. O interesse de Hipócrates era o de dar às coisas seus nomes corretos, que representassem, por meio das categorias e dos nomes, a concretude dessa mesma coisa. Sendo assim, em sua concepção, seria possível atribuir uma alteração a algum agente causal específico. Exemplos estão em duas formas de loucura citadas por ele: uma mais tranquila, causada pela fleuma (correspondente à melancolia) e outra agitada, produzida pela bilis (mania). Posteriormente, Galeno (130-200 D.C) deu continuidade aos ensinamentos hipocráticos, mas fundando uma nova “fisiologia da loucura” com a introdução do conceito de pneuma. Segundo ele, toda loucura só pode ser entendida a partir das *faculdades* diretoras da alma afetada: a raciocinante (*dianoètike*), a memorativa-mnemônica (*mneumoneutikè*)

Antiga, que a loucura¹³ começou a ser explicada do ponto de vista do discurso organicista, sendo considerada como um estado de desequilíbrio entre os espíritos e os humores corporais. As concepções hipocráticas e galênicas deram origem, portanto, às concepções humorais e pneumáticas da loucura.

Pode-se dizer que a ascensão do conhecimento hipocrático-organicista, mesmo que ainda contaminado por uma influência metafísica (divina), típica do mundo antigo, revolucionou o campo de saberes e práticas em saúde mental. Especialmente falando sobre a loucura, Hipócrates e Galeno abriram as portas para o desvelamento do mecanismo funcional da mente humana, que serviu de alicerce aos conhecimentos anatômico-fisiológicos crescentes na era renascentista e para os rearranjos etiológico-nosológicos que constituíram a ciência psicopatológica tal como a conhecemos hoje.

No entanto, na Idade Média, Pessotti (1999) comenta que houve uma ascensão acentuada do conhecimento cristão pelo mundo. Nesse sentido, especialmente com Tomás de Aquino e Agostinho, a concepção de loucura retorna aos seus aspectos teológicos, mas, agora, assumindo uma conotação negativa. Fruto de uma presença demoníaca sobre o corpo humano, ela passa a ser vista a partir da permissividade ou da influência divina sobre a razão e as emoções do indivíduo, orientada como castigo, sofrimento, perturbação e provação. Essa visão teológica, de influência católica, inaugura o período da concepção demonista da loucura.

---

ou a imaginativa (*phantastikè*), sendo que os humores teriam efeito direto sobre a intensidade dessas manifestações.

¹³ Tomarei aqui a aceção de Pelbart (2001) para facilitar as reflexões. É importante considerar que, embora essa aceção não seja totalizante, o “louco” é caracterizado como sendo o personagem social discriminado por sua loucura, enquanto que a “loucura” constitui-se numa dimensão essencial de nossa cultura, correspondendo a todos os significados por ela constituídos (estranheza, avareza, ameaça, alteridade radical e periculosidade social). Vale lembrar que os conceitos de louco e loucura serão resgatados, posteriormente, com novos enfoques explicativos.

Vale lembrar que, nesse período, conforme Martins (1999), todo o conhecimento acumulado pelos escritos aristotélicos foram incorporados pela Igreja Católica e pelo movimento escolástico como dogmas, que deveriam ser seguidos pelo mundo. Por isso, muitos cientistas foram condenados pela Inquisição por desafiarem as ordens católicas. Ao contrário do que aconteceu com o conhecimento médico hipocrático e galênico, que, de acordo com Sevalho (1993), acabou repassado aos gregos, pelo Mar Mediterrâneo, e posteriormente foi incorporado às práticas árabes, para ressurgirem, com as práticas anatômicas e fisiológicas, nas eras renascentista e moderna.

Pessotti (1999) comenta que essa sustentação dos ensinamentos hipocráticos foi fundamental para, no decorrer do século XVIII, explicar as manifestações orgânicas do funcionamento mental. Inspirada numa medicina alemã, de orientação organicista, a loucura é “promovida” à categoria de doença, para a qual era necessário distinguir-se seus gêneros, desde uma classificação (nosologia) dos quadros. Deu-se início à história natural da doença mental, quando a psiquiatria adota a taxonomia das ciências naturais (principalmente inspirada na botânica), para designar as “espécies” de loucura, articulando-as ao conhecimento do decurso nosológico das manifestações que o doente apresentava.

Vale lembrar que todos os saberes acerca do fenômeno da loucura possibilitaram a constituição de modalidades de intervenção (práticas) diferenciadas. Isso porque ela sempre envolveu fascínio e medo na história da humanidade, numa dialética que permeia nossa atualidade. A loucura acompanhou o desenvolvimento da sociedade, exercendo poder sobre os homens, como aconteceu na Antiguidade, assim como a psiquiatria exerceu seu poder sobre ela, no século XVIII. Loucura que tem, em sua constituição histórica, as marcas de uma

sociedade incompreensível, que, destarte, a tratou de diferentes ângulos, vista como objeto de periculosidade, castigo, doença, anomalia, lesão, problema, desvio de conduta, perturbação da ordem. Enfim, uma polissemia de sentidos (nos saberes e práticas), de onde se extrai pouca ou nenhuma explicação totalmente coerente. Que demonstra as peripécias das expressões humanas e as contradições de seu próprio pensamento, a ponto de inferiorizar o conhecimento do homem e, ao mesmo tempo, provocar a sua fúria:

[...] o anormal é uma virtualidade inscrita no próprio processo de constituição do normal e não um fato ou uma entidade autônoma que definiríamos pela identificação de um conjunto de propriedades delimitadas e imutáveis. O anormal é uma relação: ele só existe na e pela relação com o normal. Normal e anormal são, portanto, termos inseparáveis. E é por isso que é tão difícil definir a loucura em si mesma (FRAYZE-PEREIRA, 2002, p.22).

A mesma loucura em si, multidimensional, que é incompreendida, mas temida, é elevada à categoria de doença mental a partir do século XVIII, por dois motivos principais: o nascimento da clínica¹⁴ com o desenvolvimento pleno da racionalidade científico-experimental na Idade Moderna¹⁵, de orientação cartesiana e baconiana; e a estruturação de um novo sistema político-econômico (capitalista)¹⁶, que permitiu e subsidiou a difusão desses novos conhecimentos pelo

¹⁴ A clínica pode ser entendida como um saber tecnológico, isto é, saberes produzidos comprometidamente com a realização de intervenções produtivas do trabalho humano sobre os processos da vida, especificamente, sobre a saúde e a doença (MERHY, 2006).

¹⁵ Segundo Rosen (1994), a Era Moderna na Europa Ocidental é caracterizada pela superação do modelo feudalista de relação comercial, convergindo com a ocorrência de outros três fenômenos, entre eles a urbanização, a industrialização - com a acumulação de riquezas - e a estruturação dos Estados-nação. Nela, começa a desenvolver-se a noção de “cidadão”, que pertencia a uma cidade sob o poder de um Estado. Essa relação entre o Estado e o desenvolvimento das cidades ajudou na redefinição do conhecimento médico, que, agora científico, também é político, para organizar os espaços sociais. Exemplos dessas experiências serão discutidos mais adiante.

¹⁶ Max Weber, sociólogo alemão, em seu livro *“A ética protestante e o espírito do capitalismo”* traz a gênese da cultura capitalista na ordem moral puritana. Destaca que o “espírito capitalista” não é exclusividade do modo de vida moderno, pois existe nas mais antigas civilizações e religiões. Para ele, o capitalismo nasce a partir de um “ethos”, “no sentido de um determinado estilo de vida regido por normas e folhado a ética”, sobre as quais e pelas quais repousam saberes e práticas

contexto social (CASTEL, 1978; FOUCAULT, 2004a).

A racionalidade experimental cartesiana-baconiana teve suas repercussões em todas as áreas do conhecimento da humanidade. Ela se baseou numa concepção filosófica que orientava a cisão entre o ser humano e a natureza. Isso porque o homem não é mais compreendido como co-partícipe dela, mas como conquistador e proprietário de seus elementos. Daí decorrem os processos exploratórios que movimentaram as navegações, as artes e os descobrimentos sobre o corpo humano. Na saúde, por exemplo, essa nova “organicidade” possibilitou o firmamento de uma clínica médica, agora exploratória, que repercutia nos espaços individuais e coletivos da sociedade (SEVALHO, 1993).

Fundamentada na sequestração dos corpos para exploração e estudo das doenças, é nesse período que a medicina mental¹⁷ se desfaz de seus achados

---

dominantes, que, socialmente, se tornam difundidas e coroadas (WEBER, 2004, p.51). A concepção weberiana está implicada numa noção de “conduta de vida”, tanto que, nas etapas pré-capitalistas da sociedade, as únicas potencialidades estavam reservadas à valorização racional do capital no quadro da empresa e à organização racional do trabalho, mas como potências orientadas por si, e não por um sistema político-econômico. A inversão do capital sim, para o autor, trouxe consequências imediatas e reconfigurou o “espírito” do capitalismo, passando o sistema econômico a ser o definidor dos meios de produção, visando o lucro. Merhy (1987), baseado em leituras marxistas, afirma que as relações sociais capitalistas se estruturaram a partir das relações de produção, onde a marca fundamental estava centralizada na propriedade do capital e na forma como esse mesmo capital podia legitimar seu poder sobre o trabalho humano. No caso da saúde, as práticas tomaram como seu objeto os grupos sociais e o meio ambiente era o lugar onde ocorria a produção/reprodução desse capital e das classes sociais.

¹⁷ O século XVIII, de acordo com Pessotti (1999) e Birman (1978), foi importante para designar a ascensão de um novo conhecimento médico sobre a natureza e a gênese da loucura. Pinel (1809), baseado nos estudos anteriores de Plater, Cullen e Chiarugi, passa a entender a loucura como lesão do intelecto e da vontade, embora seja manifestada por sintomas orgânicos e comportamentais. Para que fosse possível interpretá-los e classificá-los, há que se observar, cuidadosamente, aqueles sintomas. Esquirol (1816 e 1818), dando continuidade aos estudos de Pinel, redefiniu a classificação das espécies de loucura, segundo o critério sintomatológico de desvio da racionalidade atrelado a outra evidência semiológica: a passional. Falret (1860) inaugura a articulação da psiquiatria com a biologia, introduzindo o modelo taxonômico da botânica na classificação das doenças mentais, modelo este à prova de ambiguidades. Morel (1860), também seguidor da corrente naturalizante da doença mental, dedica-se mais ao aprimoramento dos estudos anatômicos e patológicos da loucura, em parceria com Claude Bernard. Para ele, a loucura teria seis espécies nosológicas, sendo uma delas hereditária, causada por malformações físicas e morais da espécie humana. Seu novo saber sobre a loucura permitiu o desenvolvimento de uma “*Teoria da Degenerescência*”, para a qual a loucura poderia ser uma doença causada por um desvio de algum parente mais próximo ou distante e o degenerado deveria ser reprimido em instituições específicas para não comprometer a evolução humana. Kraepelin (1883-1915), no século XIX, já desenvolve com maior profundidade os conhecimentos da psiquiatria clássica, pois considerava a loucura como um desarranjo biológico,

empíricos para incorporar saberes clínicos, científicos, que pudessem dar conta de explicar, em sua totalidade, como, por que e quando ocorrem as manifestações da loucura. O fragmento de Pinel, um dos maiores precursores da psiquiatria, em seu *Traité Médico-Philosophique sur L'aniénation Mentale*, nos mostra essa tendência:

o princípio basilar de toda a obra consiste, portanto, em um estudo preliminar e aprofundado das diversas lesões do intelecto e da vontade, que se manifestam no exterior com mudanças no comportamento, na gestualidade, no modo de falar e com inequívocos distúrbios físicos [...] mas, se os sintomas são observados com atenção e empenho constante, é possível classificá-los e distinguir entre eles, com base nas lesões fundamentais do intelecto e da vontade, sem deixar-se despistar pelas inumeráveis formas que eles apresentam (PESSOTTI, 1994, p.146).

Com a conjuntura social favorável, foi possível, nesse sentido, o resgate das práticas históricas e de caráter exploratório, oriundas da medicina greco-árabe e renascentista, juntamente com o incremento dos experimentos de laboratório, fundamentalmente anatômico-fisiológicos (LAURELL, 1983; GARCÍA, 1989; GONÇALVES, 1994; SILVA JÚNIOR, 1998; FRIAS JÚNIOR, 1999; FOUCAULT, 2004b). Desse modo, a medicina passa a ser caracterizada como ciência dos corpos, como prática científica, ocupando diversos extratos sociais. Se, até o final do século XVIII, a medicina referia-se mais aos achados empíricos das manifestações sintomatológicas do sujeito para produzir saúde, no século XIX ela começa a se preocupar mais com a normalização da doença como objeto do saber, passando da condição de medicina dos sintomas à de medicina dos órgãos e tecidos corporais. É a medicina empírica dando lugar à medicina dos “*objetos de sua prática*” (FOUCAULT, 2004b, grifos meus). Tal justificativa se deve ao fato de que:

---

vendo nas manifestações externas apenas reflexos dessas desordens orgânicas. No entanto, segundo ele, a loucura está relacionada à capacidade do organismo de resistir ou adaptar-se às condições sociais e fisiológicas da vida. Essa concepção de loucura vai redefinir o conceito de *anormalidade* no campo psiquiátrico e perdurar até a atualidade.

[...] a medicina existe como arte da vida porque o vivente humano considera, ele próprio, como patológicos - e devendo portanto serem evitados ou corrigidos - certos estados ou comportamentos que, em relação à polaridade dinâmica da vida, são apreendidos sob forma de valores negativos... dessa forma, o vivente humano prolonga, de modo mais ou menos lúcido, um efeito espontâneo, próprio da vida, para lutar contra aquilo que constitui um obstáculo à sua manutenção e a seu desenvolvimento tomados como normas (CANGUILHEM, 2000, p.96).

No entender de Foucault (2004a), o contexto social favorável para o desenvolvimento pleno da racionalidade e do discurso científico da medicina também tornou possível a ampliação dos espaços de atuação do médico e de sua intervenção em indivíduos e coletivos, que se destaca ao reproduzir discursos acerca do aprimoramento da organicidade - uma característica do século anterior - e da estruturação da saúde como projeto político - fruto da vida moderna. O médico, ao centralizar no corpo o seu objeto de saber e de práticas, acabou reforçando-o não apenas como campo de domínio e apreensão, mas também como foco de necessidade social, para distribuição, espacialização e urbanização das esferas sociais. Exemplos dessas experiências¹⁸ durante a constituição do capitalismo estão na organização política da Medicina Alemã, da Medicina Urbanizada na França e do Sistema de Saúde na Inglaterra. O autor, por exemplo, chega a afirmar que o saber sociológico não se constituiu por meio de personalidades históricas, como Montesquieu ou Augusto Comte, mas é oriundo da

---

¹⁸ Conforme Rosen (1994) e Foucault (2004a), os três projetos citados são considerados instituintes da Medicina Social e suas premissas foram estimuladoras dos processos de intervenção estatal sobre as condições de vida da população. No caso da Alemanha, a prática médica era considerada interesse social, e a sociedade teria o dever de proteger e assegurar a saúde de seus membros. Daí se consolidaram as medidas compulsórias de controle de doenças, sendo esse movimento chamado de “polícia médica”. Nela, as estratégias centravam-se no privilégio da infância (amamentação, vacina e proteção social) e as intervenções compulsórias para diminuir mortalidade, surtos e aumentar a expectativa de vida. No caso da França, as experiências médicas adquiridas no exterior e durante as guerras napoleônicas e revolucionárias, aliadas à estruturação político-social das mais avançadas da Europa, permitiram a cristalização de um saber social setorizado e saneador, sendo o conhecimento diagnóstico, terapêutico e do controle das doenças transmissíveis a maior contribuição da prática médica ao sistema de saúde francês. Na Inglaterra, com o crescimento desorganizado da urbanização, da sociedade industrial e das condições insalubres, reaparecem velhas epidemias. Por isso, era necessário organizar um sistema de saúde que articulasse descentralização, uniformidade e eficiência. Essa seria uma forma de amenizar as discrepâncias ocasionadas pela elevação do capital sobre o trabalho humano.

prática de profissionais como os médicos, para demonstrar a importância tamanha, política e social, da classe que se tornara hegemônica no mundo.

Da complexidade à racionalidade reducionista, pode-se perceber que, aos poucos, a incorporação da medicina clínica, hegemônica, possibilitou repensar as estratégias de intervenção no processo saúde/doença, cristalizada no eixo “normalização-patologização” do sujeito. Esse processo parece-me que deu origem a certo deslocamento dialético de saberes e práticas. Se, por um lado, a clínica moderna desloca o objeto de trabalho humano para o campo da doença, com o desenvolvimento da anátomo-patologia para explicar a prática exploratória sobre os corpos, a medicina social e a clínica a ela relacionada deslocam seu objeto de trabalho novamente para o campo da saúde, com práticas baseadas no saneamento, na organização espacial dos corpos e na expansão da medicina para as esferas políticas e econômicas, no intuito de “politizar” a saúde.

O estudo de Gonçalves (1994) explica melhor esse processo. Para o autor, a função primordial do saber médico diz respeito à apreensão do objeto de trabalho, ou, em um sentido mais preciso, à produção do objeto para o trabalho. Na medida em que a medicina foi-se estruturando como ciência positiva, passou a crer que toda a sua técnica, antes considerada como tal, agora passa a ser científica, sendo esta ciência a única e verdadeira para explicar as vicissitudes da vida. É em função disso que nasce a clínica moderna. Nesse sentido, o médico passa para si a responsabilidade de julgar e legislar sobre a saúde e a doença do sujeito. Na medida em que o próprio médico considera a urbanização, o aprofundamento da divisão social do trabalho e o aumento da dependência entre as nações, ele provoca um novo deslocamento - da doença para a saúde, com relação ao seu objeto de trabalho. Assim, no conjunto de práticas, a medicina coloca para si

objetos explicitamente sociais, como a política, o meio, a cidade, a cultura, os comportamentos e os hábitos humanos. Surge, então, a epidemiologia¹⁹, como um saber clínico para explicar as dimensões coletivas da saúde e da doença, pois:

[...] havia, sim, a Clínica, mas no sentido de uma procura: a concepção da doença no espaço que vai da irritação à lesão, e desta à cura ou à morte. Essa concepção era capaz, foi efetivamente capaz de dar suporte ao desenvolvimento ulterior dos saberes e técnicas próprios da Clínica moderna, mas no século XIX ela ainda não atingira o grau de maturidade tecnológica suficiente para a intervenção ativa no interno do corpo [...] em outros termos [...] o sentido mais adequado em que se deve tomar aquele coletivo da Epidemiologia, que se articula coerentemente com a concepção básica de doença, que explica o padrão das práticas, que explica a relação Clínica/Epidemiologia, corresponde à idéia de “influência social” (GONÇALVES, 1994, p.82-83).

Aqui vale a referência ao trabalho de Birman (1978), ao comentar sobre a expansão da medicina mental para os espaços coletivos da sociedade. No desenvolvimento da clínica moderna, a doença mental torna-se objeto de trabalho do médico, para a qual foram criadas práticas de intervenção centradas na moralização do sujeito doente, desarrazoado por si só. Com o aprimoramento da Medicina Social, a psiquiatria desloca o seu objeto de trabalho da doença para a saúde mental. A partir desse momento, a psiquiatria lança mão de práticas saneadoras dos espaços sociais, criando um novo estatuto para o louco - antes considerado doente, agora perigoso para a sociedade. O exemplo mais

---

¹⁹ Para Gonçalves (1994), a epidemiologia surge como saber em contrapartida a um momento político caracterizado pela hegemonia burguesa na sociedade moderna. Ela vem dotada de quatro características fundamentais: 1) Já nasce como uma disciplina científica, ou seja, capaz de explicar os fatos coletivos por meio das análises das condições sociais da vida, inspirada no positivismo como método científico; 2) a epidemiologia também se foi estruturando metodologicamente ao bloquear métodos alternativos, considerando-os a-científicos; 3) Mantém uma interlocução forte com a clínica, quando também se torna um saber organizador da prática médica coletiva, já que depende da doença para se singularizar e 4) decorrente dos anteriores, nenhuma dimensão substantivamente coletiva é passível de apreensão por esse processo, já que o social também se vê fragmentado em parcelas.

característico desse novo saber²⁰ está no redimensionamento dos espaços asilares para abrigarem a totalidade da loucura, antes como espaço de tratamento, agora, também, como espaço de segregação social.

O redirecionamento do hospital como campo de saberes e práticas de finalidades terapêuticas é, para Foucault (2004a), um processo que culminou com a consolidação da clínica moderna e a ampliação dos espaços de atuação do profissional médico na sociedade. Para o autor, essa transformação do hospital teve início na Europa do século XVII, tendo, como ponto de partida, os hospitais marítimos e militares²¹, mas fortalecendo-se no século XIX, quando assume seu caráter essencialmente terapêutico. Essa reorganização era simplesmente para anular seus efeitos negativos, purificá-lo da desordem institucional, ou seja, de todas as doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade em que estivesse situado.

Foucault (2004a) afirma que essa reorganização da estrutura hospitalar não ocorreu a partir da adoção de nenhuma técnica médica específica. Ela ficou, mesmo, concentrada na adoção de uma tecnologia²² disciplinatória, exemplo vindo dos exércitos e das escolas do período, com os seguintes objetivos:

---

²⁰ As repercussões desse deslocamento teórico foram sentidas no mundo inteiro, tendo também reflexos na conformação política da saúde brasileira. Maiores informações sobre as influências desse processo no contexto brasileiro serão estudadas posteriormente.

²¹ Um exemplo importante a ser destacado nesse período e que contribui para a compreensão do processo de aquisição de novos saberes e práticas sobre a saúde encontra-se na constituição da enfermagem moderna ou profissional. Segundo Paixão (1979) e Silva (1986), a enfermagem moderna se formaliza a partir do trabalho realizado por Florence Nightingale na Guerra da Crimeia, quando ela organiza e saneia o espaço do hospital militar, reduzindo a taxa de mortalidade dos soldados de 40% para 2%. O prestígio adquirido por tal feito possibilita a criação, em 1860, da primeira escola de enfermagem moderna, junto ao Saint Thomas Hospital, em Londres.

²² Tecnologia não se trata apenas de um dispositivo fechado, mas também de certo “saber-fazer”, um “ir-fazendo”, que dá sentido à prática em saúde a partir de uma razão instrumental de trabalho. A tecnologia, como partícipe de uma determinada realidade social, de um modelo de intervenção, oportuniza a criação-recriação do trabalho a partir do saber operante do sujeito, contemplado nas dimensões técnicas e políticas que se revertem no cotidiano do contexto dos serviços de saúde (MERHY, 2006). No caso específico da saúde mental, a tecnologia disciplinatória era centrada no tratamento moral, exercido nos espaços hospitalares não somente como proposta de intervenção, mas também como dimensão técnico-organizativa do processo de trabalho nos hospitais psiquiátricos, como forma de manter a ordem e a hierarquia institucional.

- a) **Distribuição espacial dos corpos** - no século XVIII os indivíduos viviam amontoados e era preciso organizar os espaços coletivos para tornar máxima a sua eficácia. No caso do hospital psiquiátrico, individualizar o espaço para classificar melhor o louco, tornando máximo o poder de intervenção sobre os corpos doentes;
- b) **Dominar o desenvolvimento dos meios e não o resultado das ações** - Começa-se a priorizar a análise dos gestos humanos, que, quanto mais rápidos, fortes e eficazes, melhor. Nos hospitais, a observação sistemática do comportamento dos doentes não somente oportunizou o aprimoramento dos empreendimentos classificatórios, mas também a estruturação de um novo saber administrativo centralizado na “gestão disciplinar dos corpos”.
- c) **Executar vigilância permanente como instrumento de intervenção nos indivíduos** - Baseada na premissa anterior, a vigilância permite distribuir os indivíduos para julgá-los, medi-los, localizá-los e, portanto, utilizá-los ao máximo, conforme a regra. No hospital psiquiátrico, dá-se início ao processo de medicalização dos corpos, como forma de consolidar, permanentemente, um exercício pleno do poder disciplinar.
- d) **Registrar continuamente todas as manifestações do indivíduo** - O registro constante, feito de baixo para cima, possibilita que sempre se saiba como estão os corpos disciplinados, para que nada escape ao saber hierárquico.

No campo da saúde mental, foi com Pinel, médico francês, que o hospital psiquiátrico assimilou uma finalidade terapêutica para a loucura. Ele consegue

modificar os asilos franceses para absorver as manifestações da loucura, a partir de sua nomeação como diretor do Hospital Bicêtre, em Paris, em 1793. Posteriormente, ele reproduz o processo, com sucesso, na Salpêtrière. Nesses locais, os loucos passaram a ter um tratamento diferenciado perante os outros doentes internados no local. Enquanto que o hospital era um reduto de clausura para pobres e indivíduos socialmente destituídos, Pinel deu início à separação dos espaços institucionais. Liberou os loucos dos tradicionais “grilhões” e das correntes, isolando-os do contato externo e interpessoal, para propor uma nova forma de tratamento, chamada de “tratamento moral”²³, que aliava a organização do espaço asilar, a clausura e a constituição de uma relação terapêutica baseada numa pedagogia continente e autoritária. Somente assim o louco poderia ser tratado e recuperado da desorganização que o atingia, para ser devolvido para o seio da sociedade que o estigmatizava (CASTEL, 1978; FOUCAULT, 2003).

A sequestração da loucura pela psiquiatria tradicional e as múltiplas possibilidades absorvidas pelo tratamento moral instituído por Pinel são consideradas a “grande reforma da psiquiatria”, conforme os estudos de Castel (1978), Machado et al (1978), Pessotti (1994), Ribeiro (1999) e Pelbart (2001). Embora todas as críticas de hoje se situem nas modalidades de tratamento a que o louco estava sujeito (tortuosas, desumanas, enclausurantes e excludentes), o esforço comungado por ele, seu sucessor Esquirol e outros médicos não menos relevantes deu início ao fazer psiquiátrico centralizado no saber racional, na explicação dos achados do sujeito e na sua manifestação sintomática, na

---

²³ O tratamento moral constitui-se em um conjunto de modalidades de intervenção voltadas para a reeducação do louco alienado, em um espaço social organizado pela imposição de continência, pela policialização e pela pedagogia disciplinatória. Para Pinel, somente a disciplina seria capaz de restituir ao louco o interesse pelas coisas do mundo, livrando-o da apatia, dos excessos e dos desvios, da indolência e da vida vegetativa, fatores esses decorrentes do comprometimento orgânico causado pela doença mental ao indivíduo (PESSOTTI, 1999; FOUCAULT, 2003).

necessidade de categorização desses achados e na subsequente organização metodológica de uma nosologia taxonômica, dando origem aos diferentes “gêneros” da doença psiquiátrica.

A realidade concreta da produção médico-psiquiátrica, ao mesmo tempo em que nasce como um “novo saber”, consolida um discurso médico-dominante que defende e difunde a necessidade dessas práticas. Aproveitando-se da hegemonia médica do século XIX, com o nascimento do racionalismo científico cartesiano, é que a psiquiatria, de acordo com Shorter (2001), encontra um subterfúgio para desvendar-se dos achados de sua contemplação empírica. E para incorporar saberes e práticas cientificamente comprovados, como os empreendimentos classificatórios, a instituição de terapêuticas, as altas hospitalares e a realização de novas admissões, estes feitos nas instituições hospitalares psiquiátricas modernas.

A conduta não-permissiva do manicômio sobre o louco inaugura um novo saber psiquiátrico mundial, designando espaços para tratamento a partir de uma pedagogia disciplinatória. Essa realidade submete a psiquiatria a um avanço no sistema de compreensão dos comportamentos mentais. No entanto, parece-me clara a contradição no interior dos saberes psiquiátricos nesse período. A disciplina e a continência ainda não se caracterizavam substantivamente como temas de conhecimentos científicos sobre a loucura. Isso porque, embora existisse um interesse etiológico-nosológico nessa prática, a loucura ainda era compreendida como manifesto do razão e do intelecto, ou seja, consequência das paixões do sujeito humano. Creio que faltava algo para consolidar esse saber, algo que pudesse dar início à interlocução da necessidade da cientifização do conhecimento mental com a compreensão dos processos emocionais como desencadeadores de

enfermidades mentais.

Minha inferência vai ao encontro do que Birman (1978) classifica como um “clima de desencanto”. Para o autor, a psiquiatria emerge num momento de grande desestímulo na Europa Ocidental. Os ideais iluministas, que se prendiam nos princípios racionalizantes para compreender os processos sociais e tentar criar uma “sociedade racional”, se viram desiludidos, já que não se acreditava mais nessa harmonia. A política europeia do século XIX, após a queda de Napoleão, retoma uma orientação conservadora, restaurando, na Alemanha, França e Rússia, o absolutismo, a ordem e a religião. Assim, tudo o que se voltava para o mundo externo agora é centrado no mundo interno, como refúgio. O Romantismo seria um dos movimentos de expressão máxima desse desencanto com o mundo, no qual o homem volta-se para o seu interior, para tomar consciência de sua própria constituição. Surge, assim, a psicologia como ciência, para explicar as confluências dos fenômenos da vida com as manifestações interiores do sujeito²⁴.

Nesse sentido, o tratamento moral de Pinel, que se descortinava como o único saber científico da psiquiatria da época e como poder disciplinador sobre o louco para o seu reajustamento social, começa a ser criticado com o aumento dos

---

²⁴ O próprio autor cita que o nascimento da psicologia foi conflituoso na Europa Moderna, já que se posicionava ambigualmente quanto aos princípios racionalizantes da cultura ocidental. Tendo como objeto de trabalho o “psíquico”, este deveria ser ignorado num contexto em que um saber organicista sobre a doença mental era dominante. Todavia, a mesma psiquiatria que reprimia o psíquico, deixava aberta a possibilidade de interpretar as manifestações mentais como parte da desestruturação do aparelho psíquico. Assim, mesmo com a recusa da psicologia, o psíquico sempre aparecia. Esse momento da história da psiquiatria é particularmente interessante para analisar parte das suas múltiplas origens e contradições como campo de saberes e práticas, e entender a associação desses saberes e práticas no contexto cotidiano de cuidados em saúde mental. De um lado, a psiquiatria lutou para tornar-se científica, fundando um conhecimento essencialmente orgânico, a ponto de reduzir toda a loucura às manifestações funcionais do sujeito, negando o psíquico - a *doença mental*. No entanto, reproduziu uma forma de intervenção terapêutica (prática) que visava a condicionar comportamentos individuais na sociedade, comportamentos esses oriundos do poder da mente e da expressão fenomênica das emoções sobre o ser humano - o *tratamento moral*. Essas explicações (ambíguas por natureza) também ajudaram nas críticas posteriores sobre o manicômio, à legitimação científica da psicanálise freudiana e lacaniana e à constituição dos movimentos de reforma psiquiátrica, que buscavam redefinir a gênese, a natureza e o processo de intervenção sobre o fenômeno da loucura.

processos de darwinismo social. O referido tratamento se deu no interior das maiores cidades mundiais, como forma de separar os “diferentes” dos “normais”, impedindo a sua disseminação pelos espaços sociais. Com isso, o hospital psiquiátrico, que absorvia o louco para tratá-lo, iniciava a absorvê-lo para segregá-lo, numa espécie de “depósito”, e não mais como uma forma de “instrumento pedagógico”. Todas essas questões, aliadas ao surgimento paralelo da bacteriologia e das ciências biológicas, foram suficientes para questionar as bases pouco científicas do tratamento moral pineliano (RESENDE, 2001).

Goffman (1990), analisando as contradições e os reflexos do poder que o tratamento moral de Pinel exercia sobre o microespaço de manifestação da loucura, concluiu que ele oportunizou a criação de uma carreira moral para o doente mental. Na medida em que o doente passou a ser institucionalizado, seus desejos entraram em conflito com a inflexibilidade da instituição. O paciente via-se obrigado a seguir as condutas e rotinas impostas pelo hospital, independente de sua vontade. Assim, o doente perdia sua identidade pessoal e era reduzido a um “eu-mortificado”, sem vínculos, sem “voz”, sem direitos, sem possibilidades. Isso, no ambiente hospitalar, era responsável por gerar graves tensões psicológicas e zonas de conflito. Para o autor, essas atitudes são típicas de instituições totais²⁵, que promovem a ociosidade e morosidade dos indivíduos, ao englobarem a totalidade de sua vida, desconsiderando suas necessidades imediatas, expressões físicas, psicológicas e perspectivas futuras.

---

²⁵ Segundo Goffman (1990), o hospício é considerado uma instituição total, por ser um lugar em que uma grande quantidade de pessoas, segregadas do convívio social, são administradas formalmente e vivem de maneira semelhante. De acordo com o autor, o aspecto geral das instituições totais pode ser descrito a partir de uma ruptura das três esferas cotidianas da vida (dormir, brincar e trabalhar). Nessas instituições, todas as pessoas são reduzidas ao mesmo local e à mesma autoridade funcional, tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas, em conjunto. Tudo isso mediado pela rotina rígida, que determina horários, cronogramas de atividades e outras obrigações ao internado, supostamente para fundamentar a prática planejada, oficialmente determinada pela administração.

O atendimento médico centrado na redução do sujeito a um corpo doente parece fundamentar a utilização de saberes operantes e de práticas concretas que se mostrem deslocadas do contexto mais integral e intersubjetivo do ser-doente. No caso específico da psiquiatria isso também aconteceu, na medida em que, utilizando-se de um discurso pró-internamento e da sequestração da loucura em ambientes especializados (manicômios), manteve, durante quase 200 anos, uma hegemonia na área da saúde mental.

O período após a segunda grande guerra teve um papel decisivo na crítica à estrutura hospitalar psiquiátrica. Os primeiros movimentos reformistas surgiram para dar conta de combater os altos níveis de cronificação dos doentes e de desabilidades sociais causadas pelo processo de internamento. Eles basicamente se desenvolveram a partir de duas vertentes teóricas: os movimentos reformistas que se deram no interior do espaço asilar e aqueles extra-asilares. Dos primeiros, originados nas décadas de 50 e 60, podem-se citar as Comunidades Terapêuticas²⁶, desenvolvidas por Maxwell Jones, na Inglaterra e, posteriormente, difundidas para os Estados Unidos, e a Psicoterapia Institucional Francesa²⁷. Com relação aos

---

²⁶ As comunidades terapêuticas (*Community Care*) são experiências focais iniciadas na Inglaterra e consagradas em 1959 por Maxwell Jones, quando da nacionalização do sistema de saúde inglês. As denúncias de violência humana eram cada vez mais frequentes no cenário político da época. Nesse sentido, as instituições psiquiátricas, comparadas a campos de concentração, deveriam ser transformadas não somente pelas suas consequências sociais, mas também pelas econômicas (GOLDIM, 2001). Nas comunidades terapêuticas, as práticas eram focadas na conformação de um espaço reabilitador, que integrasse pacientes e familiares, e fosse desprovido daquela organização metodológica repressiva, típica das instituições manicomiais (PAULIN; TURATO, 2004). Pode-se notar que as comunidades terapêuticas constituem-se em propostas alternativas ao tratamento hospitalar psiquiátrico, embora centralizem-se numa nova modalidade de saber operante que revitaliza as relações do fenômeno da loucura com a sociedade por meio dos aprendizados sociais.

²⁷ Seguindo a característica das comunidades terapêuticas, a psicoterapia institucional francesa vem ao encontro da premissa de que o espaço - e não inicialmente o louco - possui traços doentios, sendo necessário tratá-lo. Mesmo que se preocupe com a definição mais precisa do objeto de saber psiquiátrico e concentre-se nas questões relativas à visão médica/não-médica do louco e da loucura, ela propõe discuti-las a partir do interior do asilo. Portanto, não se ocupa do fim do hospital psiquiátrico, mas da sua transformação, "... feita de dentro para fora" (VERTZMAN; CAVALCANTI; SERPA JR, 1992, p.18). Uma importante consideração sobre esse movimento centra-se na questão da redefinição de dispositivos (instrumentos) que possam reestabelecer as relações dialógicas dos doentes. No entanto, a mesma proposta, inicialmente reformista, parece sustentar

dispositivos extra-asilares, podem-se citar o movimento da Psiquiatria Comunitária²⁸, desenvolvido por Gerald Caplan e Franco Basaglia, e a Psiquiatria de Setor, na França. Essas duas últimas modalidades de atendimento tiveram influências significativas nas propostas de reforma psiquiátrica italiana, na década de 70, e que foi materializada na Lei 180/78²⁹ (BIRMAN e COSTA, 1994; RESENDE, 2001; KANTORSKI, 2002).

Amarante (1994), Girolamo e Cozza (2000), Burti (2001) e Piccinelli, Politi e Barale (2002) mencionam que, no decorrer da década de 60, Franco Basaglia dá início a um movimento de desinstitucionalização, com orientação fenomenológica, no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, onde era psiquiatra. Instrumentos como a Eletroconvulsoterapia (ECT) ou o isolamento passaram a ser proibidos. O sucesso dessa experiência foi replicado para outras cidades do país, e, com a aprovação da Lei 180/78, a Itália passou a organizar sua rede de serviços de saúde mental de

---

uma contradição teórica que possibilita pensar no louco “salvando” o manicômio. Por esse motivo, não foram poucas as críticas com relação às bases operantes do movimento institucional, mas foram suficientes para definir uma nova política de saúde mental francesa, que era orientada pela política de setor. No entanto, o único deslocamento produzido por essa nova política de saúde mental era a transformação do hospital psiquiátrico em “auxiliar” no tratamento, mas sem excluí-lo do contexto social.

²⁸ A psiquiatria comunitária difundida nos Estados Unidos por Gerald Caplan baseava-se na crítica radical à estrutura hospitalar, atuando na busca de propostas alternativas ao tratamento psiquiátrico tradicional. Com ela, inicia-se a “prevenção” do problema, deslocando o contexto da doença mental para a saúde mental (GOLDIM, 2001). É preciso considerar que, embora o preventivismo tenha se constituído num novo saber psiquiátrico sobre a loucura, suas bases teóricas estavam centradas na concepção de loucura como desvio da razão. Isso porque todo processo social desviante, ou seja, à margem da “normalidade”, era capturado com o objetivo de promover o “saneamento dos espaços sociais”. Conforme Amarante (1995), o preventivismo seria uma nova “ordem social”, que deslocava um projeto de saber médico-clínico para o conjunto das regras, normas e princípios de determinado grupo social. No caso brasileiro, essa relação entre loucura e desvio de conduta foi um dos marcos teóricos do movimento higienista que se destaca na República Velha, ao introduzir o conceito de eugenia na sociedade e na saúde mental. Mais informações sobre esse processo no contexto brasileiro serão estudadas posteriormente.

²⁹ Em 1963, os hospitais psiquiátricos na Itália absorviam uma população de 91.868 internos em 76 hospitais psiquiátricos. Após a aprovação da Lei 180/78, os números foram aceleradamente decrescendo, chegando, em 31/03/1998, a 7.704 internos em 50 hospitais psiquiátricos, dos quais 39 públicos e 11 privados (GIROLAMO e COZZA, 2000). O tempo das internações de longa permanência teve um decréscimo de aproximadamente 209 para 142 dias, principalmente com a absorção da demanda pelas clínicas psiquiátricas privadas, serviços de *home care* para idosos e unidades de pronto-atendimento de hospitais públicos e privados (PICCINELLI; POLITI; BARALE, 2002).

forma extra-hospitalar. A organização metodológica dos serviços era baseada nas seguintes premissas:

- a) Fechamento gradual, planejado e progressivo dos hospitais psiquiátricos, com encerramento de novas admissões. Ficavam proibidas as novas admissões de longa permanência nos hospitais psiquiátricos já existentes ou em serviços similares;
- b) Constituição de prontos-atendimentos psiquiátricos na comunidade, para os casos agudos, com no máximo 15 leitos;
- c) Restrição das internações compulsórias, garantindo direitos políticos e cíveis aos pacientes psiquiátricos. As internações compulsórias passaram a ser desencorajadas, salvo em caráter de excepcionalidade; no entanto, com prazo de internação limitado;
- d) Construção de serviços substitutivos de saúde mental na comunidade, baseados no princípio da territorialidade. Os serviços deveriam ser organizados segundo as premissas da prevenção, cuidado e reabilitação psiquiátrica, com interlocução entre elas, sendo destinados a atender a toda a população do território geograficamente constituído. Ficava a critério regional a constituição das equipes locais de saúde, de caráter multidisciplinar, destinadas a avaliar pacientes graves e a promover cuidados contínuos e intermitentes.

Saraceno, Frattura e Bertolote (1993), destacam que as modificações estruturais do modo de operar com a saúde mental partiram de três importantes

considerações:

- a) O fenômeno da desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos estava ocorrendo em vários países, mesmo que de formas e vias contraditórias. Essa população, antes confinada no manicômio, agora vive na comunidade;
- b) A aceitação gradativa de que o cuidado psiquiátrico pode ser fornecido na comunidade, em vez de em grandes instituições. Isso resulta na constituição de um “novo olhar”, ou seja, na ideia de que serviços comunitários possam responder às necessidades dos sujeitos de forma diferente daquela feita no hospital psiquiátrico;
- c) crescimento da consciência sanitária, que passou a estimular pacientes, famílias, profissionais da área e políticos a exigirem melhores condições de vida e cuidado aos pacientes psiquiátricos. O surgimento de associações, grupos de autoajuda e grupos de direitos veio responder a uma necessidade política de constituição da cidadania, para se considerar que sujeitos (individuais e coletivos) possam contar com a “proteção à saúde”, coisa impossível de ser realizada antes nas instituições hospitalares psiquiátricas.

A psiquiatria, durante 200 anos, pareceu carrear consigo suas contradições, como campo de saberes e práticas. Enquanto tentava aprimorar-se, com base nos conhecimentos da medicina científica, foi constantemente confrontada com as suas próprias concepções e fragilidades, numa permanente “loucura de si mesma”. Fruto do desarrazoamento, da perturbação ou da anormalidade, seja qual for o

conceito que se queira admitir, até hoje a psiquiatria não totaliza o seu conhecimento sobre o que é loucura, não a consegue explicar por inteiro. Conseguiu sua explicação (parcial e míope) no sentido de descrever os sinais observáveis do louco, estes pouco objetiváveis e explicáveis organicamente. Para isso, adotou um conjunto de práticas, destinadas ao controle vigilante do comportamento do sujeito, do seu agrupamento sintomático, dos achados característicos e da segregação dos diferentes. No entanto, parece-me que a psiquiatria iniciava a se afundar na sua própria ignorância, em sua própria loucura, em seu próprio devaneio, fazendo de seu discurso institucionalizante o seu único arsenal de combate. Desarrazoada psiquiatria, que tentava explicar, e que até hoje sozinha pouco explica, algo definitivamente “inexplicável”.

Nesse sentido, entendo que a evolução histórico-social do fenômeno da loucura possa ter possibilitado a construção de diferentes representações sociais³⁰ do louco, que foram esterilizadas em um único saber psiquiátrico, contraproducente à nossa realidade plural, com um discurso potencializador e verticalizante, próprio de um conhecimento empírico que julgava pela aparência, atuava pela disciplina e compreendia pela segregação. Os movimentos reformistas que nascem no interior e no exterior do manicômio parecem tentar provocar a ampliação do objeto de trabalho da psiquiatria. E o fazem inserindo-a nos espaços

---

³⁰ Basaglia (2005) destaca as diferentes interpretações e racionalizações ideológicas da psiquiatria frente aos desvios de conduta na sociedade, ao refletir sobre a cultura dos “desviantes”. Para o autor, no sistema capitalista, os desvios são classificados a partir de três premissas básicas: 1) desvio em função das limitações de funções, sejam estas físicas ou psíquicas; 2) o desvio como produto da falta dos requisitos sociais necessários para ser aceito (como acesso à educação e à cultura); e 3) o desvio localizável em indivíduos que, por idade ou por escolha, são excluídos ou eles mesmos se excluem do intercâmbio social, como os mendigos, velhos, jovens, *hippies* e outros. A marginalização desse estrato social e sua sequestração pela psiquiatria estão embasadas na lógica do sistema político-econômico capitalista, fundamentado na produção industrial, que segrega o “diferente”, considerando-o improdutivo, para absorver o “normal”, que trabalha, produz e reproduz o capital. A introdução do conceito de anormalidade de Kraepelin, no século XX, também foi decisiva para a expansão da psiquiatria para o social, imiscuindo-se nos diversos cenários políticos, ideológicos, econômicos e culturais da sociedade. Outras informações sobre esse processo serão comentadas posteriormente.

públicos de assistência/intervenção, como possibilidade real de tentar evitar a elevação da loucura frente ao sujeito, já despojado de si e visto como meio e fim, e não como início, situado na zona limítrofe entre a continência e a segregação, entre a (des)razão e a concretude.

Evidentemente, toda e qualquer mudança de paradigma é um processo de desconstrução, que tende a provocar instabilidades e pode gerar conflitos no sentido de evidenciar a resistência. Foi assim com a psiquiatria, que, durante aproximadamente 200 anos, tenta fundamentar sua atuação por meio de diferentes saberes operantes sobre o louco e a loucura. Por mais que em alguns países a (re) construção crítica do saber psiquiátrico tenha chegado com maior rapidez e novos desafios, em outros, como no Brasil, a história da saúde mental parece ser bem mais complexa e intrigante. Passarei a abordar esse assunto a seguir.

2.2 A CONSTRUÇÃO DO SABER PSIQUIÁTRICO NO CONTEXTO BRASILEIRO

A história da saúde mental no Brasil também tem suas especificidades, mas que não impedem que seu nascimento tenha sido contraditório e conflituoso, dando origem a distintos campos de saberes e práticas ambíguas, além do que se estabeleceu pouco pelas suas linearidades e muito pelas suas digressões.

Para Portocarrero (2003), no século XIX o marco conceitual da psiquiatria era dominado pelas concepções de Pinel e Esquirol sobre a doença mental, bem como pela teoria da degenerescência de Morel, que norteavam práticas morais e pedagógicas. No século XX, a psicopatologia passa a ser influenciada pelo predomínio da corrente organicista alemã, de Kraepelin, que introduziu o conceito de anormalidade e alimentava a não-cientificidade dessas práticas morais, que

docilizavam, disciplinavam, mas que não exploravam a natureza do problema mental. No entender da autora, as concepções Moreliana e Kraepeliana da loucura foram determinantes para a ampliação dos espaços da psiquiatria para o social, quando se considerava como uma “anormalidade” tudo aquilo que pudesse ser classificado como antissocial ou indisciplinado (alcoolistas, drogaditos, sífilíticos, criminosos, leprosos), juntamente com a análise de suas disposições fisiopatológicas.

A psiquiatria brasileira, nesse sentido:

[...] surge, então, como uma maneira de justificar em termos médicos as tentativas de submetê-los [os indisciplináveis] ao poder disciplinar, viabilizando a inserção da criminalidade e de tudo o que possa estar ligado - suas causas, os meios de curá-la e preveni-la - no domínio do psiquiátrico. Todo indisciplinável, e não só o louco, passa a ser considerado do ponto de vista da doença (PORTOCARRERO, 2003, p.39).

Outra questão importante, de acordo com a autora, para ampliar as contradições da psiquiatria brasileira, foi a contemplação de três distintos modelos teóricos de doença mental, que nasceram praticamente juntos, no início do século XX, e que concorriam entre si. O primeiro, como já comentado, foi o *modelo organicista*³¹, difundido por Juliano Moreira, Franco da Rocha e Teixeira Brandão. O segundo seria o *modelo psicologista*³², que contempla a análise da vida psíquica

³¹ De inspiração alemã, o modelo organicista se destacou com a aplicação do choque cardiológico, da lobotomia, do choque insulínico e do ECT, além de propiciar, na década de 50, a descoberta dos psicofármacos.

³² Conforme Ribeiro (1999), a corrente psicologista, orientada pelo saber psicanalítico sobre o inconsciente, foi introduzida no Brasil para tratamento dos doentes mentais, a partir de 1930, em oposição à corrente organicista kraepeliana, principal fonte de referência do movimento higienista. Na psicanálise freudiana, de acordo com Marcondes Filho (2003), desenvolve-se todo um corpo teórico que possibilita expressar o ser humano por meio de duas linguagens: uma estruturada, convencionada, “externa”, que catalisa as produções do meio e é utilizada para a comunicação oficial (a linguagem do plano consciente). A segunda, de origem mais “interna”, profunda, é cifrada, cheia de incógnitas, e luta no interior do indivíduo para expressar-se no plano consciente (a linguagem do plano inconsciente). Freud ensinou que, por meio dos sonhos, é que os aparelhos psíquicos se comunicam entre si, quando a inconsciência ocupa seu lugar na consciência, para que o homem possa tomar conhecimento de sua própria existência material. Mas para a psicanálise

(de inspiração freudiana e lacaniana), introduzindo o conceito de neurose a partir de uma compreensão ampliada - porém ainda centralizada - das estruturas psíquicas do indivíduo. O terceiro foi o *modelo sociologista*³³, que desloca a loucura para o terreno da medicina social, sendo aquela um reflexo direto das condições da sociedade, que precisa, portanto, ser modificada.

O corpo teórico que possibilitou a explosão da psiquiatria para o social parece trazer à tona as particularidades de uma ciência que procurava tornar verdade as várias expressões da loucura não como sofrimento humano, mas como natureza de uma alteração orgânica que se manifestava no comportamento transgressor e anormal. O combate à conduta desordeira e a sua negação por meios do tríptico discurso (organicismo-psicologismo-sociologismo) podem, também, ser reflexos do modo de como o Brasil se organizou política e economicamente. E

---

freudiana começar a legitimar-se como conhecimento científico, e não como técnica, Freud desenvolve um mecanismo hermenêutico para desvendar o significado desses sonhos e das consequências dos desejos reprimidos nos comportamentos humanos. Sendo assim, Ribeiro (1999) complementa que, na medida em que a psicanálise ia conquistando seu espaço como corpo de conhecimentos consolidados, ia se distanciando da psiquiatria, não para concorrer com ela, mas para constituir-se num rol de saberes e num novo dispositivo tecnológico de tratamento da doença mental, com características próprias. Por isso sua inserção no contexto brasileiro foi conflituosa, tudo isso em função da intolerância teórica de muitos indivíduos frente às ideias inovadoras de Freud e da ambivalência na sua utilização, na medida em que alguns psiquiatras, que adotavam técnicas psicanalíticas, adotavam, paralelamente, técnicas organicistas.

³³ Birman (1978) afirma que a sociogênese da loucura constituiu-se em um movimento teórico que possibilitasse formular razões hipotéticas para a associação diretamente causal entre o desenvolvimento da sociedade e o aparecimento de manifestações da alienação mental. Segundo esse modelo, existiria uma relação causal entre os modos de produção da vida material e o surgimento das várias manifestações de loucura. A única hipótese possível estava relacionada à cultura da sociedade industrial, que, ao se desenvolver plenamente, intensificaria os quadros de loucura, agora “em massa”. A psiquiatria, nesse sentido, expande seu poder de atuação social, passando a caracterizar-se como a ciência que estuda os desvios das manifestações normais dos indivíduos. Parece interessante, nesse momento, mencionar que o modelo sociogênico de certa forma contribuiu para explicar a articulação entre as relações de produção e suas influências na constituição dos problemas mentais. Um exemplo disso também se encontra na introdução, no Brasil, do conceito de *eugenia*, uma necessidade de promover a educação dos povos contra os “defeitos” (anormalidades) das raças humanas, de herança genética. Encarregada de disseminar esse conhecimento, a Liga Brasileira de Higiene Mental é, então, constituída em 1923. Dessa forma, considera-se que a psiquiatria, mesmo expandindo-se para as esferas sociais, continuou atrelada ao modelo organicista, tanto pelo estímulo da eugenia (um conceito originalmente nazista e evolucionista), como pela intervenção clínica na alienação mental (com todos os seus dispositivos teórico-metodológicos estruturados, como a medicalização). A esse processo denominou-se, posteriormente, de “psiquiatrização do social”. Para outras informações sobre o assunto, pode-se consultar Birman (1978), Amarante (1995) e Rotelli et al (2001).

também de como deu (ou não) importância à saúde como um todo, assim como quanto ao modo complexo com que os saberes e as práticas psiquiátricas vinham se aproximando e distanciando, ao mesmo tempo, no contexto brasileiro.

Os trabalhos de Campos (1992), Merhy (1992), Lucchese (2002) e Elias (2004) discorrem que o período da República Velha é marcado por um complexo processo de constituição de políticas setoriais que eram orientadas por um sistema econômico-político capitalista. No capitalismo, a elevação das necessidades do contexto produtivo muitas vezes conduziu a saúde como um “anexo”, sem a devida responsabilização política para com ela. Tal fato aconteceu em função de que o país era influenciado por um modelo agroexportador e cafeeiro dependente, promovendo ações de saúde baseadas num modelo intervencionista-campanhista, para conter a proliferação de doenças êndemo-epidêmicas que prejudicavam as negociações internacionais.

Silva Júnior (1998) e Ferreira (2002) destacam que a estrutura capitalista brasileira trouxe consigo suas contradições e suas inadequações, situadas entre a necessidade de consumo e a estrutura da produção. O aumento das massas que reivindicavam mais direitos gerou tensões políticas que culminaram no desenvolvimento histórico de um processo de “contenção social”. Em contrapartida, o governo brasileiro constitui a Previdência Social como projeto mediador entre o Estado e as classes sociais, assim como entre o capital, o homem e o trabalho. Fortalece-se, na perspectiva do trabalhador, a efetiva participação nos direitos sociais, na medida em que o seguro garantiria a continuidade de um consumo mínimo de bens e serviços, fossem eles provisórios ou permanentes (pensões, aposentadorias, assistência médica, reabilitação e assistência social).

No contexto da saúde mental, Boarini e Yamamoto (2004) mencionam que o

período da República Velha é marcado pela constituição de um saber psiquiátrico higienista e eugenista³⁴, concentrado nas premissas saneadoras dos espaços sociais. De acordo com as autoras, o higienismo, como uma nova concepção de saúde, é um desdobramento da medicina social e do modelo sanitarista-campanhista. Morria-se, no Brasil, de uma ampla variedade de doenças, como varíola, febre amarela, malária, tifo, tuberculose e lepra, disseminadas mais facilmente pelo processo acelerado da urbanização não-planejada. Esse momento de “desordem social” deixou a impressão de que a cidade era a causa das doenças e não o processo de concentração do homem nesses espaços. Dessa forma, as cidades necessitavam ser “higienizadas”, e, através delas, o corpo humano.

Percebo que o projeto de constituição de uma “sociedade eugênica” tinha como marco conceitual a melhoria contínua das espécies, que, em contato com o mundo, estavam sujeitas a mutações genéticas (doenças). Mesmo assim, parece-me claro que o discurso higienista da República Velha sorrateiramente velava os interesses políticos com o processo de agroexportação. Tudo porque as bases teóricas do higienismo procuravam, na prática, sanear os espaços sociais para garantir a abertura do capital. No entanto, parece-me que, na saúde mental, sob a chancela de uma ciência evolucionista-darwinista, orientada por um modelo

---

³⁴ O pensamento higienista se institucionalizou, no Brasil, através da Sociedade Eugênica de São Paulo, fundada pelo médico Renato Kehl, em 1917, sob o patrocínio do então diretor da Faculdade de Medicina de São Paulo, o Prof. Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho. Em 1923, funda-se a Sociedade Brasileira de Higiene e a Liga Brasileira de Higiene Mental, vendo-se em Gustavo Riedel um de seus precursores. O higienismo preconizava o saneamento dos espaços sociais e, também, defendia a proibição de uniões que poderiam transmitir doenças, como se acreditava no caso da sífilis, da tuberculose, da doença mental e do alcoolismo. Por esse motivo, o higienismo ficou marcado pela sua estreita vinculação à eugenia, como conceito oriundo das pesquisas evolucionistas de Darwin e que orientavam para a melhora progressiva das espécies. No caso da saúde mental, a Liga Brasileira de Higiene Mental tinha por objetivos principais: a) a prevenção das doenças nervosas e mentais, pela observância dos princípios da higiene social; b) proteção e amparo nos meios sociais aos egressos dos manicômios e aos deficientes mentais passíveis de internação; c) melhora progressiva de tratamentos aos doentes nervosos e mentais em asilos públicos; e d) realização de um programa de higiene mental e eugenético, no domínio das atividades culturais, escolares, individuais, profissionais e sociais (BOARINI; YAMAMOTO, 2004)

organicista, os higienistas queriam também criar uma “sociedade sem loucos”, tratando-os não somente como doentes, mas como um prejuízo à espécie humana. Nesse sentido, é possível observar a distorção teórica do movimento na área, pois não podia dar conta de explicar a loucura como fenômeno social, que envolve aspectos biológicos, mas também aspectos individuais, políticos, sociais, culturais e psicológicos. Isso me parece que também levou, na sociedade brasileira, a uma distorção prática, com o incremento da medicalização dos espaços sociais e a constituição do hospital como espaço de exclusão/segregação social.

De acordo com Ribeiro (1999), essa tendência distorcida do saber psiquiátrico higienista vem a reforçar as propostas de interesse privado que se desenvolveram na metade do século XX. Para o autor, isso tudo foi possível graças à filosofia desenvolvimentista, mantida pelo período em que acontece o golpe militar de 1964 e pelo avanço tecnológico, que, segundo esse movimento, traria benefícios para a população. Dessa forma, o Brasil começa seu processo de internacionalização econômica, aumentando o investimento em áreas consideradas prioritárias. No entanto, verificou-se que a cultura expansionista-capitalista agenciou a aceleração do processo de urbanização, que, aliado ao baixo planejamento, estimulou o ressurgimento de epidemias e incentivou a pressão das classes operárias pela melhoria das condições de vida. Assim, o país, como forma de controlar a pressão das massas, dá início à constituição de “políticas de bem-estar social” (ou políticas de *welfare state*), destinadas à proteção social, com ênfase na cobertura dos serviços básicos, como a educação, previdência, assistência social e saúde, mas sem deixar de priorizar o seu lançamento no mercado externo.

O mesmo autor salienta que a crise do Estado de bem-estar social, no final

da década de 70, foi um dos fatores que proporcionou o elevado fluxo de investimentos para o setor privado de assistência em saúde. A medicina começa sua fase de mercantilização e os grandes complexos médico-hospitalares, construídos na década de 50, começam a absorver as demandas da população previdenciária, posteriormente administradas pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social). A privatização dos serviços ainda gerou um novo problema social: a divisão entre aqueles “cobertos” e os “não-cobertos” pela assistência à saúde. No último caso, enquadrava-se a população carente, em condições precárias de vida e os trabalhadores informais, que dependiam dos serviços filantrópicos prestados pelas Santas Casas de Misericórdia e pelas organizações não-governamentais.

No âmbito da saúde mental, a tendência privatizante e hospitalocêntrica permitiram a expansão dos grandes “Hospitais-Colônia” e a diminuição gradativa dos investimentos na rede ambulatorial e extra-hospitalar, estimulando ainda mais o processo de cronificação dos pacientes. Por exemplo, de 1965 a 1970, era possível verificar o fluxo maciço desses pacientes para a rede privada, quando o número de internados passou de 35.000 para 90.000 no final do período, com permanência muitas vezes superior a três meses. As práticas terapêuticas resumiam-se em atividades focais³⁵, mantidas sob a égide organicista (RESENDE, 2001).

Os estudos ora apresentados não representam a totalização do conhecimento da constituição das políticas públicas de saúde no país, mas nos permitem contemplar as diferenças histórico-estruturais e os interesses nelas relacionados.

---

³⁵ Conforme Resende (2001), as práticas desenvolvidas nesses hospitais eram basicamente a clinoterapia (repouso forçado no leito), a praxiterapia, as terapias insulínicas e o *open door* (trabalhos ora em ambientes abertos, ora em ambientes fechados, típicos de comunidades rurais, dando falsa ilusão de liberdade ao alienado mental).

No caso da saúde mental, é possível verificar que, enquanto no mundo já se discutia e se problematizava a centralidade do sujeito e a redefinição político-estrutural da rede de assistência psiquiátrica, aqui a tendência privatizante, com sua ideologia hospitalocêntrica, revitalizou o caminho inverso, sugerindo a concentração de recursos no complexo médico-hospitalar, ao invés da expansão de serviços comunitários.

Uma interessante afirmação pode ser feita acerca dos saberes e das práticas psiquiátricas nesse período. O modelo organicista que se sustentou durante toda a República Velha, reflexo da orientação econômica agroexportadora, parece voltar-se, agora, para a acumulação de capital e para a prestação de serviços terceirizados. Essa realidade parece, também, acompanhar um deslocamento teórico acerca do louco, da loucura e da instituição psiquiátrica. Outrora considerados objetos de uma medicina mental, agora pertencem a uma medicina mercantilizada. Uma relação, antes “terapêutica”, agora de consumo. Mas sempre direcionada pelo capital, e pouco concentrada em vidas, sujeitos ou projetos.

Essa realidade somente passará a ser criticada e transformada com os movimentos de reforma sanitária³⁶ e de reforma psiquiátrica, iniciados no final da década de 70. A reforma sanitária caracterizou-se como um movimento intenso e complexo, de contestação, resultado da insatisfação com a condução das políticas de saúde no Brasil. O referido movimento, que contou com a presença de sindicalistas, intelectuais, trabalhadores em saúde e usuários dos serviços proporcionou todo um repensar estrutural, na medida em que a saúde passa a ser vista como um “bem de direito” de todos. Toda essa discussão foi gerada no

---

³⁶ O processo de consolidação da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde vem sendo discutido amplamente na literatura da área, desde a década de 80, e tem repercussões importantes no entendimento do processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. Esse assunto será abordado a seguir.

período que sucedeu à queda da ditadura militar, ao final da década de 70, com o sentimento de redemocratização do país e da necessidade de descentralização dos serviços de saúde, para atenderem a todos aqueles que, inicialmente, eram excluídos do sistema (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989; CAMPOS, 1992, 2007; COHN et al, 1999; MENDES, 2006; FLEURY, 2007).

Para os integrantes do movimento da reforma sanitária brasileira, urgia a necessidade de reorganizar toda a rede de serviços de saúde, com a constituição de um sistema nacional que pudesse contemplar as diversas demandas e necessidades dos sujeitos. No mais, não apenas tratá-lo apenas como sujeito, mas como cidadão, que tem direito ao acesso e aos serviços, assim como ao tratamento nos diversos níveis de complexidade e atenção. De fato, essa “re-politização” do sujeito e da saúde não era possível durante o período desenvolvimentista. No entanto, a transição teórica e, também, política, de um sistema centralizado para outro descentralizado foi lenta e gradual. Segundo Costa (2002), foi com a implantação das AIS (Ações Integradas de Saúde), no início da década de 80, que a atenção básica eleva-se frente ao modelo hospitalocêntrico dominante. Outros dois eventos igualmente relevantes, segundo o autor, para a consolidação dos ideais sanitários, dizem respeito à VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 e à instalação da Assembleia Nacional Constituinte, que possibilitaram constituir as bases teóricas e metodológicas do Sistema Único de Saúde e sua materialização na Constituição Brasileira de 1988.

Entendo que a reforma sanitária compreende um complexo movimento contraideológico e contra-hegemônico que se destinou a rever o papel do sujeito e da própria saúde no contexto das políticas públicas. A reforma sanitária trouxe à tona a retórica de que a cidadania deve ser conquistada, mesmo que, para isso,

seja necessário lutar, desafiar interesses, contraproduzir discursos e estabelecer negociações no âmbito individual e coletivo. No caso da saúde mental, a reforma psiquiátrica, iniciada no mesmo período, foi influenciada por muitas dessas premissas. Visava atender a necessidade de redimensionar os saberes e as práticas psiquiátricas sobre a loucura, ressitando o sujeito, valorizando experiências existenciais, estabelecendo parcerias políticas, deslocando o foco do manicômio para os serviços na comunidade e humanizando os cuidados em saúde mental, no intuito de:

[...] tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico... Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995, p.4).

De acordo com Gisbert et al (2002, p.16), a reforma psiquiátrica é um processo complexo, com diferenças e singularidades, onde acontece. No entanto, mesmo diante das diferenças contextuais, alguns elementos básicos são comuns e se constituem indicativos conceituais do que se entende por “reforma psiquiátrica” na atualidade. São eles:

- a) crítica ao hospital psiquiátrico, no intuito de transformá-lo ou substituí-lo por outros dispositivos;
- b) transformação do espaço manicomial no sentido de avançar no processo de desinstitucionalização de parte da população crônica internada, buscando a reinserção social na comunidade;
- c) deslocamento do modelo assistencial hospitalocêntrico para um modelo

- comunitário e centrado no território;
- d) criação de serviços comunitários que possam se responsabilizar pelos problemas de saúde mental dos indivíduos, atendendo-os no seu círculo social;
  - e) formação de uma rede de serviços e dispositivos alternativos, na comunidade, que deem respostas às diferentes necessidades e demandas do indivíduo, tanto para facilitar o processo de desinstitucionalização, como para mantê-lo em sua sociedade;
  - f) desenvolvimento de uma ideia de que a hospitalização deve perder seu papel preponderante como resposta à cronicidade. Deve ser um complemento, e não totalizador das práticas em saúde mental;
  - g) constituição de um conceito ampliado de saúde mental, que valorize os três níveis de atendimento (prevenção, terapêutica e reabilitação) e que adote um modelo de assistência multidimensional (biopsicossocial);
  - h) uma estreita vinculação com modelos de atendimento sanitários embasados na saúde pública, tendo como marco para a organização dos serviços de saúde mental a territorialização;
  - i) uma lógica de trabalho que possibilite pensar na continuidade dos cuidados para assegurar atendimento integral e coordenado a uma população específica.

Outra influência também decisiva para acelerar a reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina foi a Declaração de Caracas³⁷. Originada a partir de

---

³⁷ Em 2005 foi celebrada a “Carta de Brasília”, que reiterou os princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção em saúde mental nas Américas. O documento entende que é necessário avançar ainda mais para contemplar as diretrizes da Declaração de Caracas, que completava 15

uma Conferência Regional realizada na Venezuela, em 14/11/1990, contou com patrocínio da Organização Pan-Americana da Saúde, bem como da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Nela, houve a participação de delegados, organizações, associações, legisladores e juristas. O referido documento concentrava-se nas discussões em torno do papel hegemônico do hospital psiquiátrico e de sua pouca eficácia terapêutica, além de incentivar a redefinição curricular das disciplinas de Saúde Mental e Psiquiatria, incluídas nos cursos de graduação na área da saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1990).

Os serviços substitutivos que se desvelam como propostas de reorientação da assistência psiquiátrica hospitalocêntrica fazem parte, hoje, de uma realidade reinventiva, incorporando-se, no *locus* político, como estratégias descentralizadoras do atendimento à saúde mental. Também compreendem a materialização dos ideais sanitários e do movimento de reforma psiquiátrica, representando, social, cultural e estruturalmente, as iniciativas garantidoras dos direitos aos pacientes portadores de sofrimento psíquico³⁸. Isso, uma vez que a

---

anos. Considera que a Declaração foi fundamental no redimensionamento da rede de serviços, mas percebe que o número de leitos psiquiátricos ainda é acentuado, quando comparado ao número de serviços substitutivos em funcionamento. Assim como adverte para os novos desafios sociais emergentes, como a vulnerabilidade psicossocial, a morbidade da infância e adolescência, o uso/abuso de álcool e drogas e o aumento da violência (seja ela institucional ou intrafamiliar). De fato, vale ressaltar que a Carta de Brasília surgiu num movimento propício, próprio à reflexão sobre a condução da política de saúde mental no país. Por mais que exista, entretanto, um sentimento de valorização da formação da rede extra-hospitalar, a proporção dos gastos hospitalares ainda continua superior, quando comparada aos investimentos nos serviços comunitários. Em 2004, por exemplo, os gastos hospitalares em saúde mental alcançaram 63,84%, enquanto que os extra-hospitalares totalizaram apenas 36,16% (BRASIL, 2005).

³⁸ Termo adotado pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, para substituir a denominação de “doença mental”, na medida em que a loucura não é uma “doença”, mas sim um momento de existência-sofrimento do sujeito. É importante ressaltar que definições como as de “doença” e “existência-sofrimento” traduzem a influência de um movimento político de redefinição não somente estrutural, mas também conceitual do louco e da loucura. A reforma psiquiátrica, como movimento político, também defende essa ideia. Vale considerar que essa ruptura epistemológica é relevante, mas não incorpora todo o conhecimento adquirido em termos de saberes e práticas em saúde mental. A reflexão que faço quanto aos termos adotados está relacionada a uma contradição operante: ao mesmo tempo em que o termo “sofrimento psíquico” parece “transformar” um saber e uma prática com relação à loucura, pode velar outros saberes e práticas. De que adiantaria defender um discurso sobre o portador de sofrimento psíquico e

reforma psiquiátrica vem, no contexto brasileiro, a ser mais do que uma redefinição estrutural de serviços, pois contempla uma “ruptura epistemológica” com saberes e práticas hegemônicas, que projetavam, no discurso sobre o doente mental, toda uma carga sociocultural de anos de valores invertidos, contraditórios e, muitas vezes, velados por interesses particulares.

Pensando nesse contexto, inicia-se a tramitação do Projeto de Lei 3.657/89, do Deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre os direitos da pessoa portadora de transtorno mental. O referido projeto foi modificado pelo substitutivo do Senador Sebastião Rocha e aprovado na forma da Lei 10.216, em 06/04/2001, após 12 anos de tramitação no plenário. Não obstante, nesse período de transição, alguns Estados³⁹ da federação já avançavam na constituição de suas políticas setoriais de saúde mental e o Ministério da Saúde disponibilizava instrumentos normativos⁴⁰ para orientar a rede de saúde mental no país (BRASIL, 2004b). É nesse contexto, portanto, que se situam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁴¹.

---

continuar exercendo papéis disciplinares, excludentes e punitivos no cotidiano de nossa prática assistencial? Essas e outras reflexões aparecerão no decorrer deste estudo.

³⁹ O Estado pioneiro na proposta de extinção dos manicômios e na reorganização de sua rede de saúde mental foi o Rio Grande do Sul, com a Lei da Reforma Psiquiátrica nº 9.716/92. A repercussão da lei gaúcha foi seguida por outros Estados, a exemplo da Lei 12.151/93 (Ceará), Lei 975/95 (Distrito Federal), Lei 5.267/96 (Espírito Santo), Leis 11.802/95, 12.684/97 e o Decreto nº 42.910/2002 (Minas Gerais), Lei 11.189/95 (Paraná), Lei 11.064/94 (Pernambuco) e a Lei 6.758/95 (Rio Grande do Norte) (BRASIL, 2004a).

⁴⁰ A Portaria 189/91 regulamenta a atuação e a constituição das equipes multiprofissionais em saúde mental. Insere, no âmbito do SIH/SUS, a remuneração de procedimentos como consultas individuais, atendimentos em grupos, visitas domiciliares, acolhimento, oficinas terapêuticas e atendimentos em hospitais-gerais. A Portaria 224/92 dispõe sobre os padrões mínimos de funcionamento dos serviços, observando a necessidade de organização da rede assistencial segundo os princípios do SUS, a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas, a garantia de continuidade de atenção, respeitando níveis de complexidade, a multiprofissionalidade, o incentivo à participação social e corresponsabilidade dos gestores locais no funcionamento dos serviços (BRASIL, 2004a).

⁴¹ A denominação “Centro de Atenção Psicossocial” é originada dos serviços existentes na Nicarágua de 1986, onde, apesar dos recursos materiais limitados em um contexto social cultivado por guerras, cuidava-se de pessoas com problemas psiquiátricos. Esses serviços baseavam-se na utilização de líderes comunitários, materiais improvisados e sucatas para promover reabilitação, pautada no compromisso ético da dignidade à vida, independente das limitações econômicas, sociais ou, mesmo, limitações orgânicas (PITTA, 1994; PITTA; GOLDBERG, 1994). No Brasil, os CAPS são considerados serviços substitutivos à internação no manicômio e operam de forma regionalizada, ou seja, no território geográfico em que vive o sujeito, para que este seja acompanhado em sua comunidade e possa receber cuidados baseados na promoção, prevenção, reabilitação e tratamento

Segundo Sampaio e Santos (2001, p.127-8), o CAPS representa a forma de assistência pública destinada ao atendimento dos problemas que envolvem a saúde mental, individual e coletiva. Suas características, complexas, são definidas por meio das seguintes diretrizes:

- a) ***Integração a sistemas primários e secundários de atenção*** - atuando na produção da vida, na promoção da saúde e no tratamento de doenças, articulada dentro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde;
- b) ***Acessibilidade local (distrital ou municipal) e integração a sistemas de política social*** - para interagir diretamente com as famílias, com o mercado de trabalho e que possa distribuir os poderes de decisão, dentro da proposta descentralizada e redemocratizada de saúde;
- c) ***Prática multiprofissional/interdisciplinar*** - com redução e redimensionamento das práticas co-dominantes e hierarquizadas, para compor um novo processo de trabalho que possa dar conta de

---

(NICACIO, 2003). O primeiro CAPS surgido no país foi o CAPS Luis da Rocha Cerqueira, em 1987, na cidade de São Paulo. Representou a efetiva incorporação de um novo modelo de atenção em saúde mental para neuróticos e psicóticos graves, sendo estes atendidos na rede pública e de forma comunitária. Posteriormente, dando continuidade ao processo de reestruturação da atenção psiquiátrica brasileira, em 1989 surgiram os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos, caracterizando-se como referências obrigatórias para a consolidação dos serviços substitutivos. Eles funcionam exclusivamente no território, 24 horas/dia, com leitos para pacientes em crise e operando em rede com outros serviços (GULJOR, 2003; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006). Atualmente, os CAPS, no país, são regulamentados pela Portaria 336/02, que estabelece as diretrizes para o funcionamento dos serviços, levando-se em consideração o porte, a clientela e as necessidades de atendimento. Assim, os CAPS são categorizados em: CAPS I, II, III, Ad e CAPSi. Cada um possui uma exigência mínima, tanto com relação à estrutura física, como à equipe multidisciplinar. A portaria normatiza também a forma de financiamento dos serviços, remunerados através da Autorização de Procedimento de Alto Custo - APAC/SIA, com recursos financeiros disponibilizados extra-teto, vindos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC (BRASIL, 2004a). É importante citar também que outros instrumentos normativos foram disponibilizados no decorrer da implementação da rede de saúde mental no contexto brasileiro, como a Lei 10.708/2003 e a Portaria GM 2077/2003, que instituem o Programa de Volta pra Casa e o auxílio-reabilitação psicossocial, as Portarias GM 106/2000, 1.220/2000 e 246/2005, que regulamentam o financiamento e o funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos e as Portarias GM 799/2000 e 251/2002, que estabelecem o Programa Nacional de Avaliação da Assistência Hospitalar (PNASH), na área psiquiátrica.

compreender a complexidade do sujeito que necessita de atendimento;

- d) ***Multiplicidade das práticas e críticas às práticas*** - o CAPS é um serviço de construção cotidiana, sendo, portanto, um lugar de práticas reinventivas e transformadoras do processo de trabalho. Não deve considerar o parcelamento, nem a dogmatização, devendo levar em conta as diversidades regionais e o desenvolvimento de novas tecnologias criativas de intervenções;
- e) ***Processo de supervisão*** - para que exista um canal de críticas e administração dos problemas nas várias dimensões, sejam elas institucionais (a organização interna das práticas, dos programas, das integrações, das dinâmicas e das relações interprofissionais) e técnicas (das atividades realizadas, dos procedimentos de urgência, da internação, da terapêutica medicamentosa e das oficinas);
- f) ***Centro dinâmico das políticas de saúde mental*** - Cabe ao CAPS fazer a regulação da rede de serviços de saúde mental no território, participando ativamente das discussões políticas, culturais, sociais e intersubjetivas do indivíduo.

A concepção de um serviço que atenda aos princípios da orientação loco-regional e descentralizada (pelos CAPS), além da possibilidade material de produzir “sujeitos comunicantes” e interventores na realidade, parece ser um dos avanços da reforma psiquiátrica no contexto brasileiro. Entendo que o nascimento desses serviços substitutivos desvela-se como uma concretude que pretende oferecer um “caráter dialético” à assistência em saúde mental, possivelmente capaz de manejar os “vícios do manicômio”, e os seus discursos institucionalizantes para

transformar, inserir, assistir, incluir, acolher, cuidar.

O novo saber da psiquiatria que se amplia para o círculo social e tem caráter reformista, que tem socializado e incentivado o redimensionamento de saberes e práticas com o fenômeno da loucura, parece trazer consigo, além das tendências de transformação paradigmática, um cenário de desafios, assimilações e, da mesma forma, contradições. Uma (re) construção de saberes e práticas, uma abertura teórica para transitar por novos horizontes, mas que nos demanda uma reflexão crítica de nossa realidade assistencial. Reflexão esta que vá além da desconstrução de antigos saberes e práticas sobre o louco e a loucura, mas que incorpore a retórica do compartilhamento, e não da verticalização, assim como da complementaridade, e não do absolutismo. Uma nova dimensão material, em que o louco, antes visto como um domínio de outros, passe a conquistar a sua autonomia, o domínio de si mesmo; um ser que pode, claro, ser *tratado*, mas principalmente ser *tratado e cuidado*.

Compreender o sofrimento de outrem significa, para qualquer pessoa, ir além do seu saber e do plano físico. Ele se caracteriza como uma junção de vertentes éticas, morais, religiosas, psicológicas, sociais e culturais, isto é, trata-se de uma compreensão complexa dos hábitos de vida, dos contextos cotidianos, das experiências vivenciais das pessoas e das repercussões destas no processo de ser saudável e adoecer. O sofrimento é mais do que uma simples ameaça à integridade biológica, mas também afeta a integridade do homem, como homem, como sujeito de ação, de reação e que possui necessidades próprias, específicas, que precisa de atenção e cuidado solidário (PESSINI, 2004).

Cuidar⁴² do ser humano compreende saberes e práticas complexas, que se identificam com a nossa forma complexa de ser, de agir, de pensar e de “estar” inserido no mundo. Nossas diferenças físicas, bem como psicossociais, refletem-se na forma como interagimos com as pessoas, como experienciamos as situações de nossa vida, assim como modificam a nossa percepção da importância ou não de um cuidado melhor na vida das pessoas. Seja para aliviar sofrimentos, seja para mostrar-se presente, seja para exercer a habilidade de “cuidar” do ser humano, o cuidado torna-se uma dimensão que contempla parte das ações dos indivíduos, parte de seu verdadeiro “estar-no-mundo”, ou seja, faz parte de nós mesmos e de nossa maneira de viver (BOFF, 1999; WALDOW, 2004; PINHO e SANTOS, 2006). Em se tratando de saúde mental, cuidar é “diminuir o distanciamento” (MOYLE, 2003; SILVERSTEIN, 2006), é valorizar o sentimento do outro e as “intersubjetividades” (PUGET, 2003), é entender as vicissitudes do processo de viver, é mobilizar recursos e estratégias, e compreender a complexidade das manifestações da loucura (AMARANTE, 2003; CLEARY, 2003). É, da mesma forma, compartilhar projetos de vida; é “ser solidário” e, ao mesmo tempo, “ser político” (PIRES, 2005); é restituir laços afetivos e estimular o potencial do ser humano na sua multidimensionalidade.

Nesse contexto, a reforma psiquiátrica pode reivindicar um novo espaço para a construção de sujeitos, antes reféns de uma lógica, ao mesmo tempo, englobante e parcelada de sua vida. Urge, na necessidade de superar essa dívida social, essa

---

⁴² Para Boff (1999), o cuidado compreende uma concepção única e indivisível, por ele tratado como um verdadeiro “modo-de-ser” que reflete as apreensões, as necessidades, as demandas, as potencialidades e, ademais, as relações dos e entre os seres vivos. Representa um *ethos* fundamental, em que o ser humano, a partir de sua atitude, de sua condição de alteridade e de sua condição de responsabilidade inter-humana, satisfaz, compreende, conhece e compartilha de suas vivências com as outras pessoas. Nesse sentido, penso no cuidado como uma dimensão relacional e dialógica, em que seres humanos, em constante contato com o mundo, interação, compartilham suas experiências, suas histórias de vida e seus contextos únicos de singularização.

contradição, para estabelecer um compromisso social com o excluído e suspender um *modo asilar* de operar com o indivíduo, que foi expropriado de si mesmo. Para isso, é preciso redimensionar o olhar sobre a loucura, produzir um *modo psicossocial* (COSTA-ROSA, 2000) de saber, ser e fazer, humanizado, inventivo, cuidativo, que cultive a vida, as subjetividades. E que tudo isso possa fazer parte do tratamento, *do, no e pelo* cotidiano das pessoas, *no* seu território existencial, *na* sua comunidade, *na* sua esfera biopolítica:

se eu penso o sujeito assim, eu vou ter a perfeita noção de que fazer clínica não é apenas lidar com a interioridade psicológica do sujeito, mas lidar com a rede de subjetividade que o envolve, o que implica não apenas nessa interioridade, mas em todas as formas de estímulos que no campo da alteridade se apresentam para o sujeito, como causa de sua ação [...] (BEZERRA, 2001, p.141).

É necessário combater tudo aquilo que a psiquiatria, a ciência-arte de conter as expressões da loucura, tomou para si como um dever de reparar e, apesar disso, acabou por devolver para a sociedade um indivíduo desviado de sua própria razão ou “desarrazoado”, sem inteligência. O louco e a sua loucura, vistos não como formas de expressões, alteridades, disrupções ou sofrimentos, mas como produções concretas dos sentidos orgânicos:

[...] reduzidas a um único significado: doença mental. Dito de outra forma: a psiquiatria libertou da corrente os loucos porque carregou de correntes nossa forma de enxergar a loucura, ancoradas na doença mental, no erro, na periculosidade social, na violência (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2005, p.48-49).

Fazer diferente é, sem dúvida, desmitificar critérios tradicionais de pensamento para desconstruir e reconstruir conceitos e práticas habituais. Em saúde mental, estamos falando em praticar a *epoché* fenomenológica sugerida por

Basaglia, ou seja, “colocar entre parênteses” a psiquiatria que, por muito tempo, “colocou entre parênteses” o doente, isolando-o, para se dedicar à definição abstrata de uma doença (BASAGLIA, 2001, p.125). Estamos falando de encarar o fenômeno da loucura numa tentativa de inversão de um modelo centralizador, autoritário, para outro modelo, ampliado⁴³, que re-contextualize a loucura e a inclua no contexto social, do qual naturalmente foi excluída/segregada para ser “tratada”.

(Re)situar e (re)compreender as experiências do sujeito é também estender o nosso olhar sobre as nossas relações com ele, tanto no contexto micro, como no contexto macropolítico. É passar da “tutela ao contrato” (KINOSHITA, 2001; ROTELLI et al, 2001), e desconstruir aquilo que foi, por muito tempo, de acordo com Franco Rotelli, o “mal obscuro da psiquiatria”. É deslocar a centralidade na doença mental para o contexto da existência do indivíduo, para o sofrimento como dimensão do ser humano, da simplicidade para a complexidade do processo de

---

⁴³ A questão da clínica ampliada ainda é muito controversa na literatura de saúde mental, mas é um importante mecanismo para discutir os saberes e práticas com relação à loucura no contexto social da reforma psiquiátrica. Para Amarante (2003), a clínica provém tanto do grego *klinus* como do *klinikós* - que significa leito ou cama, e contém, com isso, o sentido de “inclinarse”, seja no sentido de produzir inclinações, seja no sentido de produzir transformações e mudanças de rota e direção. Clínica como uma dimensão originária, a de valorizar, desde os tempos de Pinel, a observação e a relação do observador com o objeto observado (a doença). Nesse sentido, o que se pretende no contexto da reforma psiquiátrica, é a *ampliação* do próprio objeto, partindo-se de uma visão anteriormente estabelecida com a doença mental, para uma que seja articulada ao sujeito do sofrimento mental. Uma dimensão para além da clínica, onde se produzem novas relações entre a sociedade e a loucura, onde se escuta, acolhe, cuida, interage e se produzem subjetividades. No caso de Bezerra (2001), a discussão sobre a clínica ampliada de maneira geral fornece subsídios para a crítica da prática cotidiana. Segundo o autor, uma clínica, pois produz sujeitos abertos à pluralidade das manifestações culturais da vida, abertos à criação de novos modelos de subjetividade, modelos estes em que os sujeitos pensam, sentem, relacionam-se e interagem. No entanto, uma “não-clínica”, quando centrada em modelos normativos de sujeito, com horizontes já pré-definidos, em que tudo que o é feito como intervenção é “clínica”. Lancetti (2006) chega a incorporar a *transclínica*, feita pelo PACS e pelo PSF, como uma nova possibilidade de transformação assistencial no contexto pós-manicomial, um “ir-fazendo”. Para o autor, a clínica, para ser ampliada, deve ser levada ao indivíduo onde ele está, produzindo subjetividades não nos espaços fechados, mas no contexto cotidiano e existencial das pessoas. Essa clínica, que enxerga a produção de saúde e de vida no território do sujeito, é chamada, por ele, de *peripatética*, uma alusão ao termo aristotélico que caracteriza o conjunto de modalidades clínicas realizadas fora dos serviços, em constante movimento. Nesse sentido, para evitar as amarras do termo *clínica ampliada*, escolhi adotar a denominação “modelo ampliado de fazer”.

viver, conviver e adoecer.

Portanto, quando falamos em processo saúde-doença, compreendo que, mais do que *reduzir* a saúde a uma mera dimensão teórico-conceitual, devemos encontrar maneiras de *produzir* saúde. Para isso, há que se estabelecerem compromissos e responsabilidades no contexto macro e microestrutural. Advertindo aqui para a presença das espacialidades e temporalidades e seus movimentos históricos singulares, a produção de saúde não deve somente cuidar dos sinais, sintomas ou achados clínicos, que poderiam responder às necessidades mais imediatas do saber na concretude. Na contemporaneidade, tanto pensando em termos de conhecimento em saúde quanto de práticas, produzir saúde é “ir além”, compreender sua evolução histórico-estrutural; é poder negociar socialmente; é poder mobilizar recursos e estratégias políticas. Mas é também poder entrar no contexto intersubjetivo do sujeito, aprender cotidianamente a respeitar singularidades e particularidades, sua cultura, suas relações, seu modo de organização coletiva, assim como seus problemas, suas limitações, suas dificuldades, suas expectativas diante da condição de adoecimento e seu sofrimento.

No contexto da saúde mental, a loucura, como dimensão da vida humana e do processo saúde-doença, não deve ser reduzida a um único saber operante, como aconteceu com a psiquiatria há 200 anos. Em um contexto de transformações, é necessário estarmos atentos à compreensão de múltiplos determinantes (biopsicossocioculturais) que influenciam no modo como nos organizamos na sociedade e entendemos as manifestações do processo de adoecer. Isso porque a consciência do sujeito que tende a concentrar-se sobre um único saber, inflexível, pode reduzir-se a si mesma numa espécie de “não-consciência”, criando condições

para o autoritarismo e o discurso não-reflexivo. O fato do não-questionamento desse conhecimento, por ser eminentemente ideológico, pode ser um indício da destituição do próprio conceito de saber, como elemento de transformação, e de uma materialidade que se pretende dialética, emancipatória, contemplada de críticas, mas também sujeita a elas. Ou ainda, lembrando da metáfora de Leonardo Boff⁴⁴, o que queremos ser? Águias ou galinhas?

Nesse sentido, mesmo diante da possibilidade de cultivar o novo paradigma, as discussões sobre a reforma psiquiátrica ainda precisam avançar no contexto brasileiro. Um dos fatores mais importantes, talvez o mais visível, está na própria criação dos serviços substitutivos ao manicômio. No Brasil, em dezembro de 2006, já se encontravam 1000 CAPS implantados, o que representa um aumento de aproximadamente 36% em comparação com o ano anterior (BRASIL, 2006). No entanto, a proporção de serviços com base territorial ainda é pequena, se comparada com a geopolítica do país. O Estado do Amazonas, o maior da federação, apresentava apenas um único CAPS em funcionamento em 2005, enquanto que Sergipe, o menor Estado, apresentava 15. A Região Sudeste, por exemplo, a mais populosa, apresentava, no mesmo período, uma proporção de apenas 0,34 CAPS para cada 100.000 habitantes, enquanto a Região Sul, com uma população três vezes menor que a da Região Sudeste, apresentava um índice de 0,43 (BRASIL, 2005).

De acordo com as informações acima, é possível notar que o Ministério da Saúde tem investido fortemente na constituição dos serviços substitutivos. A orientação política do Ministério - de estimular a abertura dos CAPS - me traz alguns questionamentos, que vão ao encontro do que Amarante (2003) cita como

---

⁴⁴ BOFF, Leonardo. *A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana*. 41 ed, Petrópolis: Vozes, 1997.

um possível “perigo de desvio” do caráter dialético da reforma psiquiátrica. Segundo o autor, a abertura indiscriminada de CAPS no país traz sérias consequências não somente para a reforma em si, mas para a própria constituição de saberes e práticas decorrentes desse movimento. Isso porque a implantação dos serviços no país não está apenas reduzindo o amplo repertório de recursos terapêuticos (cuidar, assistir, acolher, escutar, ouvir, incluir), mas também reduzindo o caráter complexo da reforma psiquiátrica a uma reorganização administrativa e burocrática dos serviços. Em resumo, a reforma passa a ser aquela que, “modernizada”, é realizada no interior dos CAPS, e não fora deles.

O mesmo autor cita ainda outra preocupação: a do modelo assistencial vigente nesses serviços, herdeiro lógico do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida à doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde como um todo era reduzido à medicina curativa. Por isso, há riscos de incentivar uma *capsização* e uma *inampsização* dos serviços, do financiamento e da assistência em saúde mental. Isso porque o CAPS não deveria ser o serviço novo, mas o serviço “inovador”, isto é, o espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa, para a construção de novos conceitos (saberes), de novas formas de vida e novas formas de inventar a vida e a saúde.

Nesse sentido, a crítica que construo e que pretendo estudar no decorrer deste trabalho é a de que esses serviços, mesmo caracterizados estruturalmente por uma lógica substitutiva ao manicômio e estimulados por uma política de saúde mental reformista, podem reproduzir, no discurso dos trabalhadores e na realidade assistencial, habilidades vinculadas ao objeto “doença” e não ao objeto “sujeito”. Por esse motivo torna-se válido adotar aqui o posicionamento de Pelbart (2001),

que nos incita a refletir cotidianamente a nossa prática em saúde mental. Segundo o autor, não basta acolher o louco como se fôssemos “transformar” a realidade, nem mesmo extinguir os manicômios para dizer que “fazemos reformas”, pois a verdadeira reforma psiquiátrica nasce da reinvenção ocorrida entre corpo e linguagem, entre a subjetividade e a exterioridade, entre os devires e o social, entre o humano e o inumano, entre a percepção e o invisível, entre o desejo e o pensar. Para efetivamente desconstruir, é preciso desconstruir nossa racionalidade a ponto de transitar um pouco pela loucura, exercer uma superação dialética. Todavia, nada disso basta se, mesmo livrando os loucos dos manicômios, mantivermos intacto outro manicômio, mental, em que confinamos a (des)razão e que parece ser “inofensivo”.

Manicômios internos e externos, que, inicialmente, precisam ser desmontados e cuja dificuldade é grande. Claro que é preciso relativizar, uma vez que a reforma psiquiátrica brasileira é um processo gradual e recente, e muitas conquistas já foram produzidas no contexto brasileiro. Contudo, a própria reforma vem acompanhada de um arsenal de concepções novas, como reabilitação psicossocial, desinstitucionalização, sofrimento psíquico, cuidado, acolhimento, autonomia, autogoverno, responsabilização e contratualidade. Conceitos esses complexos, que demandam tempo e comprometimento coletivo para que sejam internalizados, compreendidos e praticados.

A construção de saberes e práticas que possibilite o resgate do contexto social e intersubjetivo do sujeito torna-se um exercício cotidiano para profissionais, usuários, comunidade e sociedade. A energia necessária para provocar a ruptura com o paradigma psiquiátrico tradicional pressupõe compreender que o processo esteja mediado por uma espiral preenchida de contradições, quando se discute e se

defende um projeto de reforma psiquiátrica, num movimento de superação dialética, mas que, no cotidiano de alguns serviços, ainda parece velada, sorrateiramente, por discursos e práticas “antirreformistas”.

Fundamentado nas minhas experiências profissionais, nas discussões anteriores sobre o assunto e em outros estudos que discorrem sobre essa problemática da reforma psiquiátrica no contexto brasileiro (AREJANO, 2002; OLIVEIRA; ALESSI, 2005; WETZEL, 2005; ANTUNES; QUEIROZ, 2007), é possível compreender a multiplicidade de olhares relacionados ao processo de estruturação da reforma no país. Partindo dessa premissa é que menciono meus pressupostos teóricos com o estudo:

PRIMEIRO PRESSUPOSTO: A reforma psiquiátrica consiste num movimento político, jurídico, cultural e social que vem sendo estabelecido ao longo das últimas décadas e materializado através de práticas sociais, marcadas pela diversidade de conceitos, embates e contradições. Essa realidade é pertinente ao modo como a sociedade tem se relacionado com o fenômeno da loucura e se traduz, ao mesmo tempo, em práticas discursivas.

Arejano (2003), ao desenvolver um estudo sobre as relações de poder que se desvelam no interior de pensão protegida em Porto Alegre/RS, destaca que, apesar de implantada a reforma psiquiátrica e dos crescentes avanços da legislação de proteção ao indivíduo portador de sofrimento psíquico, este continua sendo, simultaneamente, objeto e instrumento do exercício do poder disciplinar. Da mesma maneira que a reforma pretende produzir sujeitos emancipados e os produz em determinadas situações, como na ampliação dos espaços de co-participação do

usuário nas decisões políticas, os profissionais de saúde mental ainda se utilizam de mecanismos disciplinares de poder. Trata-se de mecanismos como a medicalização, a normalização dos serviços, a manipulação de comportamentos, a padronização e a tutelação, que dominam a esfera micropolítica do cotidiano das relações interpessoais, sustentando a discriminação, o preconceito e a verticalização.

Oliveira e Alessi (2005), em seu estudo sobre o processo de trabalho das equipes de saúde mental em Cuiabá/MT, menciona que existe, na cidade, uma hegemonia da assistência hospitalar privada, e simultaneamente, uma discreta reorganização administrativa da assistência orientada para os serviços extra-hospitalares. No entanto, a reorganização dos serviços, mesmo mantendo elementos que incorporem saberes e práticas condizentes com os pressupostos da reforma psiquiátrica (CAPS, ambulatórios especializados, constituição de equipes multidisciplinares), mantém-se externa e internamente estruturada a partir do objeto de trabalho da psiquiatria manicomial hegemônica. Destaca-se a suspensão do sujeito, que passa à condição de doente mental ou paciente, mesmo que veladamente chamado de “usuário”, a cidadania tutelada e a centralização do poder administrativo que regulamenta a reforma psiquiátrica no município, fatores esses que permitem evidenciar os múltiplos paradoxos do processo de implementação da reforma nos diversos cenários e *settings* de assistência/cuidado/intervenção.

Wetzel (2005), ao realizar um estudo avaliativo em um serviço de saúde mental em Pelotas/RS, verificou que, embora o serviço se constitua no interior de um paradigma substitutivo ao modelo psiquiátrico-hospitalocêntrico, a prática também pode impedir que este modelo tradicional seja modificado por inteiro. No cotidiano do fazer saúde mental no serviço, coexistem práticas destinadas à

inserção e à culpabilização das famílias, que, quando não excluídas, por vezes são rotuladas como interferentes no bom andamento do serviço como um todo. Nas dimensões do objeto de trabalho e do contexto político-estrutural, encontram-se práticas e saberes que deslocam o sujeito para o final desse mesmo processo, a partir da normalização do processo de trabalho no serviço. Com isso, a organização metodológica das práticas acaba transformando o contexto assistencial e as relações entre os sujeitos, podendo gerar desresponsabilização, descrédito e descompromisso com o outro.

Antunes e Queiroz (2007), em seu trabalho sobre o cotidiano assistencial e institucional de um CAPS de Andradas/MG, constataam que os profissionais de saúde mental reconhecem, teoricamente, a complexidade do adoecer psíquico, inclusive contemplando as necessidades biopsicossociais dos sujeitos como fatores constituintes do sofrimento mental. No entanto, ainda predomina a lógica dominante, de caráter biomédico, que submete a própria equipe ao enfraquecimento da dimensão cuidadora do sujeito. Aliado a isso, essa tendência tem sido compartilhada por gestores e administradores dos serviços de saúde, que ainda percebem o sofrimento mental como um problema a ser afastado, não importando a forma de fazê-lo.

Nesse sentido, a complexidade das práticas discursivas parece se sobrepor, de forma gradual, à própria proposta de reforma psiquiátrica no Brasil. Por mais que a reforma pressuponha fazer diferente, segundo Alarcon (2005) é pelo direito à negação ao manicômio que a reforma motiva e avança no Brasil, num movimento ético-estético de produzir contra-discursos no seio desse saber e dessa prática que, por si sós, não permitem o diálogo e o “compartilhar”. Entretanto, pode-se perceber que, embora haja no interior do discurso um *corpus* ideológico que se

reserva à mudança e à transformação, o mesmo discurso do sujeito, ao se materializar em práticas contraditórias, inconscientemente conformadas com o “fazer tradicional”, pode encarregar-se *pari passu* de tornar a prática profissional circular, não-dialética, não-inventiva e, portanto, pouco cristalizadora das referidas transformações.

SEGUNDO PRESSUPOSTO: A reinvenção dos saberes e das práticas em saúde mental no interior do paradigma da reforma psiquiátrica consiste num processo complexo, que se expressa nos diferentes discursos dos trabalhadores de serviços substitutivos. Por isso, esses discursos ora se distanciam, ora se aproximam e ora se confrontam, revelando um leque de manifestações ideológicas e de relações intertextuais/interdiscursivas.

Koda (2002), estudando as práticas discursivas de usuários e trabalhadores de um serviço substitutivo de saúde mental de Santos/SP, constatou que o posicionamento discursivo dos sujeitos está relacionado tanto com fatores micropolíticos, que se destacam no cotidiano das relações interpessoais, como a fatores macrocontextuais, relacionados à gestão política da saúde mental e à especificidade profissional do trabalhador. A autora constatou que no repertório discursivo dos sujeitos estão inseridos valores que indicam a ruptura com as antigas relações de poder, de origens manicomiais, e que a reforma psiquiátrica visa a superar. No entanto, o mesmo discurso que potencializa a mudança de paradigma, torna-se fonte de paradoxos, quando relacionado ao cotidiano do trabalho dos profissionais. O contraste entre o discurso político - o olhar de militante, que valoriza o empenho coletivo e a luta pela transformação da realidade - e o discurso

clínico - centrado no olhar de técnico do serviço, que ainda aprisiona e medicaliza a loucura, é apontado pela autora como uma das formas de se buscar, constantemente, a manutenção de uma hegemonia na assistência em saúde mental.

O discurso, dessa forma, internalizado na consciência humana, não compreende somente um empreendimento teórico-textual, mas uma prática social, pois permeia a constituição da vida humana e de sua trajetória no mundo, podendo ser utilizado tanto para a difusão de conhecimentos, como inclusive para a manipulação dos processos interpessoais. Um discurso não é mera representação dos fatos humanos, já que, ao ser compreendido como prática social, pode constituir novas práticas, construir ou desconstruir materialidades, difundir ideologias e manifestar interações, interesses, posicionamentos e relações (FAIRCLOUGH, 2006a, 2006b, 2006c; VAN DIJK, 2006a; WEISS; WODAK, 2006; RESENDE; RAMALHO, 2006). É com esse olhar que o presente estudo se desenvolve, se orienta e é considerado um desafio, no sentido de avançar na gênese e na recontextualização de uma reforma psiquiátrica feita *de sujeitos, com sujeitos e para sujeitos*. E no de que possa constituir, na realidade assistencial, novos discursos (saberes e práticas) sobre loucura, saúde mental, cuidado e relações sociais.

Nesse sentido, analisando do ponto de vista das práticas sociais, o discurso do profissional de saúde mental tende a influenciar e a ser influenciado por múltiplos determinantes, que se relacionam a partir de uma dialética micropolítica (centrada no cotidiano das relações interpessoais) e macropolítica (incorporando o contexto sociopolítico onde os diversos atores sociais materializam ideologias que possibilitam desconstruir/construir/reconstruir práticas, saberes e relações).

Por esse motivo, defendo a **tese** de que o discurso do trabalhador em saúde mental representa a materialização de diferentes manifestações da ideologia, tornando-se a gênese das transformações, dos conflitos, dos embates, das contradições e dos deslocamentos que permitem compreender como seus saberes e práticas se articulam ou não, no cenário social da reforma psiquiátrica.

Num desafio de articular conhecimentos produzidos pela linguística e pela saúde mental, para compreender essa realidade peculiar no contexto das ações em saúde, é que tenho como **objeto de estudo** a análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de um serviço substitutivo de saúde mental, no interior da reforma psiquiátrica.

Diante do exposto, tenho, como **objetivo geral**:

- Analisar os discursos dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial, revelando aproximações e distanciamentos que se materializam nas práticas discursivas e sociais.

Objetivos Específicos:

- Identificar nos discursos dos trabalhadores de saúde mental relações intertextuais e interdiscursivas que evidenciem a dimensão das práticas sociais constituídas no serviço;

- Conhecer estruturas, processos e contextos que explicitem as contradições do discurso do trabalhador de saúde mental e revelem saberes e práticas manicomiais e/ou psicossociais.

3 A ABORDAGEM TEÓRICO-FILOSÓFICA

3.1 ANTECEDENTES E JUSTIFICATIVAS DA ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO (ACD)

Neste capítulo, cuidarei de destacar alguns conceitos que ainda não foram aprofundados teoricamente, como o conceito de discurso. Procurarei definir a dimensão do discurso a partir da qual estarei analisando o material obtido, assim como apresentarei o referencial teórico-metodológico que me possibilitará isso. Porém, antes de introduzir o tema, é necessário fazer algumas ressalvas quanto à linguística como área do conhecimento científico e que, atualmente, vem se ocupando de estudar o discurso.

As ciências humanas procuram, até hoje, delinear e explicar algumas das singularidades relacionadas às origens da linguística e do seu objeto de estudo. Essas leituras sobre o assunto são complexas e, por vezes, difíceis de conciliar, mas são essenciais para entender (bem como compreender) a dimensão do discurso como elemento da linguagem dos seres humanos - e dos profissionais de saúde mental - que pretendo desvelar.

A linguística se iniciou como método, para impor-se como ciência já no século XX, mas originalmente, duas orientações teórico-filosóficas principais⁴⁵ já

---

⁴⁵ Segundo Bakhtin (2006), o subjetivismo realista tem em Wilhelm Humboldt um de seus representantes mais característicos, enquanto que o objetivismo abstrato possui suas raízes firmadas no racionalismo cartesiano dos séculos XVII e XVIII. A segunda tendência teve, como seus representantes principais, Gottfried Wilhelm Leibniz, Ferdinand de Saussure e Charles Bally (esses dois últimos filósofos fundadores da Escola de Genebra). Destes dois últimos filósofos, talvez tenha sido Saussure o maior representante do objetivismo abstrato. Segundo Resweber (1982) e Bakhtin (2006), Saussure em seu “*Curso de Linguística Geral*”, define uma tríplice distinção: *le langage*, *la langue* (como um sistema de formas) e o ato de enunciação individual (*la parole*). A língua e a fala seriam os elementos constitutivos da linguagem, compreendida como a totalidade de suas manifestações (psicológicas, fisiológicas e físicas). Por isso a linguagem, para Saussure, não poderia ser caracterizada como o objeto fundamental de estudo da linguística, pois lhe faltaria uma unidade interna, lógica, autônoma. Saussure ficou conhecido pela sua concepção dissociativa entre a língua (*la langue*) e a fala (*la parole*), pois, ao se separar a língua e a fala, separa-se também o que é

estavam preocupadas com os atos de isolar e delimitar o objeto de estudo da linguística: o subjetivismo realista e o objetivismo abstrato. A primeira tendência interessa-se pelo “ato da fala”, ou seja, pela criação individual como fundamento da língua (no sentido lato de qualquer atividade da linguagem, sem exceção). Essa orientação teórica é definida segundo quatro pressupostos básicos (BAKHTIN, 2006, p.74):

- a) A língua é uma atividade, um processo criativo ininterrupto de construção (“energia”), que se materializa sob a forma de atos individuais de fala;
- b) As leis da criação linguística são essencialmente as leis da psicologia individual;
- c) A criação linguística é uma criação significativa, análoga à criação artística;
- d) A língua, como produto acabado (“*ergon*”) e um sistema estável (léxico, gramatical, fonético), apresenta-se como um depósito inerte, semelhante à lava fria da criação linguística, abstratamente construída pelos linguistas com vistas à sua aquisição prática como instrumento pronto para ser usado.

No outro extremo dessa tendência teórico-filosófica está o “objetivismo abstrato”, para o qual a língua é uma atividade centrada em um *sistema linguístico*, formado de estruturas fonéticas, gramaticais e lexicais. Enquanto que, na primeira orientação, a língua pode ser caracterizada como um fluxo de atos de

---

social do que é individual, e o que é acessório do que é relativamente accidental. Essa visão foi fortemente criticada em movimentos teórico-filosóficos posteriores nas ciências sociais, mais especificamente pelo movimento chamado “giro linguístico”, a ser discutido a seguir. Para maiores informações a respeito da visão saussureana do assunto, pode-se consultar Orlandi (2006).

fala, no objetivismo abstrato a língua é um objeto imutável, que domina esse fluxo, algo único, irreduzível e individual. Seus pressupostos teóricos podem ser definidos como (BAKHTIN, 2006, p.85):

- a) A língua é um sistema estável, imutável, de formas linguísticas submetidas a uma norma fornecida tal qual à consciência individual e definitiva para esta;
- b) As leis da língua são essencialmente leis linguísticas específicas, que estabelecem ligações entre os signos linguísticos no interior de um sistema fechado. Essas leis são objetivas relativamente a toda a consciência subjetiva;
- c) Não se encontra, na base dos fatos linguísticos, nenhum motor ideológico. Por esse motivo, entre a palavra e seu sentido não existe vínculo natural e compreensível para a consciência;
- d) Os atos individuais da fala se constituem, do ponto de vista da língua, em simples refrações ou variações fortuitas ou mesmo deformações das formas normativas. Mas são justamente estes atos individuais de fala que explicam a mudança histórica das formas da língua; como tal, essa mudança é, do ponto de vista do sistema, irracional e mesmo desprovida de sentido.

A linguística, tal como é conhecida hoje, é originária dos trabalhos de Ferdinand de Saussure e de sua análise de anagramas, para mostrar como existe um texto latente sob um texto poético agindo na mente do leitor. Por ser a língua organizada internamente, Saussure passa a denominá-la como um *sistema*, pois

seus elementos constituintes só adquirem valor quando se relacionam com o todo do qual fazem parte. O sistema saussureano passa a ser, *a posteriori*, chamado de “estrutura” por seus sucessores, dando uma posição estruturalista⁴⁶ à ciência que começa a desvendar a língua e suas relações internas e/ou externas com o mundo (CAPPELLE; MELO, GONÇALVES; 2003; INDURSKY, 2006; ORLANDI, 1989, 2006).

A linguagem⁴⁷ é um elemento essencial para a constituição sócio-histórica dos homens no mundo. Por meio dela é que nos comunicamos, interagimos com a natureza, damos “sentido”⁴⁸ à nossa existência e às nossas coisas, construímos conhecimento, constituímos nossa sociedade. A linguagem, entendida como dimensão da vida material, pela qual produzimos “sujeitos comunicantes”, que

---

⁴⁶ A partir da tradição estruturalista, diversas modalidades foram seguidas no decorrer do estudo da linguística, para designar os dispositivos internos da linguagem. Destacam-se o funcionalismo, o qual se dedica a estudar as funções desempenhadas pelos elementos linguísticos, e o distribucionalismo, que propõe uma descrição comportamental dos fatos linguísticos, fundamentada na cadeia “estímulo-resposta”, de cunho behaviorista. No entanto, a corrente estruturalista encontra seu apogeu somente na década de 60, com os trabalhos de Lévi-Strauss e Michel Pêcheux. Lévi-Strauss procurou articular conhecimentos das ciências humanas (antropologia, sociologia, filosofia) para mostrar que a concepção saussureana da língua, como um sistema fechado, provoca um deslocamento conceitual, pois existem outros sistemas paralelos a ela (míticos, literários) que se relacionam, internamente e externamente, com a própria língua. Por sua vez, Michel Pêcheux, baseado em sua orientação estruturalista, destacou que as ciências sociais são essencialmente técnicas, tendo uma ligação essencial com a prática política e com as ideologias desenvolvidas em contato com essa prática, cujo instrumento de disseminação é o discurso. Para descrever as ideologias, Pêcheux, em sua teoria do discurso, baseia-se nas concepções de Louis Althusser e Karl Marx. Ele rejeita completamente a concepção de linguagem como instrumento de comunicação, a qual não passaria de uma ideologia (em sentido marxista) que distorce a prática política, obscurece essa articulação. Com o objetivo de mostrar essas peculiaridades linguísticas e os efeitos de sentido por elas produzido, Pêcheux desenvolve um dispositivo experimental de análise do discurso, conhecido como a *análise automática do discurso*. Automática porque parte do procedimento analítico é computadorizado, para que se possa identificar as formações discursivas no *corpus* do texto (HENRY, 1990; PÊCHEUX, 1990; MAINGUENEAU, 1997; INDURSKY, 2006; ORLANDI, 2006).

⁴⁷ Optei por utilizar o conceito de linguagem, ao invés do de língua, por me parecer mais amplo (do ponto de vista teórico) e não tão fechado sobre si mesmo. Ressalvando-se as diversidades teóricas sobre o termo “linguagem”, creio que ele parece ser mais apropriado para uma abordagem transdisciplinar de estudo do discurso.

⁴⁸ O que torna a linguagem “possível” de ser exercida é exatamente a sua expressão como atividade humana, como acontecimento, como um “devir social”. Esses acontecimentos ocorrem por meio das paixões, das misturas e das ações (nesse caso, humanas). O acontecimento pertence à linguagem, é componente dela, mantém uma relação essencial com ela. Não existe sentido para “acontecimentos”; eles são o próprio sentido das coisas, a expressão dessas mesmas coisas. No entanto, não é o acontecimento que “produz os fatos”, mas a linguagem, pois tudo se passa *na* linguagem e *pela* linguagem (DELEUZE, 2000). Sendo assim, devido à multidimensionalidade da linguagem, toda e qualquer atividade de comunicação possui diferentes sentidos ou significados, cabendo ao analista identificá-los e interpretá-los (VAN DIJK, 2006b).

falam, agem, discutem, problematizam, persuadem, negociam, produzem. Sujeitos de e para uma atividade da linguagem, para produzir vidas, constituir relações, saberes, práticas sociais.

Essas reflexões sobre o conceito e a centralidade da linguagem na vida dos homens tiveram uma repercussão importante, no decorrer do século XX. Isso tudo em função do aumento da reflexividade social⁴⁹ e da constituição de um novo movimento teórico-filosófico, aprofundado na década de 70. Esse movimento ficou conhecido, no âmbito acadêmico, como “**giro linguístico**” (MARTÍN ROJO, 2004), e designa *ad nauseum* certa mudança de paradigma na filosofia e nas várias ciências humanas e sociais, estimulando a dar mais ênfase aos aspectos interiores/exteriores da linguagem, tanto nos próprios projetos das disciplinas que a estudam, quanto na formação dos fenômenos que ela costuma estudar (SPINK; FREZZA, 2000; GRACIA, 2004; IÑIGUEZ, 2004).

O giro linguístico se firmou como movimento teórico-filosófico na interface de três estágios de desenvolvimento da filosofia da linguagem (GRACIA, 2004):

- a) O nascimento do pensamento cartesiano, que fundou a “filosofia da consciência⁵⁰”, centrada no estudo da interioridade do sujeito, mas

---

⁴⁹ Spink (2004) se baseia nos trabalhos do sociólogo alemão Ulrich Beck, para discutir a questão da reflexividade na ciência e na sociedade. Para a autora, a reflexividade compreende um momento epistemológico pelo qual se permite uma “abertura” à revisão crônica das nossas práticas, à luz de novas informações. Ou seja, seria não somente uma espécie de liberdade de pensamento e de ação, mas, até mesmo, uma necessidade de se buscar sempre o “novo”, de rever conceitos e de buscar, num movimento contínuo, outros conceitos. A reflexividade, como menciona Spink (2004), tem uma dupla face: de um lado, a atitude intrínseca à própria ciência, em que se discutem novos métodos científicos, novas posturas epistemológicas, e se abre a ciência como prática social; de outro, a reflexividade também emerge de “fora” da ciência, questionando seus produtos, como os novos medicamentos, as novas tecnologias médicas e os produtos surgidos de outras áreas do conhecimento humano. Por esse motivo, já é praticamente impossível conceber a ciência sob “portas fechadas”, restrita aos laboratórios, como acontecia em anos anteriores.

⁵⁰ Esse aspecto já foi discutido no capítulo anterior, quando introduzi as influências do pensamento cartesiano na constituição da ciência médica moderna. No entanto, as repercussões da filosofia de

consciente de que, para se estudar o mundo exterior (*res extensa*), seria necessário imergir no mundo mental, que determina a subjetividade desse sujeito (*res cogitans*). Com isso, a linguagem passa a ser vista como um veículo de expressão, traduzindo as ideias;

- b) A reversão da linguagem como manifestação das ideias para uma visão representacionalista do mundo, onde a linguagem representa a realidade. Essa posição, de caráter neopositivista, foi defendida por Gottlob Frege, Bertrand Russel e, principalmente, por Ludwig Wittgenstein, produzindo um deslocamento do estudo das “ideias” para o estudo dos enunciados linguísticos, públicos e objetivados. A fim de evidenciar sua estrutura lógica, os filósofos acreditavam que não é para o nosso interior que devemos nos voltar para ver como pensamos, mas para os nossos “discursos”, pois são nossas palavras que se correspondem com os objetos do mundo;
- c) A expansão da filosofia analítica e o auge da centralidade na linguagem. Essa orientação filosófica nasceu de uma trajetória eminentemente europeia, mas difundida para o continente americano no início do século XX, em função de que muitos pensadores, como Rudolf Carnap, Carl Hempel, Hans Reichenbach e Kurt Göedel, eram judeus e estavam fugindo das perseguições nazistas da Segunda Guerra Mundial. Esses filósofos vincularam-se a universidades americanas e continuaram a semear a posição neopositivista iniciada por Wittgenstein. No entanto, foi na Universidade de Oxford que Gilbert Ryle, John Austin, Peter Strawson e Paul Grice inauguraram o rompimento epistemológico com a tradição cartesiana, ao perceberem que a

linguagem não só expressa ideias, mas ela “faz” coisas. Ela não só “faz pensamentos”, como também é “formadora” de realidades.

Ainda de acordo com o autor, o giro linguístico teve suas implicações nos movimentos destinados ao conhecimento da linguagem e de seu papel na sociedade, mas também contribuiu para que se fossem esboçados novos conceitos sobre a natureza do conhecimento, seja no sentido comum, seja no sentido científico. Isso porque era importante manter a linguagem no terreno da vida social, para tornar a linguagem aberta teoricamente para novos caminhos, horizontes e perspectivas filosófico-epistemológicas. No entanto, o giro linguístico modificou não somente nosso olhar para o conhecimento da linguagem, mas o próprio conceito dela:

a linguagem é a própria condição do nosso pensamento, ao mesmo tempo em que é um meio para representar a realidade. O “giro linguístico”, portanto, substitui a relação “idéias/mundo” pela relação “linguagem/mundo” e afirma que para entender tanto a estrutura de nosso pensamento quanto o conhecimento que temos do mundo é preferível olhar para a estrutura lógica de nossos discursos em vez de esquadrihar as interioridades de nossa mente (GRACIA, 2004, p.46).

Outro exemplo das influências epistemológicas do giro linguístico nos estudos da linguagem - e no interior deles o estudo do discurso - está nas considerações de Richard Rorty (1990). Em seu livro “*El giro linguístico*”, Rorty (1990) faz uma análise das implicações filosóficas do movimento, destacando que todo filósofo, na medida em que se transforma em um linguista empírico, consegue relativa solução para os problemas fundamentais da filosofia. Foi por meio das influências da linguagem na vida humana e social que o filósofo conseguiu explicar o surgimento de novos métodos científicos, como o “método indutivo-dedutivo” de Descartes, o

“método transcendental” de Kant, a “redução fenomenológica” de Husserl e a postura crítica assumida por Wittgenstein, no início de sua carreira, como filósofo linguista. Isso porque qualquer postura filosófica e/ou axiológica não pode ser reduzida a apenas um ponto de vista.

No entanto, para que uma linguagem seja tão adequada quanto outra, o autor acredita ser preciso que a primeira delas seja capaz de descrever o que, de alguma maneira, é a “mesma situação”, de tantas formas como a segunda for capaz de fazê-la. A filosofia - e nesse sentido a filosofia da linguagem - é uma atividade por natureza crítica, dialética, ou seja, uma atividade cujo êxito está em sua capacidade de dissolver problemas, para evitar o nominalismo metodológico⁵¹. Por esse motivo, Rorty (1990, p.117-20) prevê seis possibilidades para o futuro do giro linguístico:

- a) A possibilidade de ruptura epistemológica, em sua totalidade, com todo nominalismo metodológico;
- b) O abandono tanto do nominalismo metodológico, quanto daqueles critérios assumidos como verdades absolutas;
- c) A manutenção desse nominalismo metodológico, mas evitando-se falar em verdades absolutas, o que criaria o “ideal” na filosofia (postura consonante com a dissolução dos problemas filosóficos, mas também de criação de novos métodos);

---

⁵¹ Rorty (1990) chama de nominalismo metodológico toda postura relativamente inflexível predominante entre os filósofos analíticos que defendiam os seguintes princípios: primeiro, que conceitos, suposições e leis seriam universais, não podendo ser investigados empiricamente; segundo, que conceitos, leis e suposições até poderiam ser investigados de alguma maneira, e contestados, mas apenas os seus elementos linguísticos e nenhum outro aspecto.

- d) A possibilidade de estimular *pari passu* o autoquestionamento da própria filosofia como arte, ciência ou ambas;
- e) O renascimento de uma filosofia empírica, que preencheria parte do vazio deixado pelas filosofias tradicionais na cultura do homem;
- f) O reposicionamento da filosofia não somente como “crítica”, mas também como “descoberta” de novas condições e materialidades da existência, necessárias para o futuro do pensamento humano e de suas categorias formais (existência, identidade e unidade).

Nesse sentido, percebo que o giro linguístico possibilitou elevar o discurso ao nível da centralidade na linguística, bem como permitiu o estudo de novas modalidades teóricas e analíticas do complexo discursivo. A Análise Crítica do Discurso (ACD), por exemplo, nasceu fundamentalmente como um novo olhar para os estudos da linguagem, redimensionando seu papel na difusão de ideologias, na manutenção das relações de poder e em como nossas ações sociais podem ser materializadas na vida cotidiana.

Oriunda basicamente das ciências sociais críticas, a ACD foi meu “suporte teórico e operacional⁵²” neste trabalho. Ela, usada como referencial, me ajudou a

---

⁵² Van Dijk (2006c) considera que o analista de discurso pode se concentrar sob um aspecto ou nível ou dimensão do texto ou da conversação, para evidenciar os mecanismos dos processos de constituição do discurso. O que orientará o percurso metodológico do analista do discurso serão as distintas teorias que ele usará para construir seus conceitos e hipóteses de investigação. Por esse motivo, a ACD não se constitui apenas como um dispositivo analítico para compreensão dos processos discursivos. Dela também faz parte uma “teoria do discurso”, na qual a sua “parte analítica” se espelha para ilustrar o tratamento dos dados. No estudo de Meyer (2006), é possível encontrarmos outras orientações teóricas para a ACD, o que a tornaria, por natureza, transdisciplinar. Ele menciona, por exemplo, os enfoques dos principais linguistas críticos do discurso, como Sigfried Jäger, Ron Scollon, Teun Van Dijk e Norman Fairclough. Jäger trabalha numa linha foucaultiana, definindo o discurso como um “dispositivo” de práticas discursivas e não-discursivas, interrelacionadas e que se materializam no mundo. Scollon, por sua vez, orienta-se pela microssociologia para definir sua dimensão discursiva, sendo o discurso a produção/reprodução de fatos e ações cotidianas nas interações humanas. Em Van Dijk, encontra-se uma vertente da psicologia sociocognitiva, em que o discurso passa a ser evento comunicativo, incluindo-se nele o

fazer emergirem os saberes e as práticas dos profissionais de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica, assim como a desvendar o discurso e suas relações com o mundo material, enquanto práticas sociais, perspectivas de mudanças, continuidades, fragilidades, contradições e transformações. No item destinado à metodologia, faço uma síntese das categorias analíticas da ACD e dos procedimentos metodológicos que me nortearam para análise dos dados.

A perspectiva crítica da análise de discurso teve como principal influência a “linguística crítica⁵³”, um movimento teórico-filosófico de estudos da linguagem em articulação com as ciências sociais críticas, principalmente aquela que tinha como orientação os pressupostos filosóficos da Escola de Frankfurt. A linguística crítica emergiu na década de 70, como uma modalidade de análise dos atos da fala e do texto destinada a identificar, compreender e relacionar todo o rol de possibilidades de formações linguísticas que estruturam as relações de poder na sociedade. A ACD, como modalidade teórica e analítica, consolidou-se no decorrer das décadas de 80 e 90, incorporando muitos dos pressupostos da linguística crítica, para constituir-se numa disciplina teórica e analítica do discurso (WODAK, 2006).

O enfoque “crítico” da análise de discurso não se estrutura apenas sob as influências teóricas das ciências sociais e das ciências linguísticas. Mais do que isso,

---

texto, a interação, os gestos, as expressões e as imagens, que produzem uma dimensão significativa da vida. Finalmente, em Fairclough (1995), verifica-se uma orientação marxista para o discurso, em que este passa a ser visto como uma produção social que representa os conflitos sociais, centralizando-se, em particular, nos elementos de dominação, desigualdades e resistências.

⁵³ Na tradição crítica da análise de discurso, pode-se citar a influência da Linguística Sistêmico-Funcional de Michael Halliday. Segundo Fairclough (1995), Halliday acredita que a linguagem é uma “metáfora” dos processos sociais, assim como uma “expressão” desses processos. A linguística, nesse sentido, teria como função a identificação dessas características por meio da elucidação dos mecanismos internos do texto, onde linguagem, ideologia, prática e interação social se relacionam de forma dialética. No entanto, Wodak (2006) afirma que outros movimentos teórico-filosóficos influenciaram sobremaneira a constituição da ACD como dispositivo de compreensão do discurso. Destaque para a sociolinguística de Basil Bernstein e para os trabalhos literários de filósofos e cientistas sociais como Michel Pêcheux, Michel Foucault, Jürgen Habermas, Mikhail Bakhtin e Valentin Voloshinov.

é a conexão entre uma teoria dialética⁵⁴ e um método de análise que confere o caráter crítico à análise de discurso. Com isso, a ACD passa a ser um dispositivo⁵⁵ de análise das relações dialéticas entre as práticas sociais e aquilo que seja *semiótico*⁵⁶, incluindo-se, no interior deste, o estudo da linguagem (FAIRCLOUGH, 1995, 2006b).

Como é possível perceber, a ampliação de um enfoque centrado na linguagem como um sistema fechado sobre si mesmo, para um enfoque multidimensional, onde a linguagem passa a ser uma referência das práticas sociais

---

⁵⁴ A dialética é considerada como a “arte da crítica e do diálogo”, desde a Grécia Antiga. Teve como filósofos precursores Aristóteles e Heráclito de Éfeso. No entender de Aristóteles, todas as coisas possuem determinadas potencialidades que estão sempre em atualização, isto é, possibilidades que, no cotidiano da vida, se transformam em realidades. No entanto, foi Heráclito que ficou conhecido por ser o “pai da dialética”, fazendo uma comparação entre o movimento das coisas e o da água de um rio. Segundo ele, o homem não poderia entrar duas vezes no mesmo rio, porque, ao entrar pela segunda vez, não estaria banhando-se nas mesmas águas desse rio. Atualmente, a dialética é entendida como a maneira de pensar as contradições da realidade, o modo como podemos apreender a realidade, que é essencialmente contraditória e em constante transformação. Ou seja, a dialética estuda o movimento das coisas, indo além de tudo aquilo que centraliza o saber sobre o mundo (KONDER, 2003; MINAYO, 2004). Partindo do ponto de vista da ACD, a dialética a que Fairclough (1995, 2006b) se refere é a dialética materialista, que não é movida pelo trabalho do Espírito, mas pelo trabalho como relação dos homens com a natureza, para transformar as coisas em coisas humanizadas, produtos do trabalho humano (CHAUÍ, 2005). Uma dialética materialista, assim como Engels (2000) a entende, não apenas como filosofia da história, mas como uma filosofia que antecipa toda uma generalidade de acontecimentos sociais. Acontecimentos esses que não são estáveis. Eles se interconectam nos diferentes domínios do conhecimento humano, como a economia, a história, as ciências naturais e - em meu caso - nas ciências da saúde. Por sua vez, produzem uma linguagem tão articulada e complexa que possibilita ao homem diferir de toda e qualquer espécie de animais ou seres vivos na natureza.

⁵⁵ Jäger (2006) descreve o conceito de dispositivo, baseando-se nos trabalhos de Michel Foucault. Num dispositivo, vários elementos são articulados a outros, tanto elementos constituintes de práticas discursivas, como elementos constituintes de práticas não-discursivas. Tanto para Foucault quanto para Jäger (2006), essa articulação faz com que o mundo das objetividades e/ou das realidades seja interrelacionado. É ela que faz do mundo uma complexidade de práticas (discursivas e não-discursivas), que formam, portanto, o dispositivo.

⁵⁶ Para Fairclough (2006b), a *semiose* (*semiosis*) refere-se a todo o conjunto de atividades sociais que possuem um significado e que constituem gêneros sociais. Por sua vez, um gênero social seriam os diferentes caminhos de produção, ação e reprodução da vida social, produzidos de maneira semiótica. Exemplos de gêneros sociais estão nas conversações cotidianas e nas reuniões de determinadas organizações (políticas, sociais e/ou culturais). Essa concepção de gêneros sociais de Fairclough se aproxima muito da de *linguagens sociais* de Bakhtin (2006). Para esse autor, toda a linguagem social é um discurso peculiar de um estrato específico da sociedade (profissão, grupo etário), num determinado contexto, em determinado momento socio-histórico. Em meu caso, todo discurso do profissional de saúde mental é componente estrutural de uma linguagem social, inteligível, na medida em que a saúde mental seria um campo específico de conhecimento, práticas e relações da sociedade.

e do cotidiano⁵⁷ de vida dos sujeitos, representando-os e sendo representada nessas práticas, foi importante para definir e redefinir toda a teoria do discurso. Antes visto como um elemento imaterial, agora ele é visto como um elemento social, como uma teia de conhecimentos do mundo.

No contexto da saúde mental, o discurso dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde diz muito sobre o que pensam, compreendem e como agem com relação ao louco e o fenômeno da loucura. Isso que dizer que o discurso desses profissionais pode modificar o meio, mas pode ser modificado por ele também. De certo modo, contexto social e discursos podem ser “flexíveis” às mudanças do cotidiano e ao conhecimento que os sujeitos produzem de si mesmos em sua relação com esse mundo material.

A seguir, outros aspectos do discurso, como atividade da linguagem, serão discutidos com maior profundidade, até para que se possa fortalecer a aderência de meu objeto de estudo ao referencial adotado.

3.2 A CONCEPÇÃO TRIDIMENSIONAL DO DISCURSO

Toda a atividade da linguagem denota um sentido e uma significação no mundo. De certa forma, na linguagem cotidiana, é muito comum vermos referências ao discurso como sendo um tipo de atividade comunicativa. Embora se aplique a uma das formas de utilização da linguagem, ele pode ser difundido no meio social de maneira mais “informal”, designando conhecimentos de áreas

---

⁵⁷ No cotidiano, não se operam identidades e papéis harmônicos, de um lado aparente/falso ou funcional, nem de outro lado aquilo que é só dissonante, como se fossem mundos distintos e polarizados. No cotidiano, há a simultaneidade desses dois campos. É onde se expressam e são produzidas as “falhas”, os “ruídos”, os “estranhamentos” do mundo, dotados de sentido e significado, tanto pelo mundo como pelo próprio homem (MERHY, 2006).

específicas, como o “discurso neoliberal”, o “discurso médico” e o “discurso da mídia televisiva” (VAN DIJK, 2006b).

Como é possível observar, convivemos com o discurso no cotidiano sem, por vezes, dar-nos conta de sua complexidade. Como dimensão da vida material e da linguagem contemporânea, o discurso representa parte do que somos e fazemos, assim como é representado por aquilo que somos e fazemos. Nesse sentido, o discurso repercute na vida humana e na sociedade com diferentes significados, sejam estes necessários para promover esclarecimentos, conhecimentos específicos e reflexões, seja para estimular conflitos, disseminar ideologias e persuadir pessoas ou grupos sociais.

Um exemplo de como os significados do discurso podem servir para diferentes finalidades na sociedade está na constituição do discurso psiquiátrico no século XIX. De acordo com Foucault (2005), o discurso psiquiátrico, nesse período, não se caracterizou por objetos privilegiados, mas pela maneira de como esses objetos foram formados pela medicina. Para poder falar de tais objetos, foi necessário elevar o discurso ao nível da prática social, pois o discurso só pode “formar” objetos quando estes puderem ser abordados, nomeados, analisados, classificados e explicados. Foi assim que se criou uma unidade dos discursos sobre a loucura. A medicina mental foi capaz de defini-la como dimensão patológica não como saber, mas como prática, ou seja, a loucura como constituinte de mecanismos de repressão, de jurisprudência, de compreensão teológica, de objeto do diagnóstico nosológico e das descrições patológicas. Sendo assim, o autor acredita que os discursos não devem ser unicamente tratados como conjuntos de

signos⁵⁸ (ou elementos significantes que remetam a conteúdos ou representações), mas:

[...] como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse “mais” que os torna irreduzíveis à língua e ao ato da fala. É esse “mais” que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever [...] (FOUCAULT, 2005, p.55).

Esse “mais”, a que Foucault (2005) se refere, é o “mais” que pretendo desvelar nos discursos dos profissionais de saúde mental, neste estudo. Obviamente, todo o saber pode ser revertido em prática, assim como toda prática pode ser revertida em saber. Mas, na dimensão da atividade da linguagem (especificamente aqui a dimensão discursiva), saberes e práticas são conhecimentos de mundo produzidos pelos homens em ação⁵⁹, dialeticamente e não diametralmente, para os quais o discurso se torna o mecanismo de difusão desse conhecimento ao nível das relações sociais e do contexto socio-histórico.

Minha concepção de discurso aproxima-se da concepção de Fairclough (1995, 2006a). O discurso, de acordo com o autor, pode ser entendido como “atividade linguística em ação”⁶⁰, como momento das práticas sociais, práticas essas que são

⁵⁸ Um signo também é um objeto natural, específico, que adquire um sentido no mundo. Ele não é apenas parte de uma realidade, pois ele reflete e refrata outras realidades, sendo, nesse sentido, um fragmento material dessa mesma realidade. Todo signo pode distorcer qualquer materialidade que encontra e com a qual se relaciona, recebendo, por isso, um valor ideológico (BAKHTIN, 2006).

⁵⁹ Merhy (2006) tem uma visão importante sobre a questão do “homem em ação” e que me permite aproximá-la ao estudo do discurso dos saberes e práticas dos profissionais de saúde mental. Para o autor, quando fala do homem em ação, trata-se de um atuante permanente entre o dito e o não-dito, dotado de sentidos, paradoxais ou não, mas não porque não quer dizer, e sim porque não pode e não consegue dizê-lo, por não ser ele um sujeito pleno de razão, por não ser ele um “sujeito enquanto conhecimento”. Ao mesmo tempo em que deseja, tentando produzir um mundo para si, é um agente da ação, que a tudo pode representar em ato, seja este consciente ou inconsciente. De modo permanente, como sujeito da ação, mas não como sujeito da razão. Razão esta, sob meu ponto de vista, da qual a medicina mental se apropriou para designar as manifestações patológicas da loucura e na qual se embasou para construir todos os dispositivos práticos necessários para conter essas manifestações.

⁶⁰ Fairclough (2006b), com essa definição de discurso, situa a análise crítica de discurso (ACD) como uma modalidade teórico-metodológica que deve oscilar entre o foco na estrutura social e o foco na

analisadas em termos de sua estrutura (interna/externa) e de sua ação (repercussão social). Prática social que também é uma “prática de produção”, isto é, uma arena onde a vida humana e a habilidade linguageira são produzidas/reproduzidas, como acontece na economia, na política, na cultura, nos eventos cotidianos e - em meu caso - no campo da saúde.

No entender de Wodak (2006), o discurso pode ser entendido como a articulação complexa de diversos elementos linguísticos, sequenciais e inter-relacionados, manifestados, de maneira semiótica, na fala, na escrita e nas outras formas de ação social.

O discurso, no meu entender, pode ser compreendido não apenas, mas também, como representação da realidade linguística e extralinguística dos homens. Linguística, porque se materializa no texto. Extralinguística, porque está imerso nas atividades cotidianas da vida humana, na materialidade socio-histórica do sujeito, na constituição da existência social, nos devires do mundo. Compreende, nesse sentido, um “vir-a-ser”, uma relação, um sentido, um significado, uma reação, com uma (ou várias) expressões. Mas mais do que isso, é ação social, é ação em relação. Discurso visto como atividade da práxis⁶¹, como resultado dos processos sociais, como socialização, como construção social⁶², mas

---

ação social. É partindo dessa premissa que o autor define seu modelo tridimensional de análise do discurso: o estudo do texto, das práticas discursivas e das práticas sociais. Focalizar a estrutura significa, para ele, desvelar as convenções, as identidades, as relações e as instituições envolvidas no mecanismo dos processos discursivos (o texto e as práticas discursivas). Focalizar na ação diz respeito a como as pessoas interagem e representam no domínio das estruturas sociais, assim como o potencial para utilizarem-se do discurso para transformar tanto suas próprias ações, como a estrutura a que pertencem (as práticas sociais).

⁶¹ A práxis é considerada por Chauí (2005) como práxis social, isto é, uma atividade social que produz os objetos e os sentidos dos objetos. No entender de Gramsci (1995), a práxis constitui-se numa reforma do pensamento idealista de Hegel, adquirindo a posição de uma “filosofia libertada” ou que se busca libertar de qualquer elemento ideológico unilateral, sendo um movimento de consciência plena das contradições da realidade.

⁶² Um exemplo de como a reflexividade na ciência e na sociedade, nas épocas contemporâneas, trouxe novas perspectivas para a filosofia e para os estudos da linguagem está no conceito de “construção social”. Ian Hacking, em seu livro *¿La construcción social de qué?*, faz uma discussão

também como processo de singularização⁶³ do ato da linguagem do homem no mundo.

Diante do exposto, é possível apresentar o **enquadre tridimensional** feito por Fairclough (2006c) para o estudo do discurso, que utilizo para desenvolver teórica e metodologicamente este trabalho. De acordo com o autor, existem três dimensões principais que caracterizam as influências do discurso na vida social: *o discurso como texto, o discurso como prática discursiva e o discurso como prática social*. Todas essas dimensões estão interrelacionadas de maneira dialética, fazendo parte da dinâmica analítica de todo o material discursivo. A figura abaixo sintetiza essa configuração tridimensional do discurso:

---

aprofundada do assunto. O autor menciona que a construção é um conceito originalmente kantiano, herdando três novas tradições filosóficas no mundo contemporâneo: o construcionismo social, o construcionalismo e o construtivismo. Para o construcionalismo, o importante não são os eventos sociais, nem a história, mas a construção lógica dos fatos. No caso do construtivismo, os fatos, os conceitos e as práticas são objetos socialmente construídos. Em relação à postura construcionista, seu objetivo é demonstrar ou analisar as interações sociais, sendo que a verdade é a nossa verdade. Nossa, não no sentido individual do processo de pensar, mas no de produto do coletivo. Essa dimensão reflexiva do conceito de construção social pode também ser encontrada no trabalho de Spink (2004).

⁶³ O que caracteriza um processo de singularização é que esse mesmo processo seja automodelador, ou seja, que ele possa captar os elementos da situação e que possa constituir seus próprios elementos teóricos e práticos. Ele é essencialmente social, assumido e vivido por indivíduos em suas existências particulares, componentes de uma subjetividade inerente à sua condição como ser humano inserido no mundo. Sendo assim, o processo de singularização não “nasce pronto”; ele vai emprestando, associando-se, aglomerando dimensões de diferentes espécies, manifestando-se nas interações sociais, nas representações cotidianas, na maneira de expressar o pensamento e na atividade da linguagem como um todo (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

Quadro 1 - Concepção tridimensional do discurso para Fairclough (2006c).

A partir da concepção do autor de um discurso tridimensional, é possível compreender as dimensões que o discurso assume como ação no mundo e as diversas configurações de análise do material discursivo. O discurso, ao mesmo tempo em que se materializa no texto, ou seja, no *corpus*, materializa-se na prática, fazendo parte do cotidiano dos sujeitos, de sua cultura e de suas relações. Cada uma dessas realidades (texto, prática discursiva e prática social) está articulada com as outras, mas oferecem particularidades necessárias para o entendimento do discurso como um todo.

A análise do texto

O texto, no entender de Fairclough (1995, 2006a, 2006b, 2006c), pode ser entendido como um “pedaço” da linguagem, escrito. Uma parte das práticas discursivas, condensadas em convenções e com diversos potenciais de conhecimento. Por ser dotado de características multissemióticas, ele é a transparência da linguagem na materialidade escrita. Por esse motivo, o texto

possui valor social, constituindo-se um material importante para a análise dos processos discursivos.

No enquadre tridimensional, a análise do material textual⁶⁴ pode ser entendida como a “análise da textura do texto” (FAIRCLOUGH, 1995, p.04), ou seja, sua forma, sua organização interna e o conteúdo dele. Essa premissa é orientada pelo fato de que todo fenômeno sociocultural a ser analisado tem propriedades inerentes e caminhos que podem ser desvelados no texto, indicando como esses mesmos fenômenos se relacionam, são processados na prática e assumem condições de mudanças/transformações ou resistências/conflitos.

A análise textual, de acordo com o autor, pode ser organizada a partir da *análise linguística* dos seus elementos. Nessa análise, são estudados os mecanismos internos de produção do discurso, como: vocabulário, gramática, semântica⁶⁵, coesão e estrutura textual. No estudo da gramática e do vocabulário, são estudadas as palavras individuais ou expressões articuladas, assim como algumas propriedades da linguagem que transparecem no discurso (neologismos, lexicalizações, metáforas, nominalizações). No estudo da coesão textual, são trabalhados os elementos de ligação entre as frases, incluindo-se aqui as sentenças individuais e a coesão intersequencial. Na análise semântica, estudam-se os elementos de inferência, as implicações, os significados extraídos do interno (e do externo) ao discurso.

---

⁶⁴ Lembrando novamente aqui que a tradição de análise textual no modelo tridimensional de Fairclough (2006c) está embasada nos princípios da Linguística Sistêmico-Funcional (LSF) de Michael Halliday, já explicitada anteriormente. No caso da análise textual, o autor coloca que ela deve ser encarada como um suplemento da pesquisa social, não como um substitutivo às outras formas de pesquisa e análise dos processos sociais.

⁶⁵ A semântica é um ramo da linguística que estuda a utilização das estruturas da linguagem, para designar propriedades e/ou processos que contribuam para explicar os significados (implícitos e explícitos) de um texto ou de um discurso (TOMLIM et al, 2006).

Em relação ao objeto deste estudo, a análise do texto baseia-se nas entrevistas produzidas com profissionais de saúde mental. Entendo que os seus discursos materializados nas entrevistas contenham vestígios do que esses sujeitos fazem, do que pensam e sentem em relação ao louco e à loucura, e de como se posicionam (criticamente ou não) no contexto da reforma psiquiátrica.

A análise das práticas discursivas

Originalmente, o conceito de práticas discursivas é de origem foucaultiana. Para Foucault (2005), todo discurso manifesto repousa sobre o “já-dito”, que não corresponde a uma frase já pronunciada, mas a uma continuidade histórica do “dito”. Daí o autor dizer que um discurso estabelece relações com elementos externos a ele, pois, para poder falar de “objetos”, o discurso precisa se unir aos seus elementos circunscritos, estabelecer relações. Isto, porque:

elas [as relações discursivas] estão de alguma maneira, no limite do discurso: oferecem-lhe objetos de que ele pode falar [..]. determinam o feixe de relações que o discurso deve efetuar para poder falar de tais ou tais objetos, para poder abordá-los, nomeá-los, analisá-los, classificá-los, explicá-los etc. Essas relações caracterizam não a língua que o discurso utiliza, não as circunstâncias em que ele se desenvolve, mas o próprio discurso enquanto prática (FOUCAULT, 2005, p.51-52).

Para Fairclough (2006b), a análise das práticas discursivas medeia o campo das análises do discurso como texto e como prática social. As práticas discursivas envolvem os processos de produção, distribuição e consumo⁶⁶ do texto. O autor

---

⁶⁶ Para Fairclough (2006b), a produção de textos pode variar conforme a trajetória utilizada e o contexto social específico em que é produzido. Um exemplo diz respeito aos artigos de jornal. Segundo o autor, todo artigo de jornal é produzido com rotinas complexas de natureza coletiva, por uma equipe, que participa, de diferentes maneiras, em diferentes momentos da produção e distribuição desse texto (desde o editor até o jornalista). No caso de textos produzidos por lideranças políticas, pode haver uma simples distribuição desse material, que possa suprir uma

explica que a natureza desses processos varia entre os diferentes tipos de discurso e os fatos sociais. Nessa categoria, enquadram-se dois elementos de fundamental importância para a análise do material discursivo: a *intertextualidade* e a *interdiscursividade*.

Anteriormente, foi dito que o discurso estabelece relações com o “interno” e o “externo” a ele. No caso da intertextualidade, Fairclough (2006b) a compreende como sendo a relação entre um texto e outro, “externo” a ele. O princípio da intertextualidade conecta um texto a outro texto, de maneira dialógica, e os situa historicamente na realidade existencial. Nesse sentido, a intertextualidade conecta não somente um texto a outro texto, mas esse mesmo texto à história e vice-versa. É através da intertextualidade que se extrai conteúdos do texto, incorpora-se, recontextualiza-se e dialoga-se com outros textos.

No caso da interdiscursividade (também chamada de *intertextualidade constitutiva*), Fairclough (2006a) admite que intertextualidade e interdiscursividade são conceitos interdependentes. Entretanto, enquanto a intertextualidade mostra a presença de outros textos numa articulação local no interior de um texto, a interdiscursividade seria, de maneira mais complexa, uma interlocução entre diferentes gêneros de discurso, isto é, entre as formas como o próprio discurso vai se constituindo, por meio de suas combinações com outras ordens do discurso⁶⁷.

---

necessidade imediata (interna) da situação e dos envolvidos, assim como pode ter uma ampla distribuição pela sociedade. Nesse sentido, todo texto pode ser consumido em diferentes contextos sociais. A consumação e a produção dos textos são atos tanto individuais, como coletivos, o que possibilita pensar que qualquer texto produzido pode ser modificado no decorrer do processo, dependendo da disponibilidade das condições do meio, bem como do interesse desses indivíduos e coletivos. É esse movimento de distribuição, consumo e produção do texto que configura uma prática discursiva.

⁶⁷ Ordem do discurso é um conceito originalmente foucaultiano, adaptado por Fairclough, para designar o “interdiscurso”. De acordo com Fairclough (2006b), a ordem do discurso é a entidade estrutural (gêneros, estilos e vozes) que dá suporte aos elementos discursivos, apresentando códigos

Em meu estudo, intertextualidade e interdiscursividade compreendem uma dimensão analítica dos discursos dos profissionais de saúde mental por serem, de fato, reveladoras das articulações/desarticulações entre os diferentes discursos. Por mais que cada discurso seja único e indivisível em qualquer contexto, inclusive no da reforma psiquiátrica, ou seja, produzido por sujeitos singulares, nem tudo parece ser tão singular assim. Prova disso é que cada discurso pode amarrar-se a outros, assim como podem ser totalmente incompatíveis. Quero dizer que um discurso de um sujeito pode, ao mesmo tempo, ser desvelado em outro discurso de outro sujeito, assumindo determinadas características que são comuns (ou não) a todos os sujeitos. Por esse motivo, não bastaria olhar cada discurso em particular, pois, se num contexto social as pessoas produzem “discursos sociais”, é essa realidade que devemos demonstrar.

Análise das práticas sociais

Como se pode notar, a prática discursiva repousa sobre o complexo discursivo e se localiza na interface da realidade material da produção e dos outros elementos imiscuídos na vida humana, que fazem parte das práticas sociais. No enquadre tridimensional de Fairclough, prática discursiva e prática textual medeiam o campo social, não podendo ser separadas do contexto de vida dos sujeitos, onde eles produzem/reproduzem realidades históricas e simbólicas.

Chouliaraki e Fairclough (2005) identificaram que o modelo tridimensional da ACD, embora possua uma inclinação para a análise dos processos sociais, centrava-

---

estruturais (*code elements*) e fronteiras/limites (*boundaries*). Para o autor, é essa relação interdependente entre os elementos do discurso (códigos estruturais e fronteiras) que dá um caráter complementar ou contraditório ao material discursivo e que, na análise crítica do discurso, pode ser observado.

se, na maioria das vezes, no discurso, dando pouca ênfase às atividades decorrentes das interações humanas na sociedade. Isso porque a análise sociológica dos eventos discursivos não pode ser segregada da análise linguística desses mesmos eventos, devendo haver respostas a todos os seus elementos comunicantes. Nesse sentido, a partir da revisão⁶⁸ do enquadre anterior, os autores, baseados numa autocrítica, revelaram que o foco apenas na estrutura do discurso como elemento da linguagem seria um problema para uma teoria que visa a ser dialética, necessitando, também, evidenciar como os processos sociais se tornam “formadores” de opiniões, conceitos e, portanto, (novos e/ou velhos) discursos.

Chouliaraki e Fairclough (2005) salientam que as práticas sociais⁶⁹ são elementos das interações sociais. Elementos que possibilitam aos indivíduos produzir suas vidas, seus trabalhos, seus desejos, suas histórias. Práticas que são recursos de interação, na qual as pessoas depositam materialidades e elementos simbólicos, para agirem juntas no mundo. Nesse sentido, a articulação da linguística com as ciências sociais pode ilustrar as estruturas sociais⁷⁰ que estão

---

⁶⁸ A revisão do modelo tridimensional da ACD de Fairclough não gerou modificações substantivas nos três eixos norteadores da análise do material discursivo. Chegou a introduzir novos conceitos, que não foram discutidos neste estudo por carecerem de maior tempo para reflexão. A ênfase maior dada pelo novo enquadre dos autores centra-se, em grande parte, na análise das práticas sociais. No entanto, essa reconfiguração do modelo anterior trouxe benefícios para a própria constituição do corpo teórico da ACD. Conforme Resende e Ramalho (2006), a primeira contribuição diz respeito à permanência das articulações entre práticas, como efeitos de poder e luta hegemônica, em virtude do caráter flexível dessas práticas. Em segundo lugar, porque a ACD, como uma prática teórica emancipatória, pode aproveitar essas redes de práticas para trabalhar com as brechas ou aberturas existentes em todas as relações de conflito/resistência/dominação veladas ou desveladas no cenário das práticas sociais.

⁶⁹ O conceito de práticas sociais é introduzido por Chouliaraki e Fairclough (2005) a partir do materialismo histórico-geográfico de David Harvey. Conforme os autores, todas as práticas sociais envolvem a interlocução de diversos elementos da vida material. Tal justificativa se deve ao fato de que a vida é um “sistema aberto”, que possui diversos mecanismos operantes. Nas várias dimensões da vida, como a física, a química, a biologia, a economia, a psicologia e a linguística, todos os seus elementos estão relacionados dialeticamente. Portanto, o objeto de estudo das ciências sociais deve ser as práticas sociais, ou seja, todo o conjunto formado pelo relacionamento entre as diferentes esferas do cotidiano da vida e suas repercussões no mundo material.

⁷⁰ A produção da vida pode ser entendida como uma relação dupla, ou seja, uma relação naturalmente constituída e socialmente reproduzida. Na visão de Marx e Engels (1989), a estrutura é o reflexo da construção histórica mediada pelas relações sociais de produção, pela realidade

envolvidas na constituição da vida humana, bem como resumir determinados processos interacionais, complexos por natureza, mas fundamentais para a compreensão da sociedade como um todo.

Dessa forma, o discurso se constitui em um elemento semiótico das práticas sociais, porque inclui a linguagem (escrita e falada, combinada com outros elementos semióticos da atividade material), os mecanismos não-verbais - cognitivos - de interação (gestos, expressões faciais, movimentos corporais) e as imagens visuais (como fotografias e filmes), todos em relacionamento dialético e que devem ser igualmente levados em consideração na análise do material discursivo. No entanto, nem toda interação é totalmente discursiva. Isso porque no discurso se necessita envolvimento, firmamento de novas parcerias, identidades sociais e estruturas sociais, ou seja, é preciso que se criem, a todo o momento, novos momentos das práticas sociais (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 2005).

A figura abaixo ilustra a esquematização desses momentos das práticas sociais e que têm repercussões na constituição do discurso como um todo.

objetiva e pelas subjetividades do homem. Gramsci (1995), por sua vez, adapta o conceito de estrutura de Marx e Engels (1989) e o eleva à categoria de “superestrutura”. Para aquele autor, o conceito marxista de estrutura deve ser entendido como uma superestrutura, como um bloco complexo, reflexo do conjunto das relações de produção que representaria a totalidade das ideologias. Só assim seria possível compreender as relações humanas e as contradições que se revelam dentro da realidade objetiva.

Quadro 2 - Momentos das práticas sociais esquematizado por Resende e Ramalho (2006)⁷¹, com base nos estudos de Chouliaraki e Fairclough (2005).

Como é possível notar na figura acima, a prática social está em relação com os outros elementos desse mesmo “social”. Sendo assim, para sinalizar as relações entre os elementos semióticos que produzem as práticas sociais, Chouliaraki e Fairclough (2005) introduzem o conceito de *articulação*. Para os autores, a articulação refere-se a um modo singular de relacionamento entre os diferentes momentos do “social” e os elementos das “práticas”, nesse social. Isso significa que toda prática possui um “momento particular” e a articulação interliga esses momentos particulares a outros elementos do social. Por isso, os autores chamam de “*redes de práticas*” todo conjunto de práticas que, articuladas, são determinadas umas pelas outras, produzindo efeitos sociais. É com base na compreensão expandida das práticas sociais, vistas agora como “redes de práticas”, que se torna possível investigar as manutenções, as rupturas, os conflitos e as tensões que caracterizam os movimentos ideológicos, hegemônicos e de poder existentes nos eventos discursivos.

---

⁷¹ *Atividade material*: tipos particulares de atividades, ligadas a condições materiais, temporais e espaciais específicas; *Relações sociais*: pessoas “particulares” em relações sociais singulares; *Discurso ou semiose*: recursos semióticos particulares e maneiras de uso da linguagem também particulares; *Fenômeno mental*: pessoas particulares com experiências, conhecimentos e disposições particulares (RESENDE; RAMALHO, 2006).

Diagrama 1 - Redes de práticas, com ênfase na análise das práticas sociais, onde “P” representa as práticas sociais e o “M” representa o momento das práticas. Esquema construído por Resende e Ramalho (2006).

Nesse sentido, compreendo que todo e qualquer discurso imiscui-se numa complexa teia de relações entre elementos constituintes do *corpus* social (incluindo-se aqui as práticas cotidianas da vida) e da materialidade dos sujeitos sociais⁷². Sujeitos e práticas sociais que produzem continuidades/descontinuidades históricas, desveladas nos mecanismos ideológicos e hegemônicos que fazem parte da vida humana e que, dessa forma, estão imersos na atividade da práxis e nas interações sociais.

A ampliação da proposta de práticas sociais para a análise das redes de práticas tornou possível a expansão dos conceitos de ideologia e hegemonia na análise sociológico-discursiva, mais especificamente na análise crítica do discurso.

⁷² Conforme Thompson (2002), um mundo socio-histórico não é somente um campo-objeto, a ser investigado. Ele é também um campo-objeto-sujeito, do qual fazem parte sujeitos que, no cotidiano da vida, estão constantemente preocupados não só em compreender os eventos do mundo, mas em compreender a si mesmos e aos outros, num movimento contínuo de reflexão, análise e ação.

No caso da *ideologia*, a ACD trabalha com as concepções de John Thompson⁷³.

Segundo o autor, ideologias podem ser entendidas como:

[...] fenômenos simbólicos⁷⁴ significativos desde que eles sirvam, em circunstâncias sócio-históricas específicas, para estabelecer e sustentar relações de dominação. Estabelecer, querendo significar que o sentido pode criar ativamente e instituir relações de dominação; sustentar, querendo significar que o sentido pode servir para manter e reproduzir relações de dominação através de um contínuo processo de produção e recepção de formas simbólicas (THOMPSON, 2002, p.77,79).

O interesse nos estudos da ideologia e suas repercussões nos eventos da vida não se localizam na necessidade de (apenas) constituir um sistema de crenças ou de pensamentos. Ao contrário, o interesse fundamental na análise ideológica está concentrado em: se, em que medida e como (se for o caso) as formas simbólicas servem para estabelecer ou sustentar relações de dominação. Também está

⁷³ Thompson (2002), em sua obra *“Ideologia e Cultura Moderna”*, faz um minucioso resgate histórico dos contornos epistemológicos que envolvem o conceito de ideologia e as suas manifestações no mundo material. Seu interesse não é apenas mencioná-los, mas fazer uma crítica fundamentada num enfoque mais “construtivo” da ideologia como criação da vida humana. O autor inicia sua trajetória falando que a ideologia assumiu, no mundo moderno, uma concepção neutra e uma concepção mais crítica. Na corrente que inaugurou uma concepção neutra de ideologia está Destutt de Tracy (1796). De Tracy estaria interessado em analisar a “nova ciência” com base na análise sistemática das ideias e sensações, pois ele afirmava que não podemos conhecer as coisas em si mesmas, mas apenas as sensações que temos delas. Posteriormente, inaugura-se a concepção “crítica” de ideologia, com Karl Marx e a Friedrich Engels. Durante suas análises sociológicas sobre o capitalismo mundial e seus efeitos na estratificação social, os autores chegaram à conclusão de que a ideologia seria uma doutrina/atividade teórica que visualiza erroneamente as ideias como autônomas e eficazes. Seria o sintoma de uma doença, não conseguindo compreender as características reais da vida socio-histórica. Esses ensinamentos permearam o pensamento moderno, sendo seguidos, posteriormente, por Gramsci, Lenin e Lukács. Eles redimensionaram o conceito de ideologia de Marx, ao olharem para as lutas de classes, onde ideologia referia-se às ideias que expressavam ou promoviam os respectivos interesses das principais classes engajadas no conflito social. Contudo, foi Karl Mannheim, apoiado no hegelianismo sociológico, que reposicionou a ideologia a uma concepção novamente neutra. Segundo Mannheim, a ideologia não deveria ser voltada apenas para o caráter partidário das primeiras teorias, mas transformar-se numa “sociologia do conhecimento”, interessada na formulação de uma concepção total de ideologia. Assim, a ideologia não desviaria o conhecimento, mas tratar-se-ia de um sistema de pensamento e ideias, situados socialmente e coletivamente partilhados. Mais informações sobre a trajetória conceitual da ideologia podem ser encontradas no trabalho de Chauí (2005).

⁷⁴ Fenômenos simbólicos são entendidos como sendo um amplo espectro de atividades linguísticas, quase-linguísticas e não-linguísticas por natureza, como ações, falas, imagens e textos, que são produzidos por sujeitos e reconhecidos por eles mesmos como construções sociais, dotadas de significados (THOMPSON, 2002). Na análise dos processos ideológicos, o autor sinaliza para o fato de que todo o fenômeno simbólico é ideológico por natureza, mas somente quando servir para sustentar ou estabelecer relações assimétricas de poder na sociedade.

relacionado com a desfamiliarização das maneiras de transmissão, recepção e produção dessas relações no contexto social, que se materializam tanto nos processos linguísticos, como nos extralinguísticos (THOMPSON, 2002; FAIRCLOUGH, 2006c).

No caso da saúde mental, a análise ideológica do discurso pode ajudar na identificação da natureza produtora/contraprodutora das práticas dos profissionais no contexto da reforma psiquiátrica. Em relação ao caráter produtor, a análise ideológica possibilitará pensar como, quando e por que determinados profissionais se utilizam do discurso para defender uma visão emancipatória da loucura, assim como suas repercussões no relacionamento entre o louco e a sociedade. Ao contrário, o caráter contraprodutor do discurso poderá elucidar o caminho inverso, isto é, os mecanismos utilizados pelos profissionais para sustentar a libertação, mas que, na prática, acabam sendo um meio de apropriação e poder⁷⁵ sobre as manifestações da loucura.

No campo da *hegemonia*, todo discurso mobiliza recursos que se aliam aos movimentos de resistência/conflito nas práticas sociais. O conceito de hegemonia utilizado pela ACD baseia-se nos estudos de Antonio Gramsci.

Segundo Mochcovitch (1992), Schlesener (1992) e Fairclough (1995), o conceito original de hegemonia vem de Lenin, o qual foi redefinido posteriormente por Gramsci, em sua análise do capitalismo ocidental e das estratégias revolucionárias produzidas pela Europa ocidental. A hegemonia gramsciana,

---

⁷⁵ A questão do poder pode ser encontrada nos trabalhos de Michel Foucault, sendo fundamental para a ACD, já que o discurso também pode ser um veículo de disseminação/manutenção de poder no contexto social. Em sua análise genealógica de diversos campos do conhecimento humano, como a medicina, a economia, a política e o direito, Foucault (2004a) chega à conclusão de que o poder não é um objeto concreto que se “cria”. Ele é um mecanismo de repressão que se materializa nas relações e só existe nelas. Para ele, não é possível “dar poder”, nem “trocar poder”: o poder se exerce, existe somente na ação dos homens no interior da sociedade. Nesse sentido, todo poder compartilha saber, da mesma forma que um determinado saber acarreta efeitos de poder.

segundo os autores, foi constituída durante o longo caminho teórico do ativista nas ciências políticas. Ele propôs o reposicionamento das relações de poder na sociedade para restaurar (com base no consenso e não na coerção) relações naturalmente assimétricas entre as classes, em especial aquelas que se manifestam nas esferas de domínio público, como na economia, na política, na cultura e - em meu caso - no campo da saúde.

Em se tratando da ACD, hegemonia e ideologia são construções interdependentes (FAIRCLOUGH, 2006c). No caso do meu estudo, creio que, no interior das materialidades discursivas, seja possível evidenciar as peculiaridades dos movimentos de tensão típicos dos saberes tradicionais e reformistas sobre a loucura. Além disso, a análise do movimento hegemônico e ideológico do discurso também pode auxiliar na identificação de como esses profissionais percebem os movimentos de conflitos/resistências que se deslocam dialeticamente no cotidiano do cuidado em saúde mental.

Apresento, abaixo, um quadro-resumo dos aspectos já discutidos anteriormente e que podem ser investigados no discurso pela ACD.

TEXTO	PRÁTICA DISCURSIVA	PRÁTICA SOCIAL
<i>Mecanismos internos de produção do discurso:</i> Vocabulário Gramática Semântica Coesão Estrutura textual	<i>Processos de produção, distribuição e consumo do texto</i> Intertextualidade Interdiscursividade	<i>Alcances sociais do material discursivo</i> Ideologia: (sentidos, pressuposições, conceitos e relações) Hegemonia: (orientações políticas, culturais, ideológicas e econômicas)

Quadro 3 - Resumo das categorias de análise do material discursivo na ACD.

Vale lembrar novamente que todas essas categorias analíticas se mesclam, no decorrer do processo de interpretação do material discursivo. No próximo item passarei a discutir os procedimentos metodológicos que nortearão o desenvolvimento do estudo, como também as categorias que serão analisadas por mim no discurso dos trabalhadores de saúde mental.

4 O PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

O fenômeno a ser estudado, como introduzido anteriormente, tem como enfoque central a investigação de uma realidade específica, mas onde nada permanece imutável, pois o mundo está em constante evolução. Revelar essa particularidade e explicar alguns fatos relacionados a isso faz parte do objetivo da ciência moderna. Mais especificamente, conhecer uma determinada realidade social é o objetivo das ciências humanas em geral.

Por esse motivo, busco na **pesquisa qualitativa** um suporte para operacionalizar minhas inferências, já que ela envolve mais do que a expressão de um fenômeno singular. Ela é um conjunto de práticas que valoriza histórias, tensões e contradições na sociedade, com o compromisso de resguardar a complexidade das coisas e dos fenômenos estudados. Ela busca aprofundar o contexto onde as coisas acontecem, dando ênfase ao modo como essas mesmas coisas ganham significados na sociedade, significados esses que não podem ser explicados experimentalmente. Ela valoriza o oculto, aquilo que é geral e específico, aquilo que é construído e compreendido, aquilo que é complexo e aquilo que, da mesma forma, é singular (MORSE, 1991; DENZIN; LINCOLN, 2006; GERGEN; GERGEN, 2006).

Nenhuma outra abordagem metodológica poderia dar conta, em sua complexidade, de entender como os diferentes saberes e práticas presentes nos discursos dos profissionais de saúde mental se interconectam (ou não) no cotidiano de sua realidade assistencial. Para conhecer esse fenômeno, é preciso interagir,

levar em conta que ele possui diferentes atributos que interferem, julgam, modificam ou procuram manter a continuidade das coisas. Por esse motivo, escolhi a pesquisa qualitativa, pois ela pode evidenciar um mundo assumindo sua singularidade, seus significados, o processo de compreensão das coisas e, claro, o conhecimento delas.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O CAPS estudado é o Centro de Atenção Diária “Nossa Casa” (CAD Nossa Casa), localizado no município de Joinville/SC. Mais informações sobre o local de estudo serão descritas no capítulo apropriado.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Foram estudados 17 dos 25 profissionais de saúde mental que trabalham no CAD Nossa Casa.

Inicialmente, quando os três pesquisadores entraram em campo, agendamos um dia para a apresentação do projeto, dos nossos objetivos no campo, e solicitamos a colaboração de todos, principalmente para o momento das entrevistas. Todos os sujeitos aceitaram participar voluntariamente delas. No entanto, não conseguimos realizar a entrevista com oito profissionais. Destes, três estavam de férias durante praticamente todo o período de coleta de dados, o que inviabilizava nossas articulações do discurso profissional (entrevista) com sua prática cotidiana no serviço (refletida nas observações). Outros quatro profissionais também não puderam participar do estudo em função de que trabalhavam há

menos de seis meses no serviço. Este critério era decisivo para a coleta das entrevistas e foi definido pelos pesquisadores do CAPSUL para todos os campos de trabalho qualitativo. Já com relação ao outro profissional restante, tentei contatá-lo três vezes para colher seu depoimento, sem sucesso.

Uma vez aceita a participação na pesquisa por parte do profissional, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), que destacou o objetivo do estudo, bem como legalizou essa aceitação do investigado.

Atribuição Funcional no CAPS	Quantidade de Entrevistados	Porcentagem
Psicólogo	3	17,66%
Enfermeiro	1	5,88%
Terapeuta Ocupacional	2	11,76%
Farmacêutico	1	5,88%
Psiquiatra	1	5,88%
Assistente Social	2	11,76%
Auxiliar de Enfermagem	3	17,66%
Agente de Saúde Pública	1	5,88%
Oficial Administrativo	1	5,88%
Vigilante	1	5,88%
Servente	1	5,88%
TOTAL DE ENTREVISTADOS	17	100%

Quadro 4 - Comparativo das atribuições funcionais de cada sujeito investigado.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

As estratégias utilizadas neste estudo foram a observação participante e a entrevista.

No caso da observação participante, ela compreende uma técnica de coleta de dados oriunda da sociologia e da antropologia, mais especificamente da pesquisa social etnográfica. Ela visa a compreender o “outro” e o “eu” em relação, investigar a interação entre observador e observado, valorizando os momentos/espços em que suas individualidades são compartilhadas e constantemente recriadas. É nesse contexto de interação que os indivíduos propõem mudanças, discutem, problematizam e intervêm na realidade (LEOPARDI, 2002; VIDICH; LYMAN, 2006).

Neste estudo, a observação participante serviu para descrever o contexto institucional investigado.

As observações foram registradas em um diário de campo, conforme roteiro específico (Anexo B). Todos os três pesquisadores que participaram da pesquisa de campo em Joinville registraram suas observações ao mesmo tempo, para privilegiar a diversidade de olhares e contextos de atuação. Realizou-se um total de 230 horas de observação, distribuídas em um mês de atividades no CAD Nossa Casa e entre os pesquisadores, no período de 17/07/2006 (data de entrada no campo) a 15/08/2006 (data de saída).

Com relação às entrevistas, Minayo (2004) salienta que elas servem como uma fonte de expressão das ideias e dos valores dos investigados, sendo através delas que o pesquisador pode captar a subjetividade do entrevistado, bem como outras informações mais aprofundadas quanto ao fenômeno a ser pesquisado. Elas

oferecem voz ao sujeito, para que ele possa se expressar sobre um assunto em questão, e isso gera um significado particular da sua realidade, assim como produz um novo conhecimento do fenômeno investigado.

As entrevistas foram o foco central deste trabalho, pois elas compreendem a materialização dos discursos orais. Realizaram-se no período de trabalho dos profissionais, em dias e horários previamente acordados com eles. Foram feitas três perguntas-chave a cada um deles, conforme instrumento apresentado no Anexo C, deixando livre a possibilidade de se expressarem sobre o assunto em questão. Poucas intervenções de minha parte, para estimular a verbalização, foram necessárias no decorrer do processo investigativo com cada profissional.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1 *O dispositivo metodológico-analítico do corpus*

Após a gravação das entrevistas com os sujeitos que preenchiam os critérios inicialmente estabelecidos, as fitas foram encaminhadas para dois digitadores diferentes, sem articulação entre si, para preservar as informações de cada informante. Esses digitadores foram orientados sobre como realizar a transliteração⁷⁶ do material discursivo. Esse procedimento da “dupla-digitação” foi

---

⁷⁶ É importante fazer uma distinção entre o conceito de transcrição e transliteração. De acordo com Llisteri (2008), nos estudos do discurso, a transcrição concentra-se na descrição e indicação detalhada de todos os fenômenos semióticos envolvidos na conversação, como: pausas, interrupções, sobreposições, entonações, corte de sílabas ou palavras e sinais não-verbais. A análise desses elementos evidencia as diferentes possibilidades de materialização da linguagem no discurso (interações lógicas, posicionamentos discursivos, entre outros), uma riqueza que, sob o meu ponto de vista, resulta interessante ao analista do discurso. Por outro lado, quando nos referimos à transcrição dos signos linguísticos, mas utilizando uma ortografia convencional para descrever apenas os enunciados produzidos pelos falantes, dizemos que se trata de uma “transliteração”. A

importante para manter a originalidade e as características dos informantes (e do discurso deles). Aqueles trechos com problemas de transcrição ou com dificuldades de interpretação foram desprezados. Esse *corpus*, depois de digitado, foi lido na íntegra, para uma primeira sensibilização.

A pesquisa produziu discursos originados da aplicação dessas entrevistas a todos os sujeitos que se dispuseram a participar e que preenchiam os critérios anteriormente estabelecidos e comentados para este trabalho. Esses discursos compõem um *corpus* de aproximadamente 90 laudas, organizado inicialmente por questão de pesquisa e depois por entrevistado.

As várias leituras do *corpus*, realizadas ao longo de meses, aos poucos foram se revelando algumas dificuldades operacionais. Primeiramente porque o material possui uma riqueza singular, difícil de ser sistematizada. Nele encontram-se diferentes contextos, discursos, personagens e recursos linguísticos. Em algumas ocasiões, esses personagens fazem parte do mesmo contexto, outras de contextos diferentes; seus discursos ora se complementam, ora se contradizem; e os recursos linguísticos de cada discurso ora se referem a um contexto específico, ora outro. Nesse sentido, a primeira dúvida começava a aparecer: como iniciar a organização e a análise de um material discursivo tão complexo, com recursos linguísticos complexos, produzidos por sujeitos que fazem parte de um contexto igualmente complexo?

Em um segundo momento, foi preciso buscar um mecanismo que pudesse dar conta dessas explicações, além de ser compatível com o referencial teórico-metodológico elegido para este estudo (a ACD). Recordando alguns dos pressupostos teóricos do referencial, pode-se notar que ele vem-se constituindo, ao

---

transliteração, conforme o autor, pode ser considerada o nível de representação mais comum a todo tipo de *corpus* orais.

longo dos últimos anos, como uma importante disciplina da área da linguística, que analisa contextos sociais específicos (como é o caso da imigração, da política, da economia e da saúde). Nesses contextos, a ACD se preocupa em investigar de que maneira esses discursos produzem realidades concretas e em que medida essas mesmas realidades concretas, historicamente situadas, são capazes de transformar esses discursos. É dizer que a ACD procura trabalhar com o discurso e suas influências, na concepção de uma dada realidade social.

A ACD trouxe modificações substantivas ao modo de operar e olhar os discursos, tanto por “dentro” dele (elementos semióticos⁷⁷, contextos, posicionamentos discursivos materializados no texto) como por “fora” dele (os seus reflexos, suas contradições, suas influências e transformações). No entanto, o próprio referencial, conceitualmente rico, ainda carece de ferramentas metodológicas que possam orientar a identificação, a análise e a compreensão desses mesmos processos sociais, complexos por natureza.

O uso isolado do dispositivo teórico-metodológico de Fairclough (2006c), neste estudo, é um grande exemplo dessa dificuldade operacional. Enriquecido por diferentes orientações teóricas (apesar de o eixo principal ser o materialismo dialético), ele está constituído e bem fundamentado, ao longo de três importantes vertentes: o discurso como texto, o discurso como prática discursiva e o discurso

---

⁷⁷ A minha concepção sobre semiótica já foi trabalhada anteriormente, quando introduzi o referencial teórico-filosófico. No entanto, cabe ressaltar que a semiótica é uma ciência de longa tradição, cuja origem remonta ao médico Galeno. A semiótica deriva da semiologia médica, como ciência dos sintomas e sinais, sendo também sinônimo de sintomatologia. Em linguística, o termo “semiótica” foi usado como sinônimo de “semiologia” primeiramente pelo filósofo inglês John Locke, no século XVII, e depois por Lambert, no século XVIII. Esses dois conceitos passam a formar disciplinas autônomas, no decorrer do século XIX, através das iniciativas independentes de Charles Peirce (que liderava a corrente anglo-saxônica da linguística e utilizou o conceito de “semiótica”) e do linguista francês Ferdinand de Saussure (que liderava a corrente neolatina da cultura europeia e adotou o conceito de “semiologia”) (VOGT, 2006).

como prática social. Entretanto, vejamos um recorte do *corpus*, para mostrar sua tamanha riqueza (bem como a dificuldade metodológica):

Investigador - Então, eu vou te fazer cinco perguntas, tá? São seis perguntas na verdade, cinco mais uma, e aí se tu me permitir eu vou fazendo alguns apontamentos pra depois a gente validar ao final, né? Mas inicialmente eu queria que tu comentasses sobre o atendimento no serviço. É claro que a gente já vem comentando informalmente, mas eu gostaria que tu pudesses comentar alguma coisa pra ficar registrado.

Trabalhador - Bom o atendimento é... pra pessoas com transtornos mentais graves, né? A gente atende é... os usuários acima de 16 anos, é um trabalho direcionado pro usuário, pro usuário que tá apresentando esse transtorno mental, né? Grave, tá na sua fase evolutiva, a gente retoma, então a gente prioriza os que são mais graves, vamos dizer assim, né? Que tão com sintomas mais exacerbados e existe também o atendimento voltado pro familiar, né? Que ele seria um, uma retaguarda também pro familiar no atendimento, desse, além de estar, é, recebendo também um atendimento, mas a gente vê que esse, ah, 50% vamos dizer assim, do atendimento, da eficácia vai depender também da participação desse familiar, né? Pra ele tá inserido nesse tratamento, né? Colaborando também com esse tratamento, né?

Nesse fragmento discursivo, é possível evidenciar diferentes elementos, que se reportam também a diferentes momentos, embora todos fazendo parte de um único contexto. Em análise de discurso, deve-se atentar para todos os elementos que sejam indicativos desses contextos (conectores, advérbios, significados, perguntas, organização sintática, entre outros). Inicialmente, por exemplo, há referências à clientela, ao serviço e à família. Com relação ao indivíduo, ora é conhecido como pessoa, ora como usuário e ora como “transtorno mental”. Essa estratégia discursiva está inserida no âmbito da retórica⁷⁸ como ciência que analisa o texto, o que, na prática social, revela o modo como o entrevistado (e o serviço)

---

⁷⁸ A retórica é uma ciência que iniciou a ser constituída com Aristóteles, que ele afirmava ser a capacidade de discernir, orientar ou persuadir opiniões e conceitos. Nos últimos 30 anos, a retórica tem sido vista desde sua articulação com a realidade social, e não apenas estando concentrada no material textual. É dizer que a “nova retórica” vem se preocupando com as relações entre o texto retórico e o contexto concreto, ou o modo como esse texto (ou a estrutura de que dispõe) se relaciona com a realidade e, dessa maneira, produz deslocamentos, reforça opiniões, responde ou critica determinados comportamentos, atitudes ou conhecimentos de uma comunidade (GILL; WHEDBEE, 2006).

se relaciona com a clientela, que, mesmo sendo tratada como “usuária”, continua reduzida ao discurso clínico da “doença”.

É possível verificar que o serviço também se organiza de maneira diferente para atender esse mesmo indivíduo. Ora o entrevistado destaca o serviço como um “trabalho direcionado”, ora como “atendimento”. Conceitos esses que estão articulados a uma representação da realidade por meio de outras categorias linguísticas, como os metadiscursos⁷⁹. Essas ferramentas aparecem (no depoimento) para corroborar que o sujeito procura estar sempre reformulando seus próprios enunciados para mostrar que, na prática, o serviço continua mais preocupado com a “doença” do que com o “louco”.

E quanto à família, aparecendo, no discurso, desvinculada do usuário? Isso é uma garantia de que ela faz parte do projeto terapêutico do serviço, ou reforça a sua dissociação como parte da rede social dos usuários? E se essa mesma família parece ter sido convocada a “participar” desse projeto terapêutico: É como se ela fosse co-responsável pelo tratamento? Mas torná-la co-responsável não é eliminar as singularidades do sofrimento dessa família, que pode estar sobrecarregada e sendo culpabilizada por isso? O fragmento discursivo permite fazer essas diferentes inferências, pois todas estão corretas.

Esse exemplo mostra como é difícil desvincular texto da prática discursiva da prática social, pois todos estão intrinsecamente relacionados e fazem parte de um mesmo contexto social. Mostra também que esse é o posicionamento de um sujeito em especial, mas não necessariamente compatível com pensamento e ação do serviço ou da equipe como um todo.

---

⁷⁹ Estas estruturas e outras serão explicadas ao longo da análise do material discursivo.

Por esse motivo, usar o modelo tridimensional de maneira isolada seria ignorar parte da profundidade do *corpus* ou reduzir esse mesmo *corpus* a um conjunto delimitado de estratégias que não totalizam⁸⁰ o conhecimento de todo o material analisado.

Aqui é importante recordar-se das palavras de Van Dijk (1999), quando o autor menciona que efetuar certos reducionismos em eventos discursivos complexos seria confundir os dois principais níveis de análise de discurso (a descrição e a explicação), além de ignorar que essas manifestações humanas podem ter explicações subjacentes que desafiam o contexto material. É como dizer que um sujeito não está com fome porque não a podemos ver, e que essa sensação somente pudesse ser interpretada se esse mesmo sujeito ingerisse uma grande quantidade de comida. Sabemos que as pessoas sentem fome porque são capazes de comunicá-la, e não precisam estar comendo para entendermos sua mensagem.

Novamente reportando-me ao fragmento discursivo, mesmo diante de tanta riqueza (e dificuldade), é possível evidenciar que o material está orientado em duas modalidades básicas: a modalidade do *dizer* e a modalidade do *fazer*. A modalidade do *dizer* está contemplando tudo o que os sujeitos pensam e concebem sobre algum aspecto, seus argumentos, suas necessidades, suas reflexões, suas posturas e suas queixas. Na modalidade do *fazer*, poderíamos concluir como esses mesmos sujeitos materializam, na prática social, todas, parte ou nenhuma dessas questões⁸¹.

---

⁸⁰ Seria pretensão de minha parte extrair todo o conhecimento do *corpus*, bem como seria ir contra os princípios dialéticos propostos por este trabalho. Ao me referir a essa totalidade, quero dizer que usar o modelo tridimensional de maneira isolada é perder parte dessa riqueza, que se manifesta na complexidade, e não no reducionismo.

⁸¹ Bañón Hernández (2002) prefere comentar que essas estruturas dimensionais são componentes de uma rede social complexa, pela qual se manifestam diferentes elementos de caráter cognitivo, ético, semiótico e cultural. Segundo o autor, em eventos complexos, como a imigração (e aqui a saúde mental), a linguagem se manifesta na aparição pública de distintas orientações

Para poder identificar essas relações, fazendo as “pontes” necessárias para preencher as lacunas entre o *corpus* e o referencial teórico-metodológico, construí uma ferramenta metodológico-analítica de sistematização dos dados, que denominei de “**Diagrama Axiológico-Discursivo**”. Esse dispositivo foi criado a partir da aplicação de conceitos da teoria da enunciação⁸² (BENVENISTE, 1999) ao dispositivo previamente desenvolvido por Bañon Hernandez (2002), o qual está baseado na análise semiótica-greimasiana e se chama “Tipologia Axiológico-Discursiva”.

Para que se compreenda o funcionamento da ferramenta metodológica acima citada, é necessário discorrer um pouco sobre aquela que a originou. A ferramenta original foi construída por Greimas e Courtés (1990), e é chamada de “Quadrado Semiótico”. O Quadrado Semiótico contempla a representação visual da articulação lógica de qualquer categoria semântica que se pretenda analisar (nesse caso o “dizer” e o “fazer”).

Conforme os autores, o Quadrado Semiótico é um instrumento que possibilita visualizar as relações existentes e implícitas que podem ser extraídas de qualquer categoria semântica, sem desprezar os principais elementos que a constituem. Isso porque toda representação semântica de uma realidade não está linearmente constituída, uma vez que ambas carregam consigo diferentes estruturas significativas, necessárias para dar amplitude à questão analisada. Por esse motivo,

---

comunicativas, que revelam o interesse de amplos setores da sociedade (atores, coletivos, indivíduos). Essas manifestações estão em constante luta dialética e só podem ser entendidas e representadas quando elevadas à categoria de *debate social*. É dizer que um debate social incorpora os interesses, as diversidades, as contradições e as negociações entre os diversos atores que participam do processo.

⁸² Para Benveniste (1999), a enunciação pode ser definida como a capacidade de poder fazer funcionar a linguagem por um ato individual de utilização. É um processo no qual o locutor se apropria da linguagem como instrumento de singularidade e dos seus caracteres linguísticos, que marcam essa relação. Em resumo, a enunciação é a atividade da linguagem que permite ver como o sentido se forma através de palavras e como essas mesmas palavras convertem-se em discurso.

é preciso estabelecer uma “tipologia de relações”, com as quais seja possível distinguir os diferentes elementos intrínsecos a cada categoria e que se complementam, bem como aqueles que são alheios a elas (ou que se opõem ou se contradizem), para descobrir seus diferentes sentidos.

O Quadrado Semiótico está organizado a partir de três relações fundamentais: uma relação de contradição, uma relação de asserção e uma relação de complementaridade. No caso da primeira, ela é produzida quando se aplica uma operação de negação sobre um determinado aspecto ou elemento semiótico. Introduzo, nesse momento, um exemplo entre o conceito de “vida” e a sua relação de contradição⁸³, que origina o conceito de “morte”. Da mesma maneira, é possível compreender que um indivíduo pode não estar (ou considerar-se) vivo, mas também não estar morto. Assim, gera-se um conceito de “não-vida” e um conceito de “não-morte”, também conectados por uma relação de contradição:

⁸³ Dentro da perspectiva semiótica, a oposição se caracteriza, ao mesmo tempo, pela presença e pela ausência de uma relação semântica entre dois elementos específicos. No caso da contradição, esses mesmos elementos se negam e se excluem, mas se complementam. Suas manifestações semióticas são diferentes, mas só sobrevivem dentro da mesma relação semântica (GREIMAS; COURTÉS, 1990). No exemplo apresentado, poder-se-ia pensar que a palavra “morte” seria oposta à palavra “vida”. No entanto, só existe o evento “morte” porque há o evento “vida”, os quais estabelecem entre si uma relação de reciprocidade e interdependência. Nesse caso, a aplicação da relação de negação ao evento “vida” gera a sua contradição “morte”, e a relação de oposição entre eles se desfaz.

A segunda relação está representada pela “asserção”, na qual se aplica uma operação de “implicação”⁸⁴. No exemplo entre vida e morte, a operação de implicação se concretiza quando se torna verdadeira a seguinte afinidade:

A terceira e última relação é obtida a partir das relações de “não-implicação” entre categorias semióticas. Isso quer dizer que, se o termo “vida” não implica “não-vida”, ou o termo “morte” não implica o termo “não-morte”, é porque eles dependem de uma nova relação semântica para adquirirem um sentido ou uma valoração. Nesse caso, Greimas e Courtés (1990) dão o nome de “relação de complementaridade” a essa nova operação entre esses termos, representada no seguinte esquema:

⁸⁴ A implicação é uma relação lógico-indutiva entre dois elementos que leva em consideração valores de verdade. Por exemplo, uma relação de implicação é verdadeira entre dois elementos básicos (por exemplo, “P” e “Q”) se e somente se os seus pares contraditórios (“não-P” e não-Q”) também produzirem relações verdadeiras. Para estabelecer essas relações, é comum utilizar alguns dispositivos conectores, como “e”, “para” ou “mas” (CHARADEAU; MAINGUENEAU; 2006). O conceito de implicação é fundamental para compreender o processo analítico deste estudo, pois “dizer” e “fazer” são analisados a partir do uso de dois conectores específicos: o “e” e o “mas”. Interligados, produzem uma hibridização, que, por ser naturalmente valorativa, ou seja, por agregar juízo de valor, está inserida no contexto da axiologia. São esses conectores que determinam o grau de adequação, inadequação, homogeneidade ou heterogeneidade no comportamento semiótico de determinado ator social e dos discursos que produz (BAÑON HERNÁNDEZ, 2002).

As diferentes combinações entre todos esses elementos se organizam na forma de um esquema universal semiótico, ou, melhor dizendo, um “quadrado semiótico”, unido tanto por relações de contradição (horizontais), como por relações de complementaridade (verticais) e de asserção (diagonais):

Entretanto, Bañon Hernández (2002) alerta para o fato de que a análise crítica de uma realidade fica mais enriquecida quando ela permite que se faça rearranjos⁸⁵ que, nem sempre, são aqueles originalmente concebidos por modelos teórico-metodológicos tradicionais. Ocupar-se, nesse sentido, de conceitos que nem sempre são contraditórios (como dizer e fazer), mas que podem produzir relações de implicação, de complementaridade e de contradição, permite chegar a uma tipologia axiológica mais compatível com aquela que se pretende investigar. Isso, por sua vez, intriga qualquer analista de discurso que busca compreender os diferentes movimentos e deslocamentos dialéticos de uma dada realidade historicamente situada.

Por esse motivo, o autor faz as seguintes adaptações ao referencial semiótico-greimasiano. Chama de “*discursivização*” a dimensão que origina os conceitos de “dizer” e de “não-dizer”, e de “*atuação*” as dimensões entre o

⁸⁵ As adaptações introduzidas por Bañon Hernández (2002) ao Quadrado Semiótico de Greimas, e utilizadas nesse estudo para a construção do diagrama axiológico-discursivo, fazem-se necessárias, porque “dizer” e “fazer” não são conceitos originalmente contraditórios. Para a semiótica fundamental, o contrário de “dizer”, por exemplo, poderia ser “calar”, e o contrário de “fazer” poderia ser “evitar”. O uso de um modelo mais tradicional aqui produziria uma análise equivocada e talvez incompatível com a realidade investigada.

“fazer” e o “não-fazer”. Dessas quatro modalidades, duas delas participam de uma relação de implicação (dizer e fazer), e duas outras de uma tendência de inibição (não-dizer e não-fazer). Agora, se a essas dimensões fundamentais acrescentamos os distintos comportamentos semióticos representados pelos conectores “e” e “mas” - que dão mais heterogeneidade ao material discursivo - chegaremos à seguinte combinação semiótica⁸⁶:

Eixos Semiodiscursivos de Implicação (Dizer e fazer)		Combinação Semiótica (dizer e fazer)	
Dizer/Dizer	Dizer/Fazer	Dizer e dizer Dizer e fazer Dizer mas dizer Dizer mas fazer Fazer e dizer Fazer mas dizer	
Dizer e dizer Dizer mas dizer	Dizer e fazer Dizer mas fazer		

Eixos Semiodiscursivos de Inibição (Não-dizer e não-fazer)		Combinação Semiótica (não-dizer e não-fazer)	
Dizer/não-dizer	Fazer/não-fazer	Dizer e não-dizer Dizer mas não-dizer Fazer e não-dizer Fazer mas não-dizer	Dizer e não-fazer Dizer mas não-fazer Fazer e não-fazer Fazer mas não-fazer
Dizer e não-dizer Dizer mas não-dizer	Fazer e não-fazer Fazer mas não-fazer		

Quadro 5 - Combinações semióticas entre as modalidades do dizer, fazer, não-dizer e não-fazer

Cada um desses elementos combinatórios porta em si um conjunto de estratégias de descrição (o “explícito”) e de abstração (o “implícito”) da realidade.

⁸⁶ De acordo com Bañon Hernández (2002), qualquer tentativa de tipologia ou de categorização em análise de discurso produz uma série de eventos que se situam no âmbito da “axiologia” como ciência. No entanto, para que se estabeleça uma relação axiológica, o autor comenta que se devam incorporar diferentes mecanismos de juízo de valor (o que é positivo, negativo, não-positivo, não-negativo, falso, verdadeiro, entre outras) de uma realidade social. Portanto, ainda nessa etapa não estamos falando em relações axiológicas, já que as combinações semióticas entre “dizer” e “fazer” não agregam concepções valorativas. As referidas relações somente serão estabelecidas quando essas combinações forem transportadas para o *corpus*, etapa esta que será descrita posteriormente. Vale lembrar também que há dimensões em especial que não foram destacadas porque não são trabalhadas neste estudo: a dimensão do “não-dizer e não-fazer”, e a dimensão do “não-dizer mas não-fazer”. Essas dimensões produzem eventos mais complexos que os originalmente estabelecidos para o momento desta tese, porque estão situados totalmente no nível do “implícito” no discurso. Pretendo trabalhar com essas dimensões em estudos posteriores sobre a temática.

No entanto, aplicá-las a cada um dos dezessete trabalhadores de saúde mental entrevistados seria tornar hercúlea uma tarefa já inicialmente complexa por natureza. Isso porque, quando trabalhamos com discurso oral⁸⁷, estamos trabalhando com os diferentes posicionamentos dos sujeitos - o que eles dizem sobre alguma realidade e também o que “não-dizem” sobre ela. Além disso, o objetivo deste estudo é poder fazer uma análise do discurso dos trabalhadores, pretendendo encontrar uma representação discursiva única que possa contemplar aquilo que é dito por todos (o global *versus* o particular).

Nesse sentido, recorri a duas estratégias complementares: a primeira é estabelecer algumas categorias representacionais de análise e a segunda é construir um repertório linguístico⁸⁸ de cada uma dessas categorias.

Com relação à primeira estratégia, as várias leituras e releituras do *corpus* demonstraram que a prática dos trabalhadores está centrada em quatro eixos temáticos básicos: o que pensam e fazem em relação aos usuários, aos familiares, à sua própria prática e ao serviço. Contemplar esses quatro eixos possibilita revelar o potencial das diferentes representações discursivas sobre a sua prática no serviço como um todo, a qual passa ser vista como uma rede de agentes e das relações que estabelecem entre si. As pontes mais gerais entre esses agentes e suas relações

---

⁸⁷ Segundo Calsamiglia-Blancafort e Tusón-Valls (2007), nos estudos sobre oralidade, há que se levar em consideração a função da palavra na vida humana e social. Ela ocupa um lugar importante nas diferentes instituições da vida pública (a política, a economia, o direito, a religião), as quais talvez não sobrevivessem sem a existência daquilo que é “dito”. Evidentemente, a oralidade também assume suas funções estéticas e lúdicas (música, lendas, mitos, teatro, histórias), mas em todas elas o que fica marcado é que a palavra não somente “fala” por si mesma, mas também “esconde” quando é necessário e conveniente.

⁸⁸ Recorro aqui ao conceito de repertório linguístico de Spink e Medrado (2000). Para os autores, a linguagem é naturalmente polissêmica, o que possibilita às pessoas transitar por inúmeros contextos e vivenciar diferentes situações. Os repertórios linguísticos seriam concebidos como uma referência, ou seja, uma unidade fundamental para a compreensão das práticas discursivas produzidas por determinados atores sociais. Trata-se de uma reunião de todos os elementos, termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades e de caminhos para a construção dos sentidos no cotidiano.

seriam dadas (ainda que não totalmente) pelos repertórios linguísticos (a segunda estratégia).

Os repertórios linguísticos foram construídos após leituras e releituras sucessivas do *corpus*, sempre tendo como parâmetro central os eixos temáticos básicos elegidos pelo estudo (usuários, família, prática e serviço). Para construí-los, primeiramente todas as referências sobre essas quatro representações discursivas foram identificadas em cada uma das 17 entrevistas. Isso gerou a construção de um quadro inicial, que sintetiza as principais percepções de cada trabalhador. Abaixo, apresento, como exemplo, o quadro inicial, resultado da análise da primeira e da segunda entrevista:

Representações sobre usuários	Representações sobre os familiares	Representações sobre a prática dos próprios trabalhadores (atividades)	Representações sobre o serviço
- paciente, usuário	-	- A organização das práticas segue um roteiro específico	- porta-aberta (sem fila, à hora que a pessoa precisar)
- trabalha-se em cima da necessidade dele	-	- Tem um objetivo terapêutico e serve de apoio	- É conhecido pelo usuário e pela rede (busca espontânea ou pela referência)
- Têm grande necessidade de falar e ser ouvidos	-	- Trabalha-se em cima do que o usuário escolher como melhor para si	- Conhecer o funcionamento do serviço leva tempo
- Adultos, acima de 16 anos	-	- Busca socialização, reinserção social, geração de renda	
- Tem que ter perfil (surto) - se não tem perfil, é referenciado pras outras unidades	-	- Há poucos profissionais e muita rotatividade (contratados): desorganização/reorganização	
- Precisam ter consciência de seus limites e das regras do serviço	-	- A organização do trabalho é fundamental para manter a inter/multidisciplinaridade e para o atendimento da crise	
	-	- A equipe é boa, excelente, fazem o máximo e têm consciência disso	
	-	- Querendo ou não o usuário precisa de suporte, de apoio (desgaste)	
	-	- A equipe faz reunião diária pra discutir os problemas centrais na dinâmica das práticas	
	-	- A crise exige muita organização dos profissionais	

Quadro 6 - Repertórios Linguísticos da Entrevista 01

Representações sobre usuários	Representações sobre os familiares	Representações sobre a prática dos próprios trabalhadores (atividades)	Representações sobre o serviço
- pessoas portadoras de transtornos mentais graves	-	- Organização interdisciplinar (as atividades procuram reunir dois profissionais no mínimo)	Fundamental (ao portador de transtorno mental grave e familiares)
- Demanda	-	- Atividades em grupo: agilidade e interação entre os membros do grupo	- Serviço substitutivo, de apoio
- Pessoas	-	- Falta suporte financeiro para as atividades	- Funciona bem
- Casos mais extremos	-	- Os trabalhadores têm consciência da necessidade de sair do CAPS, mas só fazem nos casos mais extremos	- Falta inserção na comunidade: demanda muito grande, único CAPS da cidade
	-	- Há rotatividade de profissionais (ideias novas X prejuízo para o andamento do serviço)	- As pessoas que vivem na comunidade desconhecem o serviço
	-	- Tem que ter perfil pra trabalhar em saúde mental (seleção específica de profissionais)	

Quadro 7 - Repertórios Linguísticos da Entrevista 02

De posse dos principais repertórios de todos os entrevistados, procedi à organização de um novo quadro, desta vez para representar a totalidade dos repertórios de cada representação discursiva. Após a finalização de cada repertório, o conteúdo passou por refinamentos, para eliminar os enunciados em duplicidade, aqueles conceitos com sentidos desconhecidos e para estabelecer as primeiras (e nessa etapa ainda elementares) inferências.

Para exemplificar o processo de sistematização metodológica, utilizo aqui as representações dos trabalhadores sobre as famílias:

REPRESENTAÇÕES SOBRE OS FAMILIARES
- A família acha que o indivíduo está possuído ou é sem vergonha mesmo
- A família deveria participar mais do tratamento
- A família não sabe lidar com o seu parente, que é doente
- A família nega, não aceita a doença mental, tem medo
- Falta conhecimento dos familiares sobre o transtorno mental
- O tratamento depende muito da participação da família
- protegem demais (evitando exposição)*
- Só procura o serviço quando há parente com transtorno mental
- Uma minoria de familiar participa das discussões

* Nota do pesquisador

Quadro 8 - Construção do repertório lingüístico sobre a prática dos trabalhadores em saúde mental (dados limpos)

A análise dos repertórios linguísticos isoladamente, revelou um novo problema metodológico. Quando o repertório aponta, por exemplo, que “a família acha que o indivíduo está possuído ou é sem vergonha mesmo”, é necessário fazer uma distinção entre os diferentes protagonistas da ação discursiva. Sabemos que, globalmente, temos uma representação “dos trabalhadores” sobre “as famílias”. Aqui começam as concepções valorativas.

No caso da família ser a protagonista da ação, fica claro que essa afirmação se trata de um “desconhecimento”, ou seja, a família acha que o indivíduo está possuído ou é sem vergonha por *desconhecer* o fenômeno da loucura (seria um desconhecimento conceitual). No entanto, quando o trabalhador passa a ser o protagonista da ação, inicia o rol de relações interdiscursivas. Primeiro porque esse trabalhador está velando ou desvelando suas atitudes, conceitos ou possibilidades no trabalho com essa família. Também porque este mesmo trabalhador pode estar certo ou equivocado a respeito de cada afirmação.

Para resolver esse problema, construí um quadro onde procurei identificar os processos de enunciado (quando os protagonistas são os atores - no caso as famílias) e de enunciação (quando os falantes são os protagonistas - no caso os trabalhadores). Nesse quadro foi possível identificar os diferentes discursos velados ou desvelados a respeito de cada um dos repertórios linguísticos. O quadro abaixo serve de exemplo:

REPERTÓRIOS LINGÜÍSTICOS	REPRESENTAÇÕES SOBRE OS FAMILIARES				
	ENUNCIADO Os protagonistas são os atores (a família)	ENUNCIÇÃO O falante é o protagonista (os trabalhadores)			
	(-A) (profissional identifica uma carência)	Atitude Passiva (-A) (o que não se faz ou não se diz)		Atitude Ativo-Construtiva (+A) (o que se faz, pode fazer ou deve fazer (o que se diz, pode dizer ou deve dizer)	
		Explícita	Implícita	Explícita	Implícita
- A família acha que o indivíduo está possuído ou é sem vergonha mesmo - A família não sabe lidar com o seu parente, que é doente - Falta conhecimento dos familiares sobre o transtorno mental	Desconhecimento conceitual (prejuízo) Desconhecimento procedimental (atitude) Desconhecimento conceitual (educativo)	Inquietude	Culpabilização	Incentivar a Orientação/Divulgação - “Campanhas”	Promoção de Educação/Reeducação
- A família deveria participar mais do tratamento - O tratamento depende muito da participação da família	Inibição relativa (parcial)	Reivindicação Co-participação		(Co) Responsabilização - “Atividades em Grupo”	
- Só procura o serviço quando há parente com transtorno mental - Uma minoria de familiar participa das discussões	Implicação relativa interessada Implicação relativa interessada		Lamentação		
- A família nega, não aceita a doença mental, tem medo - protegem demais (evitando exposição)	Negação da doença Ocultação do doente			Promoção de treinamento de habilidades sociais - “ensinar a ir no banco, lotérica...”	Resignação

Quadro 9 - Identificação dos processos de enunciado e enunciação - representação sobre as famílias

Para tentar estabelecer as relações valorativas iniciais, denominei de “(-A)” as carências identificadas pelos profissionais no processo de enunciado. Na parte da enunciação, chamei de “(-A)” aquilo que não se faz ou não se diz no discurso, tanto de maneira explícita como implícita. No caso da dimensão valorativa “(+A)”, esta diz respeito àquilo que o trabalhador faz, deve fazer ou pode fazer, também implícitos ou explícitos no discurso. A análise de cada um dos quadros, de caráter indutivo-dedutivo, evidenciou um “discurso prototípico”, ou seja, um padrão discursivo, que corresponde à totalidade das representações discursivas da dimensão investigada. Por exemplo, quando os trabalhadores afirmam que a família “desconhece” o fenômeno da loucura, alguns deles, na verdade, estão promovendo uma “culpabilização” dessa família pelo seu desconhecimento.

Vale ressaltar que a análise do repertório linguístico, isoladamente, não possibilitou chegar a essa conclusão. O repertório foi apenas uma orientação, uma referência sobre como chegar ao *corpus* e como buscar as informações nele. Foi a leitura e releitura do *corpus* que permitiu chegar a essa conclusão.

Tendo em vista que cada um desses “discursos prototípicos” carrega consigo uma concepção valorativa, a próxima etapa de sistematização metodológica foi a associação de cada um dos discursos às combinações semióticas de “dizer” e “fazer”. Cada combinação, associada às etapas anteriores e às constantes leituras/releituras do *corpus*, deu origem a uma “situação-chave”, que reproduz certo padrão discursivo de todos os profissionais. Nos quadros a seguir, descrevo parte das combinações semióticas, originadas da análise das representações discursivas dos trabalhadores sobre os familiares:

Modalidades de Implicação (Dizer e fazer)		Combinação Semiótica (Dizer e fazer)	Situação-chave (contexto discursivo)
Dizer/Dizer	Dizer/Fazer	Dizer e dizer Dizer e fazer Dizer mas dizer Dizer mas fazer Fazer e dizer Fazer mas dizer	A família não entende o fenômeno da loucura Os trabalhadores do serviço procuram dar uma retaguarda para a família Existe suporte para a família, mas ela deveria participar mais do que participa atualmente no tratamento ----- ----- Existe suporte para a família, mas a eficácia no tratamento depende da colaboração e participação da família
Dizer e dizer Dizer mas dizer	Dizer e fazer Dizer mas fazer		

Modalidades de Inibição (Não-dizer e não-fazer)		Combinação Semiótica (Não-dizer e não-fazer)	Situação-chave (contexto discursivo)
Dizer/não-dizer	Fazer/não-fazer	Dizer e não-dizer Dizer mas não-dizer Fazer e não-dizer Fazer mas não-dizer Dizer e não-fazer Dizer mas não-fazer	A família protege (demais) o parente com transtorno mental Faltam campanhas de conscientização da família e da comunidade, mas o serviço não sabe como fazer O serviço ensina o usuário a ir ao banco, lotérica, museu e assume responsabilidades que são da família O trabalho com o usuário busca sua autonomia, ao contrário do que pensa a família (proteção, exposição) A família geralmente só procura o serviço quando vivencia situação de sofrimento Muitas vezes o doente mental é abandonado, mas o serviço “não tem pernas” pra trabalhar isso
Dizer e não-dizer Dizer mas não-dizer	Fazer e não-fazer Fazer mas não-fazer		

Quadro 10 - Combinações semióticas das representações discursivas dos trabalhadores sobre os familiares (articulação do *corpus* com os processos de enunciado/enunciação)⁸⁹

⁸⁹ Na representação dos eixos semiodiscursivos de implicação, é possível notar que faltam situações-chave para as dimensões “dizer mas fazer” e “fazer e dizer”. Essa lacuna será explicada mais adiante, no capítulo apropriado.

A última etapa do processo de sistematização diz respeito à construção de um “discurso representativo final”, isto é, aquele que corresponde à representação geral dos trabalhadores sobre as famílias. Para isso, cada uma dessas situações-chave e os discursos prototípicos construídos nas etapas anteriores foram comparados com as situações em que aparecem, no *corpus*. Essa associação também possibilitou chegar aos eixos temáticos⁹⁰ do estudo, a serem discutidos nos capítulos pertinentes.

No caso da representação dos trabalhadores sobre as famílias, a análise de cada uma das combinações semióticas, juntamente com os discursos prototípicos, gerou o discurso representativo final de “distanciamento”, que corresponde a uma valoração “negativa”. Isso quer dizer que, apesar das estratégias utilizadas pela equipe ou da manifestação da importância da família no tratamento do usuário, o distanciamento continua sendo a manifestação discursiva mais presente nos discursos dos trabalhadores.

Abaixo apresento o quadro que levou à construção do discurso representativo final dos trabalhadores sobre as famílias, assim como o diagrama axiológico-discursivo final, ferramenta que sintetiza a etapa de sistematização dos dados e que orientou todo o processo metodológico.

---

⁹⁰ Será possível observar mais adiante que cada capítulo da tese está organizado por eixo discursivo básico (representações sobre usuários, sobre famílias, sobre a prática e sobre o serviço). Dentro de cada um desses eixos básicos, o eixo norteador das discussões é o discurso prototípico, e não as temáticas encontradas. Essas temáticas servem apenas como referência para a discussão de cada capítulo.

Combinação Semiótica (Implicação e Inibição)	Discursos Prototípicos	Discurso Representativo Final (Combinação Axiológica)
Dizer*/fazer** (+A) (Atitude Ativo-Construtiva) *o que se diz, pode dizer ou deve dizer **o que se faz, pode fazer ou deve fazer	Orientação/Divulgação Co-responsabilização Treinamento (de habilidades sociais) Educação/Reeducação Resignação	DISTANCIAMENTO (Negativo)
Não-dizer/Não-fazer*** (-A) (Atitude Passiva) ***o que não se faz ou não se diz	Reivindicação Preocupação/Co-participação Culpabilização Lamentação	

Quadro 11 - Construção do discurso representativo final e eixos temáticos de discussão

Orientação/Divulgação + Treinamento + Educação/Reeducação - A inclusão da família no serviço: evitar desentendimentos e ideias equivocadas; apenas oferecer apoio e suporte para suportar a carga do sofrimento mental (já que o principal é atender o usuário); ou considerá-la como co-partícipe do tratamento sem culpabilizá-la?

Co-participação + Resignação + Culpabilização - A família antes e depois: a transição do modelo asilar (excludente) para o modelo psicossocial (inclusivo) ainda está pautada no paradoxo de responsabilização e culpabilização da família.

Lamentação + Reivindicação + Co-responsabilização - As disputas de papel no interior do serviço: a família que “deposita” a responsabilidade pelo cuidado ao seu parente no serviço; e o serviço que executa esse cuidado, mas responsabilizando a família pelo abandono e pela falta de participação.

Diagrama 2 - Diagrama axiológico-discursivo final da prática dos trabalhadores

Com relação ao processo de sistematização dos dados sobre os usuários, a prática e o serviço, optei por trazer todas as etapas nos devidos capítulos, antes de introduzir a análise. Esse procedimento teve por objetivo facilitar a leitura, tendo por base a construção de uma relação de continuidade entre os processos metodológico e analítico de cada representação discursiva.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS

O projeto foi submetido previamente a avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), obtendo parecer favorável ao seu desenvolvimento (Anexo D).

Foi, também, garantido o anonimato dos sujeitos do estudo e respeitados todos os preceitos ético-legais que regem a pesquisa com seres humanos, como é preconizado pelo Ministério da Saúde (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁹¹. Foi também respeitada a decisão de desistência por parte dos pesquisados, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, já destacado no item “Sujeitos do Estudo”.

No processo de sistematização metodológica, para preservar a identidade do informante, os sujeitos foram identificados pela ordem na entrevista, seguida pela letra “T” (de trabalhador). Por exemplo, ao referir-me a “T4”, quero dizer que se trata do quarto trabalhador entrevistado, em sequência. Com relação aos fragmentos analisados no decorrer dos resultados, optei por utilizar apenas a denominação “trabalhador”, já que ele representa as manifestações do coletivo de

---

⁹¹ O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem passou, recentemente, por uma reformulação, sendo regulamentado pela Resolução COFEN 311/2007. A nova versão está em vigor desde 12/05/2007. Enfatizam-se os artigos 89, 92, 93, 94, 96 e 98, que tratam das responsabilidades e das proibições para os profissionais de enfermagem envolvidos em pesquisas com seres humanos.

trabalhadores, por se tratar de um discurso prototípico.

5 O CONTEXTO INSTITUCIONAL INVESTIGADO

O presente trabalho, já discutido, destina-se a analisar o discurso dos trabalhadores no contexto social da reforma psiquiátrica. Recordando, brevemente, que a análise crítica do discurso dedica-se a analisar as influências de determinados discursos na constituição de um *locus* social. No caso de meu objeto de estudo, o *locus* social refere-se ao CAD Nossa Casa, de Joinville/SC.

É no CAD que os discursos dos profissionais se materializam em práticas, as quais também geram novos (e velhos) discursos. Esses discursos, portanto, ao serem postos em análise, podem ajudar a contextualizar melhor o serviço e a mostrar como, quando e por que determinadas práticas estabelecem relações com a historicidade do contexto da saúde mental. Também é possível, a partir do estudo desses discursos, conhecer a constituição do processo de trabalho dos profissionais e como eles se organizam a ponto de transformar (ou evitar a transformação) das referidas práticas, no interior e no exterior do cotidiano do serviço.

5.1 INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O MUNICÍPIO

O Município de Joinville localiza-se na região nordeste do Estado de Santa Catarina, distante 180 km da capital, Florianópolis, e a 125km da capital do Paraná, Curitiba. Joinville conta, atualmente, com uma população em torno de 500.000 habitantes, possuindo uma área de unidade territorial de, aproximadamente, 1100 km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

Mapa 1 - Localização geográfica dos principais municípios do Estado de Santa Catarina, entre eles o de Joinville⁹².

A cidade é conhecida no país pela sua história, marcada pela diversidade cultural e social. Mesmo fundada oficialmente em 9 de março de 1851, com a chegada de imigrantes europeus, a área de Joinville já era ocupada por comunidades de índios e caçadores. Por fim, no século XVIII, estabeleceram-se na região famílias de origem portuguesa, com seus escravos negros, vindos provavelmente da capitania de São Vicente (hoje Estado de São Paulo) e da vizinha cidade de São Francisco do Sul (JOINVILLE. Prefeitura Municipal, 2008).

A imigração no município deu-se por volta de 1940, quando uma grave crise econômica, social e política tomou conta da Europa. Fugindo da miséria, das perseguições, do desemprego e da baixa qualidade de vida, milhares de pessoas resolveram emigrar. Incentivados pela propaganda de prosperidade das terras locais, agricultores sem recursos tomaram conta da região da hoje Joinville, com a perspectiva de melhorar suas condições de vida.

---

⁹² Imagem obtida a partir da internet: http://www.qualificar-sc.com.br/images/mapa_sc.gif.

Posteriormente, no século XX, Joinville passa a se destacar no cenário catarinense e no cenário brasileiro, como cidade próspera para a indústria e comércio. Com o desenvolvimento da Estrada de Ferro São Paulo-Rio Grande passando pela cidade, surgem a energia elétrica, o primeiro automóvel, o primeiro telefone e o sistema de transporte coletivo. Na economia, fortalece-se o setor metal-mecânico, fruto do capital acumulado pelos descendentes germânicos, durante décadas. Contudo, o símbolo da prosperidade econômica contrastava com a decadência sociocultural, já que, durante a 2ª Grande Guerra, Joinville presenciou disputas de espaço travadas entre a população luso-brasileira e os alemães e seus descendentes (JOINVILLE. Prefeitura Municipal, 2008).

O município de Joinville concentra hoje o quinto pólo de desenvolvimento econômico da Região Sul do Brasil, tendo a 35ª posição no *ranking* nacional. Tem grande parte de sua atividade realizada na indústria, com destaque para os setores metal-mecânico, têxtil, plástico, metalúrgico, químico e farmacêutico. O Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* do município situa-se na casa dos R\$ 7.275.000,00, sendo superior ao PIB *per capita* de outros municípios de grande porte, como Ribeirão Preto/SP, Santos/SP, Campo Grande/MS, Cuiabá/MT, Londrina/PR e Florianópolis/SC (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004).

Além disso, Joinville é hoje uma das cidades com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ⁹³ do Brasil. Segundo dados da Organização das

---

⁹³ O Relatório do Desenvolvimento Humano é uma publicação da Organização das Nações Unidas (ONU) que mede o progresso de um país. Ele parte do pressuposto de que uma nação não deve ser avaliada somente pela sua dimensão econômica, mas também suas características sociais, culturais e políticas, as quais influenciam na qualidade de vida. O Relatório foi idealizado pelo paquistanês Mahbub ul Haq (1934-1998) e, atualmente, é publicado em dezenas de idiomas e em mais de 100 países. Ele utiliza, como referência, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), para contrapor-se ao índice utilizado para medir a dimensão econômica de uma nação - o PIB (Produto Interno Bruto). O IDH, que varia numa escala de 0 a 1, levando em consideração três dimensões: o PIB, que mede a riqueza econômica do país, a longevidade e a educação. Na longevidade, destacam-se como indicadores a expectativa de vida e os serviços de saúde oferecidos e disponíveis. Na educação, são avaliadas as taxas de analfabetismo e as taxas de matrícula em todos os níveis de ensino. Os países

Nações Unidas (2000), do período 1991-2000, Joinville, que possuía um IDH-M (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) de 0,779 em 1991, em 2000 alcançou 0,857, chegando à 18ª posição. No cenário nacional, sua posição ultrapassa, inclusive, cidades de grande porte no país, como Campinas/SP (0,852), Curitiba/PR (0,856), Belo Horizonte/MG (0,839) e Goiânia/GO (0,832). No entanto, em comparação com outras cidades de médio e grande porte, Joinville está abaixo de São Caetano do Sul/SP (0,919), Florianópolis/SC (0,875), Porto Alegre/RS (0,865), Niterói/RJ (0,886), Santos/SP (0,871) e Bento Gonçalves/RS (0,87).

É importante ressaltar que Joinville não é conhecida no Brasil apenas pela sua riqueza econômica, mas também pela sua riqueza cultural. A cidade abriga a única escola do Teatro de balé Bolshoi fora da Rússia, considerada como o maior complexo educacional e cultural da América Latina e referência de dança para o mundo. Anualmente, em meados de julho, Joinville se volta para o Festival de Dança, reunindo celebridades tanto do Brasil como do exterior.

5.2 O SISTEMA DE SAÚDE DE JOINVILLE

A saúde no Município de Joinville também se destaca no cenário catarinense e nacional. Ao todo, são 265 estabelecimentos de saúde, distribuídos entre serviços públicos, privados, organizações filantrópicas e serviços terceirizados (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005). Entre eles, podem-se citar quatro prontos-socorros, sete hospitais, 635 consultórios médicos de diferentes

---

que atingem um IDH maior que 0,8 são considerados como países com desenvolvimento humano elevado. Segundo o Relatório do período de 2007-2008, o Brasil encontra-se com um IDH de 0,800, situando-se na 70ª posição. Vale ressaltar que, embora o IDH brasileiro indique um padrão de alto desenvolvimento humano, o país ainda encontra-se distante de outros países da América Latina e da América Central, como o Uruguai (46ª posição), a Argentina (38ª posição), Chile (40ª posição), Cuba (51ª posição) e México (52ª posição) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007).

especialidades, 86 consultórios odontológicos, 54 postos de saúde, 146 estabelecimentos farmacêuticos e 1078 leitos hospitalares (JOINVILLE. Prefeitura Municipal, 2008).

No que tange à Estratégia Saúde da Família (ESF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Joinville conta com uma gama de atividades desenvolvidas no âmbito da rede básica de saúde. O Quadro 12 explicita alguns dos programas de saúde do município em funcionamento, e a Tabela 1 demonstra a evolução dos índices estimados de cobertura da população, no período de 2000 a 2006.

Área	Descrição do Programa
Preventivos	Teste do Pezinho Sistema de Vigilância Nutricional Bolsa Alimentação
Saúde Bucal	Programa Saúde Oral Século XXI
Vacinação	Programa Nacional de Imunização
Pré-natal	Programas de Pré-natal e Puerpério
Outros	Programa Preventivo do Câncer do Colo do Útero e de Mama Planejamento Familiar Programa de Ostomizados Programa DST/AIDS Hanseníase - Dermatologia Sanitária/Pneumologia Sanitária Programa Pequeno Príncipe Tratamento de Feridas Programa Saúde da Família Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Quadro 12 - Programas de Saúde adotados por Joinville

Fonte: JOINVILLE. Prefeitura Municipal. 2007⁹⁴.

Tabela 1 - Distribuição da cobertura municipal da ESF e do PACS no Município de Joinville

⁹⁴ JOINVILLE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Joinville, 2007. (Informação verbal recebida da Coordenação dos Programas).

Ano	Modelo de Atenção	População coberta ⁽¹⁾	% população coberta pelo programa	Média mensal de visitas por família ⁽²⁾	% de crianças c/ esquema vacinal básico em dia ⁽²⁾	% de cobertura de consultas de pré-natal ⁽²⁾
2000	PACS	-	-	-	-	-
	PSF	77.221	18,0	0,01	54,2	73,6
	Outros	-	-	-	-	-
	Total	77.221	18,0	0,01	54,2	73,6
2001	PACS	9	0,0	0,08	97,4	85,2
	PSF	77.221	17,3	0,04	75,8	81,2
	Outros	-	-	-	-	-
	Total	77.230	17,3	0,05	76,5	81,4
2002	PACS	9	0,0	0,08	94,3	92,4
	PSF	76.712	16,9	0,08	94,0	90,8
	Outros	-	-	-	-	-
	Total	76.721	16,9	0,08	94,0	91,0
2003	PACS	18	0,0	0,08	96,0	94,3
	PSF	96.302	20,9	0,08	96,3	92,6
	Outros	-	-	-	-	-
	Total	96.320	20,9	0,08	96,3	92,7
2004	PACS	70.509	15,0	0,08	98,4	93,9
	PSF	111.050	23,7	-	-	-
	Outros	2	0,0	-	-	-
	Total	181.561	38,7	0,08	98,4	93,9
2005	PACS	123.752	25,4	0,08	98,5	97,3
	PSF	109.595	22,5	0,08	97,9	96,1
	Outros	10	0,0	-	-	-
	Total	233.357	47,9	0,08	98,2	96,5
2006	PACS	130.964	26,4	0,08	98,4	97,3
	PSF	117.764	23,7	0,07	97,7	95,5
	Outros	10	0,0	-	-	-
	Total	248.738	50,1	0,08	98,0	96,2
Legenda: (1): Situação no final do ano (2): Como numeradores e denominadores, foi utilizada a média mensal dos mesmos.						

Fonte: JOINVILLE. Prefeitura Municipal. 2007⁹⁵.

5.3 O SISTEMA DE SAÚDE MENTAL

As mudanças no cenário da atenção em saúde mental, no município, começaram com o fechamento, em 1986, do único hospital psiquiátrico (Clínica Nossa Senhora da Saúde). Isso causou impacto social, fazendo com que os pacientes

⁹⁵ JOINVILLE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Joinville, 2007.
(Informação verbal recebida da Coordenação dos Programas).

com indicação para internação hospitalar fossem deslocados para Florianópolis ou Curitiba.

A partir de 1987, com a criação da Secretaria Municipal de Saúde, tem início a organização de atendimentos em saúde mental em Joinville, sendo que, em 1988 o atendimento era realizado por três ambulatorios de referência, com um psiquiatra e dois psicólogos. Apesar da contratação de mais profissionais, o atendimento se manteve apenas ambulatorial, até 1992.

Em 1993, foi implantado o Centro de Atenção Diária (CAD) Nossa Casa, cuja equipe se constituiu a partir do remanejamento dos profissionais que atuavam nos ambulatorios.

Nesse mesmo período, em 30 de março de 1993, fundou-se a Associação de Recuperação para o Trabalho (REPART), com características filantrópicas, criada por familiares, usuários, voluntários e profissionais do Serviço de Saúde Mental do Município de Joinville. A Associação veio a suprir a necessidade de ampliar-se espaço para tratamento em saúde mental, sendo referência diária, vivenciando atividades de produção, socioculturais, esportivas e de lazer, melhorando aspectos cognitivos, prevenindo o agravamento psiquiátrico, através das oficinas protegidas de trabalho terapêutico.

Em maio de 1997, foi criada uma unidade de internação psiquiátrica, com 28 leitos, no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt. Apesar disso, pelas dificuldades de regulação desses leitos para o atendimento das demandas da cidade, continuou o deslocamento de pacientes para se internarem em grandes hospitais psiquiátricos de outros municípios.

Em março de 1999, houve a descentralização da assistência, com alocação de recursos humanos para as Regionais de Saúde, o que permitiu a expansão do atendimento em saúde mental na atenção básica, de forma articulada com CAD.

Ainda em 1999, foram criados: o Pronto Acolhimento Psicossocial (PAPS) e o Projeto Catavento. O PAPS foi implantado para atender a demanda espontânea, sendo a porta de entrada dos serviços de saúde mental. O Projeto Catavento surgiu com uma proposta de treinamento⁹⁶ de todas as equipes dos postos de regionais de saúde. Visava atender os pacientes com transtorno de ansiedade e depressão de leve à moderada, e transtornos somatoformes pelo médico e pela equipe da unidade básica de seu território, permanecendo inserido no contexto da saúde integral e não sendo psiquiatrizado.

Em setembro de 1999, os atendimentos de saúde mental foram organizados como um programa. E, em julho de 2000, com a criação da Comissão de Avaliação e Controle dos Transtornos Mentais, iniciou-se um processo de avaliação do Programa de Saúde Mental, visando à organização dos serviços e à implantação de políticas de melhoria e humanização do atendimento em Saúde Mental, pautado pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e contemplando a continuidade das ações nos diferentes níveis de complexidade.

O Centro de Atenção Diária/Hospital-Dia Nossa Casa - CAD/HD - foi, em 2001, credenciado junto ao Ministério de Saúde como um CAPS, iniciando suas atividades em janeiro de 2002. Oferecia acompanhamento diário, intensivo, semi-intensivo, e não-intensivo, diferenciado do atendimento ambulatorial.

Em março de 2002, foi inaugurado Núcleo de Assistência Integral ao Paciente Especial (NAIPE), sendo uma experiência pioneira na assistência integral e

---

⁹⁶ O treinamento era regido pelo psiquiatra Márcio Lohmann, o qual elaborou, organizou e implantou o Projeto Catavento.

multidisciplinar ao segmento. Desde então, vem prestando serviços à comunidade, com ações em atendimentos terapêuticos e preventivos, objetivando melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

5.3.1 O Centro de Atenção Psicossocial

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde. Atende prioritariamente paciente com transtornos mentais severos e persistentes, em que o comprometimento requer monitoramento, intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

A seguir, apresentam-se dados relacionados ao atendimento no CAPS de Joinville, no ano de 2005.

Dos 184 acolhimentos realizados, 160 (87%) foram admitidos; e 24 (13%) não tinham perfil para o serviço e foram encaminhados. Entre os admitidos, 115 (76%) eram usuários novos; e 45 (24%) representavam retorno de usuários que já haviam passado pelo CAD, em anos anteriores.

Dos 24 encaminhamentos, 19 foram para atendimento na Atenção Básica: as regionais Aventureiro, Comasa e Jarivatuba receberam três usuários, cada. As demais regionais (exceto Vila Nova, que não recebeu nenhum) receberam dois encaminhamentos cada. A Unidade de Atendimento à Dependência Química (UADQ) e a Unidade de Internação Psiquiátrica junto ao Hospital Regional receberam dois cada uma. Um paciente optou por tratamento particular, por ter convênio.

Em 2005, 80 usuários receberam alta do CAD. Dessas altas, 55 (69%) foram consideradas por melhora; oito (10%) a pedido; e 17 (21%) altas por abandono de tratamento.

Dos usuários que receberam alta, 33 (41%) permaneceram de 0 a 3 meses em atendimento; 23 (29%) de 3 a 6 meses; e 24 (30%) acima de 6 meses. Em relação à contra-referência, os usuários com alta foram encaminhados para as nove regionais que compõem a Atenção Básica de Joinville: Aventureiro, Comasa, Costa e Silva, Fátima, Floresta; Jarivatuba, Centro, Vila Nova e Pirabeiraba.

Dos pacientes triados, 56 (40%) receberam diagnóstico de esquizofrenia; 36 (26%) de transtorno bipolar; e 47 (34%) receberam outros diagnósticos relacionados no CID 10.

Gráfico 1 - Distribuição, por ano, do número de internações psiquiátricas fora do Município de Joinville, no período de 2001 a 2005.

Em 2005, houve uma diminuição de 54% no índice de internações fora do domicílio, comparado com o ano anterior; e de 73% em relação ao ano de 2001, mostrando uma tendência de redução dessas internações.

O CAPS de Joinville é composto por dois núcleos delimitados e interligados: o CAD e o SOIS.

O CAD tem como objetivos: atender pessoas que necessitam de acompanhamento mais intensivo e diferenciado das ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde; desenvolver ações de atenção diária e integral,

priorizando a clientela com sofrimento psíquico grave; evitar e ou diminuir reinternações psiquiátricas; intervenção na crise, oferecendo atendimento intensivo e continuado ao paciente com transtornos psicóticos e com sofrimento psíquico grave; proporcionar suporte familiar e comunitário para lidar adequadamente com os portadores de sofrimento psíquico, e abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas durante os cinco dias úteis em regime intensivo.

Os SOIS (Serviços Organizados de Inclusão Social) são oficinas de geração de renda, visando à inserção econômica e social dos portadores de transtorno mental grave. Os usuários que frequentam o SOIS são os próprios usuários do CAD, quando indicado, ou referenciados por outros serviços, tais como pelo PAPS e a Unidade de Atendimento em Dependência Química (CAPS II AD).

O SOIS desenvolve atividades que compreendem oficinas de tapeçaria, mosaico, pintura em madeira e marcenaria. A comercialização dos produtos se dá através de encomendas e da participação em feiras promovidas na comunidade. Além das oficinas, há também o brechó, que funciona nas dependências do SOIS e que comercializa produtos de vestuário.

Os profissionais que trabalham no CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes técnicos, de nível superior e de nível médio. No CAPS em estudo, faziam parte da equipe os seguintes profissionais de nível superior: uma enfermeira, dois médicos psiquiatras, três psicólogas (sendo uma delas a coordenadora do serviço), duas assistentes sociais, duas terapeutas ocupacionais, uma farmacêutica. Os profissionais de nível médio eram: quatro auxiliares/técnicos de enfermagem, dois agentes de saúde pública, um agente administrativo, duas serventes, dois vigilantes e um motorista.

No SOIS, a equipe era formada por duas terapeutas ocupacionais (TO), duas agentes de saúde pública (ASP) e uma psicóloga, além de estagiários (cerca de um deles por turno).

O horário de trabalho da equipe era dividido entre manhã e tarde. No turno da manhã, das 7 às 13 horas, e, no da tarde, das 12h às 18h, de segunda a sexta-feira. No entanto, o horário de funcionamento do CAD era das 08h às 18h, sem fechar no meio do dia.

Na sexta-feira, a assistência no CAPS ficava restrita às rotinas internas da equipe (limpeza, reuniões, supervisão, estudos em grupo, organização de prontuários, entre outros) e a algumas consultas psiquiátricas, agendadas previamente. Também era esse o dia do Programa de Fluoxetina, desenvolvido pela farmacêutica e direcionado aos usuários. Essa atividade servia para acompanhar o usuário e orientá-lo quanto ao uso da medicação.

No que se refere à organização das práticas no interior do CAD, havia a figura do técnico do dia. Em cada turno, a equipe se organizava em torno de uma escala, de forma que ficasse um profissional disponível para o atendimento da demanda espontânea (acolhimento). Esse profissional assumia, nesse dia, nenhuma atividade específica ou atendimento. Era responsável por coordenar a reunião diária de equipe (“passagem de plantão”), realizada no horário das 12 às 13h, tendo por objetivo propiciar um encontro entre os profissionais dos dois turnos, além de discutir determinados casos que merecessem maior atenção por parte de todos.

A partir do acolhimento, verificada a indicação de CAD, era traçado um PTI inicial do usuário pelo profissional que o havia acolhido no serviço. Ele ficava responsável por ser a referência para esse usuário, sendo denominado, no serviço,

de Técnico de Referência (TR). Tinha sob sua responsabilidade monitorar, junto com a família e o usuário, o seu PTI, redefinindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também era responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no PTI, dialogando com o usuário e com a equipe técnica do CAPS.

Para documentar as situações vivenciadas no cotidiano, o Serviço utiliza-se de um livro de ocorrências. Nesse livro eram registradas informações sobre os acontecimentos do dia, especificando com quem e em que condições haviam ocorrido.

O CAD contava com uma farmácia organizada, que se localizava na entrada do serviço. Possuía estrutura física para estocar medicações, dispensá-las e atender usuários. O atendimento era realizado pela manhã por uma farmacêutica, e à tarde por um agente de saúde. A medicação que o usuário tomava, durante sua permanência no serviço, era organizada pelos profissionais da farmácia, para cada horário, e acondicionada em recipientes de plástico, rotulados e com tampa. Toda a medicação era repassada aos profissionais de enfermagem, para administração.

A medicação que o usuário usava fora do serviço, na sua casa, era organizada em envelopes padrão que, na parte externa, tinham escrita toda a prescrição medicamentosa do dia, de forma clara e legível. Por exemplo: o usuário que frequentava o serviço uma vez por semana levava no envelope a medicação para os seis dias seguintes; o usuário que frequentava todo dia levava, diariamente, a medicação da noite.

A farmácia tinha uma organização interessante para usuários que não sabiam ler, ou com limitações cognitivas em função de seu problema. Nesse caso, os envelopes eram identificados com ilustrações que indicavam períodos para uso. Por

exemplo, para a manhã, o envelope apresentava um desenho de um sol; para a noite, a lua.

A farmácia fornecia algumas medicações, mesmo para usuários já referenciados para outros serviços. Nesse caso, o usuário ia ao CAD uma vez por semana para pegar a medicação. O CAD também contava com medicações de urgência e com protocolos de atendimento para essas situações.

O psiquiatra avaliava o usuário e prescrevia no prontuário, que era entregue à farmacêutica. Esta registrava a medicação em uma ficha individual - para cada usuário, utilizada como referência para o preparo da medicação. Depois, o prontuário seguia para a enfermagem, onde eram aprazadas as prescrições médicas.

O CAD abrangia um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nos cinco dias da semana e especificado para cada paciente, através de um plano terapêutico individual (PTI). As oficinas ou grupos eram realizados com a participação de dois técnicos⁹⁷ (em cada grupo e oficinas), nos turnos manhã e tarde. São disponibilizadas as seguintes atividades:

- oficinas: faça-fácil, de filme/cinema, de sucata, de beleza (Papos de Beleza), de jardinagem, de bijuteria, de mosaico, de dança, de jogos e de criatividade;
- passeios: Os usuários eram selecionados conforme as condições clínicas e os passeios tinham como objetivo levá-los a lugares de que gostassem ou que desejavam conhecer.

---

⁹⁷ Durante o período de coleta de dados, algumas atividades foram desenvolvidas apenas por um profissional, em função de férias, termos de contrato e licenças-saúde.

- grupos: de recepção, terapêutico, de sentimentos para familiares, de apoio, de relaxamento e de leitura.

Este capítulo trouxe algumas considerações sobre o local de estudo, fundamentais para fazer as associações com a análise dos discursos dos trabalhadores. Nos próximos capítulos, iniciarei os procedimentos analíticos dos discursos, levando em consideração a produção de sentidos no cotidiano assistencial investigado.

6 O RELACIONAMENTO DO TRABALHADOR COM O USUÁRIO: O DISCURSO DA BENEVOLÊNCIA

Tradicionalmente, no campo da saúde mental, existe um trabalho organizado para a produção de saúde, tendo por base uma concepção organicista do processo saúde/doença. Essa concepção de corpo, mente e espírito, e suas dissociações e irregularidades levaram à construção de práticas voltadas para a intervenção nos sintomas e sinais apresentados pelos sujeitos. Sujeitos estes que eram internados em instituições especializadas, destinadas a controlar, supervisionar, conter e tratar essas manifestações (PAULIN; TURATO, 2004).

Apesar das dificuldades enfrentadas no cotidiano dos serviços de saúde, o cenário psiquiátrico brasileiro vem mudando com a difusão dos diferentes dispositivos de atenção substitutivos. Os mais de 1000 (mil) Centros de Atenção Psicossocial espalhados pelo Brasil são prova de que há uma transformação na estrutura da assistência em saúde mental. A rede de serviços, na qual o CAPS se insere, vem substituindo a atenção especializada e centrada nas instituições manicomiais, originalmente excludentes, reducionistas e opressoras da vida, da liberdade e da autonomia do sujeito (BEZERRA JÚNIOR, 2007).

No entanto, o ato de reformar não pressupõe apenas a substituição de um serviço por outro, ou de um serviço por uma rede. Isso porque transformar uma realidade parte do princípio de envolver todas as dimensões possíveis no processo de mudança (serviços, atores, processos de trabalho, políticas). Mesmo que se resista, que se adote uma atitude de conformismo, ou apenas se contemple a mudança, a reforma sobrevive como movimento porque sempre procura subsídios para reinventar o cotidiano, num esforço contínuo de superação dialética (AMARANTE, 2003; CUNHA, 2005).

Neste capítulo, procuro desvendar algumas contradições que fazem parte do objeto deste estudo, nos discursos dos trabalhadores de saúde mental e que se referem especificamente aos usuários. A partir do processo de sistematização metodológica e da aplicação final do dispositivo axiológico-discursivo, chegou-se à constatação de que a representação discursiva global dos trabalhadores sobre o usuário do serviço está próxima da **benevolência (não-negativo)**. Isso quer dizer que, por trás de um discurso político, que resgata a necessidade de liberdade e autonomia do sujeito, e é compatível com as prerrogativas da reforma psiquiátrica, a prática ainda está concentrada num discurso que entende a loucura como um fenômeno limitante do processo de reinserção social das pessoas. Foi possível notar que parte dessas constatações estão relacionadas também às dificuldades do sujeito em compreender as vicissitudes da vida humana, entre elas a própria loucura.

A seguir, apresento o processo resumido de sistematização dos dados que possibilitaram chegar ao discurso representativo final. Depois, introduzo o processo analítico do discurso como um todo.

6.1 O PROCESSO DE SISTEMATIZAÇÃO METODOLÓGICA

Modalidades Semiodiscursivas de Implicação (Dizer e fazer)		Combinação Axiológica (dizer e fazer)	
Dizer/Dizer	Dizer/Fazer		
Dizer e dizer Dizer mas dizer	Dizer e fazer Dizer mas fazer	Dizer e dizer Dizer e fazer Dizer mas dizer Dizer mas fazer Fazer e dizer Fazer mas dizer	
Modalidades Semiodiscursivas de Inibição (Não-dizer e não-fazer)		Combinação Axiológica (não-dizer e não-fazer)	
Dizer/não-dizer	Fazer/não-fazer		
Dizer e não-dizer Dizer mas não-dizer	Fazer e não-fazer Fazer mas não-fazer	Dizer e não-dizer Dizer mas não-dizer Fazer e não-dizer Fazer mas não-dizer	Dizer e não-fazer Dizer mas não-fazer Fazer e não-fazer Fazer mas não-fazer

Quadro 13 - Dimensões semiodiscursivas (saberes e práticas) - usuários. Construção do modelo de combinações semióticas de acordo com as representações discursivas.

REPRESENTAÇÕES SOBRE USUÁRIOS	
- a doença - a gente trabalha mais com o transtorno em si - a maioria dos pacientes é com figura psicótica - a pessoa, as pessoas - a situação - Adultos, acima de 16 anos - ansiosos, agitados, transtorno bipolar - aqueles, deles, eles - casos - Casos mais extremos - cidadão - Clientela - clientela bem comprometida - clientes - demanda, demanda externa, outras demandas - Doença mental é diferente de deficiência mental - doenças - doente - ele, eles, deles - esquizofrênico - foco na cabeça, mas o coração envolve também - história de sofrimento mental - normal, com certos momentos de problema - nossos loucos - o crônico, os crônicos, os agudos - paciente com transtorno mental grave - paciente mental	- paciente psiquiátrico - paciente, opa, perdão, usuário - paciente, pacientes, a emergência psiquiátrica - pacientes com aquela histórica, aquele histórico - pacientes crônicos - pacientes em surto ou pré-surto - pessoa, pessoas, essas pessoas - pessoas com transtornos mentais graves - pessoas portadoras de transtornos mentais graves - pessoas que estão em surto, psicóticos, na crise - poucos neuróticos graves - Precisam ter consciência de seus limites e das regras do serviço - situação - sofrimento - sofrimento mental mais severo, depressão severa - Ta sendo tratado pra se controlar melhor - Têm grande necessidade de falar e ser ouvidos - Tem que ter perfil (surto, psicótico) - transtorno mais grave, esquizofrenia, os bipolares - Transtorno mental - transtorno mental, esquizofrênico, bipolar - uns são bem psicóticos - urgências psiquiátricas - usuário que está no SOIS é diferente do que está no CAPS (“muda”) - usuário, usuários - Usuários (intensivos, semi-intensivos e não-intensivos)

Quadro 14 - Etapa 1 - Construção do repertório lingüístico sobre a prática dos trabalhadores em saúde mental (dados limpos)

REPERTÓRIOS LINGÜÍSTICOS	REPRESENTAÇÕES SOBRE OS USUÁRIOS (DE BENEVOLÊNCIA)				
	ENUNCIADO Os protagonistas são os atores (os usuários)	ENUNCIÇÃO O falante é o protagonista (os trabalhadores)			
	(-A) (profissional identifica uma carência)	Atitude Passiva (-A) (o que não se faz ou não se diz)		Atitude Ativo-Constructiva (+A) (o que se faz, pode fazer ou deve fazer (o que se diz, pode dizer ou deve dizer)	
		Explícita	Implícita	Explícita	Implícita
a doença, a situação, a pessoa, as pessoas, normal, com certos momentos de problema, ansiosos, agitados, transtorno bipolar, usuário, usuários, cidadão, clientela, casos mais extremos, casos, doente, esquizofrênico, clientes, clientela bem comprometida, demanda, o crônico, os crônicos, os agudos, paciente mental, transtorno mental, sofrimento mental, depressivos, psicóticos, em crise, paciente ops perdão usuário	Indefinição conceitual ("reducionista")		Indiferença (T4, T5, T16, T2, T10)	Apoio – "aceitar as limitações, mas trabalhar o saudável, a normalidade" (T14, T1, T3)	Prevenção (T4, T14, T13, T2)
foco na cabeça, mas o coração envolve também, têm grande necessidade de falar e ser ouvidos	Fragilidade (do corpo e do espírito)	Preocupação relativa Ansiedade para estabelecer relações	Insegurança – "... é difícil, desgastante..." (T1, T5, T7, T11)	Acolhimento (T12)	
tá sendo tratado pra se controlar melhor, precisam ter consciência de seus limites e das regras do serviço, tem que ter perfil (surto, psicóticos)	Condicionamento adaptativo			Promoção de Educação/Reeducação (T1, T12)	
usuário que está no SOIS é diferente do que está no CAPS ("muda")	Diferenciação conceitual	Seletividade – "o usuário do SOIS tem perfil diferente daquele do CAPS" (T4)			

Quadro 15 - Etapa 2 - Identificação dos Processos de Enunciado e Enunciação - Representação sobre os Usuários

Modalidades de Implicação (Dizer e fazer)		Combinação Semiótica (dizer e fazer)	Situação-chave (contexto discursivo)
Dizer/Dizer	Dizer/Fazer	Dizer e dizer	A clientela do serviço (paciente, transtorno mental, caso, surto, crise, demanda, situação, crônicos)
Dizer e dizer	Dizer e fazer	Dizer e fazer	Serviço altamente especializado e atende de acordo com um perfil pré-estabelecido
Dizer mas dizer	Dizer mas fazer	Dizer mas dizer	Usuário como cidadão/pessoa/sujeito do processo, mas reconhecido como paciente psiquiátrico no cotidiano
		Dizer mas fazer	Usuário como cidadão/pessoa/sujeito, mas que precisa se adaptar às rotinas pré-determinadas pelo serviço
		Fazer e dizer	Fazer escuta atenta e acolhimento focalizados nas limitações e no restabelecimento da normalidade do sujeito
		Fazer mas dizer	Promover reabilitação psicossocial, mas dizer que o usuário deve ter consciência dos limites e das regras do serviço

Modalidades de Inibição (Não-dizer e não-fazer)		Combinação Semiótica (Não-dizer e não-fazer)	Situação-chave (contexto discursivo)
Dizer/não-dizer	Fazer/não-fazer	Dizer e não-dizer	Pessoas com transtornos mentais graves (onde o foco é o transtorno, não a pessoa)
Dizer e não-dizer	Fazer e não-fazer	Dizer mas não-dizer	“Nossos loucos, nossos usuários” (dando sensação de acolhimento, mas contrastando com a idéia de posse)
Dizer mas não-dizer	Fazer mas não-fazer	Fazer e não-dizer	Que o usuário encontra um “caminho” para a maior parte dos seus problemas
		Fazer mas não-dizer	Trabalha-se o lado saudável, mas com atenção às limitações e deficiências causadas pela “doença”
		Dizer e não-fazer	É necessário trabalhar com o lado humano do sujeito em sofrimento mental
		Dizer mas não-fazer	É importante trabalhar com a rede de relações do usuário, mas esse processo é complexo e desgastante

Quadro 16 - Etapa 3 - combinações semióticas das representações discursivas dos trabalhadores sobre os usuários (articulação com os processos de enunciado/enunciação)

Combinação Semiótica (Implicação e Inibição)	Discursos Prototípicos	Discurso Representativo Final (Combinação Axiológica)
Dizer*/fazer** (+A) (Atitude Ativo-Construtiva) *o que se diz, pode dizer ou deve dizer **o que se faz, pode fazer ou deve fazer	Apoio Acolhimento Educação/Reeducação Prevenção	BENEVOLÊNCIA (Não-negativo)
Não-dizer/Não-fazer*** (-A) (Atitude Passiva) ***o que não se faz ou não se diz	Indiferença Insegurança Seletividade	

Quadro 17 - Etapa 4 - Construção do discurso representativo final e eixos temáticos de discussão

Prevenção + Apoio + Acolhimento – Os dispositivos de cuidado (acolhimento, vínculo e escuta) usados na teoria como dimensões de valorização da vida, mas contrastando com uma prática focalizada na prevenção (restabelecimento da normalidade).

Indiferença + Seletividade – A pluralidade de conceitos sobre a clientela do serviço (o paciente, o transtorno, a doença, o usuário) explicitando a dimensão do discurso clínico no serviço.

Insegurança + Educação/Re-educação – As dificuldades em trabalhar com a integralidade do sujeito em sofrimento mental (rede de relações e aspectos subjetivos): o desgaste, o desconhecimento e a impossibilidade do serviço e dos profissionais.

6.2 O PERFIL E O CONCEITO DA CLIENTELA DO SERVIÇO, PARA OS TRABALHADORES: O INDEFINIDO, O COMPLEXO, O CONFUSO E O CONTRADITÓRIO

Um serviço de saúde está construído para atender as demandas de alguém. Deve oferecer suporte, ser efetivo e resolutivo quanto aos problemas de saúde da população de sua localidade. No campo da saúde mental, um serviço surge para atender um “usuário⁹⁸”, como comumente é chamado, usuário este que também está em busca de solução para um problema de sua vida.

A loucura, como fenômeno da existência, ao ser compartimentalizada num conhecimento médico impessoalizante, transformou o sujeito em paciente, obrigou-o a carregar o rótulo da limitação, da periculosidade e da impaciência, sendo afastado do contato com as pessoas para ser tratado em instituições especializadas. Um sujeito que perdeu seus direitos à vida, à dignidade, à convivência e à liberdade, em nome daquilo que a psiquiatria consagrou como “doença” e que deveria ser caracterizado apenas pela incerteza (PEIXOTO, 2003).

A relação intrínseca entre o objeto do conhecimento (a loucura-doença) e o objeto da prática (o louco-doente) determinou a existência de diferentes mecanismos de controle, repressão e vigilância às manifestações do louco. Esses

---

⁹⁸ O termo “usuário” não é absoluto e tem sido criticado no contexto da saúde por alguns autores, como Amarante (2007). Segundo o autor, o termo foi introduzido na legislação do Sistema Único de Saúde no sentido de destacar o protagonismo de alguém chamado, anteriormente, de “paciente”. A expressão acabou sendo utilizada no contexto da saúde mental para referir-se ao indivíduo com sofrimento mental. No entanto, no campo da reforma psiquiátrica, o termo “usuário” ainda parece manter certa relação do indivíduo para com um serviço de saúde, quando o importante seria tornar o indivíduo, e não o serviço, o protagonista da relação. Apesar das críticas, adotei aqui o posicionamento de Rodrigues (2005) para definir o usuário de um serviço de saúde mental. Conforme o autor, um usuário é o sujeito que vai aprendendo e percebendo, na convivência com a prática, com o serviço e na interação com os trabalhadores, as potencialidades e os limites impostos pela realidade. Na medida em que esses sujeitos se defrontam com as contradições da realidade e desenvolvem mecanismos de enfrentamento dos problemas e das dificuldades, entendem a necessidade de se organizar e qualificar suas lutas. Sendo assim, o sujeito se transforma em agente de mudança e formação da realidade, ressignificando sua trajetória e construindo seu papel político dentro de uma prática social.

conhecimentos, traduzidos ao longo de séculos e trancados nos manicômios, sobrevivem até os dias atuais pela consolidação de discursos excludentes pela ciência médica, velando o potencial humano por trás da necessidade de explicar que o louco é um doente, um incapaz. Incapaz de assimilar comportamentos, de compartilhar experiências humanas e de comandar sua própria vida.

No contexto atual, em processo de transformação, a loucura foi destrancada do isolamento e reinserida na comunidade, onde ela nasceu e onde deveria ser tratada. Nos serviços de saúde mental que se propõem a trabalhar com a loucura e com o louco na comunidade, como os CAPS, a questão que se coloca em jogo não é inicialmente o *que fazer com*, mas o *que significam* a loucura e o louco. Porque redimensionar uma prática pressupõe redimensionar também a teoria que a apóia, e isso é um desafio para um serviço e para quem se propõe a transformar, a revitalizar e a (re) construir.

Em Joinville, algumas dessas questões apareceram no decorrer das entrevistas. Os trabalhadores compreendem relativamente o modo de operar no interior do serviço, mas têm dificuldades em sistematizar um conhecimento complexo (a loucura e o louco) do qual o modo de operar é dependente. Essas dificuldades transparecem no discurso a partir de relações discursivas e algumas figuras de linguagem, sendo a **sinédoque** a que mais caracteriza essa indefinição.

Iniciarei apresentando um fragmento do discurso do trabalhador em saúde mental que mostra a questão da indefinição conceitual sobre a clientela. Posteriormente, a discussão voltar-se-á para a análise do perfil do usuário, o qual apresenta suas contradições apoiadas na mesma indefinição conceitual:

Investigador - Eu vou te fazer cinco perguntinhas, né? E aí diante delas a gente vai discutindo algumas coisas, né? Me fala sobre o atendimento do

serviço em primeiro lugar. Do atendimento do serviço, como é que funciona, qual é o objetivo...

Trabalhador - *Bom... então, o atendimento dentro do CAD é como se fosse um hospital-dia, né? Em que as pessoas vêm e passam o dia aqui... É... é atendido vários tipos de patologias... é... o nosso perfil de clientes geralmente são usuários com... em estado psicótico, né? Se investiga se têm internações ou não, se tão em crises, na verdade as que estão nesse perfil têm sido discutido várias vezes assim, né? Desde que eu cheguei, já foram discutidos algumas vezes, mas no geral é... tem que estar em estado psicótico...*

Inicialmente, ao ser questionado sobre o atendimento do serviço em geral, o trabalhador começa explicitando a questão do perfil de atendimento da clientela. Embora a pergunta feita seja ampla o suficiente para que o sujeito se posicione à vontade, o discurso começa a partir do perfil do usuário, e não sobre o objetivo ou as finalidades de existência do serviço.

Existe uma correspondência entre o usuário atendido e o perfil do atendimento, a qual se estabelece não pelo que “está posto” como norma, mas por aquilo que os trabalhadores julgam sobre a realidade em que operam, e não compreendem em sua totalidade (o conceito de loucura). Isso porque, nessa situação, a norma está presente e faz parte da rotina dos trabalhadores, e é ela que comanda determinado modo de organização e sistematização do cuidado, assim como a própria concepção do usuário do sistema.

A consequência desse relacionamento complexo com a loucura está exposto no uso figurativo da linguagem, onde há transferência de significados para caracterizar o usuário, mas todos eles estão unidos por uma única relação (a sinédoque). Embora a sinédoque faça parte do corpo de conhecimentos retóricos da linguagem e tenha funções originalmente trópicas, substituindo termos que possuem a mesma significação, aqui ela não somente assume essa função, como também realiza transferências, gerando novos sentidos para a realidade. Por

exemplo, quando o usuário é conhecido inicialmente como “pessoas”, num apontamento coletivo para resgatar indivíduos singulares por existência, ele acaba perdendo suas características mais intersubjetivas para fazer parte de novas concepções, desta vez inanimadas, no decorrer do processo de sua adequação às normas e rotinas institucionais (um diagnóstico). Um diagnóstico que não está dito, mas é dito, revelando o potencial do serviço para adequar-se à clínica tradicional, que desliga a subjetividade das “pessoas”, esquadrinha sujeitos em um problema, o qual deve ser manejado e tratado na sua organicidade (“várias patologias”).

Algumas considerações devem ser feitas aqui a respeito das orientações normativas do Ministério da Saúde para a área da saúde mental. É possível perceber que parte dessa imprecisão conceitual apresentada pelos trabalhadores também se repete na configuração da política de saúde mental brasileira. Conforme o Manual sobre Saúde Mental no SUS (BRASIL, 2004b), por exemplo, os CAPS são considerados como instituições estratégicas do processo de consolidação da reforma psiquiátrica, além de serem recursos afetivos destinados a promover atendimento médico e psicológico, a acolher os pacientes com transtornos mentais e a estimular sua integração social e familiar. Podem-se notar resquícios de uma atenção normalizada e biologicista naquilo que nasce como proposta de inovação, onde a “instituição estratégica da reforma psiquiátrica” oferece “atendimento médico e psicológico”, o “usuário” se converte em “*paciente*” e o “sofrimento mental” se materializa em “*transtorno mental*”, sendo *estes* (e não aquele) que parecem ser acolhidos no interior dos serviços.

Como grande parte dos trabalhadores de Joinville foi incorporada no serviço sem nenhuma (ou com pouca) experiência militante, os manuais do Ministério da Saúde se transformam em bons recursos para a familiarização com a área, sendo

mecanismos informativos sobre a organização do trabalho com o sofrimento mental. Aqui vale reportar o trabalho de Furtado e Campos (2005), quando estes autores destacam que o processo de constituição de novos conhecimentos no campo da saúde mental foi resultado de diferentes processos de militância⁹⁹ organizada. Portanto, aqueles que participaram ativamente das negociações, puderam acompanhar as transformações sofridas e não tiveram dificuldades em transpor essa realidade para o interior do serviço. Ao contrário, aqueles que não a tiveram ou que aprenderam com o “antiexemplo” do manicômio e seu arsenal de saberes, parecem ter dificuldades para assimilar essas mudanças. Por isso, esse novo profissional demanda treinamento e educação permanente, para que possa desenvolver um plantel de práticas com vistas à formação de novas posturas epistemológicas e éticas frente ao sofrimento mental.

Outra situação interessante do poder da sinédoque para transferir concepções (e responsabilidades) está na alternância entre as formas de singular e plural de determinados substantivos. Novamente, antes de “entrar” no serviço, o indivíduo é reconhecido como “pessoas”, para designar um coletivo de indivíduos que buscam atendimento resolutivo para problemas de saúde singulares. Contudo, no decorrer do processo de investigação de seus problemas de saúde, já no interior do serviço, as “pessoas” se aglutinam para fazer parte de um “diagnóstico”, uma entidade inanimada que nomeia o processo de enquadramento coletivo de corpos. A relação existente entre o singular e o plural nesse contexto é explicada pela dominância do discurso clínico no manifesto da equipe, sendo este capaz de construir uma roupagem que engessa e serializa indivíduos, apagando

---

⁹⁹ Reporto-me ao conceito de militância de Vasconcelos (1999), quando este afirma que se trata de uma ação política conjunta, movida por coletivos ou instituições com objetivos definidos. Na atividade da militância, os sujeitos se unem para fortalecer sua organização e utilizam a divulgação como principal mecanismo para defender interesses e direitos da sociedade como um todo.

singularidades, subjetividades e relações sociais. Nesse sentido, o *modus operandi* do serviço, que contraditoriamente nasceu como inventivo e inovador, continua semelhante ao fundamento ideológico que mantém o manicômio, centrado no que Vechi (2004) chama de “conservação do indivíduo na patologia”.

De acordo com Thompson (2002), o fato de haver uma fragmentação ideológica de um sujeito em diferentes partes, no interior do serviço, se inclui no ele chama de uma característica “convencional” das formas simbólicas. Isso quer dizer que a produção, construção ou emprego de quaisquer formas simbólicas, bem como a sua interpretação pelos diferentes atores na interação, são processos que envolvem a aplicação de regras, códigos ou convenções. Essas regras, códigos ou convenções, por sua vez, seguem rotinas gramaticais, figurativas, sintáticas ou semânticas, aplicadas a uma situação prática para a qual não necessariamente os atores precisam estar conscientes. Elas fazem parte de um conhecimento tácito que os indivíduos memorizam no curso de suas vidas, criando novas expressões e recriando sentidos daquelas representações já manifestadas por outros.

A loucura não existe na história da humanidade como conceito isolado, em seu estado selvagem. Ela existe porque faz parte de uma determinada sociedade. Ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam, nem das formas de repulsa que a capturam ou a excluem. Isso quer dizer que o conhecimento humano sobre a loucura nasceu a partir dos movimentos rudimentares da experiência que a captura como saber. Mas essa mesma experiência ainda não é da loucura em si, é apenas uma divisão desta, a qual foi convencionada pelo homem para servir-lhe como seu objeto de estudo (FOUCAULT, 2002).

Os sentidos da loucura - tanto na sua vivência como na ontologia da existência e na “não-ontologia”, ao mesmo tempo corporificados na modernidade

em um conjunto de manifestações semiótico-discursivas de abandono, exclusão e classificação, têm mostrado o quanto o homem ainda “desentende” o sentido de sua própria vida e de seus fenômenos. O conceito de loucura todos nós entendemos, mas dificilmente explicamos. E aqueles que o explicam, às vezes precisam redesenhar uma realidade. Uma realidade que não é absoluta; pode ser maquiada ou relativizada, porque não totaliza o conhecimento sobre as vicissitudes da vida. O problema é quando esses conceitos complexos são materializados em outros originalmente imateriais, e elevados ao mundo como verdades absolutas.

Foi assim com a loucura. Apoiada na imaterialidade do diagnóstico, mas tornando-se materialmente sustentável no arcabouço da doença, a loucura e o louco foram se perdendo no tempo, sendo aprisionados pelas amarras de uma ciência médica “moderna” ainda dominante no saber e no fazer em saúde, que subjuga, desfaz, fragmenta, coisifica, destitui o sujeito, suas relações, sua cultura, seus fenômenos e seu conhecimento de mundo. Loucura e louco num contexto de reformas que, deste jeito, pouco reformam.

Ainda abordando a questão das indefinições conceituais para designar o louco e a loucura, reporto-me agora ao *fenômeno do encontro* (o momento do atendimento propriamente dito). Durante o discurso sobre o atendimento, as estruturas linguísticas mais presentes continuam sendo a **sinédoque**, como uso figurativo da linguagem, e alguns recursos sintático-semânticos. Entre estes, cito a **pronominalização** como recurso transferencial, e o uso de alguns **marcadores discursivos**.

Especificamente falando de quando a clientela “fica”, ou seja, quando ela permanece no serviço, há referências ao fato de que é nele que essas pessoas “passam o dia”. Do ponto de vista do serviço, veremos que, semanticamente, se já

existia uma confusão¹⁰⁰ aparente entre o conceito de hospital-dia e o modo de operar com a saúde mental no CAPS, que ela continua quando o assunto é o perfil de atendimento da clientela.

Quando “as pessoas” precisam “ficar” no serviço, é no CAPS que “elas passam o dia”. Como uma relação de causa-efeito, onde um evento leva ao outro, o perfil de atendimento discutido pelos profissionais vai sendo redesenhado através do enquadramento do cuidado, onde o usuário só faz parte de um projeto quando “fica” no serviço, quando está presente e participa das atividades estipuladas pelo espaço intramuros. Nesse sentido, o serviço, ainda que preocupado com a necessidade de garantir os espaços e promover as trocas, parece continuar reforçando a institucionalização como forma de organização interna e relacionamento procedimental com a loucura.

Novamente lembrando, parecem ser as pessoas que “vêm” e “passam o dia aqui”, como se o fato de “ir” e “vir”, isto é, a procura pelo serviço de saúde mental, ocorresse de forma espontânea e natural. Fica evidente que há, sim, uma procura espontânea, já que o serviço tem um funcionamento do tipo “porta aberta”, garantindo atendimento à demanda na hora em que ela chega. Isso, de certa forma, já permite problematizar os instrumentos e comparar com aqueles utilizados pelo manicômio, como os muros, a medicalização, a continência e a sequestração de direitos, responsáveis por controlar e docilizar os indivíduos, sendo um avanço importante quando se fala de atenção psicossocial.

No entanto, se o usuário “vem” ao serviço e “passa o dia” nele, é porque ele “precisa” de acompanhamento sistemático. Desse modo, parece que o futuro do usuário dependeria da avaliação dos trabalhadores, o que provoca uma contradição

---

¹⁰⁰ Essas e outras questões serão discutidas no capítulo apropriado.

entre o direito espontâneo de “ir” e “vir” do usuário e o poder decisório do trabalhador sobre o “ir” e o “vir” do mesmo.

Novamente aqui a sinédoque desempenha papel fundamental para desvendar esse contexto. Quando o trabalhador menciona o “nosso perfil de clientes”, ele adiante se refere ao conceito de “usuário” e de “estado psicótico”. Primeiramente, o fato de o usuário ser transformado num “cliente” do serviço de saúde pode significar certa compreensão de que ele possui autonomia, direitos e liberdade de compartilhar suas necessidades em seu plano terapêutico, visão esta compatível com o modelo psicossocial de ver e trabalhar com a loucura na atualidade. Isso porque um “cliente” parece reportar-se a “freguês”, na linguagem típica de eventos comunicativos em estabelecimentos comerciais. O freguês, geralmente, tem o direito de escolher seu produto, de ser bem atendido pelo dono do estabelecimento, de comprar o que deseja, descartar o que não deseja, bem como de reclamar, quando necessário e conveniente. Como diz o velho jargão, “o cliente sempre tem razão”.

Um usuário de um serviço de saúde se assemelha ao conceito de freguês do mercado. Um usuário também possui o direito de entrar no serviço porque está em busca de algo para “comprar”. Se achar que o serviço “venderá” o que espera, ele ficará; caso contrário, procurará outro serviço que atenda suas necessidades. Um cliente de um estabelecimento comercial em geral é atendido pelo seu nome, assim como o usuário deve ser. Quando transformado em apenas “mais um cliente”, ou quando é atendido com qualidade, ele fica insatisfeito, reivindica, reclama. É seu direito.

Com o usuário de um serviço de saúde nem sempre acontece dessa forma. Embora tenha direito a tratamento, a dignidade, ao acesso e a ser acolhido com

civilidade, nem sempre é reconhecido como cliente potencial do serviço. Assim, inicia-se um novo jogo semiótico de relações semânticas que mesclam a autonomia como direito de escolha à obediência aos critérios, como exigência para entrada.

Nesse sentido, entra em foco a **pronominalização**. Vale lembrar que as “pessoas” anteriormente citadas compuseram agora um “diagnóstico”, quando entraram no serviço. Após serem investigadas, são reclassificadas em “vários tipos de patologias”. Em outras palavras, o indivíduo que ingressa no serviço deve seguir um protocolo de critérios pré-estabelecidos (diagnóstico, atendimento, investigação e decisão final), protocolo este fundamentado nos preceitos da clínica tradicional. A pronominalização é um dos recursos linguísticos que determina essa relação.

No instante em que o trabalhador se refere ao “nosso perfil”, o falante pode referir-se tanto a ele mesmo como sujeito particular (“eu”), quanto ao coletivo organizado de profissionais como uma entidade singular (“nós”), ou também ao serviço (“ele”). Na situação em pauta, o pronome possessivo “nosso” está referindo-se ao “ele”, revelando mais um posicionamento institucional adotado pelos trabalhadores, do que uma postura singular. Entretanto, o pronome, isoladamente, não permite essa inferência, já que ele depende de uma nova relação semântica para efetivar a transferência de significação. Essa relação vem logo adiante, no momento em que se diz que o usuário, para ingressar no serviço, “tem que estar psicótico”.

A expressão “ter que estar” significa “ser obrigado a apresentar”. Logo, o estado psicótico, como condição de entrada, é a chave fundamental para desvendar o perfil da clientela, seu acolhimento e a inserção na dinâmica das práticas do serviço. Com isso, a loucura (como fenômeno da existência) parece ser

substituída gradualmente por um estado patológico de alteração (como classificação nosológica de uma doença). Isso remarca a opinião do CAPS como um dispositivo que se propõe a trabalhar de forma ampliada e modernizada com essas questões, no entanto ainda apoiado em práticas discursivas e sociais advindas da clínica tradicional, de procedência organicista e medicalizante.

Do ponto de vista da estrutura do discurso, a pronominalização substitui eventos linguísticos, evitando repetição de palavras. Quando o trabalhador se refere aos critérios do serviço, ele desloca o sentido original do pronome “nosso” para a instituição. Nesse sentido, quem “tem que estar psicótico” não é o usuário singular, mas o coletivo de usuários que procuram o serviço no dia-a-dia. É dizer que a clínica do serviço, adotada pelos trabalhadores no cotidiano de sua prática, continua proposta a serializar singularidades, despercebendo as diversidades de manifestação do sofrimento mental e de quem sofre.

Repercussões discursivas à parte, é possível observar que a questão do atendimento ao sofrimento mental grave sempre foi alvo de debates importantes, no campo da saúde mental. O estudo de Oliveira (2002), por exemplo, destaca que a própria definição conceitual do atendimento da emergência psiquiátrica é algo subjetivo, pois depende de como o profissional interpreta o fenômeno, e de como ele constrói seu arsenal de concepções e práticas, a partir dele. Ainda assim, os profissionais acreditam que as dificuldades vão além da simples significação da emergência, porque produzem ressonâncias na prática, já que uma agitação ou agressividade podem não ser tão “graves” quanto uma situação de silêncio, lentidão e passividade.

Mesmo assim, uma situação de emergência psiquiátrica não se assemelha a uma situação de emergência médica, no sentido de exigir uma resposta imediata,

devido a um risco iminente de morte causado por lesões ou doença específica. A emergência psiquiátrica vai além dos riscos físicos porque também atinge o psíquico e o social. Pode-se citar, por exemplo, uma tentativa de suicídio. Nesse caso, ela pode ter mais gravidade - porque expande os problemas para o âmbito do social - do que uma situação de agressividade - que pode ser mais localizada. O simples fato de uma pessoa procurar um serviço de saúde mental é porque precisa de ajuda, e isso já configura uma situação de emergência, uma vez que há um sofrimento instalado, independentemente das causas, das condições e dos agentes (OLIVEIRA, 2002).

Convenciona-se, no cotidiano de cuidados em saúde, chamar uma situação de emergência psiquiátrica de “crise”, e o que se faz normalmente numa situação de crise é “conter a crise”. Curiosa contradição, pois ao invés de “emergir”, ela é literalmente contida. É um momento caracterizado como dor, sofrimento intenso, muita tensão, mas também de alívio. Às vezes, uma emergência psiquiátrica precisa “nascer” e o trabalhador precisa estar atento para “escutar”. O problema reside no “estar atento”, uma vez que o limiar para atender o psicótico geralmente é menor do que para atender a psicose. Somos levados, desde os tempos de Pinel, por uma imagem de que a psicose fala pelo psicótico, e não o contrário. Assim, corremos o risco de desvirtuar o sentido da clínica, como aquela clínica feita para as manifestações dos sujeitos, e não para eles mesmos (BEZERRA JÚNIOR, 1992; CORBISIER, 1992; DELL’ACQUA e MEZZINA, 2005; ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009).

Os fenômenos de linguagem nascem dialéticos, na medida em que remarcam as distintas posições de subjetividade. Para imprimir os traços de si no discurso, cada sujeito se apropria de um sistema linguístico particular, sendo a

pronominalização mais uma necessidade do que um mero ato de linguagem. Através de um pronome (mas não somente por este) ou de um jogo de relações entre o “eu”, o “tu” e o “ele”, o sujeito se consolida como ator, torna-se único e indivisível. Isso, por sua vez, revela sempre uma pessoa nova no jogo interacional, capaz de (re) inventar o cartel de relações, por meio das diferentes materialidades discursivas no mundo (BENVENISTE, 1999).

O fato de um único verbo ajudar no deslocamento de sentido de um pronome é uma implicação da capacidade valorativa e ideológica que a linguagem exerce sobre as atividades humanas no mundo. No atendimento ao estado psicótico, um único pronome foi capaz de dissimular um contexto social inteiro. Como consequência, a linguagem auxiliou na composição de uma nova estrutura socialmente constituída, reposicionando a hegemonia entre os diferentes agentes que fazem o cotidiano do serviço. Por exemplo, quando se estabelece como características básicas de inclusão o estado psicótico e não o psicótico, estamos falando de um rol de relações e práticas discursivas que resgatam conhecimentos históricos sobre a loucura, o louco e a sociedade. Este é um duplo papel da linguagem: revitalizar relações, mas também cristalizar posicionamentos, num contínuo processo de resistência ao antigo, de assimilação do novo, de mobilização do conformismo e de descoberta do desconhecido.

À medida que o usuário ingressa no serviço, ele é submetido a um rol de atividades rotinizadas, como se o serviço tivesse seu funcionamento controlado por protocolos e os trabalhadores fossem os agentes estáticos, responsáveis por cumpri-los. A seguir, o trabalhador discute a organização procedimental do serviço, sempre tendo por base os protocolos já pré-estabelecidos (pelo “serviço”):

Investigador - Me fala sobre o atendimento no serviço em geral.

Trabalhador - No geral?

Investigador - Isso.

Trabalhador - Hum. Tu quer saber como é que é, como é que a gente inicia o dia-a-dia ou...?

Investigador - Tudo, na verdade, no geral, que tu puder falar.

Trabalhador - Primeiro então, antes de tudo que a gente inicia através de uma triagem, né? E nessa triagem... são os profissionais com o usuário, né? E o familiar, né? Daí a gente vê se a pessoa tem perfil, né? A gente primeiro escuta e depois a gente começa a fazer perguntas que a gente tem um roteiro, né? Aí dependendo disso, né? Depois que a gente perguntou tudinho, aí a gente pede pro familiar e usuário esperar um pouquinho, conversa entre o... entre os profissionais e decidimos se tem que vir ou não, e logo após a gente já passa pro psiquiatra, né? Aonde que vai, uhm, medicar, né? Se ele fica aqui, né? Aí a gente já combina o... o plano terapêutico, né? Aí a gente explica também o termo, né? Que a gente também assina também um termo de compromisso, né? Tanto o usuário, como o familiar, aceitando... aceitando as normas do serviço e, e se não ficar, a gente faz o encaminhamento para o Posto de Saúde, e... tá.

Uma vez no serviço, um usuário acaba incorporado ao fluxo de procedimentos técnico-assistenciais, onde o primeiro deles trata da triagem. Na triagem, conforme o discurso, “são os profissionais com o usuário e o familiar”, onde eles investigam o problema, avaliam a situação e determinam o potencial da pessoa para ingressar no serviço (pela adequação do perfil) ou, caso contrário, para o seu encaminhamento para outras unidades de saúde.

Os recursos linguísticos utilizados nesse fragmento são chamados de **marcadores discursivos**. Conforme Calsamiglia-Blancafort e Tusón-Valls (2007) e Kodric (2008), os marcadores discursivos fazem parte dos chamados “processos de modalização” da linguagem. De acordo com as autoras, qualquer interação verbal está representada por um contrato comunicativo, onde os sujeitos são protagonistas e co-protagonistas ao mesmo tempo. Através desse contrato, os interlocutores são reconhecidos, manifestando seus sentimentos positivo e negativos, as relações de consenso/conflito, de respeito/confiança ou

conhecimento compartilhado/individualizado. Esse reconhecimento se materializa na linguagem pelo uso de marcadores linguísticos e se tornam responsáveis por conduzir o processo de interação social. Nesse sentido, um marcador pode ser considerado um signo ideológico que atravessa o texto e amarra sequências discursivas, fundamentais para consolidar o perfil dialógico desse texto.

Para entender o funcionamento dos marcadores discursivos, é importante reportar os trabalhos de Erwing Goffman¹⁰¹, na década de 50, sobre os relacionamentos humanos. Para Goffman (1985), qualquer interação (como a interação “face-a-face”) é um evento comunicacional, um “encontro”, no qual existe uma influência recíproca dos indivíduos sobre as ações uns dos outros. Esses indivíduos, em relação, representam papéis sociais, os quais têm a ver com o modo como os sujeitos concebem a sua imagem (*face*) e o trabalho para mantê-la na sociedade (*face work*).

Nesse caso, os marcadores “marcam”, exercem influência no modo de constituição da subjetividade dos indivíduos nos eventos semióticos e nas relações comunicativas. Um marcador se transforma num fenômeno discursivo que procura analisar *como* se diz as coisas. Isto é, analisar a expressão verbal ou não-verbal e como esta afeta o dito (e o não-dito). Nesse sentido, o marcador, como recurso linguístico, se refere à relação que se estabelece entre o locutor e os enunciados que emite ao interlocutor (CALSAMIGLIA-BLANCAFORT; TUSSÓN-VALLS, 2007).

---

¹⁰¹ Em seu livro “**Representações do eu na vida cotidiana**”, Goffman (1985) se utiliza de conceitos oriundos do teatro para designar as representações humanas no contexto social. Segundo o autor, um evento comunicativo se resumiria numa “cena” (*scene*), onde os diferentes agentes do contexto representam seu papel como atores (*actors*). No entanto, o ator só atua se colocado em um palco e em um bastidor escolhidos por ele mesmo, quanto ao figurino que utilizará em sua apresentação, pois há uma relação fundamental entre a peça e a atuação do sujeito. Ao ser visto pelo público, esse ator também se transforma no próprio público, como se estivesse vendo-se a si mesmo na interação.

No caso do fragmento do discurso que está sendo analisado, o falante comunica uma relação entre a triagem (como atitude procedimental) e a porta-de-entrada no serviço. Para o trabalhador, a triagem é o primeiro contato do usuário com o serviço, “primeiro, então, antes de tudo”¹⁰². O uso de um marcador com características que expressam certeza absoluta, antecedendo a atitude procedimental do trabalhador, reforça o posicionamento de que não há outra maneira de investigar o perfil do usuário sem realização de triagens no interior do serviço. Uma triagem que é composta de um roteiro específico de perguntas que, ao serem respondidas até provocar o seu esgotamento (o “tudinho”), objetivam revelar se o usuário é compatível ou não com as exigências institucionais.

Há outros marcadores discursivos no fragmento citado. Pode-se notar que o serviço parece seguir um padrão fragmentado de atividades, mas reconectadas por elementos que dão sensação de continuidade, para evitar a ruptura. Por exemplo, após a triagem e se o sujeito preenche o perfil, “daí” há o encaminhamento para o psiquiatra. A partir desse momento, “aí” os profissionais combinam o plano terapêutico e a imersão nas atividades. Entretanto, aquele que não concorda ou não aceita ficar no serviço, é encaminhado para outras unidades, um processo que finaliza o atendimento dessa pessoa, pelo uso da expressão marcadora “e... tá”, a qual confirma o fechamento de possibilidades. Esses elementos *in vitro* não possuem sentido; o sentido é adquirido apenas na associação desses elementos com as práticas fragmentárias do contexto do serviço.

O fato de a triagem ser realizada de forma mecânica, resumir-se numa série de perguntas com o único objetivo de colher informações sobre o sujeito e verificar

---

¹⁰² Em gramática, o deslocamento de certos constituintes de uma oração para a esquerda dessa mesma oração constitui uma função normativa chamada “topicalização”. Numa sequência de língua falada, será esse elemento que iniciará a oração, de modo que se perceba que o interlocutor procura fazer um pré-anúncio daquilo que vai proferir em seguida. É uma forma de prender a atenção do interlocutor, que acaba esperando a revelação (IGNACIO, 2007).

sua compatibilidade, fazem com que ela se assemelhe aos tradicionais interrogatórios policiais. Nestes, a pessoa é explorada ao máximo sobre o que lhe aconteceu (ou o que provocou esse acontecimento), para, somente depois de satisfeitas todas as condições impostas pelo investigador, se ter uma resposta definitiva sobre o futuro. Novamente lembro que um indivíduo que procura um serviço de saúde o procura porque está vivenciando um problema em sua vida. É responsabilidade do serviço adaptar-se para desenvolver de estratégias pautadas na escuta atenta e no acolhimento como dimensões cuidadoras, em sua prática.

Sabidamente, a investigação do perfil básico é um procedimento utilizado pelos trabalhadores de qualquer serviço, durante a triagem. No caso em estudo, a triagem serve de cenário crucial para a consolidação dos critérios de inclusão. Entretanto, é importante lembrar que, nas práticas dos trabalhadores, existem alguns equívocos sobre a função da triagem e dos instrumentos utilizados nela (a escuta e o acolhimento). Primeiro, porque a triagem não deveria gerir o funcionamento do serviço, e sim o acolhimento. Segundo porque a própria sistemática de atendimento apresenta-se mecânica, organizada na forma de ações programadas, quando deveriam ser construídas ao longo do processo terapêutico como um projeto, e não como uma série de eventos sucessivos, isolados e limitados.

O simples fato de ouvir as demandas do outro não quer dizer que o trabalhador esteja realmente atento e reflexivo para elas. Reduzida a um elemento secundário, a escuta abre espaço para as “intermináveis” e “desgastantes” perguntas (“tudinho”). A escuta, como entendo, não se posiciona como instrumento central da relação estabelecida entre trabalhador, serviço e usuário. Ela fica desviada de sua verdadeira função, pois obedece a um conjunto de

critérios impostos pelos profissionais ao sujeito (comentar queixas e motivos), quando deveria centralizar-se na capacidade de produzir atores, acolhendo as demandas do outro e transformando trabalhadores e serviço em co-partícipes de projetos de vida e politização. Seria um projeto dinâmico, evitando o engessamento, a desrealização e ajudando pessoas a crescer.

A escuta, como instrumento que visa ao reposicionamento das relações entre os indivíduos, também parece apagada no momento em que o usuário, após a identificação do seu perfil, é imediatamente encaminhado para a consulta psiquiátrica. Vale lembrar também que o serviço, que deveria ter a psiquiatria como mais uma profissão a trabalhar com uma das muitas facetas do sofrimento mental, organizando-se dessa forma abre espaço para o desenvolvimento de uma relação hegemônica com a loucura, que já conhecemos, e que, no contexto da reforma psiquiátrica, procuramos superar.

A escuta terapêutica, aquela que produz vida e dignidade, demanda tempo, disponibilidade, interesse, afetividade e sensibilidade. Sem esses requisitos mínimos, será difícil promover a reabilitação psicossocial de sujeitos. O ato de escutar vai além do ouvir, porque não se trata de uma atividade fisiológica, mas de inserir-nos no espaço objetivo externo do outro e também no seu subjetivo interno, com atitudes participativas, empáticas, congruentes, inclusivas e compartilhadas (HIRDES, 2001; PERRAUD et al, 2006; JORMFIELD et al, 2007).

Compreendo que a triagem deva cumprir seu papel como parte do processo de resolubilidade do sistema, mas não como condutora da prioridade para se conceder acesso. Ela deve ser considerada como um conjunto de procedimentos que ressignifica o ingresso do usuário no serviço, onde o acolhimento e a escuta são mais fundamentais do que as perguntas clássicas de um questionário. A triagem

perde muito de si mesma, assumindo que se resume ao preenchimento de critérios, quando deveria oferecer a oportunidade para a pessoa manifestar-se, interagir, reagir e compartilhar.

Quando falamos de saúde mental, o serviço precisa ficar mais atento às nuances do sofrimento, inserindo outros dispositivos de cuidado no interior das práticas. Uma triagem que funciona como interrogatório não traz esperança ao sujeito que apresenta um problema, apenas gera mais exposição e mais estigma. Isso porque o indivíduo em sofrimento mental pode encarar o ingresso no serviço como um “rito de passagem”, nem sempre devendo, ou sabendo, ou querendo falar de sua vida num primeiro encontro. A “descoberta” de seu problema vem com a relação, com o vínculo, com a potência do encontro, com o acolhimento à sua dor e sofrimento. As perguntas, praticamente compactadas num único questionário também podem fazer parte de um roteiro específico a ser investigado pelo profissional, durante o relacionamento do usuário potencial com a porta de entrada no serviço. É dizer que as técnicas utilizadas pelos trabalhadores e que fundamentam parte de sua prática são importantes, mas podem ser *pari passu* repensadas, na dinamicidade do atendimento.

Finalmente, a representação ideológica sobre o usuário no interior dos serviços e presente no discurso dos trabalhadores revela o potencial da clínica como modelo, do tratamento como dispositivo e da impessoalização como modalidade de relacionamento. A doença assume uma realidade como entidade “viva”, presente no mundo, quando fragmentada num diagnóstico, sobrevivendo através do apagamento do sujeito e de sua singularidade.

Nesse sentido, quando falo em clínica, falo na possibilidade de ressituar seu conceito e o modo como ela se conforma na prática, isto é, discutir seu objeto

de trabalho em saúde. Um objeto complexo, que, apesar de trazer repercussões limitantes para o indivíduo, não o impede de compartilhar, curtir, trocar, relacionar-se, rir, chorar, enfim, viver.

Exercer a superação dialética é apresentar-se disponível para entender que a vida só é vida, porque é uma “polaridade dinâmica” (CANGUILHEM, 2000), sendo, por isso, permeada de vicissitudes e fenômenos contraditórios. A loucura, como dimensão da vida humana e como objeto do saber psiquiátrico, tensionada ao longo da história clássica e (re)tensionada nas propostas inventivas, ainda não foi assimilada nem como conhecimento racional, para a qual é possível extrair respostas coletivas, nem como um fenômeno que altera a percepção da vida subjetiva e grupal. No cotidiano do serviço, a prática parece que não tem conseguido ressignificar a teoria, e a teoria parece que não consegue fornecer subsídios para ressignificar a prática. O engessamento e a dúvida se colocam, nesse sentido, entre o início e o fim do processo de trabalho em saúde mental. O profissional, diante disso, se situa no meio, sem saber como discutir as dúvidas e transformar a sua prática. Corre-se o risco de assumir determinadas posturas teóricas e práticas que, ao invés de libertar e problematizar, normalizam, docilizam, tutelam, bem como limitam o espaço de crescimento do outro. Esse assunto será discutido a seguir.

6.3 ENTRE O NORMAL E O PATOLÓGICO EM SAÚDE MENTAL: O DISCURSO DA BENEVOLÊNCIA E A DOCILIZAÇÃO, COMO DIMENSÕES CUIDADORAS, NA PRÁTICA

Em nossa realidade, diversos discursos sociais têm sustentado a construção da loucura como um fenômeno complexo e de difícil compreensão. Na história da

humanidade, diferentes concepções conviveram contraditoriamente, ora marcadas pelo misticismo, ora pela abstração, ora por grande concretude, ora por religiosidade. Contudo, a concepção moderna de loucura como doença mental, relativamente recente, produziu a elevação da loucura à categoria racional da explicação científica e considerou o louco como objeto de estudo e exploração. Mais do que isso, a loucura foi normalizada, incorporada no senso comum como um defeito, como uma produção desarticulada da vida, sendo necessário resgatar o louco dos vícios de uma razão desviada e de suas conseqüências, reorientar seus comportamentos e estabelecer critérios para análise, investigação e exploração de seu problema (PESSOTTI, 1994; AMARANTE, 2003; FOUCAULT, 2003; FREITAS, 2004; GUANAES; JAPUR, 2005).

No decorrer da transição entre dois modelos¹⁰³ distintos de assistência em saúde mental (o asilar e o psicossocial), a loucura passou a ser tensionada como objeto e como fenômeno, como dimensão da vida e como perturbação, como limitação e como experiência singular. Por mais que haja um conhecimento complexo sobre a loucura na atualidade, a maior dificuldade ainda repousa sobre o modo de ressignificar o senso comum e o cuidado no interior dos serviços, de modo que possam incorporar, na prática, as transformações que renascem da teoria (DESVIAT, 1994; COSTA-ROSA, 2000).

Mesmo que pareça haver (e não pareça haver, ao mesmo tempo) certo “consenso” sobre a loucura, cada trabalhador se utiliza de um conhecimento parcial, que embora não reproduza as concepções universais, fica responsável por gerir a prática no interior dos espaços sociais de atendimento e reabilitação. Como

---

¹⁰³ Quando se fala em modelos assistenciais em saúde, fala-se de um projeto de organização e produção de serviços a partir de um conjunto de saberes determinados (como a clínica), assim como de projetos políticos voltados para ações sociais específicas na sociedade (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA FILHO, 1991).

ele está relacionado à clínica tradicional psiquiátrica (o diagnóstico, a patologia, a crise, o surto, o paciente), parece natural que os trabalhadores reproduzam, na prática, o conhecimento compartimentalizado da teoria. Com a loucura caracterizada como falta e erro, como desvio e excesso, e como experiência limitante, aos poucos a clínica vai conformando a proposta política, a política vai conformando o serviço, o serviço vai conformando a prática dos trabalhadores, e estes vão conformando o atendimento à clientela:

Investigador - Me explica um pouquinho o que que tu consideras como normalidade, né? Que...

Trabalhador - Não há um termo muito correto, eu acho assim, entendeu, né? Foi o que me veio na mente agora. Cada um... não é o que é dentro da normalidade, mas o que aquele... aquele ser consegue fazer, entendeu? Dentro da sua capacidade, né? Dos seus limites, da tua, né? Que normal, acho que é uma coisa que...depois que entrei aqui eu não tenho mais esse conceito do que é normal e de que não é normal, né? Mas dentro do que aquela pessoa consegue desenvolver, né? Dos limites, né? Da sua capacidade... então que aquela pessoa, né? Tu trabalha a capacidade pra que ela consiga ter uma autonomia um dia, ter uma vida mais livre assim, né? Não tão dependente das pessoas, dos outros, né?

Parece não ser fácil para os trabalhadores descrever o que é normal ou patológico, em saúde mental. Por serem eventos complexos e por situarem-se totalmente no terreno da abstração, o sujeito se utiliza de uma ferramenta linguística chamada de **metadiscurso**¹⁰⁴, a qual revela as dificuldades de explicação de determinados eventos. De acordo com Moraes (2005), um metadiscurso não é um recurso estilístico da linguagem, pois ele está imerso nos contextos sociais como mecanismo fundamental para desvendar as interações sociais e seus efeitos

¹⁰⁴ Halliday (1973) define um metadiscurso como um elemento linguístico que possui atributos textuais e interpessoais. Cumpre sua função textual o metadiscurso que possibilita ao falante organizar o que está dizendo, de tal forma que faça sentido no contexto e realize sua função como mensagem. No entanto, um metadiscurso vai além da função textual e gera efeitos interpessoais. Nesse caso, o metadiscurso imprime uma marca de singularidade, expressa a percepção dos indivíduos, os sentimentos pessoais, e como esses elementos se mesclam no decorrer do processo de interação social.

de sentido. Entretanto, um metadiscurso só adquire um significado, quando incorporado a um contexto específico, em que leitor e escritor (ou entrevistador e entrevistado, no caso de discursos orais como este) constroem, juntos, a materialidade ideológica da linguagem.

Esses metadiscursos funcionam como estruturas de linguagem que procuram amenizar, intensificar, eliminar ou corrigir questionamentos ou reações surgidas nos sujeitos em interação. É dizer que o metadiscurso avalia-se a si mesmo, corrige-se, intensifica determinados enunciados, deixando que estes se expressem por si mesmos, para revelar o potencial dialógico da interação. No contexto estudado, o sujeito tenta “ser compreendido”, ao ser estimulado a falar de eventos normalmente “incompreensíveis”. Como se fosse necessário provocar uma nova busca pelo sentido da mensagem, ficando claro o quanto o falante procura interagir com o receptor, para compartilhar essas mensagens.

No fragmento destacado, o sujeito começa com o metadiscurso como elemento fundamental, para depois introduzir suas reflexões. Esses metadiscursos produzem variações semânticas ao longo do discurso analisado. Quando questionado sobre o significado da normalidade em saúde mental, ele procura antecipar um possível erro de interpretação, como afirmam Charadeau e Maingueneau (2006), dizendo: “eu acho assim, entendeu, né?”. Nessa situação destacada, ao dizer que “acha assim”, o sujeito está tentando repassar um significado singular para conhecimentos abstratos de difícil significação (o normal e o patológico). Ou seja, nesse momento, o importante não é a avaliação do interlocutor no processo de interação, mas mostrar que o trabalhador possui uma opinião própria sobre o assunto e pode discuti-la, apesar de sua complexidade.

O trabalhador também parece ter pretendido mencionar que, estando equivocado ou não, concluiu um raciocínio para o qual foi estimulado a refletir, utilizando-se de outro metadiscurso, desta vez para reafirmar seu propósito (“foi o que me veio na mente agora”). Vale lembrar que os elementos metadiscursivos citados estão deslocados na oração para a esquerda, antes do significado a ser reparado (o fenômeno da topicalização da linguagem). Isso significa que há uma necessidade de prender a atenção do interlocutor, para justificar-se antes de explicitar própria justificativa.

Inicialmente, como se pode notar, os metadiscursos prenunciam um determinado acontecimento linguístico (a reflexão do trabalhador sobre o conceito de normalidade). À medida que o assunto vai adquirindo consistência, as dúvidas sobre o significado do tema também começam a aparecer. Essas dúvidas se materializam tanto nos fenômenos metalinguísticos como no contexto social. É dizer que as incertezas sobre a complexidade dos conceitos rondam o discurso por meio de elementos de metalinguagem e repercutem na prática, às vezes de maneira equivocada, limitada e enviesada.

Os metadiscursos posteriores confirmam a necessidade de autocorreção do conteúdo enunciativo, para evitar equívocos na comunicação. O trabalhador pretende lembrar - por meio de metadiscursos - que, dentro do campo do normal e do patológico, existem questões importantes, porém que merecem diferenciação. Se antes ele se referia ao *conceito*, agora ele discute o *estado* de normalidade. Como se o conceito fosse discutido no plano da abstração e o estado no terreno da prática.

Existe uma dificuldade lógica da psiquiatria para compreender o “incompreensível” e encarar as interrogações da humanidade. Ela desenvolveu,

durante séculos, um corpo de conhecimentos racionalizantes que pudessem descrever eventos complexos, mesmo que fragmentassem os sentidos da experiência humana. Trata-se de tentar exercer a dominação sobre algo indomável, tentar exercer poder sobre algo no qual o sucesso virou fracasso. Sem dúvida, ainda é natural que os profissionais recorram ao arsenal de uma clínica que procura realizar diagnósticos impecáveis, mesmo que objetualizem o sujeito e esquadrinhem a vida. No entanto, quando esse diagnóstico se depara com situações que fogem da nossa realidade mais corriqueira, para o qual a racionalidade não tem explicações, surgem as incertezas. Nesse sentido, em que medida a clínica pode atenuá-las, quando, junto com as dores, elas retiram do sujeito sua personalidade, sua livre responsabilidade sobre a vida e a morte? (GADAMER, 1996).

O que importa numa relação com a loucura está na forma como seus atores desenvolvem estratégias para compreendê-la. Ainda que o campo da saúde mental respeite definições tradicionais, o fato de o trabalhador compreender que deva trabalhar naquilo que o louco pode fazer, para que ele desenvolva o mínimo de autonomia¹⁰⁵, já é um avanço importante, quando falamos em reabilitação psicossocial. Sabemos que a loucura impõe limitações psicossociais ao sujeito, mas é possível tirar proveito dessas limitações a partir de um processo de trabalho que capte suas potencialidades. Isso quer dizer que podemos trabalhar com o *estado de normalidade*, tão precioso para a clínica tradicional, sem, contudo, esquecer de que podemos *produzir vidas e trocas* nos espaços sociais de atendimento.

---

¹⁰⁵ Utilizo a definição de Castoriadis (2004) para descrever a autonomia do sujeito em sofrimento mental. De acordo com o autor, um indivíduo social é um indivíduo consciente, sendo capaz de raciocinar, calcular, socializar. Um sujeito que pode pôr em discussão as significações imaginárias da sociedade em que vive, até mesmo as instituições construídas por essa sociedade, está a um passo do projeto de autonomia. Um projeto que é individual - quando é subjetivo, singular - e social ao mesmo tempo - quando ligado a uma situação coletiva e social-histórica. Nessa condição, a autonomia também está diretamente relacionada à possibilidade de libertação. Por isso, a atividade livre de um sujeito não pode ser senão aquela que visa à liberdade dos outros.

Nesse sentido, a reabilitação psicossocial¹⁰⁶ torna-se a estratégia terapêutica que visa a trabalhar com essas questões. Ela procura oferecer um conjunto de atividades nas quais indivíduos que são prejudicados, tornados inválidos ou dificultados por uma desordem mental alcancem um ótimo nível de funcionamento na comunidade. Destina-se a aumentar as habilidades (*habilities*) da pessoa, diminuindo as deficiências (*disabilities*) e os danos (*handcaps*) da experiência do transtorno mental (SARACENO, 2001). A reabilitação, como entendo, procura trabalhar com a limitação do sujeito, mas não somente com esta, pois a experiência limitante não inviabiliza o desenvolvimento de outras potencialidades, nem impede a recuperação¹⁰⁷ de outras funcionalidades ou dimensões do sujeito que experencia o sofrimento mental.

O trabalhador parece tensionar, no cotidiano de sua prática de atendimento ao usuário, conceitos importantes no campo da saúde mental, como limite e capacidade. Se entendermos o limite como algo imposto pela realidade ou pela condição do sofrimento, mas que pode ser transformado por não ser totalizante da vida, estaremos contribuindo para a promoção e recuperação do indivíduo, assim como preconiza a reforma psiquiátrica. Ao contrário, quando a limitação adquire sua centralidade no projeto terapêutico e nas práticas dos trabalhadores,

---

¹⁰⁶ Essa noção de reabilitação integra a proposta da Organización Mundial de la Salud (2001). Para ela, a doença é percebida como desvio da saúde normal e descrita em termos orgânicos (sinais e sintomas); “dano” como disfunção de uma determinada estrutura psicológica, fisiológica ou anatômica; “desabilitação” como limitação ou perda de capacidades operativas produzidas por hipofunções; “deficiência” como desvantagem, consequência do hipofuncionamento e que impede o desempenho (*performance*) do sujeito ou quaisquer capacidades a ele interligadas. Para maiores informações sobre o assunto, consultar Pratt, Gill e Barret (1999), Hirdes (2001), Saraceno (1999) e Lussi, Pereira e Junior (2006).

¹⁰⁷ Um serviço de saúde mental que se preocupa com a recuperação (*recovery*), como premissa entre as diferentes dimensões totalizadoras da vida do sujeito, aproxima-se mais das prerrogativas da reabilitação psicossocial e da reforma psiquiátrica. Recuperar não diz respeito somente ao ato de resgatar algo perdido pelo sofrimento mental, mas deve ser visto como um processo de autodescoberta, em que se deve focalizar nas habilidades inerentes às vicissitudes da vida. É como uma viagem que busca o crescimento pessoal, pois o transtorno mental não se caracteriza somente pela limitação. Ele pode oferecer espaços para a mudança e a transformação, a reflexão e a descoberta de novos sentidos de viver (GRIFFITHS; RYAN, 2008; MARTIN et al, 2008).

estaremos correndo o risco de desenvolver estratégias que não prejudicam, mas que também pouco contribuem para a libertação. Isso porque, ao invés de promover autonomia, autogestão e cidadania, a intervenção passa a ser pautada no compadecimento, na comoção e na benevolência¹⁰⁸.

No discurso anterior, por exemplo, o entrevistado fala da necessidade de estimular a capacidade do indivíduo para a vida cotidiana, referindo-se à questão da autonomia. No entanto, esse trabalho parece voltado para o desenvolvimento de certa “capacidade adaptativa” para a vida social, para que o usuário consiga conviver com o mínimo de dificuldades na comunidade. Ao enxergar mais a limitação do que a potencialidade, o serviço de novo deixa de re-politizar o sujeito, para adequá-lo aos padrões socialmente aceitos e estabelecidos como norma.

Há um conector contra-argumentativo que confirma esse posicionamento (“mas”). No momento em que o trabalhador diz que é importante trabalhar com as diferentes possibilidades do usuário, ele mesmo, logo adiante, estabelece graus de importância para sua própria fala. Desloca-se, portanto, o sentido de o serviço estimular o sujeito para o fato de o mesmo serviço trabalhar “dentro do que aquela pessoa consegue desenvolver”. Ou seja, a prática parece estar voltada para a independência do indivíduo em relação à comunidade, mas contraditoriamente vem estimulando sua dependência em relação ao serviço.

O próximo fragmento do discurso confirma essa tendência de centralização na docilização de corpos e pouco trabalho visando à libertação de sujeitos:

Investigador - Que tipo de clientela vocês atendem?

Trabalhador - Ah, sim, a nossa clientela o que que é? É transtorno mental, é esquizofrênico, bipolar e... ah! qual é o outro? Como é que é?

---

¹⁰⁸ Pelo fato de o discurso da benevolência não prejudicar a convivência, mas também não libertar o sujeito, ela adquiriu a valoração “não-negativa”.

Eu não sei direito assim, só sei que é... mais o quê, que eu posso falar pra ti? Ah, tem casos também que a gente leva o paciente em casa, tá? Então é assim, o familiar não... não tem, ah, condições de trazer, tirando que eles, né? Tem que ser o paciente mesmo, se ele não tem condições de sair de casa até o nosso serviço, que eles ficam inseguros, né? Que eles não conseguem chegar nem no ponto de ônibus, aí a gente vai buscar em casa, aí a gente busca assim, um bom tempo, aí a gente tira e faz o treinamento também, muitos casos a gente já fez treinamento pra eles irem sozinhos e voltarem sozinhos, né? Com o... aí, nesse caso assim também tem um grupo que a gente tenta socializar, porque muitos a... o familiar não tira eles, né? Não levam eles pra, como é que eu posso explicar? A... a gente ensina eles o que é banco, a gente leva eles no banco, a gente leva o mais comum, banco... banco, a lotérica, os museus, a gente leva em mercado, a gente leva eles no shopping pra eles terem aquela socialização, e muitas vezes pra eles poderem lidar sozinhos, porque o familiar tem muito medo de... ah, mandar ele até numa panificadora, entendeu? São muito, eles protegem demais, né? E não é por aí, por aí a gente faz esse trabalho pra eles poderem se desligarem um pouquinho e ter uma vida, né? Como é que a gente diz assim? Com mais autonomia, né? É isso aí.

O estudo de Nunes et al (2008) destaca que geralmente existe um conflito de posições entre os trabalhadores de saúde mental, no que tange ao diagnóstico e às concepções do objeto de cuidado na área. Muitos profissionais fazem uma distinção entre o que seria de domínio da psicopatologia e da ordem do social. Há dificuldades em sistematizar conhecimentos e práticas que possibilitem interpretar sintomas como manifestações comportamentais e inscritas num contexto sociocultural. Chega-se a pensar que um sintoma pode ser uma resposta da desordem social, mas pouco se trabalha visando identificar esses determinantes, como avaliar a família ou a comunidade, nesse contexto. Isso, por sua vez, reduz o potencial de intervenção terapêutica do serviço como um todo.

Nesse sentido, os autores descrevem que os trabalhadores se encaixam em três grupos distintos de assistência. Do primeiro grupo fazem parte os profissionais que trabalham num “modelo psicossocial com ênfase na instituição”. Trata-se de um grupo centrado numa concepção psicossocial de cuidado, mas num fazer institucionalizado, pouco orientado por práticas territoriais. Num segundo grupo, inserem-se os trabalhadores orientados pelo modelo territorializado, que valorizam

as experiências subjetivas dos sujeitos e não os desvinculam da comunidade e da família, além de mostrarem-se preocupados com as esferas jurídica e política do mesmo. E o terceiro grupo é formado pelos trabalhadores orientados por um “modelo biomédico humanizado”. Nesse modelo, há uma ênfase na psicopatologia, com enfoque no cuidado assistencialista e muitas vezes tutelar, com posturas pedagógicas muitas vezes verticalizadas, com práticas voltadas para o reposicionamento de manifestações, para que sejam compatíveis com a reinserção social. Nesse caso, os trabalhadores desenvolvem a humanização do ponto de vista da esfera tutelar, com ações normalizadoras e pouco críticas sobre a vida, as relações humanas e o próprio sentido do cuidado.

Discuti anteriormente o fato de o trabalhador levantar recursos linguísticos para realizar transferências semânticas (como a sinédoque), principalmente no que tange ao conhecimento sobre a clientela do serviço. Nesse fragmento em especial, a sinédoque também está presente, assim como algumas estruturas metadiscursivas e alguns marcadores discursivos, especialmente os de substituição.

No caso do **metadiscurso**, o trabalhador seguidamente faz referências ao fato de que assume determinadas responsabilidades com o usuário que seriam, conforme diz, da família. Por exemplo, afirma que o serviço acompanha o “paciente” ao banco, ao ponto de ônibus, ao museu, busca em casa e leva ao *shopping*. No entanto, ao mesmo tempo em que executa essas atividades, ele mesmo não parece ter certeza da finalidade de seu próprio trabalho, evocando elementos do tipo: “mas o quê, que eu posso falar pra ti?”, “como é que eu posso explicar?” e “como é que a gente diz assim?”.

Esses elementos linguísticos aqui funcionam como tentativas de reformulação de seu próprio enunciado, como se o sujeito estivesse buscando novos

conhecimentos para encaixá-los dentro de uma mesma sequencialidade discursiva. Dito de outra forma, demonstram o quanto o trabalho com a loucura ainda é incerto para ele, principalmente nos aspectos relacionados à reabilitação psicossocial.

“Aquela socialização”, por exemplo, para o trabalhador, diz respeito à prática de acompanhar o usuário nos ambientes sociais, de ensiná-lo a comportar-se nesses locais. Aqui, o recurso da pronominalização aparece funcionando, ao substituir o pronome “nós” por “a gente” (típico do contexto coloquial), remarcando a singularização da equipe como unidade, num evento marcado pela oralidade (a entrevista).

Compreendo que, embora se deva considerar o fato de que o serviço esteja preocupado com o processo de ressocialização do sujeito, não é levando o louco para passear que estaremos promovendo socialização. “Aquela socialização” entendida pelo profissional não é compatível com “aquela socialização” que conheço e defendo, como princípio ideológico da vida. Quando se leva o indivíduo ao banco, à lotérica, ao museu, tendo por base apenas um treinamento de suas habilidades sociais ou uma convivência superficial com a sociedade, continua-se adestrando o indivíduo, buscando sua docilização. Nesse caso, voltaremos aos tempos em que Pinel desenvolveu as bases de seu tratamento moral, como único e eficaz recurso pedagógico responsável pela recuperação das habilidades sociais do louco. Ensiná-lo a exercer as atividades fundamentais da vida cotidiana não quer dizer que estamos promovendo autonomia. Ao contrário, poderá reforçar o imaginário social com o compadecimento, a comoção e a pena, como sentimentos e práticas que substituem a solidariedade, o compartilhamento, o respeito mútuo e a necessidade de valorização dos potenciais humanos.

Portanto, de acordo com Canguilhem (2000), reside aqui uma das grandes dificuldades para construir as pontes entre conhecimentos que se aproximam e se distanciam, ao mesmo tempo. A fronteira entre o que é normal e o que é patológico já é imprecisa, por natureza, para indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único indivíduo, e para o mesmo indivíduo considerado sucessivamente. Aquilo que é posto como normal, mesmo que “normalizado”, pode ser patológico em outra ocasião, se permanecer inalterado. Isso porque o normal é o efeito obtido pela norma manifestada no ato. Só que quem avalia essa condição é o próprio indivíduo, porque é ele que sofre com a incapacidade e com a insuficiência do momento. Portanto, é preciso entender que o fenômeno patológico transforma a personalidade do doente, para não correr o risco de ignorá-lo, porque:

para julgar o normal e o patológico não se deve limitar a vida humana à vida vegetativa. Em última análise, podemos viver, a rigor, com muitas malformações ou afecções [...]. e é nesse sentido que qualquer estado do organismo [...]. acaba sendo, no fundo, normal, enquanto for compatível com a vida. O homem, mesmo sob o aspecto físico, não se limita ao seu organismo. É, portanto, além do corpo que é preciso olhar para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo (CANGUILHEM, 2000, p.162).

A leitura ideológica da doença, codificada e que estimula a divisibilidade do sujeito é a prova de que a psiquiatria procura sobreviver na materialidade social pela cristalização e difusão de seus conhecimentos, e não pela possibilidade de redimensionar o tratamento. Para romper com essa tradição ideológica de funcionamento é preciso transformar a estrutura das instituições e dos saberes que elas produzem sobre a pessoa “internada”, bem como o olhar que os trabalhadores desenvolveram ao longo de sua trajetória sobre o processo. Exercer a superação de modalidades de saber baseados na docilização, na castração e no adestramento é

presumir a constituição de um projeto terapêutico que amplie e reposicione as relações entre os atores e as instituições onde atuam (BASAGLIA, 2001).

A loucura, tensionada no contexto do processo saúde/doença e institucionalizada na linguagem dos atores sociais, parece ficar em suspenso e ser pouco repensada como fenômeno da existência material. Ao ser assumida por uma roupagem clínica que a absorve como “diagnóstico”, que a transforma em limitação e incorpora, no plantel de suas práticas, a benevolência, o compadecimento e a comoção, como medidas tutelares sobre a loucura, os trabalhadores se distanciam do sujeito singularizado que busca, no serviço, um sentido e uma possibilidade para problematizar a sua vida. Mais do que isso, ao distanciar-se do sujeito, o trabalhador parece distanciar-se da possibilidade de compartilhar o cuidado, ou seja, de tratá-lo como um processo de relacionamento constituído *com* o outro e não *para* ele, envolvendo contratualidade e negociação coletiva.

A “politicidade” do cuidado em saúde reside na ambivalência da ajuda, que, sendo poder, tanto domina como liberta. É dizer que o cuidado alcança seu sentido mais político quando ultrapassa as fronteiras do saber como algo absoluto (que domina) para produzir vida, direitos e cidadania (que liberta). Utilizando-se do discurso da liberdade, mas sorrateiramente trabalhando o princípio ideológico da fraternidade¹⁰⁹ nas relações interpessoais, o cuidado continua estimulando a opressão e a subversão, para manter a posição de domínio sobre o outro. Assim, o

---

¹⁰⁹ Guatarri e Rolnik (2005) afirmam que a “infantilização” (das mulheres, dos loucos e de certos atores sociais) seria uma função da economia subjetiva capitalística, quando “pensam” por nós, tanto na organização coletiva, quanto nos meios de produção social. Isso quer dizer que parte de nossa vida (o falar, o viver, o envelhecer, o morrer, o adoecer) vai sendo gradualmente absorvido por um sistema que a controla e monopoliza. Nessa situação, os equipamentos coletivos, como os de ação sanitária ou saúde mental, só o que fazem é reproduzir as vontades do Estado, que busca controlar, disciplinar, instaurar uma hierarquia e manipular as ações humanas.

cuidado foge do *ethos* que o alimenta, da democratização que o apóia, do sentido que o valoriza e da emancipação que autonomiza (PIRES, 2005).

O cuidado oferecido pelas instituições de saúde mental se torna pedagogicamente potente quando promove a interação, o respeito, a renovação e a reinvenção daquilo que, por muito tempo, foi esquecido pela chancela do hospital psiquiátrico: o humano. Isso porque aqueles serviços que agregam pouco valor às experiências humanas e reduzem determinadas experiências subjetivas a um corpo de conhecimentos inanimados tendem a reproduzir os inúmeros “jardins de bonsais¹¹⁰” japoneses, onde as plantas são supervisionadas e impedidas de crescer além dos limites pré-estabelecidos pela ação humana sobre o ambiente (VALENTINI, 2001).

Nesse sentido, quando se trata de “desinstitucionalizar” a loucura, o louco e a própria clínica, fala-se em promover a desfixação do aparato institucional que movimenta a lógica normativa e prescritiva das instituições e dos conhecimentos. Trata-se de desinstitucionalizar o corpo de saberes produzido por uma psiquiatria que dissociou a doença da existência, valorizando mais o sintoma (sobre o qual se constroem a instituição e determinadas práticas), a fragmentação e a compartimentalidade, do que a singularização. A verdadeira desinstitucionalização será conhecida como processo teórico-prático-crítico, quando reorientar instituições, serviços, saberes, práticas e estratégias, em torno do objeto

---

¹¹⁰ Valentini (2001) faz uma analogia ao cuidado em saúde mental em instituições tradicionais com os jardins de bonsais japoneses. Segundo o autor, um bonsai não passa de uma planta que foi induzida a desistir de crescer. Desistência esta induzida pela ação humana através da poda, tanto das raízes quanto dos galhos das plantas. Essa ação mecânica tem por objetivo o plantio em vasos que oferecem pouca área de expansão para o crescimento das raízes. No caso do hospital psiquiátrico ou de outras instituições que operam de modo semelhante, o foco está no “defeito” e que deve ser corrigido. Um defeito aprisionado em ambientes mínimos, controlados, e com “pouca terra” para permitir a germinação do sujeito, semelhante ao ato da poda. Assim, o sujeito vai se apagando, conforme o tempo vai passando, impedindo-o de refletir sobre a sua vida, de compartilhar suas experiências, de ter direito a ir e vir, enfim, de imaginar ou enxergar um futuro além daqueles espaços.

“doença”. Assim, ao contrário de centralizar-se na cura, busca-se a emancipação; ao invés de pensar na reparação, busca-se a reprodução social de pessoas. Procura-se evitar o reducionismo, valorizando a sociabilidade, as redes e a complexidade da vida (ROTELLI, 2001).

Esse capítulo trouxe algumas das representações discursivas dos trabalhadores sobre os usuários. No seio da reforma psiquiátrica, discutiu-se a apropriação de certos conceitos entendidos pelos trabalhadores e elementos linguísticos usados no discurso sobre o atendimento do usuário. No entanto, considerando como premissa básica do processo de reabilitação psicossocial a inserção das redes de relações do usuário no tratamento, abordarei, a seguir, a representação dos trabalhadores sobre a família, assim como o que pensam e fazem com relação a ela.

7 O TRABALHADOR E A “PARCERIA” DA FAMÍLIA: O DISCURSO DO DISTANCIAMENTO

Sabemos que qualquer situação de adoecimento ou sofrimento pode alterar a nossa percepção do mundo. A doença é um processo que faz parte do contexto da vida, sendo, por isso, impossível dissociá-la como uma entidade independente. A doença às vezes limita, é ansiogênica, prejudica o desenvolvimento das atividades cotidianas e também traz influências na constituição das relações entre as pessoas. A doença altera nossa maneira de viver coletivamente, a nossa relação com o mundo e, mais intimamente, a nossa família.

Por outro lado, uma situação de adversidade pode ajudar na descoberta de novos potenciais e novos vínculos afetivos dentro do grupo familiar. Isso quer dizer que o agente estressor até pode provocar alterações no modo de vida da família, mas também ajuda no processo de readaptação ao momento, fortalecendo os laços de amizade, o respeito, a solidariedade e a convivência pacífica entre os membros do grupo.

A família é a célula mestra da sociedade contemporânea, atuando não somente na constituição existencial dos indivíduos, como também na proteção e socialização de seus membros (ROMAGNOLI, 2006). Em situações potencialmente estressoras, como no processo de adoecimento, todo o contexto familiar é afetado. Isso porque a família é uma continuidade da vida do sujeito, ela possui suas crenças, seus costumes, inclusive pode sofrer junto com seu parente as experiências limitantes causadas pela doença. O serviço de saúde que consegue adaptar-se ao modo de operar centrado no sujeito e passa a incluir a família como parceira em seus cuidados ajuda no fortalecimento de vínculos, na maior integração entre os indivíduos e no desenvolvimento integral do ser humano

(MOEN; WETHINGTON, 1992; PINHO; KANTORSKI, 2004; ROSE; MALLINSON; GERSON, 2006; DOGRA; VOSTANIS, 2007; PULIDO; MONARI; ROSSI, 2008).

No modelo manicomial de Pinel, testemunhou-se uma ênfase na família como aquela cúmplice resignada e grata pela internação do paciente. Isso porque a família não era vista como parceira, mas como um sistema doente, fragilizado, sendo parcialmente culpabilizada pela doença de seu parente. Em prol da recuperação, o doente deveria ser afastado do convívio com a família, pois somente assim era possível resgatar o indivíduo e restabelecer sua razão desviada pelos vícios oriundos da situação de doença mental (SARACENO, 2001).

Se no contexto manicomial a família é deslocada para fora do tratamento, no contexto da reforma psiquiátrica ela passa a ser entendida como o cenário fundamental da recuperação do sujeito em sofrimento mental. Isso porque a família é a conexão desse indivíduo com a sua comunidade e, mesmo que também esteja doente, ela deve ser incluída, acolhida, tratada e cuidada no interior dos serviços, como protagonista do tratamento (LOBOSQUE, 2007).

Assim, a família é retomada não como cúmplice, mas como parceira; não como agente etiológico, mas como uma rede de relações, um suporte para o indivíduo enfrentar condições de adversidade em sua vida. A família é uma extensão dos laços afetivos, possui seu próprio sistema de crenças, costumes, experiências e vínculos sociais, assim como um modo peculiar de organização na sociedade. Portanto, a família vai além do elo de parentesco, para ser elevada à condição de aliada na luta contra o sofrimento imposto pelo transtorno mental.

Entretanto, a relação instituída entre os serviços de saúde mental substitutivos e a família nem sempre está pautada na concepção da família como parceira do tratamento. Neste estudo, a partir da aplicação do diagrama

axiológico-discursivo, chegou-se à conclusão de que a representação discursiva final dos trabalhadores do CAPS sobre a família é a de ***distanciamento (negativo)***¹¹¹. Isso quer dizer que o CAPS de Joinville chega a promover atividades inclusivas para a família no tratamento de seu parente com sofrimento mental, mas seu discurso ainda possui características excludentes, que a distanciam do sistema de cuidados.

Apesar de já ter apresentado as etapas que levaram à construção do discurso prototípico sobre as famílias, optei por repeti-las neste momento, mais por uma questão estética, para não ficar como o único capítulo em que não constaria essa proposta. Depois disso, introduzo a análise do material discursivo propriamente dito.

---

¹¹¹O que é positivo, negativo, não-positivo ou não-negativo só adquire sentido se analisado em conjunto com a realidade historicamente situada, e não de forma isolada, como se fossem eventos independentes. Isso porque, na lógica dialética, não se busca enumerar o movimento do pensamento. Ao contrário, procura-se conectar todos os eventos que o compõem, tendo em vista que contradição e oposição só existem dentro de sua correspondência e união. Somente assim o homem torna-se capaz de dominar a sua natureza, transformando-a e criando para si novas condições de existência (ENGELS, 2000).

7.1 O PROCESSO DE SISTEMATIZAÇÃO METODOLÓGICA

Modalidades Semiodiscursivas de Implicação (Dizer e fazer)		Combinação Semiótica (dizer e fazer)	
Dizer/Dizer	Dizer/Fazer	Dizer e dizer Dizer e fazer Dizer mas dizer Dizer mas fazer Fazer e dizer Fazer mas dizer	
Dizer e dizer Dizer mas dizer	Dizer e fazer Dizer mas fazer		
Modalidades Semiodiscursivas de Inibição (Não-dizer e não-fazer)		Combinação Semiótica (não-dizer e não-fazer)	
Dizer/não-dizer	Fazer/não-fazer	Dizer e não-dizer Dizer mas não-dizer Fazer e não-dizer Fazer mas não-dizer	
Dizer e não-dizer Dizer mas não-dizer	Fazer e não-fazer Fazer mas não-fazer		
		Dizer e não-fazer Dizer mas não-fazer Fazer e não-fazer Fazer mas não-fazer	

Quadro 18 - Dimensões semiodiscursivas (saberes e práticas) - familiares. Construção do modelo de combinações semióticas de acordo com as representações discursivas

REPRESENTAÇÕES SOBRE OS FAMILIARES
- A família acha que o indivíduo está possuído ou é sem vergonha mesmo
- A família deveria participar mais do tratamento
- A família não sabe lidar com o seu parente, que é doente
- A família nega, não aceita a doença mental, tem medo
- Falta conhecimento dos familiares sobre o transtorno mental
- O tratamento depende muito da participação da família
- protegem demais (evitando exposição)
- Só procura o serviço quando há parente com transtorno mental
- Uma minoria de familiar participa das discussões

Quadro 19 - Etapa 1 - Construção do repertório lingüístico sobre a prática dos trabalhadores em saúde mental (dados limpos)

REPRESENTAÇÕES SOBRE OS FAMILIARES (DE DISTANCIAMENTO)					
REPERTÓRIOS LINGÜÍSTICOS	ENUNCIADO Os protagonistas são os atores (a família)	ENUNCIÇÃO O falante é o protagonista (os trabalhadores)			
	(-A) (profissional identifica uma carência)	Atitude Passiva (-A) (o que não se faz ou não se diz)		Atitude Ativo-Construtiva (+A) (o que se faz, pode fazer ou deve fazer o que se diz, pode dizer ou deve dizer)	
		Explícita	Implícita	Explícita	Implícita
- A família acha que o indivíduo está possuído ou é sem vergonha mesmo - A família não sabe lidar com o seu parente, que é doente - Falta conhecimento dos familiares sobre o transtorno mental	Desconhecimento conceitual (prejuízo) Desconhecimento procedimental (atitude) Desconhecimento conceitual (educativo)	Inquietude (T6, T8, T12)	Culpabilização (T8, T12)	Incentivar a Orientação/Divulgação – “Campanhas” (T6, T12, T14, T13)	Promoção de Educação/Reeducação (T6, T12)
- A família deveria participar mais do tratamento - O tratamento depende muito da participação da família	Inibição relativa (parcial)	Co-participação		(Co) Responsabilização – “Atividades em Grupo” (T5, T12) Reivindicação (T8)	
- Só procura o serviço quando há parente com transtorno mental - Uma minoria de familiar participa das discussões	Implicação relativa interessada Implicação relativa interessada		Lamentação (T12, T8, T10)		
- A família nega, não aceita a doença mental, tem medo - protege demais (evitando exposição)	Negação da doença Ocultação do doente			Promoção de treinamento de habilidades sociais – “ensinar a ir no banco, lotérica...” (T16)	Resignação (T16)

Quadro 20 - Etapa 2 - Identificação dos processos de enunciado e enunciação - Representação sobre as famílias

Modalidades de Implicação (Dizer e fazer)		Combinação Semiótica (Dizer e fazer)	Situação-chave (contexto discursivo)
Dizer/Dizer	Dizer/Fazer	Dizer e dizer	A família não entende o fenômeno da loucura
Dizer e dizer	Dizer e fazer	Dizer e fazer	Os trabalhadores do serviço procuram dar uma retaguarda para a família
Dizer mas dizer	Dizer mas fazer	Dizer mas dizer	Existe suporte para a família, mas ela deveria participar mais do que participa atualmente no tratamento
		Dizer mas fazer	-----
		Fazer e dizer	-----
		Fazer mas dizer	Existe suporte para a família, mas a eficácia no tratamento depende da colaboração e participação da família

Modalidades de Inibição (Não-dizer e não-fazer)		Combinação Semiótica (Não-dizer e não-fazer)	Situação-chave (contexto discursivo)
Dizer/não-dizer	Fazer/não-fazer	Dizer e não-dizer	A família protege (demais) o parente com transtorno mental
Dizer e não-dizer	Fazer e não-fazer	Dizer mas não-dizer	Faltam campanhas de conscientização da família e da comunidade, mas o serviço não sabe como fazer
Dizer mas não-dizer	Fazer mas não-fazer	Fazer e não-dizer	O serviço ensina o usuário a ir ao banco, lotérica, museu e assume responsabilidades que seriam da família
		Fazer mas não-dizer	O trabalho com o usuário busca sua autonomia, ao contrário do que pensa a família (proteção, exposição)
		Dizer e não-fazer	A família geralmente só procura o serviço quando vivencia situação de sofrimento
		Dizer mas não-fazer	Muitas vezes o doente mental é abandonado, mas o serviço não tem pernas pra trabalhar essas questões

Quadro 21 - Etapa 3 - Combinações semióticas das representações discursivas dos trabalhadores sobre os familiares (articulação do *corpus* com os processos enunciado/enunciação)

Combinação Semiótica (Implicação e Inibição)	Discursos Prototípicos	Discurso Representativo Final (Combinação Axiológica)
Dizer*/fazer** (+A) (Atitude Ativo-Construtiva) *o que se diz, pode dizer ou deve dizer **o que se faz, pode fazer ou deve fazer	Orientação/Divulgação Co-responsabilização Treinamento (de habilidades sociais) Educação/Reeducação Resignação	DISTANCIAMENTO (Negativo)
Não-dizer/Não-fazer*** (-A) (Atitude Passiva) ***o que não se faz ou não se diz	Reivindicação Preocupação/Co-participação Culpabilização Lamentação	

Quadro 22 - Etapa 4 - Construção do discurso representativo final e eixos temáticos de discussão.

Orientação/Divulgação + Treinamento + Educação/Reeducação – A inclusão da família no serviço: evitar desentendimentos e idéias equivocadas, apenas oferecer apoio e suporte para suportar a carga do sofrimento mental (já que o principal é atender o usuário) ou considerá-la como co-partícipe do tratamento sem culpabilizá-la?

Co-participação + Resignação + Culpabilização – A família antes e depois: a transição do modelo asilar (excludente) para o modelo psicossocial (inclusivo) ainda está pautada no paradoxo de responsabilização e culpabilização da família.

Lamentação + Reivindicação + Co-responsabilização – As disputas de papel no interior do serviço: a família que “deposita” a responsabilidade pelo cuidado ao seu parente no serviço e o serviço que executa esse cuidado, mas responsabilizando a família pelo abandono e pela falta de participação.

7.2 O PARADOXO DA INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO SERVIÇO: ENTRE A CARÊNCIA PELA SOBRECARGA E A RESPONSABILIZAÇÃO PELO AFASTAMENTO

Em se tratando de serviços substitutivos, um dos objetivos é incentivar a família a participar, da melhor forma possível e viável, do cotidiano assistencial dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo, sendo, por isso, um sistema muito importante para o trabalho dos CAPSs. A inclusão da família como co-partícipe do tratamento vai além do mero incentivo ao usuário, mas principalmente pela participação direta nas atividades do serviço, tanto internas como externas (BRASIL, 2004b).

Os trabalhadores têm consciência da importância da família no tratamento do usuário. Fato este traduzido no desenvolvimento de atividades voltadas para ela. O fragmento abaixo discute um pouco a proposta inclusiva do serviço em relação ao familiar:

***Investigador** - Então, eu vou te fazer cinco perguntas, tá, são seis perguntas na verdade, cinco mais uma, e aí, se tu me permitir eu vou fazendo alguns apontamentos pra depois a gente validar ao final, né? Mas inicialmente eu queria que tu comentasses sobre o atendimento no serviço. É claro que a gente já vem comentando informalmente, mas eu gostaria que tu pudesses comentar alguma coisa pra ficar registrado.*

***Trabalhador** - Bom... o atendimento é... pra pessoas com transtornos mentais graves, né? A gente atende é... os usuários acima de 16 anos, é um trabalho direcionado pro usuário, pro usuário que tá apresentando esse transtorno mental né, grave, tá na sua fase evolutiva, a gente retoma, então a gente prioriza os que são mais graves, vamos dizer assim, né, que tão com sintomas mais exacerbados e existe também o atendimento voltado pro familiar, né? Que ele seria um, uma retaguarda também pro familiar no atendimento, desse, além de estar, é, recebendo também um atendimento, mas a gente vê que esse, ah, 50% vamos dizer assim, do atendimento, da eficácia vai depender também da participação desse familiar, né, pra ele tá inserido nesse tratamento né, colaborando também com esse tratamento né? É... o atendimento diário, das 7 às 18 hs, é... a gente tá cadastrado como CAPS II, por causa até da questão do município ter uma população acima de 200.000, a gente tá com 480.000 habitantes, né... é... eu vejo que um atendimento na área de saúde mental diferenciado, né, nós temos um atendimento de, pra transtornos*

mentais na rede básica de saúde e esse atendimento que está hoje no, é considerado da rede básica, é uma referência, é dentro do serviço de referência. Acho que é isso.

No contexto de transformações da assistência psiquiátrica, uma instituição que se propõe a inserir a família dentro do plantel de práticas está responsabilizando-se por ela, como uma extensão das relações sociais dos usuários. Em outras palavras, quando atendemos o usuário, devemos pensar que por trás dele existe um sistema que pode ou não estar vivenciando uma situação de sofrimento. Atendê-lo, acolhê-lo e incluí-lo pode, nesse sentido, ser o primeiro passo em direção ao redimensionamento do cuidado psiquiátrico no interior dos serviços.

Existe uma expressão gramatical que possibilita pensar no quanto o serviço está preocupado em atender as demandas da família. Nessa construção, o recurso linguístico utilizado é um **conector aditivo** (“e”). Logo após o sujeito discorrer sobre o atendimento com base no perfil da clientela (já discutido anteriormente), o trabalhador se utiliza desse conector para mostrar que também existe atendimento ao grupo familiar, como um evento paralelo e complementar ao do indivíduo em sofrimento mental.

O fato de os trabalhadores lembrarem-se da família dentro das práticas do serviço já revela uma ampliação teórica e técnica da dimensão do cuidado em saúde mental, compatível com as prerrogativas de um modelo de atendimento que luta pela inclusão de um sistema¹¹² naturalmente excluído do contexto de tratamento. Entretanto, no momento em que o trabalhador afirma que “também

---

¹¹² Pensar de uma forma sistêmica na família pressupõe compreensão aos aspectos ligados à sua individualidade e à sua organização como grupo. Papp (1992) refere que um sistema familiar não é somente a união de indivíduos para formar um grupo, mas a união de indivíduos que, com suas particularidades, criam um produto muito maior do que a mera soma das partes. Pensar na família como um sistema é procurar unir esforços, mas também compreender o contexto em que ela está inserida, suas demandas, suas condições e suas interações com outros sistemas.

existe atendimento ao familiar”, ele chama a atenção para a própria concepção institucional de família assumida pelo serviço, que é incerta. Ao dizer que também existe atendimento ao familiar, ele tanto pode estar pensando na família como um coletivo singular para o qual o serviço está atento, como também não ter a percepção suficiente de que a família é um sistema que, no contexto do serviço, acaba sendo deslocado para dar centralidade ao usuário.

Nesse contexto, há uma palavra que, de certa maneira, ajuda no esclarecimento dessas incertezas. A família parece lembrada no discurso do trabalhador como precisando de “retaguarda”. Do ponto de vista discursivo, essa é uma das primeiras representações dos trabalhadores em relação ao atendimento ao grupo familiar. A palavra “retaguarda” aqui está deslocada de seu contexto original (o contexto militar), no entanto, parece ter seu sentido preservado. Nesse caso, ela participa do rol de linguagens trópicas, sendo aqui utilizada como **metáfora**¹¹³.

A metáfora faz parte do uso figurativo da linguagem, como integrante do conjunto de conhecimentos retóricos que buscam modificar a forma de recepção da mensagem do interlocutor. A essência da metáfora está relacionada à possibilidade de conhecer e experimentar determinados conceitos no lugar de outros, uma vez que a metáfora apenas sobrevive se existirem pessoas dentro do sistema conceitual. É dizer que uma metáfora pode servir de veículo para a

---

¹¹³ Sontang (2003) faz uma aproximação conceitual do uso da metáfora no campo da saúde. Em doenças socialmente estigmatizadas, como a tuberculose e o câncer, é comum o uso, inclusive por profissionais de saúde, de metáforas emprestadas de outros contextos sociais, como o militar. Nessas situações, o câncer e a tuberculose “prolifera”, “invadem” ou se “estendem” para outras partes do corpo, revelando a ideia do mórbido, do inacessível, do perigoso. Quando essas metáforas estão relacionadas ao doente, elas mudam de sentido, revelando o lado culturalmente excludente das doenças. A autora faz uma comparação entre a tuberculose e a loucura como doenças responsáveis pelo nascimento de linguagens excludentes e isolantes. No caso da loucura, por exemplo, tem-se a caprichosa ideia de que o paciente seria uma pessoa “turbulenta”, “descuidada”, um “marginalizado”, enfim, um “perdedor”. Essas metáforas revelam o poder altamente culpabilizatório do sujeito, como se ele fosse responsável pelo seu próprio mal e merecesse punição por algo socialmente inconcebível.

compreensão das coisas, apenas pela força de sua base experiencial (LAKOFF, 1980).

No contexto militar, quando se oferece retaguarda a alguém, quer dizer que se está fornecendo a essa pessoa proteção, segurança e confiança contra um momento de adversidade (uma guerra, por exemplo). No caso da saúde mental, a retaguarda à família quer dizer que o serviço está atento às dificuldades da família e procura dar um suporte responsável, dinâmico e efetivo à desestabilização proporcionada pelo sofrimento mental. Quer dizer que, além do suporte e do apoio psicoemocional, os trabalhadores parecem estar preocupados com a inserção da família no tratamento, principalmente quando esta (totalmente ou em parte) vivencia diariamente as circunstâncias limitantes do sofrimento, suas manifestações nem sempre espontâneas, bem como os cuidados, que exigem tempo e disponibilidade. Nesse caso, parece que os trabalhadores vêm buscando continuamente formas e estratégias para compartilhar, incluir e acolher suas demandas, como parte do projeto terapêutico.

De outro lado, a questão do atendimento como uma “retaguarda” pode pressupor o desenvolvimento de diferentes reações entre os agentes do processo. Primeiro, podemos pensar numa consolidação de laços afetivos e de confiança emocional com a família, fundamentais num contexto em que se preconiza o vínculo contratual¹¹⁴ como instrumento genuíno de cuidado contemporâneo, em saúde mental. Em segundo lugar, podemos perceber que a “retaguarda” pode

---

¹¹⁴ Alguns estudos mais recentes, como o de Catty, Winfield e Clement (2007) vêm ressignificando o conceito de relacionamento terapêutico em saúde mental. Para os autores, o relacionamento terapêutico seria uma tecnologia de cuidado oriunda do conhecimento psicanalítico freudiano e que é focalizada nos relacionamentos entre os indivíduos. Quando buscamos a colaboração e a parceria de alguém no processo terapêutico, estamos nos referindo a um fenômeno particular: o de “aliança terapêutica”. Na aliança terapêutica, a essência do cuidado é elevada à contratualidade, pois não basta assumir o sujeito como co-partícipe do processo terapêutico, sem oferecer um relacionamento pautado na negociação. Tornar o sujeito co-protagonista é o primeiro passo para resgatar o respeito, o vínculo, a confiança e a honestidade dos relacionamentos humanos.

enviesar esse mesmo cuidado e transformá-lo numa relação de dependência patológica da família em relação ao serviço. Ou, em terceiro lugar, quando a “retaguarda” oferecida para a família não é correspondida, ou seja, quando a família resiste ao acompanhamento sistemático no serviço ou se afasta, principalmente com o subterfúgio de aliviar as suas demandas psicoemocionais. Nesses dois últimos casos, é comum que o vínculo entre profissionais e famílias esteja mediado pelos conflitos na comunicação, cada um deles projetando - no outro - os sucessos e as impotências no tratamento do usuário.

Em certo sentido, compreendo que a participação da família é fundamental para a recuperação do indivíduo em sofrimento mental, justamente pelo fato de ela ser uma fonte de capitalização de forças que geram conforto, sensação de amparo e estabilidade. Contudo, uma família que vivencia uma situação de sofrimento mental também está sujeita a desenvolver uma série de sentimentos contraditórios em relação ao tratamento. Se por um lado o sofrimento mental já é um evento culturalmente estigmatizado, do qual a família tenta se proteger, por outro ela busca um refúgio no serviço para que este lide com as questões mais complexas que envolvem o comportamento de seu parente. Nesse caso, é comum que a família delegue a responsabilidade do cuidado ao serviço, como uma saída para o alívio da sobrecarga físico-emocional gerada pelo sofrimento mental.

Alguns estudos (SOUZA; SCATENA, 2005; MELMAN, 2006; PEGORARO; CALDANA, 2006; JORGE et al, 2008 e SCHRANK e OLSCHOWSKY, 2008) vêm discutindo a questão da sobrecarga da família no cotidiano dos cuidados em saúde mental. Para os autores, a questão da sobrecarga da família está relacionada ao modo como ela percebe seu envolvimento com o indivíduo com transtorno mental e como se responsabiliza por este seu parente. Sendo a família um sistema cultural

singular, ela possui representações particularizadas da realidade, que emergem no decorrer do processo de cuidar, tanto no serviço, como no domicílio.

A família que vivencia uma situação de sofrimento mental está sujeita a passar por três tipos de sobrecarga. O primeiro diz respeito à sobrecarga financeira, principalmente quando o indivíduo em sofrimento mental apresenta um conjunto de manifestações comportamentais que exigem atenção integral da família, comprometendo sua inserção no mercado de trabalho. Na segunda situação, ocorre a sobrecarga de cuidado, em que a família se situa entre a prestação de um cuidado zeloso e preocupado com o outro, mas ela se desgasta pela necessidade contínua de readaptação de suas atividades da vida cotidiana, em função dos encargos gerados pelo sofrimento mental. Por último, temos a sobrecarga físico-emocional, com o aparecimento de problemas orgânicos ou psicológicos derivados do cuidado intensivo ao portador de sofrimento mental, como problemas gastrintestinais, privação do sono e esgotamento emocional (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

Para a família de alguém com transtorno mental, o fardo que gera a sobrecarga é causado por uma série de determinantes físicos, emocionais e sociais. A família geralmente é responsável por prover toda a atenção e o acolhimento necessários à pessoa doente. Isso cria uma demanda que extrapola as relações mais subjetivas, pois altera a percepção sobre a conduta humana em sociedade, seus hábitos de vida diários (dormir, comer, entre outros), suas rotinas domésticas e externas, inclusive sua organização para enfrentar as dificuldades econômicas impostas pelo sofrimento, nem sempre de curto prazo. Com a readaptação das tarefas internas, algumas pessoas podem ficar mais sobrecarregadas que outras, e

isso exige que a família busque constantemente estratégias de flexibilização, que demandam mais esforço e geram esgotamento (KOGA; FUREGATO, 2002).

No caso da saúde mental, todos os afetos (positivos ou negativos) sentidos pelos trabalhadores podem ser um sinal de como o relacionamento deles com as famílias ainda é marcado mais pela responsabilização, que pelo comprometimento genuíno. Por exemplo, no discurso apresentado, é possível constatar a necessidade de participação da família durante o tratamento de seu parente. Ela estando suficientemente envolvida, na mesma medida que o serviço, torna-se um reforço positivo que contribui para o próprio sucesso das intervenções no campo psicossocial. No entanto, se o sucesso do tratamento “vai depender” do envolvimento da família, é o mesmo que dizer que os trabalhadores se comprometem, mas não se responsabilizam por completo pelo tratamento. Assim, abre-se uma lacuna entre o “dizer” do trabalhador - sobre o cuidado solidário, interessado pelo contexto da família -, e o “fazer” - transportado para o terreno da responsabilização pelo não-envolvimento integral dela.

Com a aplicação do diagrama axiológico-discursivo, por exemplo, foi possível comprovar metodologicamente que o trabalhador de saúde mental “fala pouco” sobre as famílias. Duas dimensões do discurso não foram contempladas: a dimensão do “dizer mas fazer” e a dimensão do “fazer mas dizer”. Postas em análise, produziriam novas relações (de contradição e de implicação), que repercutiriam em novas discussões. Com a falta de materialidade do *corpus*, entretanto, o discurso ficou polarizado, duelando entre a preocupação com a família na parceria do tratamento (que aproxima), e também a insuficiência em termos de propostas inovadoras de inclusão (que distancia). O discurso abaixo é um reflexo dessa realidade:

Investigador - Então eu gostaria que tu me comentasse, né? Que tu me falasse sobre os fatores que possam contribuir para o melhor funcionamento do serviço.

Trabalhador - Acho que uma coisa, uma capacitação geral de funcionários.

Investigador - Hum... [Foi interrompido]

Trabalhador - ...um aumento assim, investir em capacitação, e nisso nossa secretaria de saúde é bem devagar... né? Eu acho que se poderia se investir mais na nossa capacitação... poderia melhorar os recursos, né? Verba, recurso financeiro, né? Poderia ser melhor pra gente poder fazer mais coisas, que nem... vai fazer uma festa junina e a gente acaba tendo de fazer... tirar dinheiro do bolso pra comprar brinde, pra poder fazer a festa... Então assim até o nosso carro que... agora que a gente tá com essa ambulância ali. Mas chegou uma época da gente andar com um carro sem fundo... que não tinha freio então você tem que andar com um carro que não tinha freio! Então assim, coisas bem precárias... Então assim, quando fala de saúde mental, eles mandam tudo que é resto que vai pra saúde mental [rindo].

Investigador - Hum... Então tu acha assim que a saúde mental nesse momento... né? Hoje como ela está sendo vista, ela fica meio que desacreditada no município, é isso?

Trabalhador - Hã... bem... eu acho que falta até que esteja um... Ai lá a assembléia na câmara, como é que é o nome? De lá partiu prum fórum, mas pensa num debate, né?

Investigador - A... [Foi interrompido]

Trabalhador - ...e o que eu vi assim... Meu! Tinha a Tânia que é vereadora, mas assim pouquíssimos vereadores, e ficaram o quê? Meia hora, e foram embora! Então um negócio assim... só foram pra consultar... tipo assim faltou interesse mesmo da nossa parte política, eu pensei assim que eles se interessassem mais... até mesmo a população, porque foi convidado os familiares, foi mandado convite pra quase tudo, e foi uma minoria de familiar, uma minoria de gente... então assim o povo não se interessa muito.

Investigador - Tu acha que a população também não se... [tentou dizer “mobiliza” e foi interrompido]?

Trabalhador - ...não, não!

Trabalhador - Normalmente a secretaria não se mobiliza pra ajudar a saúde mental e acreditar mais na saúde mental, a população também não. Mesmo porque a população assim... ela... falta orientar, se vê que é haver muito do cultural isso... mas é bem assim: saúde mental é uma coisa marginalizada, né? Então assim paciente mental, ele não dá voto... E assim os que tão ali procurando é familiar que tem alguém com transtorno, né? Que tá passando por essa dali é aquele que sim, né? Porque senão a maioria... e muitas vezes assim... o... por exemplo, o paciente mental, dificilmente ele tem família, né? Que a família se afasta... e [...]

Inicialmente, ao discutir o (des)apoio da gestão municipal de saúde mental, o trabalhador comenta que falta interesse por parte dos familiares em participarem das discussões. Essa relação de desinteresse foi explicada tendo por base o envio de convites que, no entanto, foram pouco correspondidos.

Para explicar as relações existentes entre a ausência da família e o desinteresse, do ponto de vista do trabalhador, existem duas estruturas linguísticas a serem destacadas: uma delas é a **hipérbole** e a outra se refere ao uso de alguns **marcadores discursivos**.

A hipóbole é a modalidade figurativa da linguagem em que há novamente o emprego da subjetividade, desta vez de maneira exageradamente intencional (aumentando ou diminuindo). Com as hipóboles, o foco desvia-se da palavra propriamente dita para acentuar de forma relativamente “dramática” aquilo que se quer dizer, transmitindo uma imagem ampliada da realidade. O que determina o poder da hipóbole nas inscrições enunciativas não é o conteúdo informacional da sequência, mas a sua orientação argumentativa em relação ao contexto em que aparece (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2006).

A hipóbole inscreve uma funcionalidade na linguagem diferente de outras estruturas linguísticas. Por ser flexível a ponto de aumentar ou diminuir a expressividade de determinadas relações semânticas, a hipóbole sobrevive não por causa do exagero em si que provoca nos contextos conversacionais, mas por causa da compreensão exagerada que tem o interlocutor sobre esse contexto. No caso da saúde mental, no momento em que o trabalhador afirma que o serviço convidou os familiares dos usuários para participarem das reuniões, a contestação do convite veio na forma de uma “minoria de familiar”, uma “minoria de gente”. Como o diminutivo “minoria” aqui está funcionando como uma figura hiperbólica, ele dá a

impressão de que o serviço fez um chamamento especial para praticamente toda a comunidade de Joinville (“quase tudo”), sendo, contudo, correspondido com uma pequena ou “quase insignificante” parte dela (“minoridade de gente”). Assim, os trabalhadores se justificam, colocando-se numa posição resignada de que “fizeram o que podiam” e depositando na família a responsabilidade pelos problemas internos durante o tratamento. Entendo que esse juízo negativo de valor é pouco compatível com a imagem positiva de compromisso e preocupação anteriormente demonstrada.

Há um advérbio, com seu adjetivo subsequente que está funcionando como marcador discursivo e que também permite realizar essa inferência (“dificilmente”). Na ocasião, o advérbio está intensificando uma atitude valorativa excludente (e equivocada) por parte do trabalhador, já que este parece referir-se ao usuário como se ele fosse um “ser sem vínculos”. Isso quer dizer que o indivíduo, quando se transforma em usuário do serviço, ficaria sem família, já que o serviço convoca, oferece atendimento e ela não comparece. Fica aqui um jogo truncado de “transferência de responsabilidades”, como se a família responsabilizasse o serviço pelo cuidado por ser sua obrigação, e o serviço responsabilizasse a família por se afastar do tratamento.

Claro que o trabalhador procura argumentos convincentes para o fato do distanciamento da família. Seu discurso se volta para o estabelecimento de certas relações de implicação, todas elas transferindo graus de responsabilidade para o grupo familiar (valorações negativas do ponto de vista de juízos de valor).

Por exemplo, ao ser convidada e não comparecer, isso dá margem para o trabalhador imaginar que ela está afastada. Agora, se ela está afastada porque transfere o cuidado para os trabalhadores, é porque ela está desinteressada pelo

tratamento. E se ela está desinteressada é porque desconhece o fenômeno da loucura e a sua própria importância como co-partícipe do tratamento. O interessante nessa implicação é que existe uma intenção de transferir responsabilidades para a família, quando, na verdade, forma-se um circuito que inicia e termina na equipe, pois o entrevistado responsabiliza a família (pelo afastamento), mas sente-se responsabilizado implicitamente (pelo desconhecimento da família).

A expressão atenuante “não se interessa muito” complementa essas implicações. Na verdade, quando dizemos que alguém “não se interessa muito”, assemelha-se a dizer que essa pessoa “se interessa quase nada”. O trabalhador não quer ser ameaçador no contexto conversacional, o que poderia dar margem ao interlocutor pensar que os trabalhadores preferem responsabilizar a família a assumi-la como parte de um projeto terapêutico institucional. Isso seria um equívoco importante para um serviço que nasceu pela reinvenção das coisas e que preconiza a inclusão como premissa fundamental de sua prática.

Esse conjunto de manifestações atitudinais, que agregam juízo de valor aos eventos discursivos, servem para avaliar positiva ou negativamente o comportamento humano, sempre levando-se em consideração o conjunto de normas institucionalizadas pela sociedade. Essas normas que estão em jogo revelam regramentos, responsabilidades ou expectativas sociais, sendo possível, por isso, avaliar se o comportamento do sujeito está sendo moral, imoral, legal ou ilegal, socialmente aceitável ou não, normal ou anormal e assim por diante (WHITE, 200-).

Nesse sentido, em se tratando de processos enunciativos, o falante pode governar as condições contextuais e sintáticas necessárias para transmitir aquilo

que obviamente quer transmitir. Tal justificativa se deve ao fato de que o enunciador se serve da linguagem para influenciar, em maior ou menor grau, o comportamento daquele com quem se comunica. Por exemplo, numa condição de interrogação, o enunciador pode querer suscitar uma “resposta”; quando afirma com muita certeza um fato, está na verdade promovendo uma “intimação” (uma ordem, um chamado). Essas relações revelam o potencial dialógico do discurso, as quais podem buscar, na materialidade da linguagem, sempre novas caracterizações para os mesmos eventos (BENVENISTE, 1999).

No caso da saúde mental, durante séculos sustentou-se a tese de que o fechamento da família sobre si mesma, às vezes associado à supervalorização, à idealização de uma família nuclear perfeita ou à intensificação dos pensamentos de que ela não deve se dissociar ainda mais na situação de doença, contribuía para a constituição de um longo processo de culpabilização do grupo familiar. Para mudar isso, é necessário repensar o lugar da família no tratamento, de preferência sem a formação de estereótipos que reforçam mais o isolamento do que o vínculo. A família precisa expandir, expressar sua singularização, problematizar a loucura, para que possa ser ressignificada como parceira, e não como cúmplice ou vítima do processo de adoecimento psíquico (MELMAN, 2006).

É comum, no contexto do relacionamento interpessoal, agregar juízos de valor aos comportamentos humanos. Representando a família como um grupo “desinteressado” por estar “afastado” do serviço, ou seja, culpabilizando-a por um evento relativamente discutível, o trabalhador vai transformando a “aliada” em “vilã”¹¹⁵ do tratamento. De um lado, fica o trabalhador que acolhe, mas

---

¹¹⁵ Com essa representação discursiva sobre as famílias, voltamos aos tempos em que Pinel assumiu o legado de investigar, tratar e combater os vícios desviantes da loucura, na França pós-revolucionária. Entre as medidas tutelares, estava o afastamento provisório da família, vista pela

responsabiliza; de outro, encontra-se a família, que se afasta porque quer, pode ou porque só necessita de um tempo para reorganizar-se e cuidar de suas outras demandas, muitas vezes esquecidas pelos encargos com o sofrimento mental. Logo, com a falta de relacionamento dialógico fica difícil envolver um grupo que já foi penalizado culturalmente perante a comunidade por não saber “controlar o seu louco”.

Uma das características mais marcantes da sociedade moderna está na construção de todo um sistema de culpabilização. Nesse sistema, os atores vão desenvolvendo mecanismos que servem de imagem de referência para fatos ou experiências vividas, que impõem certo grau de comparabilidade às ações humanas. A sociedade vai se condicionando ao enquadre de situações complexas da vida em grandes categorias unificadoras e redutoras, o que bloqueia o desenvolvimento da criatividade, da inovação e da transformação (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

Sendo assim, para ressignificar o atendimento à família, não basta dizer que acolhemos, para depois cobrarmos por esse acolhimento. Deve-se ter a consciência de que é preciso entendê-la como um coletivo singularizado que se organiza como pode, para participar do processo de reabilitação psicossocial. O cuidado dos trabalhadores, livre dos juízos de valor negativos (afasta-se, nega, não aceita, desconhece), deve encarar a família como uma aliada no processo de tratamento do usuário. Independente de ela conhecer ou não, aceitar ou não, afastar-se ou não, a inclusão implica valorização das subjetividades e protagonismo. Um protagonismo que é construído na convivência recíproca do cotidiano, quando

---

medicina mental como incapaz de resolver a insanidade do seu parente por também estar adoecida, além de procurar, no atendimento médico, uma alternativa concreta para se livrar de um “incômodo”, que perturbava a ordem e os bons costumes da época (CASTEL, 1978).

serviço e família se entendem como parceiros, compartilham as dificuldades e propõem alternativas. Famílias e serviço, juntos, constroem relações genuínas, onde os juízos de valor moral que não agregam crescimento humano dão lugar à flexibilidade, à autonomia e à participação horizontal.

7.3 A DIMENSÃO DA PRÁTICA DOS TRABALHADORES COM O CONTEXTO FAMILIAL: A (DIFÍCIL) TAREFA DE PROMOVER A INCLUSÃO

Se, por um lado, é fácil encontrar “justificativas” sobre a ausência da família, por outro é difícil planejar estratégias de busca, conscientização e inclusão dela no terreno das práticas. O trabalhador afirma que o primeiro contato da família com o serviço geralmente se desenvolve na tentativa de negar a loucura. Nesse caso, os trabalhadores acreditam que esse contexto é resultado das explicações culturais equivocadas sobre a loucura na história da humanidade:

Investigador - Hum.

Trabalhador - Muitas vezes também por ignorar a doença por não saber, não conhecer.

Trabalhador - Bom, do que eu vejo a princípio, quando eles chegam aqui é a negação... é não aceitar que seja a... doença mental, então tem aquele negócio: “Ah, não é isso aí...” quando eles [...] com a religião, ele acha que é uma possessão, que é né? “Ah... tá endemoniado!” , quando não é isso: “Ah, não, ele é sem vergonha mesmo, ele é malandro, se ele tiver dinheiro na mão deles, eles não rasgam!”, então assim, acho que falta conhecimento.

Investigador - Hum. Tu acha então que falta um pouco de/de trabalho com essa...?

Trabalhador - Trabalho, isso, trabalho, orientação, né? Campanhas.

Investigador - Hum.

Trabalhador - Assim como a gente tem essa campanha pela dengue, né? Então aquela campanha assim que CHEGA, né? Em tudo que é canto, entendeu? A gente poderia ter uma campanha assim em saúde mental, né?

Afinal de contas, 10% da população ou é ou vai ser, né? [rindo], Então, assim, é um número bem grande.

Uma pessoa que vivencia algumas situações catastróficas em sua vida, como o luto, a perda ou uma doença grave, está sujeita a experienciar cinco estágios¹¹⁶ de adaptação. No primeiro deles, o mais característico é a negação ou o isolamento, onde a pessoa geralmente apresenta sinais de intolerância, espanto, choque e desespero. A negação vem como uma forma de não acreditar naquilo, como se o evento pudesse ser reversível ou como se ele nunca tivesse existido. A pessoa, nessa situação, precisa de tempo para digerir o fenômeno, para pensar nas perspectivas de futuro convivendo com o problema e, principalmente, de acolhimento por parte de qualquer outra pessoa de suas relações.

A morte ou a situação de doença grave rompem com o equilíbrio da família. Esse rompimento depende, em maior ou menor grau, de uma série de determinantes, estando associados ao modo como a família compreende e maneja os conflitos no cotidiano. Por isso, numa situação de doença grave, os profissionais precisam estar atentos para os seguintes aspectos: 1) o contexto social em que a família está inserida; 2) a história pregressa de outros acontecimentos semelhantes; 3) o impacto de cada situação nos membros do grupo familiar; 4) a natureza da doença grave; 5) o papel que a pessoa doente assume no contexto da família e; 6) a abertura do sistema familiar para opiniões e esclarecimentos (BROWN, 2001).

---

¹¹⁶ Para Kübler-Ross (1992), os outros estágios de adaptação são: barganha, raiva, depressão e aceitação. Embora os estudos da autora estejam mais relacionados com o contexto do fim da vida, ela comenta que uma pessoa passa pelos cinco estágios de adaptação em qualquer situação catastrófica de sua vida. Nesse caso, se poderia considerar o sofrimento mental na família como uma dessas situações, já que qualquer processo de adoecimento é potencialmente ansiogênico e carregado de expectativas, dúvidas, percepções e sentimentos contraditórios.

As reações de choque e espanto ficam caracterizadas pelo pensamento de que o sujeito está “endemoniado”. No discurso do trabalhador, fica evidente que o fato de “estar endemoniado” não parece ser entendido como uma possível justificativa que represente a necessidade de adaptação da família frente à realidade totalmente adversa para ela. Nesse caso, o discurso responsabiliza a família pelo desconhecimento conceitual sobre o fenômeno da loucura, quando ela atribui a causas sobrenaturais às razões para determinadas manifestações comportamentais de seu parente.

Para reforçar essa ideia de que ela desconhece a loucura, o trabalhador reproduz em seu discurso argumentos que, originalmente, seriam da própria família, em geral como se fossem emitidos quando ela procura o serviço e verbaliza o processo de negação e rechaço ainda no domicílio. Em análise do discurso, essa apropriação pelo falante de um discurso de outra pessoa é chamada de **discurso direto**¹¹⁷, no qual existe um processo narrativo com intenção de reproduzir fielmente as palavras do falante.

No fenômeno da enunciação, a linguagem está relacionada à expressividade de certa relação dos sujeitos com o mundo. Esses indivíduos manifestam acordos, desacordos, mobilizações ou dissociações por meio do próprio discurso, transformando-se em locutores essenciais dos eventos comunicativos. No entanto, nos eventos enunciativos, um locutor pode também ser um co-locutor ao mesmo tempo, quando há a introdução de outras falas em sua própria fala. É dizer que há

---

¹¹⁷ A diferença existente entre o discurso direto e o indireto está no papel do emissor da mensagem. Conforme Charaudeau e Maingueneau (2006), essas duas classificações do discurso mostram a propriedade que a linguagem tem de falar por ela mesma. No discurso direto, o narrador cita a palavra de um emissor externo, da forma fiel como foi pronunciada. Já no discurso indireto, o narrador se utiliza das palavras do emissor, mas as reformula, explicando com suas próprias palavras.

uma referência a um sujeito externo, que alimenta a criação de novos contextos dentro de um contexto já singularizado por natureza (BENVENISTE, 1999).

Nos três discursos diretos identificados, o narrador é o próprio trabalhador, numa tentativa de chamar a atenção do interlocutor para a magnitude do problema. Na primeira situação, potencializa-se o processo de negação da família (“Ah, não é isso aí...”), reproduzindo a ideia de que ela se espanta quando é diagnosticado o transtorno. Na segunda situação, a família procuraria outras explicações para as manifestações de seu parente, em geral de cunho religioso (“Ah... ta endemoniado!”); enquanto que, na terceira situação, haveria um misto de loucura como desvio da moral e dos bons costumes, pelo fato de a família acreditar no louco como malandro, vagabundo ou “esperto”. Esses discursos diretos são conectados com o uso de conjunções conclusivas do tipo “então”, que, apesar de relembrares concepções mais tradicionais sobre a loucura, têm por objetivo revelar a solidez com que elas ainda povoam o imaginário cultural da sociedade.

A doença mental geralmente é representada pelos familiares pelo processo de objetivação do familiar doente mental como aquele que é o “diferente”, o qual faria coisas que os outros “normais” não fariam. Os familiares, pela plenitude da dúvida, marcam seus discursos com uma pluralidade de sentidos e significações que atestam a diversidade de maneiras de explicar o binômio saúde-doença mental. Para eles, o conceito de loucura frequentemente está representado no desconforto provocado pelas manifestações comportamentais imprevisíveis. Enquanto que o de louco está mais relacionado com os padrões sociais da ordem, da moral e dos bons costumes, que orientam a sociedade a aceitar determinados comportamentos já previamente estabelecidos e a rechaçar aqueles que não fazem parte desse contexto (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

O fenômeno da loucura vem acompanhado de diferentes concepções ideológicas já discutidas em capítulos anteriores. Cabe lembrar que, no entanto, cada família possui uma concepção particularizada do sofrimento mental, que precisa ser respeitada. Se no campo da saúde estamos acostumados com explicações mais neutras para fenômenos ou eventos de natureza complexa, na família o que fica mais característico é a “humanização” desses conhecimentos. Dito de outra forma, a família está imersa numa rede de relações onde as circunstâncias socioculturais fazem questão de dar um novo sentido para a loucura na sociedade. Portanto, é compreensível que a família tente primeiramente negar, fique espantada, brigue ou, até mesmo, se afaste, para depois buscar justificativas concretas por haver sido afetada pelo transtorno. A família é uma instituição social que precisa de tempo para digerir eventos tão complexos e incertos para ela, os quais, às vezes, não superam o imaginário estigmatizante da loucura como desvio, desordem, caos ou possessão por algo sobrenatural, que, ao contrário, potencializam.

Nesse sentido, um dos aparentes potenciais democratizadores do discurso está na possibilidade de tentar reduzir a assimetria entre as pessoas e as instituições que detêm o poder (FAIRCLOUGH, 1995). No caso da saúde mental, o discurso da orientação e do treinamento possui essa finalidade, para tentar diminuir o estigma e os padrões sociais desviados por um discurso regulatório e intolerante sobre o louco e a loucura.

A equipe parece preocupada com as questões que envolvem o “desconhecimento” da família. Entretanto, parece haver um equívoco no planejamento das atividades em saúde mental. O discurso revelou que a principal

intervenção suposta como eficiente seria no campo das atividades em campanhas, onde o foco está na orientação e no treinamento dos sujeitos.

As campanhas são apontadas pelo trabalhador como uma solução para os equívocos existentes dentro do contexto familiar. Para ele, uma campanha bastaria para esclarecer os aspectos mais pontuais do sofrimento mental para a família. Em sua opinião, essa campanha deveria ter os mesmos moldes das campanhas da dengue, onde os agentes de controle das endemias fazem visitas, esclarecimentos à comunidade e treinamento das pessoas, para evitar a disseminação dos focos do mosquito.

A “campanha da saúde mental” deveria ser aquela que vai “em tudo que é canto”. Essa expressão lexicalizada está inserida no âmbito das figuras de linguagem **metonímicas**, que fazem parte dos componentes trópicos da linguagem, juntamente com as metáforas. Em ambas, há a intenção de substituir expressões ou termos por outros, com a diferença de que, na metonímia, a substituição está embasada na produção de um novo sentido, unido ao sentido anterior por uma relação de inclusão (CALSAMIGLIA-BLANCAFORT; TUSSÓN-VALLS, 2007). Nesse caso, é dizer que a campanha deve possuir um amplo espectro de atuação. Ela deve penetrar nos lugares mais inacessíveis e inóspitos da comunidade, com o objetivo de alcançar uma dimensão social ainda pouco explorada no contexto atual do serviço (a inserção na comunidade¹¹⁸). Ao mobilizar a comunidade, consequentemente se estaria mobilizando as famílias dos usuários.

Uma campanha que resgate a relação de proximidade de um serviço específico com uma comunidade está indo ao encontro daquilo que pretendemos como atores sociais: a mobilização política de uma clientela naturalmente

---

¹¹⁸ Esse tópico será analisado no capítulo correspondente.

esquecida por um sistema de saúde que não envolvia, não trocava, não libertava e não autonomizava. No entanto, segundo o trabalhador, a finalidade da campanha estaria diretamente relacionada ao modo como se compreende e se trabalha com a loucura no contexto do serviço. Conforme o último fragmento, a campanha deveria chegar na comunidade porque existiria um dado importante para isso: “10% da população ou é ou vai ser”. Para isso, a campanha deveria reorientar hábitos para diminuir o impacto epidemiológico¹¹⁹ dos transtornos mentais na sociedade, ou seja, “prevenir” que os indivíduos se tornassem loucos.

Nesse sentido, quando o sujeito implicitamente aborda a prevenção da sociedade para o fenômeno da loucura, ele está rememorando os componentes eugênicos¹²⁰ que constituíram a sociedade brasileira dos anos de 1930 e que buscavam a eliminação do irracional penetrado na vida humana, potencialmente degenerativo para as gerações futuras. Essa concepção era totalmente assimétrica em relação a qualquer outra mais moderna sobre loucura. Ela teria, em seu arsenal de práticas, uma atividade de campanha que pouco se comprometeria com a libertação de sujeitos, já que reorientar hábitos não quer dizer que exista um comprometimento de fato ou alguma mobilização no sentido de ajudar a comunidade a conviver com as “diferenças” manifestadas pelo “diferente”.

---

¹¹⁹ Calcula-se que os transtornos mentais e de comportamento representem 12% da carga de morbidade no mundo, afetando cerca de 450 milhões de pessoas. Estima-se que entre as 10 maiores causas de incapacidade, quatro correspondam aos transtornos mentais. Paradoxalmente, os gastos com saúde mental na maioria dos países geralmente é inferior a 1% do gasto total em saúde, sendo que, destes, cerca de 40% não possuem políticas específicas de atenção na área e 30% não dispõem de programas específicos de saúde mental no sistema de saúde (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001).

¹²⁰ Entre as principais propostas da Liga de Higiene Mental para a regeneração da sociedade brasileira estava a criação de colônias para o internamento de epiléticos, reformatórios para alcoolistas, projetos específicos de assistência familiar, esterilização dos degenerados, controle pré-nupcial e repatriação de imigrantes alienados. Essas medidas não encontraram forte apoio político, apenas na repatriação dos imigrantes e nos projetos de assistência familiar, com enfoque educativo e preventivo (PORTOCARRERO, 2003).

Além disso, a representação do trabalhador sobre as campanhas, de que elas poderiam reduzir os impactos epidemiológicos do sofrimento, é equivocada por quatro fatores fundamentais: primeiro, o trabalhador reduz o foco de uma campanha a uma atividade programática de finalidades meramente pontuais; segundo, ele desconsidera que o sofrimento mental tenha origens mais complexas do que aquela destacada como possibilidade de intervenção; terceiro, trata a loucura como um fator potencialmente limitante da vida (que pode levar às relações de benevolência com o usuário já discutidas anteriormente); e quarto, não parece ter consciência da finalidade de um trabalho moderno e ampliado, que, no cotidiano, sobrevive pela característica de romper com essas estruturas ideológicas cristalizadas sobre a loucura.

A década de 90 registrou, no Brasil, a experimentação de modelos assistenciais alternativos em saúde. Entre eles, destacam-se as ações programáticas, baseadas na normatização das atividades e no cumprimento de metas, as quais procuravam garantir a continuidade dos cuidados como expressão pragmática e operacional do princípio de integralidade do sistema de saúde. Essas ações foram importantes na medida em que inseriram, no âmbito da política de saúde, aspectos relacionados à organização metodológica do trabalho, à intersetorialidade, à ideia de território e ao envolvimento mais intimista da sociedade, como primeiras estratégias de superação do modelo de atenção baseado na medicina curativa (CÉSAR, 1995).

Num contexto que preconiza a integralidade como cenário da integração de ações e serviços de saúde para a construção de um “sistema sem muros” (HARTZ; CONTRANDRIOPOULOS, 2004), a ação programática revelaria sua impotência diante da complexidade do trabalho em saúde mental. Isso porque também estamos

imersos no terreno específico do subjetivo, num contexto sociocultural ainda dominado por uma vertente ideológica que afasta e tranca o louco, sendo, por isso, impossível enquadrar um cuidado complexo em um conjunto de metas, planejamentos a médio ou longo prazo ou na rotinização de procedimentos. Uma ação programática em saúde mental, que deveria ser uma atividade provisória dentro de um campo permanente e plural de atuações, mas enviesada pelo trabalhador como se fosse uma proposta central, tenderá a descontextualizar o serviço como um dispositivo que “nasceu inovando”. Isso também seria, conforme Campos (2000), desfocalizar a atenção para a multiplicidade da vida do usuário, que é mais complexa que a própria ação em si mesma.

O trabalhador que tem consciência de que a família faz parte de uma comunidade, onde o cultural e o complexo se tensionam frequentemente, consegue trabalhar no sentido de capitalizar as energias possíveis de cada membro, em torno do plano terapêutico do usuário. Entendo que não basta oferecer treinamentos para mudar hábitos, como se isso fosse a solução para uma construção histórica e ideológica secular, que pouco inclui e muito afasta. Treinar ou orientar não quer dizer que estejamos aproximando, pois são atividades pontuais que não reproduzem nem a plenitude da vida, nem do fenômeno da loucura. Ao contrário, os reduzem a um espectro muito particular de intervenção programática no campo da saúde. A família precisa sentir no serviço um interesse genuíno que acolhe, sensibiliza-se, compreende e escuta suas demandas, aspectos impossíveis de serem sistematizados em procedimentos normativos, prescritivos ou metodologicamente rigorosos. Um serviço que se propõe inicialmente a produzir novos sentidos para essas questões está a um passo de transformar os sentidos que a sociedade

desenvolveu sobre a loucura, uma das principais (e também mais difíceis) prerrogativas da reforma psiquiátrica brasileira.

Até o momento, discorri sobre as representações discursivas dos trabalhadores com relação aos seus “objetos de trabalho” (famílias e usuários). No entanto, cabe ressaltar que a prática que orienta tais representações está calcada num processo mais complexo e incerto, fruto da própria dificuldade que têm os trabalhadores de sistematizar seus conhecimentos e incorporá-los à proposta inovadora dos serviços substitutivos. Portanto, no próximo item será discutida a representação dos trabalhadores sobre sua própria prática, que, por ser controversa, ajuda a revelar, como consequência, certas atitudes/concepções tradicionais ou ampliadas sobre o trabalho com usuários e famílias no serviço.

8 O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: O DISCURSO DA INCERTEZA

Para analisar criticamente as contradições de uma realidade, devemos investigar os determinantes possíveis que as produzem no cotidiano. Nos capítulos anteriores, por exemplo, analisei as representações discursivas dos trabalhadores sobre dois atores fundamentais no contexto da saúde mental (a família e o usuário). Essas representações, por mais que não totalizem o conhecimento do espaço¹²¹ (*setting*) terapêutico, trazem questionamentos acerca das resistências ou das conformações das práticas de cuidado dentro de um contexto que busca romper com padrões estáticos e cristalizados de atendimento.

Ao trabalhar com um usuário ou com uma família num serviço de saúde, estamos colocando em prática nossa bagagem sociocultural, nossos conhecimentos de mundo e nosso comprometimento (ou não) com a realidade em que vivemos. Nossa prática é composta de um arsenal tecnológico que nos faz humanos porque nos humaniza, torna-nos capazes de compreender as diferenças e trabalhar com elas. Em nossa prática estão nossos conceitos de vida, de sofrimento, de morte, de relacionamento humano, ou seja, nela está implicado o que somos, fazemos e queremos fazer ou ser em uma determinada realidade histórico-concreta. É a prática que nos permite ressignificar nossa existência no mundo como atores sociais¹²², capazes de desafiar as resistências, absorver as conformações ou mobilizar esforços para promover mudanças.

---

¹²¹ Um espaço não se detém somente no contexto geográfico ou localização, mas estende-se à criação e recriação de um universo multidimensional, sendo este “natural” e “social” ao mesmo tempo. Esse universo é coordenado e organizado, próprio de cada sociedade e de cada momento histórico (CASTORIADIS, 2004).

¹²² Neste momento, vale ressaltar o conceito de ator social utilizado por mim neste estudo. Laluna e Ferraz (2003), baseadas nos conhecimentos de Carlos Matus, definem ator social como aquele participante de um jogo social, capaz de acumular forças e desenvolver interesses, produzindo fatos na situação. Um ator é um homem em relação, criativo e inserido em uma realidade, em constante

Segundo Marx e Engels (1989), o homem é um produto de sua própria história¹²³. Suas representações sobre o mundo, suas idéias, sua consciência e sua atividade intelectual surgem como emanção direta de seu comportamento material. Não se parte daquilo que os homens dizem, imaginam ou pensam, nem daquilo que são nas palavras, no pensamento ou na imaginação, mas daquilo que os homens realmente são, de sua atividade material no mundo. É a partir de seu processo de vida real que nascem os reflexos e as repercussões ideológicas dele próprio. Portanto, sem história, não haveria desenvolvimento; sem desenvolvimento, não haveria consciência; sem consciência, não haveria vida; e sem vida, não haveria realidade.

Dentro das condições materiais da existência, o trabalho humano pode ser considerado uma fonte de renascimento e das relações sociais. Ele é um instrumento capaz de modificar a natureza e o próprio homem perante ela. Como instrumento das forças produtivas, o trabalho é o laço do homem com sua própria existência material, isto é, aquilo que o diferenciou de outras espécies de seres vivos e elevou o homem à categoria do social, humanizando-o, tornando-o histórico e concreto. O trabalho é uma ferramenta que naturaliza o homem, enquanto que, ao mesmo tempo, humaniza a natureza (ENGELS, 2000). Nesse sentido, o trabalho representa o preenchimento de uma lacuna entre o homem e sua realidade, uma vez que:

---

interação com outras pessoas, fato este que lhe permite ser estratégico na construção de projetos e na intervenção no social.

¹²³ A história é o autodesdobramento da sociedade, ela não acontece à sociedade. Nós pomos em nós mesmos a história como construção e destruição de formas (*eidè*). A construção não é a “produção”, mas a posição de alguém no mundo. A destruição não é exatamente a desconstrução da produção, mas a destruição ontológica desse alguém no mundo. Nesse sentido, todos os elementos de uma realidade socio-histórica (conexões, significados) são constantemente construídos e destruídos, pois só assim é possível tornar cada realidade concreta verdadeira e singular (CASTORIADIS, 2004).

O espaço entre os homens que é o mundo com certeza não pode existir sem eles [...] pois o mundo e as coisas do mundo em cujo centro se realizam os assuntos humanos não são a expressão [...] da natureza humana, mas sim o resultado de algo que os homens podem produzir [...]. (ARENDT, 2004, p.36)

O trabalho procura revitalizar a razão de estar o homem no mundo e de ser partícipe de uma realidade. Ele pode ser capaz de não somente permitir ao homem dominar o seu entorno, mas de re-criar os sentidos de sua própria existência. No contexto da saúde, por exemplo, o trabalho se corporifica numa prática social¹²⁴ responsável pela co-construção crítica de sujeitos e sentidos, que possa encontrar, no cenário do atendimento, um conjunto de respostas para eventos específicos (muitas vezes também adversos) da vida. Sendo assim, o trabalho como início, meio e fim de um processo que engloba diferentes atores, realidades, perspectivas, atitudes, costumes, serviços e, mais do que tudo, pessoas.

O trabalho em saúde é parte essencial na esfera produtiva social. É um trabalho que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, sendo este a própria realização da atividade (PIRES, 1998).

Dentro das questões que envolvem o trabalho em saúde, o processo de trabalho pode ser influenciado pelo modo como o sujeito produz sua própria existência, constrói sua subjetividade. Isso é possível porque cada geração transmite uma massa de forças produtivas, que são transformadas continuamente pelas gerações futuras. Dessa forma, o trabalho humano vai adquirindo um perfil

---

¹²⁴ Utilizo a explicação de Gonçalves (1994), para o qual as práticas em saúde se tornaram “sociais” no decorrer da ampliação da medicina para os espaços urbanos na Europa Moderna. Naquele período, a medicina incorporava para si objetos explicitamente sociais, como o meio, a cultura, a cidade, os hábitos e os comportamentos humanos. A medicina passa a incluir, no rol de suas práticas, mecanismos sociais que pudessem explicar os diferentes determinantes do adoecimento e que atendessem às necessidades do sistema econômico-político da época.

dialético, pois as circunstâncias que o rodeiam modificam os homens, assim como os próprios homens se tornam capazes de modificar essas circunstâncias (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

O trabalho em saúde mental, materializado nos atores sociais que o fazem (usuários, famílias, trabalhadores e instituição) e incorporando tecnologias específicas para atender uma demanda particular no campo da saúde, também é uma fonte de co-produção da vida, de sentidos e de formas simbólicas ideológicas. Conforme Engels (2000), o trabalho dignifica o homem. Logo, é possível afirmar que esse mesmo homem é capaz de dignificar o seu trabalho. Quando promove interações sociais, constrói instrumentos para entender (e não somente dominar) a natureza ao seu redor, sendo essa construção capaz de modificar a sua própria história.

Neste estudo, por exemplo, com a aplicação do dispositivo axiológico-discursivo, ficou claro que a dimensão representativa dos trabalhadores de saúde mental sobre sua própria prática se traduz na **incerteza (não-positivo)**, a partir de dois eixos principais: as dificuldades na constituição da equipe; e o modo como o trabalhador se inscreve no discurso. No primeiro eixo, a equipe é analisada do ponto de vista de sua organização, tanto no modelo ambulatorial, quanto no modelo comunitário. Apontam-se as indefinições na organização das práticas, as dificuldades entre a transição de modelos distintos de assistência, e a fragmentação da equipe como unidade. No segundo eixo, discuto a questão da reprodução do trabalhador no discurso, tendo em vista as questões que envolvem a sua subjetividade. Por ser uma prática ainda incerta, o trabalhador tem dúvidas quanto à gestão do cuidado no serviço e sobre como manejar os conflitos emergidos das relações interpessoais.

Será possível notar que o discurso está carregado de valorações positivas sobre a prática e também sobre o serviço, principalmente quando comparados ao modo de funcionamento do antigo ambulatório onde os trabalhadores iniciaram sua prática. No entanto, existem alguns traços que demonstram o quanto essa prática provoca problemas organizacionais, que atrapalham a constituição de propostas consistentes para transformar os problemas do cotidiano.

A seguir, introduzo o processo de sistematização metodológica que gerou o discurso representativo final sobre a prática dos trabalhadores, para, em seguida, iniciar o processo analítico do material discursivo.

8.1 O PROCESSO DE SISTEMATIZAÇÃO METODOLÓGICA

Modalidades Semiodiscursivas de Implicação (Dizer e fazer)		Combinação Semiótica (dizer e fazer)	
Dizer/Dizer	Dizer/Fazer	Dizer e dizer Dizer e fazer Dizer mas dizer Dizer mas fazer Fazer e dizer Fazer mas dizer	
Dizer e dizer Dizer mas dizer	Dizer e fazer Dizer mas fazer		
Modalidades Semiodiscursivas de Inibição (Não-dizer e não-fazer)		Combinação Semiótica (não-dizer e não-fazer)	
Dizer/não-dizer	Fazer/não-fazer	Dizer e não-dizer	Dizer e não-fazer
Dizer e não-dizer Dizer mas não-dizer	Fazer e não-fazer Fazer mas não-fazer	Dizer mas não-dizer	Dizer mas não-fazer
		Fazer e não-dizer	Fazer e não-fazer
		Fazer mas não-dizer	Fazer mas não-fazer

Quadro 23 - Dimensões semiodiscursivas (saberes e práticas) - trabalhadores. Construção do modelo de combinações semióticas de acordo com as representações discursivas

REPRESENTAÇÕES SOBRE A PRÁTICA DOS PRÓPRIOS TRABALHADORES
- a atividade do psiquiatra vai sendo melhorada pelo serviço
- a crise exige muito dos profissionais
- A equipe de serventes, a equipe da cozinha, os guardas deveriam ser inseridos nas discussões
- A equipe é boa, excelente, fazem o máximo e tem consciência disso
- a equipe é multidisciplinar, interdisciplinar
- A equipe faz reunião diária pra discutir os problemas centrais na dinâmica das práticas
- A equipe precisa aprender muito ainda
- a equipe precisa ter mais contato com o usuário
- A equipe sofre demais com os contratos temporários
- A organização das práticas segue um roteiro específico
- A organização do trabalho é fundamental para manter a inter/multidisciplinaridade e para o atendimento da crise
- A quantidade de profissionais é satisfatória
- alguns profissionais ficam mais sobrecarregados que outros
- Aquele que busca conhecer a saúde mental (estudar, preparar-se...) é mais “fácil entre aspas” de lidar no interior do serviço
- as atividades são diferentes dos postos de saúde
- as pessoas não têm atitudes muito objetivas na contenção
- as psicólogas e o pessoal
- atendimento domiciliar
- Atividades em grupo: agilidade e interação entre os membros do grupo
- Busca socialização, reinserção social, geração de renda
- cada profissional tem uma abordagem no sofrimento
- Dentro dos limites, já se determina o que fazer no serviço de vigilância (triagem?)
- depois da triagem, há a consulta psiquiátrica
- Devem ser organizadas para dar suporte a todos que precisam
- dificuldade em estudar em grupo
- É difícil definir, muito subjetivo, nenhum manual pode explicar
- Está focado no acolhimento e na triagem
- Falta capacitação e falta um fechamento no final do contrato dos profissionais
- falta entrosamento entre CAD/SOIS e CAD/CAD
- falta responsabilidade no trabalho com usuários, famílias e com as atividades

Continua...

...conclusão

- falta supervisão clínica para aliviar as tensões do cotidiano
- Falta supervisão para trabalhar com as demandas da equipe
- Falta supervisão técnica para orientar as práticas dos profissionais
- Falta suporte financeiro para as atividades
- Há poucos profissionais e muita rotatividade (contratados): desorganização/reorganização
- Há problema com os novos, que chegam muito perdidos (“cruas”)
- Há problemas de comunicação entre os trabalhadores
- limita-se a 10 usuários/técnico de referência
- Muito complexo (trabalha com as dimensões do outro e as dimensões de si)
- Nem todos têm os mesmos interesses (alguns movidos pelo passional e outros necessitando aprofundar conhecimentos)
- o atendimento busca a inclusão social
- o médico se envolve mais na atividade diagnóstica e terapêutica
- O trabalho da vigilância está exposto às condições do clima (chuva, vento, calor, frio)
- O trabalho em saúde mental ajudou a enfrentar o sofrimento em outras situações, como no interior da família
- O trabalho em saúde mental é uma doação diária, tem que ter amor à profissão, porque é desgastante
- o trabalho serve pro usuário ter mais autonomia
- Objetivo: evitar internação
- Os técnicos têm muitas tarefas, que os deixam ocupados na maioria do tempo
- Os trabalhadores têm dificuldades em sair do serviço e mostrar-se à comunidade
- Participa todo mundo das atividades (“todo mundo atende”)
- profissionais de nível superior são responsáveis pela triagem
- Qualquer dúvida os profissionais esclarecem
- Querendo ou não o usuário precisa de suporte, de apoio (desgaste)
- Tem pessoas que não tem perfil pra trabalhar no serviço
- Tem um objetivo terapêutico e serve de apoio
- tenta fazer atividade sem muros
- Trabalha-se em cima do que o usuário escolher como melhor para si

Quadro 24 - Etapa 1 - Construção do repertório linguístico sobre a prática dos trabalhadores em saúde mental (dados limpos)

REPRESENTAÇÕES SOBRE A PRÁTICA DOS TRABALHADORES (DE INCERTEZA)					
REPERTÓRIOS LINGÜÍSTICOS	ENUNCIADO Os protagonistas são os atores (a prática dos trabalhadores)	ENUNCIÇÃO O falante é o protagonista (os trabalhadores)			
	(-A) (profissional identifica uma carência)	Atitude Passiva (-A) (o que não se faz ou não se diz)		Atitude Ativo-Construtiva (+A) (o que se faz, pode fazer ou deve fazer (o que se diz, pode dizer ou deve dizer)	
		Explícita	Implícita	Explícita	Implícita
a equipe é boa, excelente, tem garra, ta legal, fazem o máximo e tem consciência disso, a equipe é multi/interdisciplinar, a atividade do psiquiatra vai sendo melhorada pelo serviço, o trabalho em saúde mental ajudou a enfrentar o sofrimento em outras situações, como no interior da família - aquele que busca conhecer a saúde mental (estudar, preparar-se...) é mais “fácil entre aspas” de lidar no interior do serviço	Acreditação/Valorização (no trabalho, no serviço, na proposta, no espaço das trocas e no coletivo)		Insistência (T1, T3, T7, T10, T13)	Incentivo às reuniões (diárias e mensais) - “discutir os casos, negociar, as trocas...” (T7, T5, T3)	Pactuação/Negociação (T7, T12) Educação (T14)
A equipe faz reunião diária pra discutir os problemas centrais na dinâmica das práticas, a organização das práticas segue um roteiro específico, a organização do trabalho é fundamental para manter a inter/ multidisciplinaridade e para o atendimento da crise, cada profissional tem uma abordagem no sofrimento, as oficinas devem ser organizadas para dar suporte a todos que precisam, Participa todo mundo das atividades (“todo mundo atende”), Atividades em grupo: agilidade e interação entre os membros do grupo	Organização (do processo de trabalho interno)		Manter a ordem (impedir descontrole) (T1, T14)	Delineamento - triagem, estabelecimento de perfil (T16, T1, T5) Atividades em Grupo (T10, T3, T7)	
- tem um objetivo terapêutico e serve de apoio, o atendimento busca a inclusão social, busca socialização, reinserção social, geração de renda, as atividades são diferentes dos postos de saúde, o trabalho serve pro usuário ter mais autonomia, qualquer dúvida os profissionais esclarecem, querendo ou não o usuário precisa de suporte, de apoio, trabalha-se em cima do que o usuário escolher como melhor para si, está focado no acolhimento e na triagem, dentro dos limites, já se determina o que fazer no serviço de vigilância (triagem?), é difícil definir, o trabalho é muito subjetivo, nenhum manual pode explicar, muito complexo (trabalha com as dimensões do outro e as dimensões de si) - Objetivo: evitar internação	Complexificação conceitual e procedimental Disponibilidade de tempo (acolher as demandas) Descomplexificação da proposta (simplificação do complexo)		Categorização (do perfil da demanda) (T1, T4, T10, T14)	Evitar internação (T11, T4, T6, T2)	Prevenção

Continua...

...conclusão

- a crise exige muito dos profissionais, a equipe precisa aprender muito ainda, a equipe precisa ter mais contato com o usuário, há problemas de comunicação entre os trabalhadores, dificuldade de estudar em grupo, nem todos têm os mesmos interesses (alguns movidos pelo passional e outros necessitando aprofundar conhecimentos), falta entrosamento entre CAD/SOIS e CAD/CAD, a equipe sofre demais com os contratos temporários, alguns profissionais ficam mais sobrecarregados que outros, Os técnicos têm muitas tarefas, que os deixam ocupados na maioria do tempo, - tenta fazer atividade sem muros, os trabalhadores têm dificuldades em sair do serviço e mostrar-se à comunidade, falta capacitação e fechamento no final do contrato dos profissionais, Falta supervisão técnica para orientar as práticas dos profissionais, há poucos profissionais e muita rotatividade (contratados): desorganização/ reorganização, há problema com os novos, que chegam muito perdidos (“cruas”), tem pessoas que não tem perfil pra trabalhar no serviço, a equipe de serventes, a equipe da cozinha, os guardas deveriam ser inseridos nas discussões, falta supervisão clínica, falta suporte financeiro, as pessoas não têm atitudes muito objetivas na contenção, o trabalho em saúde mental é uma doação diária, tem que ter amor à profissão, porque é desgastante, - falta responsabilidade no trabalho com usuários, famílias e com as atividades	Desgaste (com a proposta, com os conflitos interpessoais, com a necessidade de aperfeiçoamento, com o funcionamento e com a prática mutante) Lamentação (pelos problemas e pela parte mais importante do trabalho em saúde mental que não é feita - a inclusão no território) Descompromisso (dos atores que atuam no serviço com os atores que necessitam do serviço)	Preocupação - (conflitos interpessoais: descontentamentos, inconformismos e desequilíbrios) (T7, T12, T14, T4) Impotência - “sair do serviço, ir na comunidade: não temos pernas pra isso” (T14, T3, T6, T12, T8)	“Encapsulamento” (T12, T3)	Responsabilização/Co-Responsabilização - dos profissionais enquanto coletivo que faz o serviço (T14)	

Quadro 25 - Etapa 2 - Identificação dos processos de enunciado e enunciação - representação sobre a prática dos trabalhadores

Modalidades de Implicação (Dizer e fazer)		Combinação Semiótica (Dizer e fazer)	Situação-chave (contexto discursivo)
Dizer/Dizer	Dizer/Fazer	Dizer e dizer	A equipe é boa, excelente, faz o máximo que pode e é consciente disso
Dizer e dizer	Dizer e fazer	Dizer e fazer	As atividades devem ser organizadas para todos e seguem um roteiro específico
Dizer mas dizer	Dizer mas fazer	Dizer mas dizer	O trabalho visa a autonomia, a escolha do usuário, mas é complexo, difícil de definir, nenhum manual explica
		Dizer mas fazer	Todos os profissionais atendem, mas alguns profissionais ficam mais sobrecarregados que outros
		Fazer e dizer	A equipe faz reuniões diárias para tentar manter, dentro da organização das práticas, a multi/interdisciplinaridade
		Fazer mas dizer	Qualquer dúvida os profissionais esclarecem, mas os trabalhadores estão muito ocupados, cheios de tarefas

Modalidades de Inibição (Não-dizer e não-fazer)		Combinação Semiótica (Não-dizer e não-fazer)	Situação-chave (contexto discursivo)
Dizer/não-dizer	Fazer/não-fazer	Dizer e não-dizer	O trabalho está focado no acolhimento e na triagem (acolhimento/triagem → objetivo é evitar internação)
Dizer e não-dizer	Fazer e não-fazer	Dizer mas não-dizer	Os profissionais de nível superior são responsáveis pela triagem (mas quem realmente começa é o vigilante)
Dizer mas não-dizer	Fazer mas não-fazer	Fazer e não-dizer	Depois da triagem, há a consulta psiquiátrica (que mostra uma centralidade da psiquiatria nas práticas)
		Fazer mas não-dizer	O trabalho busca reabilitação, inclusão e geração de renda, mas é necessário ter mais contato com o usuário
		Dizer e não-fazer	Tem pessoas que não possuem perfil pra trabalhar em saúde mental
		Dizer mas não-fazer	É necessário ter mais contato com a comunidade, sair do serviço

Quadro 26 - Etapa 3 - Combinações semióticas das representações discursivas dos trabalhadores sobre a sua prática (articulação com os processos de enunciado/enunciação)

Combinação Semiótica (Implicação e Inibição)	Discursos Prototípicos	Discurso Representativo Final (Combinação Axiológica)
Dizer*/fazer** (+A) (Atitude Ativo-Construtiva) *o que se diz, pode dizer ou deve dizer **o que se faz, pode fazer ou deve fazer	Reunião Pactuação/Negociação Educação Delineamento Prevenção (Co) Responsabilização	INCERTEZA (Não-positivo)
Não-dizer/Não-fazer*** (-A) (Atitude Passiva) ***o que não se faz ou não se diz	Insistência Ordem Categorização Encapsulamento Impotência Preocupação	

Quadro 27 - Etapa 4 - Construção do discurso representativo final e eixos temáticos de discussão

Insistência + Preocupação + Ordem + Reunião + Pactuação/Negociação – Em defesa de um conceito ampliado (porém ainda controverso) sobre o trabalho no CAPS: a indefinição de papéis, a multi/interdisciplinaridade em saúde mental, a presença do “novo”, as desigualdades na distribuição de tarefas e a sobrecarga de atividades

Educação + Prevenção + Impotência + Encapsulamento – As dificuldades em estabelecer objetivos para o trabalho no CAPS: a internação, a reabilitação, a inclusão social e o acolhimento, contrastando com o “apagamento” do serviço no território

Delineamento + Co-responsabilização – Os “requisitos” para se trabalhar em um CAPS: deve haver um perfil para trabalhar em saúde mental se a grande maioria dos trabalhadores do serviço iniciou suas atividades sem conhecimento prévio nenhum?

8.2 A PRÁTICA COTIDIANA E A CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE: QUEM É (OU COMO DEVE SER) O TRABALHADOR DE SAÚDE MENTAL?

No campo da saúde, ainda vemos diferentes processos de trabalho centrados numa lógica onde o modelo biomédico é hegemônico, a especialização parcela o conhecimento, as relações entre os trabalhadores são pautadas na verticalização e na hierarquia institucional e o cuidado apresenta-se fragmentado, com poucas reflexões sobre o sentido totalizador da vida. Ficando à mercê da evolução tecnológica da ciência e focalizando-se pouco nas relações entre os sujeitos, a saúde e o trabalhador vão se alienando, distanciando-se, deixando de lado a valorização, a autonomia e a libertação de sujeitos (PINHO; SANTOS; KANTORSKI, 2007).

Os trabalhadores em saúde são produto de um sistema de relações, assim como co-produtores deste mesmo sistema. Num contexto tão complexo como este, marcado pela diversidade de formações, concepções, opiniões e visões de mundo, unir esforços para processar as mudanças necessárias torna-se uma tarefa essencialmente coletiva. Dessa forma, administrar os conflitos, as diferenças e, principalmente, resgatar a singularidade dos atores sociais são desafios importantes para definir o projeto terapêutico e evitar a alienação do trabalhador (CAMPOS, 1997).

Os trabalhadores acreditam que a prática em saúde mental nos serviços substitutivos é inovadora e recente, incita desafios e exige comprometimento coletivo e envolvimento das diferentes formações profissionais para lidar com as demandas (tanto dos usuários quanto do serviço) que se apresentam no cotidiano. O fragmento abaixo destacada essa questão:

Investigador - Então, assim, me fala um pouco sobre o atendimento do serviço.

Trabalhador - Eu acho que a proposta do CAD assim, acho ótima, né? Favorece, né? Ah, até pra Joinville, né? Era necessário que a gente tivesse um Centro de Atenção Psicossocial até porque antigamente, quando existia só o ambulatório, se via assim aquelas filas até enormes, das pessoas que queriam consultar com a psicologia e qualquer outro tipo de atendimento na linha terapêutica, né? E eu trabalho desde 95, né? Então com a saúde mental, e quando eu entrei, eu já entrei na saúde mental. Então nós trabalhávamos no... a gente chamava de CAPS, né? Mas era um CAPS ambulatorial. Né, então, com agendamento, com triagem marcada, com horário pra... todos os funcionários tinham agendamentos. Todos trabalhavam com agenda né, então a gente via assim, apareciam muitas dificuldades, e... a gente começou a pensar uma forma de melhorar, aí surgiu assim o CAPS. Aí vamos supor assim, nós tínhamos... vê se eu vô me lembrar. É... uma comissão. Uma comissão que se organizou com vários profissionais da área da saúde mental e aí, ali íamos discutindo assim os problemas que viam em relação... o que podia ser melhorado, o que podia ser acrescentado. E aí... aí também surgiu a idéia do... do CAPS, de aprimorar o CAPS. [...] Ela começou descentralizada, deixa eu me lembrar. Aí ela centralizou, depois ela descentralizou de novo. Centraliza, eu digo assim, tava todo mundo junto. Quando nós trabalhava no antigo CAPS, era Saúde mental toda centralizada dentro de um único ambulatório, então eram todos os funcionários, todos os psiquiatras, todos os psicólogos, todos assistentes sociais é... que trabalham com a saúde mental, tavam todos em um único ambulatório. Então ficava tudo centralizado. Daí quando começou-se a pensar no CAPS em PAPS, aí começou essa descentralização de novo. Daí no ambulatório que era o CAPS ficou só o PAPS. Então ficou só o serviço social, a psiquiatria, e a terapia ocupacional e a REPARTE que funcionava junto. E todos os outros psicólogos foram selecionados pra as Regionais, que é onde são as Regionais de Saúde agora, e... daí com o PAPS a equipe nunca ficava conosco. Aí começamos a pensar nesse CAPS, com essa proposta nova, daí onde então se aumentou o número de equipe e colocou-se psicólogos e mais terapeutas ocupacionais e a Reparte ficou sozinha, começou a se virar mais com as próprias pernas, claro que com ajuda ainda da Secretaria da Saúde, né? Mas aí ela saiu de dentro do CAPS.

Para designar quem é a equipe do serviço, organizada num modo de funcionamento tipicamente centralizador (ambulatório), o trabalhador reporta-se ao uso de **pronomes indefinidos**. Esses pronomes funcionam aqui como estruturas funcionais, na terceira pessoa, para representar pessoas, lugares ou coisas, em quantidade indeterminada. Destaco, no caso, a utilização do pronome indefinido “todos”, que expressa uma estrutura graduadora de intensidades, de modo a justificar os porquês da necessidade de reorientar a lógica de funcionamento do

antigo ambulatório, tendo por base a co-participação de todas as categorias profissionais do serviço.

Dentro de um sistema de valorações, a intensificação de palavras objetiva potencializar, enfatizar determinado significado central no discurso. É dizer que se atribui um “significado atitudinal” a fatos ou realidades dentro de uma escala de graduação, que vai do maior ao menor (WHITE, 200-).

Chamado pelo sujeito de “CAPS ambulatorial”, o serviço acumulava todas as funções relativas à saúde mental de Joinville, inclusive a organização dos trabalhadores, onde estavam atuando “todos os funcionários, todos os psiquiatras, todos os psicólogos, todos assistentes sociais...”. Primeiramente, quando se diz que “todos os funcionários” eram responsáveis pelo cotidiano do serviço, de certa forma parece haver uma tentativa de homogeneizar a totalidade de indivíduos trabalhadores. Como se fosse mais interessante buscar um novo conceito de equipe, como um coletivo singularizado em um espaço de tratamento específico, cuja atuação em conjunto é fundamental para contemplar as diferentes dimensões da loucura. Essa postura também vai ao encontro do que hoje preconizamos como funcionamento interdisciplinar, no qual se respeita a especificidade, mas onde se privilegia o equilíbrio entre o geral (o compartilhado) e o particular (o específico).

A interdisciplinaridade surge como um esforço coletivo para superar um conhecimento parcelado, organizado em “disciplinas” ou em “multidisciplinas”, as quais possuem diversos objetivos, mas pouco interagem entre si. Na interdisciplinaridade¹²⁵, como uma necessidade de superar a patologia do saber,

---

¹²⁵ Para Japiassu e Marcondes (2008), uma disciplina diz respeito à progressiva exploração científica numa certa área ou domínio de estudo. Ela deve constituir fronteiras com outras disciplinas, as quais irão determinar seus objetos, formas, métodos e sistemas, seus conceitos e também suas teorias. Falar em interdisciplinaridade, na época atual, é falar em integração, em diminuição dessas fronteiras que isolam e corporativizam o saber, em empréstimos e diálogo, numa relação horizontal e não-patológica do conhecimento.

busca-se melhor entender aquilo que as ciências nos fazem conhecer, incorporando os resultados das diferentes disciplinas e fazendo-as integrarem-se. Tudo para estreitar as fronteiras de um domínio específico do conhecimento, compartilhando-o com as demais disciplinas interessadas (JAPIASSU; MARCONDES, 2008).

A mudança no campo da saúde mental, com a atenção psicossocial, apresenta a interdisciplinaridade como uma solução para os problemas da psiquiatria tradicional, que isola e compartimentaliza o saber, fundamentando-se na horizontalização das relações e dos conhecimentos para promover vida. Interdisciplinaridade em saúde mental é articular os conhecimentos específicos com toda uma rede de saberes envolvidos no sistema de saúde, sempre tendo em vista a necessidade da ação dialógica entre os diferentes atores sociais (TAVARES, 2005).

A ação integradora de sujeitos e competências, no interior dos serviços de saúde mental, é essencial para resgatar novas práticas que totalizem as dimensões do conhecimento sobre o fenômeno da loucura. Revitalizar o conjunto da equipe de trabalho, adotando uma postura interativa, focada na horizontalidade e não verticalização do conhecimento, pode repercutir na ampliação epistemológica e técnica da própria prática social dos trabalhadores. Uma equipe que se une, que reconhece a loucura como um fenômeno plural e que também se reconhece nessa pluralidade, aproxima-se daquilo que temos como prerrogativa de transformação da clínica no interior dos serviços. Uma clínica centrada em sujeitos, onde o sentido do cuidado desloca-se do singular para o coletivo, como uma ação coletiva destinada a transformar, romper, mobilizar e combater os vícios de uma sociedade que resiste em entender determinados fenômenos da vida como algo inconcebível ou incompreensível.

Aos poucos, o mesmo pronome indefinido que totaliza, vai dissolvendo o coletivo da equipe. Fica evidente que “todos os funcionários” vão sendo reclassificados por subcategorias e competências profissionais específicas. Existe agora “microequipes”, compostas por todos os “psiquiatras”, todos os “psicólogos” e todos os “assistentes sociais”.

Por mais que se tenha pretendido reunir todos os trabalhadores, mesmo que de determinadas categorias, o uso do pronome indefinido parece ir reforçando a tendência hierarquizada com que ocorre a constituição da equipe de saúde mental. Nesse caso, no entanto, a hierarquização fica a cargo do tipo de competência entre os profissionais de nível superior, quando inicia no psiquiatra e termina no assistente social. Se, no discurso, a equipe aparece organizada inicialmente a partir do psiquiatra, para depois terminar nas outras categorias, logo o processo de trabalho da equipe também parece estar organizado em torno da psiquiatria. Desse modo, é possível comprovar como o ambulatório estava organizado para atender a demanda de saúde mental em Joinville numa lógica hegemônica tradicional, que via na disciplina psiquiátrica uma razão instrumental para compreender os fenômenos psíquicos.

No estudo de Lougon (2006) sobre os vários conceitos e dispositivos desenvolvidos pela psiquiatria brasileira na história e na atualidade, os trabalhadores parecem realizar, em seus discursos, uma distinção precisa sobre a função do “técnico” e do “funcionário” dos serviços de saúde mental de perspectiva comunitária. Segundo o autor, os profissionais costumam chamar de “técnico” aquele que possui nível superior, ou para designarem-se a si próprios no cotidiano de sua prática. No caso dos “funcionários”, geralmente prevalecem, para efeitos de classificação, o nível de contrato e a formação, que, ao invés de

ressaltarem a integração, aumentam a distância entre as duas categorias. Assim, o médico, o psicólogo ou a assistente social formariam uma única categoria profissional (“técnico”), responsável pelo trabalho abstrato, e homogênea; o grupo de “funcionários”, no entanto, seria formado pelos profissionais de nível fundamental e médio, responsáveis pelo trabalho mais elementar, como no caso dos cuidados diretos aos indivíduos.

Vale lembrar que essa organização multidisciplinar¹²⁶ parece aceitável no momento em que a saúde mental de Joinville estava reduzida a um único espaço de atendimento (o ambulatório). De certa forma, entendo que o ambulatório de saúde mental, por possuir uma base comunitária, já representa a superação estrutural de modalidades de atendimento centradas no ambiente hospitalar psiquiátrico. No espaço das relações, no entanto, se a saúde mental em Joinville era “o ambulatório”, a saúde mental também estaria concentrada nas “disciplinas” que trabalhavam nesse serviço, e não nos sujeitos que as representam. No modelo ambulatorial, desloca-se o coletivo singularizado de trabalhadores para dar espaço a um conjunto de especificidades tecnológicas (habilidades e competências) fragmentadas, que pouco valorizam o significado comum do próprio trabalho em conjunto.

Dando continuidade ao processo de constituição da equipe, no período de transição, quando o serviço passa a incorporar as prerrogativas de funcionamento de um CAPS, a solução encontrada pelos trabalhadores era a de acrescentar novos

---

¹²⁶ Para Japiassu e Marcondes (2006), é possível complementar métodos para explicar as diferentes práticas científicas no mundo. Quando justapomos duas ou mais disciplinas, com objetivos múltiplos e com pouca cooperação, mas sem relação entre elas, estamos falando em multidisciplinaridade ou pluridisciplinaridade. Nesse modelo, a gama de disciplinas que propomos simultaneamente pouco se relacionam ou, quando se relacionam, pouco aparecem, sem limites precisos de atuação. No caso da saúde mental, uma equipe multidisciplinar pode ser composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e profissionais de nível médio, que pouco interagem entre si para discutir planos e projetos terapêuticos comuns a todos. Cada profissional fica restrito em seu conhecimento específico e pouco compartilha com os outros.

profissionais para tentar diversificar o trabalho concentrado naquele modelo tradicional de atendimento. Para isso, inseriu-se na equipe psicólogos e terapeutas ocupacionais, que não faziam parte anteriormente da equipe do ambulatório. No entanto, eram requisito básico para que o antigo serviço passasse a funcionar e fosse credenciado como CAPS.

Conforme a Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde, um CAPS II (o caso de Joinville) deve possuir capacidade operacional para atender municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. A equipe técnica deve ser composta por 12 (doze) profissionais de diferentes áreas, sendo obrigatória a presença de um médico e de um enfermeiro. Entre os profissionais de nível superior, destacam-se psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, pedagogos ou outra categoria profissional necessária para o cumprimento do projeto terapêutico, definido pelos próprios trabalhadores em conjunto com a gestão municipal.

Sabemos que a exigência normativa não totaliza o conhecimento local das práticas no interior de cada serviço, por se tratar de um instrumento regulatório que apenas orienta o modo estrutural de funcionamento do mesmo. Nesse caso, fica a equipe responsável por administrar o cotidiano das práticas, assim como fica responsável pelo cuidado no seu território. Ainda que exista uma tendência da equipe em focalizar-se nas normativas para promover o cuidado, a própria normativa é capaz de evitar a inércia, ao pluralizar o conhecimento (e as habilidades profissionais) sobre algo impossível de ser concentrado em determinadas especificidades técnicas (a loucura). Isso resgata o papel da interdisciplinaridade como proposta fomentadora de novos sujeitos, novas ideologias e novos saberes no contexto social da reforma psiquiátrica.

A constituição da equipe numa proposta que visa a ser inovadora também gera incertezas, repercutindo em diferentes dificuldades operacionais do cotidiano. Uma das mais importantes para o trabalhador está na convivência entre o profissional mais “novo” e aquele mais “antigo”, devido ao fato de os novos serem contratados com vínculo precário e absorvidos pelo serviço com pouca ou quase nenhuma experiência de trabalho em saúde mental:

Investigador - Então assim, pra termos de avaliação, é importante que a gente tenha uma idéia do... em relação ao serviço e também de alguns fatores que possam contribuir pro melhor funcionamento do serviço. O que tu terias a dizer?

Trabalhador - Então assim, eu acho que a equipe. Existem as pessoas mais antigas e existe as pessoas novas, né? Eu não tô dizendo que os antigos são sábios, mas também, nós temos que aprender muito também, mas os novos que tão entrando, assim eles entram meios perdidos aqui dentro, né. Então eu acho que eles precisariam de mais orientação de entender essa proposta do CAD, né? O que é técnico de referência? O que é o técnico do dia? O que que é o grupo tal? O que que é a oficina tal? Como é que faz triagem? Por que tanta pergunta? Né, por que que tem que fazer tantas perguntas? É... quem tem que ... é esses funcionamentos do dia-a-dia, né? Sabe? Assim todo o funcionamento do dia-a-dia, né? Eu acho que essas pessoas que entram, elas entram muito cruas, e aí entra a questão do perfil. Acho que nem todo o profissional que entra aqui é o que deveria ficar. Porque às vezes ele não tem jeito, ele não gosta, ele não... gosta da proposta, ele não entende a proposta, daí não... e fica porque fica, né? Porque foi colocado aqui e não sai, né? Mas muitos, alguns profissionais ainda acho que eles não estão no lugar certo, eles poderiam ser aproveitados bem melhores em outro local que não fosse a saúde mental, que não fosse CAPS, então, né? Por que a gente tem essa proposta diferenciada, né? e... não digo a maioria, né, alguns não entendem isso, alguns acham que a gente é facilitador, que tá fazendo tudo, ou... ou até a gente acha que... não digamos assim que ninguém acha que faz demais, né, que tá fazendo demais, né? Então eu acho que a pessoa que é indicada pra vir pra cá não devia ser uma questão de vaga. Existe a vaga lá. Vou colocá lá, ela deveria ver o perfil mesmo, né? Se ela tem a condição de trabalhar nesse serviço. Às vezes a pessoa vem aqui pra se tratar, não pra trabalhar, né? Então fica um pouco complicado.

Primeiramente, é importante comentar sobre a política de contratação de pessoal em Joinville. O município geralmente promove a abertura de processos seletivos especiais para selecionar funcionários temporários que superem, de imediato, a falta de trabalhadores em áreas específicas da saúde. Esse

procedimento faz com que exista constantemente, no serviço, um conflito entre os profissionais mais recentes ou “novos” (geralmente provisórios) e aqueles que já possuem experiência prévia de trabalho no serviço ou mais “antigos” (geralmente concursados). Esse conflito não é preferencialmente causado pela convivência entre os dois grupos distintos de atores, mas mediado pela dificuldade de sistematização de conhecimentos e práticas em saúde mental que exigem certa experiência prévia, acompanhamento sistemático ou treinamento específico.

Aqui entra novamente, para fortalecer essa idéia de que o “novo” traz prejuízos para a prática do serviço, o uso de **figuras metafóricas, elementos metadiscursivos** e algumas **estruturas argumentativas** (perguntas retóricas).

Na primeira situação, o trabalhador parece deslocar para a esquerda¹²⁷ da mesma oração um metadiscurso (“Então assim”) que mostra que o “novo” é incorporado sem a devida preparação (treinamento) no interior do serviço (“Então assim, eu acho que a equipe.”). O falante faz questão de frisar que a equipe se sente prejudicada com a entrada de novos profissionais recentemente contratados, pois deve atender suas demandas e administrar as demais atividades inerentes à sua competência no cotidiano. No entanto, para não causar impressões equivocadas ou negativas, ele mesmo busca um novo elemento metadiscursivo que funcione como ferramenta reparadora para aquilo que emite, para evitar falhas ou truncamentos no processo comunicacional. Quando afirma “não tô dizendo que os antigos são sábios”, o falante procura resgatar “novos” e “velhos” como membros

---

¹²⁷ Novamente aqui aparece o fenômeno da topicalização da linguagem. Na língua portuguesa convencionou-se adotar como tradição gramatical a sequência sujeito-verbo-objeto. Quando há um deslocamento, entramos no terreno das figuras de linguagem. Caso seguissemos a tradição gramatical, a idéia principal (geralmente no meio da oração) poderia permanecer encoberta; porém quando posta ou no início ou no fim da mesma, causaria maior impressão (BELFORD, 2006). Na gramática normativa, existem diferentes modalidades de topicalização da linguagem, porém neste estudo não serão descritas ou analisadas em profundidade, em função de minhas próprias limitações sobre o assunto.

de uma única equipe, equiparando a necessidade de aperfeiçoamento técnico para ambos. No caso dos mais novos, o treinamento é para suprir o despreparo, enquanto que, para os mais velhos, serve como adaptação e definição de novas estratégias, em função do modo cambiante de fazer saúde mental no interior do CAPS.

Do ponto de vista discursivo, esse metadiscurso é uma maneira de mostrar que o falante (o mais velho) possui consciência do mal-estar que pode provocar à imagem do outro (o mais novo). Caso não houvesse a reparação, o mais novo seria classificado como um inexperiente, um atrapalhado, e o antigo como um *expert*, que precisa modificar sua rotina diária para dar conta de atender às demandas do funcionário recentemente contratado.

A reparação¹²⁸ (*remedy*) é um conceito introduzido por Erving Goffman para designar uma necessidade do emissor de evitar os problemas no cotidiano conversacional. Para Goffman (1985), a imagem (*face*) de uma pessoa projeta na outra uma série de opiniões. Todo sujeito sente a necessidade de ser apreciado pelo outro com quem está em relação, ser compreendido e não ser molestado. Para tanto, o autor denominou “imagem positiva” a necessidade de ser apreciado pelo interlocutor e de “imagem negativa” a necessidade de não ser prejudicado por ele.

Conforme Goffman (1985), numa interação social, que inclui a comunicação verbal, os participantes procuram constantemente esforçar-se para buscar a estabilidade em suas relações com os demais. No entanto, esforçar-se para manter uma imagem social (*face work*) não deve ser usado como elemento que possa violar a imagem do outro. Nesse caso, o que pode ser considerado uma imagem positiva

---

¹²⁸ O conceito de reparação é útil para analisar estratégias de cortesia e descortesia nos eventos comunicacionais. Limitar-me-ei a destacar apenas os aspectos mais importantes, já que o objeto de meu estudo não implica análise de eventos discursivos de natureza cortês ou descortês.

para um indivíduo, pode ser negativa para o outro. Assim, todo sujeito em interação deve preocupar-se com seus próprios limites e com os limites do outro, imprecisos por natureza, devendo utilizar mecanismos que possam diminuir os efeitos de tais “atos ameaçadores da imagem¹²⁹”, para preservar o contexto interacional.

O trabalhador que ameaça a imagem do outro, num contexto onde se busca a interação, estaria ultrapassando as fronteiras que delimitam o respeito, a cortesia, a própria afetividade e o conhecimento sobre a singularidade humana. Num contexto onde as dúvidas imperam sobre as certezas, como é na saúde mental, um profissional novo precisa ser inserido e acolhido como se fosse uma nova força produtiva no contexto da instituição. Apesar de não saberem por onde começar, o que fazer ou como fazer, todo trabalhador precisa sentir aquele interesse genuíno que aproxima, que compreende suas limitações, mas que busca desenvolver suas potencialidades. Num trabalho interdisciplinar, a competência de um sujeito pode não ser a de outro, e a interlocução entre eles é que move o serviço em direção à autonomia, à satisfação e ao prazer com o trabalho que se faz.

A questão do despreparo do profissional novato é encarada pelos trabalhadores como um desafio na organização metodológica das práticas do serviço. Para mostrar qualitativamente a necessidade de um treinamento para os novos funcionários, para não prejudicar o funcionamento do serviço, o discurso é marcado com **figuras metafóricas e perguntas retóricas**.

---

¹²⁹ Traduzido do espanhol *Actos Amenazadores de la Imagen* (AAI), conforme Renkema (1999), do original em inglês *Face Threatening Acts* (FTA). O fato de o discurso fazer uma dissociação entre o “novo” e o “antigo” na equipe pode ser considerado, dependendo do interlocutor, como um ato ameaçador da imagem, como se o “novo” fosse o “despreparado” e o “antigo” o “experiente”. Essa representação procura ser atenuada com o uso de expressões reparadoras (como o metadiscurso nessa situação).

Na primeira situação, o profissional novato “fica meio perdido” não porque está literalmente perdido, mas por não saber o que fazer quando ingressa num contexto totalmente diversificado. Isso representa o juízo de valor que o trabalhador mais antigo (experiente) tem sobre a condição do novato (inexperiente). Em meio a essa dificuldade de adaptar-se às rotinas, parece surgir a necessidade do treinamento, invocada na sequência da fala por meio de perguntas retóricas do tipo: “O que é técnico de referência? O que é o técnico do dia? O que que é o grupo tal? O que que é a oficina tal? Como é que faz triagem? Por que tanta pergunta? Né, por que que tem que fazer tantas perguntas?”.

Às vezes, uma pretensão resulta mais convincente no contexto da enunciação quando uma argumentação é transformada em pergunta retórica. Esse tipo de pergunta convida aquele que formula a dar uma resposta, no entanto ele já possuindo a sua resposta. Em linguística, existem diferentes explicações para o fato de as perguntas retóricas terem maior capacidade argumentativa do que a própria afirmação em si. Primeiramente, é possível que elas sejam usadas para associar argumentos consistentes, já que os receptores inferem que esses argumentos são verdadeiros. Nesse caso, a pergunta retórica aumentaria o poder de persuasão da linguagem, sem importar qual seja a força do argumento. Na segunda hipótese, as perguntas retóricas extrairiam juízos de valor dos receptores, que prestariam maior atenção ao argumento apresentado. Se esses argumentos são sólidos, ou seja, convincentes do ponto de vista discursivo, o receptor atribuirá um juízo mais positivo à pergunta retórica do que ao argumento original que a criou (RENKEMA, 1999).

Como as perguntas retóricas conduzem a juízos valorativos, logo depois de escutá-la um receptor geralmente ignora o argumento anterior. Nesse caso, se o

receptor chegar a alguma conclusão, será por meio das perguntas formuladas, e não precisamente pelos argumentos iniciais. É possível perceber, então, que as perguntas retóricas posicionadas após o argumento aumentam o poder de persuasão da mensagem, enquanto que aquelas posicionadas anteriormente tendem a funcionar de modo inverso, ou seja, anulando o poder de persuasão (RENKEMA, 1999).

No discurso do trabalhador, o argumento que gera as perguntas retóricas é o fato de que o novo deve ser treinado porque é despreparado para o trabalho em saúde mental. Ao ser complementado pelas perguntas retóricas, nota-se um deslocamento de sentido, onde a própria pergunta assume a centralidade no contexto do discurso. É dizer que o detalhamento, ou seja, o “programa de capacitação” do funcionário mais novo é mais importante do que o próprio argumento de que ele precisa ser treinado, o que também causa mais impacto na mensagem transmitida. Isso evidencia o quanto os trabalhadores ainda resistem ao “novo” e aos desafios trazidos com ele, preferindo manter a inovar as rotinas institucionais.

O novato no serviço também é entendido como um despreparado e um prejuízo para a equipe. Isso aparece através de uma relação, onde existe uma **linguagem metafórica e metonímica** atuando em conjunto.

Quando há referência ao novato como um “despreparado”, constrói-se uma relação entre “pessoa/alimento”, mediada por uma linguagem metafórica (“cru/cozido”) - que revela a in experiência - e também por uma linguagem metonímica (“verde/maduro”) - que revela o prejuízo à equipe.

Numa analogia ao contexto original, alimentos que se encontram “crus” geralmente sofrem três caminhos distintos: ou eles precisam ser preparados, o que

eleva o tempo de cozimento, ou eles não são utilizados de imediato até que amadureçam ou eles são desprezados por outro alimento mais aceitável. Realizando uma comparação com a saúde mental, entre desprezar um profissional e deixá-lo inoperante, uma das ofertas mais próximas de uma proposta inclusiva (não somente para o usuário) seria compreender a falta de experiência do mesmo e prepará-lo para o trabalho (capacitação). Até porque o funcionário nem sempre é selecionado pelos profissionais do serviço, mas “indicado” por uma gestão que, às vezes, está mais preocupada com o perfil quantitativo de funcionários do que com o investimento na formação qualitativa dos trabalhadores em suas práticas.

Para garantir o avanço das discussões da reforma psiquiátrica no contexto brasileiro, e não reduzi-la à simples abertura de novos (e mais) serviços, é necessário possuir um quadro de profissionais que defenda modelos de atendimento distintos dos anteriores. Para aqueles que não participaram da luta militante e têm dificuldades em transportar novos conhecimentos para o interior do serviço, resta, como tendência inicial, repetir o referencial aprendido anteriormente. Para não cair na contramão da reforma, pensar na formação permanente da equipe é importante, mas não parece suficiente face à complexidade do trabalho com a loucura. É necessário desafiar a clínica do serviço e a clínica da equipe para superar as imprecisões, o que gera um novo campo, propício às experimentações e produções de novos saberes e fazeres (FURTADO; CAMPOS, 2005).

Enquanto isso não acontece, o “novo” no serviço vai sendo comparado a um funcionário despersonificado, que não pode ser chamado de trabalhador porque não trabalha (naquele sentido materialista *a anteriori* explorado), já que “presta serviços” em função do interesse específico do governo, não das comunidades. Não pode ser considerado um ator social, porque vai vendo seu conhecimento ser

institucionalizado por uma dinâmica burocrática que o absorve. Torna-se um ser dissociado de si mesmo, que não pode se comprometer porque possui vínculo precário, que não reinventa o cotidiano porque fica sem estímulos (tanto da gestão, como dos trabalhadores), e que não processa transformações porque está alienado. Enfim, um ser inanimado, comandado e constituído na forma de um sujeito assujeitado¹³⁰.

A manutenção de uma ideologia derivada do controle estrutural efetuado pelo governo municipal vai mostrando o quanto a prática em saúde mental (já incerta por natureza) vai sendo submetida à rigidez e à pouca possibilidade de trocas no microespaço. Desse modo, fica difícil reposicionar as relações hegemônicas no interior do serviço, e o resultado produzido pode ser uma prática discursiva marcada pela lamentação, pela desmotivação e pela revolta. Aqui entraria a questão do perfil do trabalhador, nem sempre aquele desejado ou selecionado pelo serviço, mas o imposto pela administração municipal, gerando mais inquietação e incertezas sobre o futuro das práticas.

Do ponto de vista pragmático, se existe uma relação diretamente proporcional entre o novato e seu ingresso na instituição, essa relação está marcada pela ausência de perfil para trabalhar em saúde mental. Do ponto de vista discursivo, essa relação é mediada pelo uso de **advérbios/adjetivos intensificadores**, graduadores de intensidades, que vão redesenhado os processos

---

¹³⁰ O sujeito assujeitado é fruto de um processo denominado de “assujeitamento” pela análise de discurso. Significa aquele indivíduo que vive imerso numa estrutura ideológica e que reproduz coisas que já foram “ditas” por outras pessoas (formações discursivas), só que tomadas para si como se fossem exclusivas e originais (POSSENTI, 2003). A concepção de assujeitamento deriva dos conhecimentos sociológicos de Louis Althusser, quando este discorreu sobre os aparelhos repressivos e ideológicos do Estado. No caso dos aparelhos ideológicos do Estado (escola, igrejas, famílias e no meu caso os serviços de saúde mental), ainda que se pense que são instituições diversificadas no cotidiano, são unidas pelo fato de que sua ideologia é a propagação da ideologia das classes dominantes. Essa ideologia da classe dominante fica responsável pelo controle dos modos de produção da sociedade, assim como o controle dos indivíduos como sujeitos, que, docilizados, vão se submetendo às ordens existentes das coisas (THOMPSON, 2002).

de atribuição de juízos de valor pela imprecisão ou generalização dos processos ou pessoas.

Vamos pensar no ingresso do trabalhador no serviço. Inicialmente, o falante procura mostrar a preocupação com o estabelecimento do perfil, ao indicar que o novato entra “muito cru”. Numa escala de valoração, o “muito cru” situa-se acima do “cru”, o que chama a atenção do receptor pela necessidade de fortalecer a potência do enunciado. A representação da falta de preparo técnico-teórico pode explicar certa rejeição do novato no interior das práticas pelos trabalhadores mais antigos, não somente pela sua “indicação” pela gestão, mas porque acrescenta uma nova responsabilidade dentre tantas outras que a equipe já possui.

Já no interior do serviço, inicia-se um jogo dialético que dá origem às diferentes intensidades de valorações. Há uma alternância entre singular e plural organizada em declínio, iniciando em “muitos” trabalhadores e terminando em “alguns” sem perfil. Essa gradação entre “muitos” - que dá noção de generalidade - e “alguns” - que dá a idéia de particularidade - é explicável pelo ponto de vista da necessidade de preservar a constituição da própria unidade da equipe. No entanto, aos poucos o “muitos” vai dando espaço somente aos profissionais que não estão “no lugar certo”, que posteriormente vai cedendo lugar à “aquela pessoa indicada”, numa tentativa de reduzir o espectro de profissionais que não possuem perfil, para não prejudicar a imagem social da equipe e da própria instituição.

Há uma relação clara no discurso do entrevistado de que um profissional precisa aliar perfil e conhecimentos prévios do sistema para trabalhar no CAPS. Um profissional que não viesse “cru” seria dispensado de treinamento. Logo, quando dispensado do treinamento, não sobrecarregaria a equipe. Entretanto, aqui cabem questionamentos: numa prática altamente mutante, onde o cotidiano ressignifica o

espaço das relações, dos saberes e das atitudes, existiria um profissional com perfil pré-estabelecido e que não viesse despreparado? Se já existe uma dificuldade dentro da atenção psicossocial para estabelecer fronteiras precisas de atuação profissional, onde encontrar esse “supertrabalhador” que venha preparado, entendendo o funcionamento do serviço e que se adapte facilmente à realidade?

Além das questões que envolvem a constituição da equipe e sua organização, existia uma tendência da equipe em considerar como “membro nato” aquele que participava das discussões e do atendimento no cotidiano. Isso ocasionava uma nova fragmentação na equipe de saúde mental, que, se antes estava dividida entre “novos” e “antigos”, agora se manifesta pela “introdução” de categorias até então não contempladas:

Trabalhador - A questão dos nossos guardas também, que aí é... a equipe de serventes, da equipe da cozinha, né? Acho que é uma falha nossa, né, a gente não colocar eles mais junto conosco [...] falou muitas vezes: “Ah, vai ter que participar da reunião.”, “Ah...” não sei o quê... Mas sempre tem alguma coisa que eles não podem participar das reuniões, nem a própria assembléia eles participam, né? E eu vejo assim que eles são peça assim... fundamental na equipe, eles tão assim porque eles ficam é... circulando por aí. Conversam com um, e conversam com outro usuário, e a gente vê assim que eles tão dando algum palpite, alguma orientação, né, eles acham que eles não fazem isso, mas na verdade eles fazem, né? Claro, né... a gente vê eles falando... “Como que foi aquilo? Aquele negócio deu certo? Conseguiu falar com aquela pessoa? Resolveu tal problema?”. Então assim, eles tão lidando, né? Com ele, mas eles não participam das nossas reuniões. Então eu acho isso uma falha assim... Então eles falam que eles são profissionais terceirizados, né? Principalmente a parte dos... dos guardas, né? As serventes nem tanto, porque elas estão conosco, há um bom tempo, né? Mas os guardas que mudam mais, eles ficam terceirizados e eles não... não querem. Não faz falta também eles participarem das nossas reuniões ou de algumas atividades que a equipe solicitou, então... Teve uma vez que a gente precisou de um deles pra fazer grupo de 8 e o guarda quase que surtou, né? Porque ele disse que aquilo ele não fazia, ficou assustado, e depois aquilo mexeu um monte com ele. Mas isso também eu acho que é por falta de orientação. Assim que eles entram no serviço chama: “Oh, aqui acontece isso, né? Pode acontecer esse tipo de crise, a gente pode precisar de você pra fazer o grupo de oito”. Explicar o tal grupo de oito, eu acho que é uma falha da equipe. É... mas ao mesmo tempo a gente perguntou quem é que tem que fazer isso, né? Somos nós que temos que fazer isso, ou é a coordenação, ou é administrativo, né? Então a gente fica se... se questionando sobre isso também, né? Quem tem que fazer essa parte, né?

Novamente o discurso tende a fragmentar a unidade da equipe em “nossos guardas”, a “equipe de serventes” e a “equipe da cozinha”, como aconteceu com os psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais do modelo ambulatorial. Embora considerados como “peça fundamental”, são reconhecidos contraditoriamente pelo discurso como figurantes, uma equipe complementar, porque “também” (no sentido de “adicionalmente”) devem ser lembrados a participarem das atividades do serviço. Logo, a equipe principal seria aquela formada pelos profissionais de nível médio e superior, protagonistas, responsáveis pelo atendimento direto, enquanto que os guardas, serventes e auxiliares de limpeza seriam os figurantes, o pessoal de apoio. Isso parece significar que ainda sobrevive no interior do discurso dos trabalhadores certo resquício originado do modelo ambulatorial de organização, que fragmenta o saber nascido da interação com todos para, diametralmente, privilegiar as competências profissionais específicas de cada formação disciplinar, de maneira vertical.

Do ponto de vista discursivo, esse “resquício” pode ser explicado porque o discurso cria novas realidades, mas também é capaz de reproduzir, no tempo e no espaço, as regularidades e dispersões de uma dada sociedade, o que Foucault (2005) denomina de “formações discursivas”. De acordo com o autor, cada formação discursiva é capaz de constituir um saber, dada a sua permanência e influência histórico-social. Assim, não há saber sem uma prática discursiva definida, mas toda a prática discursiva pode ser definida pelo saber que ela forma.

O servente, o guarda ou o auxiliar de limpeza são profissionais que, conforme o discurso, ainda não parecem ter garantido seu lugar no projeto terapêutico da instituição. Primeiramente, existe uma intenção de incorporá-los ao serviço como agentes de transformação das práticas, uma vez que acompanham

diariamente a rotina do serviço e interação com os usuários. Ao mesmo tempo, passam a ser considerados funcionários de apoio, figurantes, pois o protagonismo ficaria a critério de uma equipe já previamente definida, responsável pelos atendimentos diretos da clientela.

Considero que o fato de orientar, interagir, ouvir as respostas e mostrar interesse por questões particulares do usuário vem ao encontro daquilo que entendo como “acolhimento” às demandas do outro. Um acolhimento que não deve ser exclusividade de poucos, por ser algo intrínseco à natureza humana e estar inserido no mundo dos relacionamentos interpessoais. O acolhimento pode ajudar na aproximação com o usuário e evitar seu afastamento, ser resolutivo, mas, principalmente, pode situar, no mesmo patamar, sujeitos que se encontram em diferentes posições na instituição. Nesse sentido, estando ou não numa “equipe de apoio”, mas utilizando-se do acolhimento como instrumento de seu processo de trabalho, o profissional vai assumindo seu protagonismo como ator social do processo, ajudando a romper com padrões de atendimento centrados numa relação muitas vezes desproporcional dos profissionais para com eles mesmos e com os usuários.

Uma contradição, no entanto, aparece na função do personagem “guarda”. No discurso, há uma iniciativa de responsabilizar a equipe de guardas pela não adesão às atividades terapêuticas do serviço, não somente por causa da rotatividade que não os fixa, mas pela mobilização por parte de outros membros da equipe dos aspectos relacionados à vontade humana (“o querer fazer ou não”). Isso quer dizer que o trabalhador parece atribuir um juízo de valor não-negativo para o fato de que o guarda não participa porque não está fixo no serviço (uma justificativa institucional). Ao contrário, quando há um deslocamento para a figura

do “trabalhador/guarda”, essa mesma valoração que servia de justificativa institucional, transforma-se num juízo de valor sobre os comportamentos humanos, adquirindo uma conotação negativa, como se ele não participasse porque “não quer se envolver” com o serviço.

Talvez o fato de “não querer se envolver” esteja mesmo relacionado à falta de orientação por parte dos outros trabalhadores. No entanto, um serviço comunitário, que busca aproximar o usuário da sua realidade, apesar de trabalhar com os preceitos da liberdade e autonomia das pessoas, tem na figura do guarda uma contradição. Esse profissional costumava ficar no lado de fora do serviço, recebendo as pessoas que chegavam e atendendo as pessoas que saíam. Nesse caso, o guarda parecia lembrar a figura do vigilante, aquele controlador das pessoas, que não poderiam se ausentar (ou fugir) do serviço sem o consentimento da equipe. Faço um questionamento: teria mesmo o guarda essa função?

Em resumo, a incerteza operacional que une e fragmenta a equipe, ao mesmo tempo, está relacionada com uma cascata de possibilidades, que se inicia na própria indefinição operacional dos objetos e instrumentos de trabalho em saúde mental, e termina na dificuldade de identificar quem são os profissionais que devem cuidar da loucura no serviço. Isso significa que a equipe ainda não parece confortável para estabelecer as bases que regem os limites precisos de atuação de cada profissional, por desconhecer o modo de funcionamento do serviço e as bases metodológicas que o sustentam. Assim, é natural que permaneçam alguns resquícios do modelo ambulatorial anterior, que, embora questionado e relativamente superado na prática, ainda reside no interior do discurso do trabalhador.

Em saúde mental, especialmente nos serviços substitutivos, encontrar respostas para as dificuldades provoca novos desafios para os trabalhadores, ao mesmo tempo em que os desgasta. Num ritmo dialético, a equipe parece que vai sendo confrontada e posicionada entre o espaço do desejo - onde existe a cooperação coletiva para enfrentar as adversidades - e as imprecisões do cotidiano: como a dúvida entre estabelecer um perfil de trabalhador ideal, a incorporação de novos profissionais e a gestão do processo de trabalho na instituição. Tensionada, a equipe até busca saídas para os problemas, mas pode acabar regressando para dar lugar à lamentação como justificativa para o fracasso das tentativas (como na contratação de pessoal).

Vimos uma das incertezas estruturais com relação à prática dos trabalhadores no CAPS. A seguir, tentarei identificar, no discurso, quando eles se apresentam como “eu” ou como “equipe” e a forma de se posicionarem no cenário social das práticas do serviço.

8.3 A INSCRIÇÃO DO SUJEITO-TRABALHADOR (“EU”) E DO SUJEITO-EQUIPE (“NÓS”): AS CONEXÕES EXISTENTES ENTRE DISCIPLINAS E PESSOAS NO DISCURSO

Como foi possível notar, a incerteza dos trabalhadores com relação à prática também se reproduz no próprio modo de organização estrutural da equipe no serviço. Organizar, sistematizar, planejar e administrar as dificuldades faz parte de todo um processo de transição entre um modelo centrado no ambulatório para um modelo ampliado de atendimento, com alvo nos serviços substitutivos de saúde mental.

Joinville já se destaca pela possibilidade de romper não somente com o hospitalocentrismo, mas também com o “ambulatoriocentrismo”. Enquanto muitos municípios ainda tentam livrar-se das amarras que os levam diretamente ao hospital psiquiátrico, como centro de tratamento em saúde mental, Joinville dá um salto importante na constituição de uma nova política voltada para os serviços territorializados. Nesse caso, o ambulatório, ainda que seja um recurso original de tratamento e que supera a hospitalização psiquiátrica, ele também precisa ser superado por uma equipe que possui entendimento suficiente de que ele se organiza de maneira diferente dos serviços comunitários.

É claro que adaptar-se a essa nova modalidade de saber/fazer gera bastante insegurança e incerteza. Porém, existe um espírito importante em consolidar o esforço da equipe para superar essas dificuldades. Já havia comentado anteriormente o sentimento no discurso em unificar/desunificar os trabalhadores, analisado do ponto de vista da multi/interdisciplinaridade em saúde mental. Agora, procuro analisar o ponto de vista do falante inserido no discurso e como ele se vê nesse processo. Abaixo aparece essa tendência:

Trabalhador - *E em cima disso também, nós, enquanto profissionais aqui o CAPS, deveríamos ter assim uma supervisão técnica, também porque atualmente a gente vem tendo uma supervisão mais de.. equipe como ..., interpessoais de relações interpessoais. Acho importante também, mas eu acho que essas questões inter... interpessoais leva muito tempo com a terapia individual, focalizando esses problemas individualmente, né? É uma... de vez em quando, quem sabe uma reunião, mas eu acho que mais importante agora seria supervisão técnica mesmo, né? Por que que fazem isso, por que que fazem aquilo, né? Por que em determinada situação se lida dessa forma e em determinada situação se lida de outra? Pra ficar mais claro assim, pras pessoas, pra proposta de cada atividade. Como cada atividade funciona, ah... um grupo de apoio. Como é que ele funciona? Uma oficina e marcenaria. Qual é o objetivo terapêutico dela? Não é pra ficar lá só fazendo trabalhinho, passando tempo. Então, pra todo mundo entender realmente a proposta e tudo que acontece aqui no CAPS.*

Existe uma questão central no discurso que nos reporta à constituição da subjetividade dos trabalhadores como equipe (a alternância entre o “eu” e o “nós”). Parece haver uma vontade de que as incertezas possam ser superadas com o esforço coletivo, e não com posturas individualísticas ou pouco centradas na vivência da cooperação. Nesse caso, vale a pena discorrer um pouco sobre a inscrição da pessoa (o “eu”, o “tu”, o “nós”), que apresenta suas dúvidas e possibilidades diante da organização das práticas.

A noção de pessoa¹³¹, assim como sua inscrição no discurso, é ampla e complexa. Quando falamos em linguagem, a própria noção de pessoa extrapola o significado mais subjetivo, para fazer parte de um coletivo de formas simbólicas e recursos semióticos. Esses recursos, geralmente identificados a partir de sistemas léxicos ou dêiticos¹³², ou seja, pela identificação das pessoas e das conexões que elas fazem no discurso, mostram como os falantes põem em jogo as formas de representação que têm sobre si mesmos, bem como as relações que estabelecem com os demais protagonistas da interação (CALSAMIGLIA-BLANCAFORT; TUSSÓN-VALLS, 2007).

Em toda língua e a todo o momento, aquele que fala se apropria do “eu”, esse “eu” que ele não compreende apenas como um dado léxico como qualquer outro, mas que, posto em ação no discurso, insere nele uma possibilidade de existência da pessoa, sem a qual não haveria a materialidade da linguagem. É essa

---

¹³¹ A noção de pessoa dentro da análise de discurso depende da disciplina que será utilizada pelo estudo, sendo complexa do ponto de vista teórico. A psicologia discursiva é um exemplo dessas disciplinas, a qual tem buscado ampliar a noção de pessoa a partir de como ela se insere na sociedade em que vive. Baseada na metodologia da história, na sociolinguística interacional, na antropologia social e na análise da conversação, a psicologia vem descrevendo a interação humana e como esse processo é capaz de (re)construir discursos (ou práticas discursivas) na sociedade. Mais informações sobre esse assunto também podem ser encontradas em Harré (1999).

¹³² A dêixis é uma palavra originalmente grega que se refere às conexões existentes entre o discurso e a situação onde ele se manifesta. Significa “mostrar” ou “indicar” os elementos da linguagem que se referem diretamente a essa situação. As palavras dêiticas, como um pronome que identifica um sujeito, são aquelas que possuem um ponto de referência dependente do falante e do lugar em que ocupa no espaço e no tempo (RENKEMA, 1999).

relação estabelecida entre o uso de escrituras linguísticas e a indicação de sujeitos falantes (o “eu”, o “tu”, o “ele”) que determina a possibilidade mesma do discurso de existir como tal, como uma das diferentes manifestações da linguagem nas dimensões humanas (BENVENISTE, 1999).

Compreendo que a linguagem se transforma num instrumento na qual o indivíduo vai inscrevendo a sua subjetividade¹³³ como produção existencial de suas relações com o mundo. É como se o indivíduo aos poucos fosse se “desindividualizando” porque depende dessas relações interpessoais para dar continuidade à história e à sociedade. Assim, o discurso, como manifestação da linguagem em ato, não somente representa/cria novas realidades, mas também representa/cria novos sujeitos.

No fragmento do discurso, existe uma forte inscrição do “nós”, pronome da primeira pessoa do plural. Esse “nós” tanto pode ser usado para remarcar um sujeito manifestado na condição de equipe, quanto para designar o próprio coletivo organizado de profissionais. Essa questão já foi levantada em outro capítulo.

Quando usado pelo entrevistado para remarcar sua inscrição como membro de um coletivo, esse “nós” na verdade está se referindo ao que chamarei de “eu-ampliado” do discurso. Nessa situação, o sujeito se despe de sua individualidade para marcar o discurso a partir de um “eu-equipe” ou de um “eu-coletivo”. Essa nova concepção de sujeito ampliado busca, na unidade do conjunto, uma nova relação com o mundo do trabalho no serviço. Isso quer dizer que a materialização do “eu-equipe” ajuda a ressignificar o próprio conceito de subjetividade no campo da saúde mental. Por sua vez, isso imprime uma nova lógica de pensar e fazer, na

---

¹³³ Guatarri e Rolnik (2005) sinalizam para a idéia de que a subjetividade está ligada não somente a um conceito existencial, ou seja, em como os indivíduos percebem o mundo ao seu redor, mas principalmente em como esse indivíduo inscreve os componentes que o formam no registro do social. A subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais, sendo expressada também através das atividades sociais, como a linguagem.

qual a loucura passa a não ser mais um objeto de “domínio de um” (como nos tempos de Pinel), mas um objeto que só pode ser compreendido e trabalhado por todos, de maneira complexa, se cada trabalhador também se inscrever de maneira complexa no contexto das relações discursivas.

Esse mesmo pronome produz sentidos diferentes no contexto em que está posto no discurso. Após ser referenciado, é seguido imediatamente pela sequência “enquanto profissionais”. Agora na condição de “eu-profissional”, o sujeito se despersonifica e incorpora a roupagem da disciplina, que consolida a diferenciação técnica e metodológica das práticas no interior do serviço. No entanto, o mesmo sujeito que se despersonifica na figura do “eu-profissional”, resgata sua subjetividade ao ser elevado à condição de “a gente”. Nessa situação, o sujeito retorna ao conceito do “eu-ampliado”, não somente pelo fato da coloquialidade (comum nos eventos baseados na oralidade), mas pela necessidade de novamente valorizar a unidade da equipe, que compartilha tanto as potencialidades quanto as limitações do cotidiano.

Dentro das repercussões desses dois “eus” do discurso, o falante levanta a questão de investimento na supervisão técnica e na supervisão clínica do trabalho em saúde mental. Na primeira situação, quando o trabalhador assume a posição do “eu-profissional”, quer dizer que ele cogita a possibilidade de contratação de um especialista externo que possa trabalhar com as incertezas que regem o cotidiano das práticas da equipe, orientando-lhe com relação a significados, planejamento ou execução das práticas no serviço. Na segunda situação, ao fazer parte daquilo que convencionei chamar de “eu-ampliado”, o sujeito compreende que está imerso numa rede de relacionamentos interpessoais que tensiona a convivência entre as pessoas e a materialidade de suas práticas. Por isso, caberia à supervisão clínica o

manejo dos conflitos interpessoais, o fortalecimento dos vínculos e dos laços afetivos entre cada trabalhador.

A chamada “supervisão clínico-institucional” está inserida no Programa de Qualificação dos CAPS, instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM 1174/2005. É oferecida por um profissional externo ao CAPS e com preparo técnico-científico, que possa dar conta de prestar assessoramento, orientação, acompanhamento e discussão do trabalho da equipe, no interior do serviço de saúde mental. Segundo a portaria, o supervisor deve trabalhar com todas as dimensões do processo de trabalho do serviço (gestão do sistema, constituição do projeto terapêutico, dos Planos Terapêuticos Individuais e das questões internas da equipe que influenciam nas atividades terapêuticas do CAPS).

O supervisor clínico-institucional tem, por si só, uma atividade especializada que contempla diferentes olhares do contexto do serviço. Além de trabalhar com as demandas gerenciais do serviço (organização, planejamento, execução, orientação e avaliação das práticas em saúde mental), o supervisor também precisa acompanhar o cotidiano da prática assistencial para identificar fatores que possam contribuir ou interferir no andamento do projeto terapêutico da instituição. O supervisor, nesse sentido, deve trabalhar pensando em como resolver os conflitos que aparecem nas relações entre os trabalhadores, de modo a evitar que esses conflitos sejam transportados para o terreno das práticas com a comunidade.

A questão da supervisão aparece no discurso como uma das dificuldades diante da complexidade do trabalho em saúde mental. O trabalhador fragmenta a atividade do supervisor clínico-institucional, instituído pelo Ministério da Saúde, em duas partes: a supervisão clínica e a técnica. Com a utilização de recursos contra-argumentativos, cria uma ordem de relevância, sendo a supervisão técnica mais

importante para o grupo do que a clínica. Isso reforça a justificativa de que as incertezas do cotidiano parecem afetar, primeiramente, o modo de organização das práticas, para depois repercutir nas relações entre os trabalhadores.

É importante ressaltar que a fragmentação da atividade do supervisor não repercute apenas na interpretação parcialmente equivocada das normativas técnicas. Um supervisor clínico-institucional deve ter o perfil de poder gerenciar os conflitos e orientar com relação às incertezas do cotidiano. Mas o mesmo supervisor parece tornar-se o fiel depositário de todas as respostas para os anseios dos trabalhadores, o que seria impossível.

Além disso, a fragmentação das atividades de supervisão técnica e clínica incorre em outro problema técnico, abrindo espaço para um questionamento: Se a equipe luta diariamente contra as incertezas que parecem fragmentar seu trabalho com a loucura, não parece um paradoxo a fragmentação de uma atividade essencial para a saúde da equipe?

Sendo assim, dentro das questões que envolvem a subjetividade do trabalhador e sua manifestação discursiva, se vão delineando dois perfis distintos de trabalhador. Na primeira situação, temos o pronome “nós”, primeira pessoa do plural, referindo-se ao “eu-profissional”. Esse novo sujeito possui uma orientação baseada na dimensão teórica interdisciplinar de organização das práticas, porém funcionando, na prática, de maneira multidisciplinar, dividido por competências/habilidades técnicas.

No segundo caso, temos a formação de um “eu-ampliado”, que corresponde à dimensão “a gente”, uma forma flexionada do pronome “nós” utilizada no contexto coloquial. Quando há o uso da expressão “a gente”, a referência discursiva é imediatamente deslocada para o cotidiano dos relacionamentos

humanos, assim como a necessidade de trabalho, nessa dimensão, para evitar as rupturas, as falhas e os conflitos naturais que fazem parte das experiências humanas.

A realidade onde nos inserimos é condição absolutamente necessária para que todas as nossas manifestações linguísticas sejam elevadas à condição de linguagem em ação. Nossas palavras, como expressão linguística da interação, somente são compreendidas e reagimos a elas, quando produzem significados e despertam em nós ressonâncias ideológicas, todas elas concernentes ao processo de viver (BAKHTIN, 2006).

Toda essa realidade, recheada de incertezas, dúvidas e questionamentos, é fruto de uma convocação feita pela reforma psiquiátrica a repensar as relações entre os trabalhadores e deles com a loucura. Como movimento, exige que eles se desfaçam de toda uma construção histórica que culminava no manicômio e protegia, sob quatro paredes, o profissional dos loucos e os loucos da comunidade. Agora, o desafio de cada um é encontrar uma nova subjetividade, capaz de transportar o louco para fora, inseri-lo nas leis, dentro dos serviços como participantes ativos, transformá-los em cidadãos. Um novo contexto que gera possibilidade de criação de vida, mas que também está permeado de angústias, sofrimento, resistências e dúvidas (NARDI; RAMMINGER, 2007).

Os posicionamentos discursivos dos trabalhadores revelam o quanto eles vêm tentando incorporar novos sentidos para a sua prática e para sua condição como atores sociais numa realidade controversa e complexa como a saúde mental. Embora permeado de incertezas, o discurso sobre a prática vai produzindo tensionamentos necessários à criação de novos saberes sobre o louco e a loucura,

fundamentais para redefinir hegemonias, ideologias e relações de poder dentro e fora dos serviços substitutivos.

9 O SERVIÇO E A ORGANIZAÇÃO NA COMUNIDADE: O DISCURSO DA INOVAÇÃO

Em capítulos anteriores, discuti a relação dos trabalhadores com os sujeitos que atendem (famílias e usuários). Foi possível notar que a prática dos trabalhadores compreende, em grande parte, a utilização de estratégias de responsabilização e culpabilização das famílias, que as distanciam do espaço social do cuidado. No caso dos usuários, por haver uma concepção predominantemente imprecisa sobre o sentido da normalidade e do patológico, os trabalhadores são levados a estabelecer relações humanizadas que se centram na comoção, no compadecimento e no sentimento de fraternidade, uma representação geral de benevolência para com o outro. Essa realidade é fruto do modo incerto e impreciso com que os trabalhadores representam a própria prática, tanto pela dificuldade funcional em consolidar uma equipe de saúde mental e seu papel institucional, quanto pela dificuldade em instituir fronteiras operacionais nas atividades terapêuticas.

Se as representações sobre os usuários, as famílias e a prática estão permeadas pela dificuldade operacional e pela incerteza instrumental, os próprios trabalhadores tem consciência de que esse contexto é fruto de toda uma transformação qualitativa nos serviços de saúde mental, para a qual ainda estão procurando algumas respostas. Uma transformação que opera numa dimensão macro - quando modifica radicalmente a estrutura de funcionamento da instituição -, e numa dimensão micro - porque incita a reflexão sobre novas práticas de cuidado, a mudança na organização interna das atividades no território e na constituição da equipe como um todo.

Embora, no campo da saúde mental, ainda haja uma predominância técnica do paradigma da atenção biomédica, certos conceitos e práticas tradicionais parecem apresentar alguns sinais de esgotamento frente ao progresso teórico e metodológico dos últimos anos, na área. A resignificação dos espaços de tratamento e o desenvolvimento de novos dispositivos/paradigmas de atendimento (acolhimento, vínculo, reabilitação psicossocial, desinstitucionalização) vêm produzindo uma nova forma de olhar para a loucura, o louco e suas relações dentro e fora dos serviços (VIETTA; KODATO; FURLAN, 2001).

Essa realidade em transformação também é materializada no discurso dos trabalhadores. Segundo eles, o serviço no qual trabalham apresenta características novas, transformadas, fruto das prerrogativas da atenção em saúde mental preconizadas pelo processo de reforma psiquiátrica. Um serviço especializado, mas criado na comunidade e para ela, que possa trabalhar em articulação com outros serviços na busca de novos sentidos para o fenômeno da loucura. Apesar dos problemas operacionais levantados pelos trabalhadores, com a aplicação do dispositivo axiológico-discursivo, a representação final dada por eles ao serviço foi a de *inovação (positivo)*.

Primeiramente, discorro abaixo sobre o processo de sistematização metodológica que levou ao discurso representativo final (prototípico) da “inovação”. Posteriormente, apresento os procedimentos analíticos do material discursivo.

9.1 O PROCESSO DE SISTEMATIZAÇÃO METODOLÓGICA

Modalidades Semiodiscursivas de Implicação (Dizer e fazer)		Combinação Semiótica (dizer e fazer)	
Dizer/Dizer	Dizer/Fazer	Dizer e dizer Dizer e fazer Dizer mas dizer Dizer mas fazer Fazer e dizer Fazer mas dizer	
Dizer e dizer Dizer mas dizer	Dizer e fazer Dizer mas fazer		
Modalidades Semiodiscursivas de Inibição (Não-dizer e não-fazer)		Combinação Semiótica (não-dizer e não-fazer)	
Dizer/não-dizer	Fazer/não-fazer	Dizer e não-dizer	Dizer e não-fazer
Dizer e não-dizer Dizer mas não-dizer	Fazer e não-fazer Fazer mas não-fazer	Dizer mas não-dizer	Dizer mas não-fazer
		Fazer e não-dizer	Fazer e não-fazer
		Fazer mas não-dizer	Fazer mas não-fazer

Quadro 28 - Dimensões semiodiscursivas (saberes e práticas) - serviço. Construção do modelo de combinações semióticas de acordo com as representações discursivas

REPRESENTAÇÕES SOBRE O SERVIÇO
- A estrutura do serviço podia ser melhor (mais espaço para lazer)
- a estrutura está ficando pequena
- a gestão precisa valorizar mais o serviço e a saúde mental
- A rede de saúde desconhece o serviço
- A sala de enfermagem é totalmente inadequada
- Ainda não se chegou a um consenso sobre o que é um CAPS
- As oficinas, os grupos funcionam
- As pessoas que vivem na comunidade desconhecem o serviço
- Atendimento diário, das 7 às 18h, diferenciado
- Atendimento muito bom, funciona muito bem, fundamental (ao portador de transtorno mental grave e familiares)
- Atendimento não é ótimo, mas é bom para o usuário
- busca-se trabalhar com o lado saudável deles e não somente a doença
- Cada situação no serviço tem uma razão de ser
- CAPS deve atender quando o cidadão precisa, dar o suporte fora do hospital e evitar internação
- Conhecer o funcionamento do serviço leva tempo (todo dia tem “algo novo”)
- Desenvolver autonomia, considerando que a pessoa possui uma limitação
- Deve ter a disposição uma estrutura organizada, com diferentes profissionais
- Deveria ser fiscalizado por ser serviço público, mantido com dinheiro público
- É conhecido pelo usuário e pela rede (busca espontânea ou pela referência)

Continua...

...conclusão

- É um hospital-dia
- É uma referência para a rede básica
- Espaço diferenciado
- existe uma barreira entre SOIS/CAD
- Falta inserção na comunidade: demanda muito grande, único CAPS da cidade
- Faltam profissionais (o serviço perde em qualidade)
- faz atendimentos externos pela sobrecarga da rede
- Foge do que está escrito e por isso o CAPS se Joinville se destaca
- não é igual ao ambulatório
- não é só tratamento, é suporte social, rede social
- Não há um entendimento que o SOIS faz parte do CAD (são o mesmo serviço)
- O CAPS atende tudo, quando deveria atender o surto e dar suporte (por isso um serviço muito assistencialista)
- O CAPS não tem se centrado na clientela alvo, por isso foge da proposta
- O SOIS como complemento do CAPS (moradia, residências, lazer, educação, geração de renda)
- Para funcionar tem que ter equilíbrio: nem tão “rígido” nem muito “solto”
- porta aberta (acho bárbaro, chega é acolhido, não há norma, evita internação, não há marcação de atendimento)
- Prioriza-se o atendimento dos mais graves
- Serviço substitutivo, de apoio

Quadro 29 - Etapa 1 - Construção do repertório lingüístico sobre a prática dos trabalhadores em saúde mental (dados limpos)

	REPRESENTAÇÕES SOBRE O SERVIÇO (DE INOVAÇÃO)				
	ENUNCIADO Os protagonistas são os atores (o serviço)	ENUNCIÇÃO O falante é o protagonista (os trabalhadores)			
	(-A) (profissional identifica uma carência)	Atitude Passiva (-A) (o que não se faz ou não se diz)		Atitude Ativo-Construtiva (+A) (o que se faz, pode fazer ou deve fazer (o que se diz, pode dizer ou deve dizer)	
		Explícita	Implícita	Explícita	Implícita
REPERTÓRIOS LINGÜÍSTICOS					
- Ainda não se chegou a um consenso sobre o que é CAPS, não há um entendimento que o SOIS faz parte do CAD (quando são o mesmo serviço), é um hospital-dia, foge do que está escrito e por isso se destaca, espaço diferenciado, serviço substitutivo, de apoio, o CAPS deve atender quando o cidadão precisa, dar suporte fora do hospital e evitar internação, desenvolver autonomia, considerando que a pessoa possui uma limitação, - Conhecer o funcionamento do serviço leva tempo (todo dia tem “algo novo”), cada situação no serviço tem uma razão de ser - É conhecido pelo usuário e pela rede (busca espontânea ou pela referência)	Imprecisão conceitual e procedimental Imprevisibilidade conceitual e procedimental Pertencimento (mesmo com as imprecisões, é parte integrante do sistema de saúde do município)		Desconhecimento - da proposta inovadora e de como funcionar na prática (T6, T4, T11)	Oferecer Acessibilidade (Porta-aberta) - “atende na hora que ele chega, que ele precisa, diferente do manicômio” (T6, T7, T12, T2, T4, T14)	Prevenção - outra vez se trabalha com a limitação: “para evitar a internação” (T4, T6, T2)
- não é igual ao ambulatório, não é só tratamento, é suporte social, rede social - o CAPS atende tudo, quando deveria atender o surto e dar suporte (por isso um serviço muito assistencialista), prioriza-se o atendimento dos mais graves - para funcionar tem que ter equilíbrio: nem tão “rígido” nem muito “solto”	Craterização conceitual e metodológica Deslocamento da proposta inicial (qual delas?) Priorização procedimental	Normatização - de acordo com o perfil e com as necessidades institucionais (T6, T1, T11)		Negociações/Avaliações/Pactuações - manter o grupo enquanto unidade (T4)	
As oficinas, os grupos funcionam, atendimento diário, das 7 às 18h, diferenciado, atendimento muito bom, funciona muito bem, fundamental (ao portador de transtorno mental grave e familiares), atendimento não é ótimo, mas é bom para o usuário,	Acreditação/Valorização (no trabalho, no serviço, na proposta, nas repercussões)		Insistência (T6, T8, 10, T14, T5, T11)		

Continua...

Conclusão...

- a estrutura do serviço podia ser melhor (mais espaço para lazer), a estrutura está ficando pequena, a rede de saúde desconhece o serviço, a sala de enfermagem é totalmente inadequada, faltam profissionais (o serviço perde em qualidade), faz atendimentos externos pela sobrecarga da rede - a gestão precisa valorizar mais o serviço e a saúde mental, as pessoas que vivem na comunidade desconhecem o serviço, existe uma barreira entre SOIS/CAD, falta inserção na comunidade: demanda muito grande, único CAPS da cidade	Continência (da demanda) Apagamento funcional (para o sistema de saúde)	Lamentação - a gestão, a sobrecarga, a falta de inserção na comunidade (T6, T8, T2, T12, T7, T15, T16, T3)		Acatar as intervenções de outros dispositivos - “o CAPSi só foi criado com ordem judicial” (T16)	

Quadro 30 - Etapa 2 - Identificação dos processos de enunciado e enunciação - representação sobre o serviço

Modalidades de Implicação (Dizer e fazer)		Combinação Semiótica (Dizer e fazer)	Situação-chave (contexto discursivo)
Dizer/Dizer	Dizer/Fazer	Dizer e dizer	O conceito de atendimento do serviço (bom, fundamental, ótimo, funciona bem, não é ótimo, mas é bom)
Dizer e dizer	Dizer e fazer	Dizer e fazer	A porta-aberta (é bárbaro, chega e é acolhido, não há norma, evita internação, não há agendamentos prévios)
Dizer mas dizer	Dizer mas fazer	Dizer mas dizer	O CAPS (CAD + SOIS) visa a resgatar autonomia e trabalhar com inclusão, mas há barreiras entre os dois serviços
		Dizer mas fazer	O CAPS trabalha o lado saudável e não somente a doença (mas o foco continua sendo a “limitação” – o clínico)
		Fazer e dizer	O CAPS não atende somente a clientela alvo e por isso se destaca (foge da proposta inicial)
		Fazer mas dizer	O serviço é diário, atende tudo, é diferenciado, mas deveria atender prioritariamente o surto e dar suporte

Modalidades de Inibição (Não-dizer e não-fazer)		Combinação Semiótica (Não-dizer e não-fazer)	Situação-chave (contexto discursivo)
Dizer/não-dizer	Fazer/não-fazer	Dizer e não-dizer	Não se sabe o que é um CAPS (quando na verdade é <u>a equipe</u> que o desconhece, por isso os problemas)
Dizer e não-dizer	Fazer e não-fazer	Dizer mas não-dizer	SOIS e CAPS são o mesmo serviço (mas as barreiras e desentendimentos revelam a dissociação)
Dizer mas não-dizer	Fazer mas não-fazer	Fazer e não-dizer	O atendimento é diário, das 07h às 18h (ou seja, quer dizer que o serviço tem hora marcada para o surto)
		Fazer mas não-dizer	O CAPS é referência para a atenção básica (mas isso não resolve o problema do desconhecimento pela rede)
		Dizer e não-fazer	O serviço tem dificuldade em inserir-se na comunidade, pela demanda grande e por ser o único de Joinville
		Dizer mas não-fazer	A gestão municipal precisa valorizar o serviço (mas não há um trabalho de visibilidade junto à comunidade)

Quadro 31 - Etapa 3 - Combinações semióticas das representações discursivas dos trabalhadores sobre o serviço (articulação com os processos de enunciado/enunciação)

Combinação Semiótica (Implicação e Inibição)	Discursos Prototípicos	Discurso Representativo Final (Combinação Axiológica)
Dizer*/fazer** (+A) (Atitude Ativo-Construtiva) *o que se diz, pode dizer ou deve dizer **o que se faz, pode fazer ou deve fazer	Acessibilidade Negociação/Pactuação/Avaliação Prevenção Intervenção	INOVAÇÃO (Positivo)
Não-dizer/Não-fazer*** (-A) (Atitude Passiva) ***o que não se faz ou não se diz	Normatização Insistência Desconhecimento Lamentação	

Quadro 32 - Etapa 4 - Construção do discurso representativo final e eixos temáticos de discussão

Insistência + Negociação/Pactuação/Avaliação – A percepção geral dos trabalhadores sobre o serviço (o discurso em defesa do serviço, dos aspectos funcionais, o caráter inovador frente às outras propostas).

Acessibilidade + Prevenção – O balanço existente entre a porta-aberta que promove acessibilidade (e o primeiro contato entre o usuário e o serviço) e o rol de práticas que ressalta a integralidade (e as diferentes dimensões do ser humano), mas se resume ao discurso preventivista (o lado saudável do louco).

Normatização + Desconhecimento – O conceito de CAPS: o desconhecimento da equipe sobre o funcionamento e o modo de operar que é construído conforme o cotidiano das práticas do serviço (e não pode ser estabelecido apenas em processos de normatização técnica).

Lamentação + Intervenção – O CAPS como serviço na/da/para a comunidade: a noção de território como proposta central, o contraste com o inchamento do serviço e o surgimento de outros dispositivos (o jurídico) para tentar regular a assistência, já que há pouco apoio por parte da gestão do município.

9.2 O ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE MENTAL: A “PORTA ABERTA” DO CAPS COMO RECURSO DE INCLUSÃO E ACOLHIMENTO

As políticas de saúde mental centradas no desenvolvimento de dispositivos na comunidade são recentes, resultado da militância organizada de grupos de interesse e da materialização de seus ideais na legislação vigente (BORGES; BAPTISTA, 2008). As repercussões dessa realidade aparecem no discurso do trabalhador, tanto no modo de funcionamento quanto na organização interna das práticas do serviço.

No que diz respeito à organização funcional, destaca-se a “porta aberta”, como um recurso de atendimento da demanda desenvolvido pelos trabalhadores para garantir o princípio de acessibilidade em saúde mental. O fragmento abaixo salienta essa tendência:

Investigador - Bom, me conta então, me fala um pouquinho, [nome do trabalhador], sobre o atendimento do serviço?

Trabalhador - O atendimento no geral?

Investigador - Isso.

Trabalhador - Porta de entrada?

Investigador - Isso, o que tu puder falar.

Trabalhador - O atendimento eu acho bem abrangente, há, priorizando mais os esforços. Aqui tem história de sofrimento mental de longa data, já passaram por internações psiquiátricas, que estão em crise ou que estão sofrendo muito naquele momento. Hoje a proposta é de porta aberta, então a pessoa chega lá e é acolhida. Ela recebe ali já um atendimento, um acolhimento pra ver o que cabe, o que que a gente enquanto saúde mental pode tá oferecendo...

Não tem sentido capacitar profissionais, ter recursos materiais e físicos em um serviço de saúde, se este não puder atender a demanda que necessita dele. Uma instituição de saúde precisa se organizar para prover acesso ao sujeito e às

suas necessidades, sem o quê o sistema como um todo não funcionará para ser resolutivo. Para isso, o serviço precisa se localizar próximo à população, ter horários e dias flexíveis, além de estar fisicamente aberto para prestar atendimento (STARFIELD, 2002).

Sendo assim, a acessibilidade não se refere apenas ao modo como o serviço se organiza no território, mas à sua própria constituição estrutural, isto é, a localização geográfica, o adequado planejamento do cuidado no espaço físico, a superação das barreiras dimensionais e a adequação do serviço como um todo às questões culturais e aos hábitos da população local. Consequentemente, o acesso está condicionado à consciência sanitária de reconhecimento do direito de entrada da pessoa no sistema, como uma construção conjunta, um processo de negociação, e não apenas como resultado da busca pelo serviço para resolução de problemas pontuais de saúde do indivíduo (UNGLERT, 1990; LORA, 2004).

O trabalhador discute o princípio de acessibilidade tendo por base o uso de uma **linguagem metafórica** (a “porta aberta”). A “porta aberta”, na sua percepção, representa a porta de entrada no sistema, a qual não está fisicamente aberta, como seria no sentido literal da expressão. Deslocada para o sentido figurado, a “porta aberta” é um mecanismo de retorno às demandas dos indivíduos, tornando o serviço sensível a todos os que chegam, independente de terem sido referenciados ou procurado o serviço de maneira espontânea.

Mais adiante, é possível notar que o trabalhador se coloca na posição da própria “saúde mental”, como se pudesse enfatizar que o trabalho com o sofrimento mental é feito pelas pessoas e pela instituição. Nesse caso, a acessibilidade parece representar a vontade coletiva dos trabalhadores, como um princípio ideológico que orienta a funcionalidade do serviço. Os trabalhadores

parecem representar a instituição e esta, por sua vez, parece representar o sistema de saúde mental como um todo, organizados sob a lógica da “porta aberta”.

A questão do acesso ao serviço também é lembrada pelo trabalhador através de uma circunstância temporal. Nessa situação, o discurso se reporta ao contexto presente, através da utilização do advérbio “hoje”. Logo, se naquele momento o serviço funciona de “porta aberta” - o que marca a qualidade do atendimento pela espontaneidade dos atendimentos - quer dizer que, antigamente, o serviço funcionava de maneira restritiva - através de agendamentos e de marcações de consulta para os diferentes trabalhadores. Nesse sentido, parece que o princípio da acessibilidade funcionaria como um “divisor de águas” entre o modelo ambulatorial - que restringia e gerava divisibilidade disciplinar -, e o modelo substitutivo ou comunitário - que amplia, inclui, compartilha e descentraliza o atendimento no cotidiano.

Com a questão dos serviços de porta aberta, chega-se à conclusão de que, quem é banido do sistema ou do serviço, ou seja, quem tem seu acesso dificultado por repressão da demanda, fica cada vez mais dependente das propostas medicalizantes da clínica tradicional. Com a criação do vínculo entre o trabalhador e o usuário, podem-se criar estratégias e práticas que visem à autonomização do sujeito. Por mais que a abertura de um serviço para o recebimento da demanda possa ser encarada inicialmente como um problema, vale lembrar que a agregação da clientela pode ser um bom indicador de vínculos interpessoais, de receptividade para receber novas procuras e de satisfação pela facilidade no acesso (MERHY, 2006).

Compreendo que a acessibilidade no serviço de saúde mental desponta, na representação do trabalhador, como um compromisso institucional que ajuda a promover a revitalização do sujeito como usuário de direito de um sistema. Usuário este que, durante séculos, foi excluído de qualquer possibilidade terapêutica por uma psiquiatria que racionalizava seu espectro de atuação às questões meramente pontuais centradas na originalidade da doença. O acesso livre e irrestrito da população a um serviço altamente especializado, como o CAPS, vem ao encontro daquilo que entendo como um exercício de cidadania, resultado da replicação dos ideais sanitários de um sistema de saúde que luta pela inclusão e pela ressignificação da loucura, no imaginário social. A acessibilidade, portanto, mais do que um princípio norteador, pode ser considerada como um princípio contra-ideológico que move todo o sistema de saúde, de modo a poder redimensionar aquele viés psiquiátrico que via na loucura um fenômeno a ser excluído, ao invés de incluído, premissa essa fundamental para a consolidação do movimento de reforma psiquiátrica no contexto brasileiro.

A acessibilidade parece relacionada, no discurso, à possibilidade de acolhimento do sujeito, e o acolhimento parece estar relacionado ao potencial de resolubilidade do serviço. De fato, como comenta Lora (2004), é possível afirmar que um serviço acessível ao indivíduo é um serviço que acolhe as suas demandas, enquanto que o acolhimento feito pelos trabalhadores pode ser um bom indiciador das boas condições de acessibilidade ao serviço de saúde.

No discurso, quando o sujeito “entra” no serviço, ele é imediatamente “acolhido”. Um acolhimento que, segundo o trabalhador, visa a identificar as necessidades mais urgentes do indivíduo e tentar oferecer um cardápio de estratégias e mecanismos para o enfrentamento dos seus problemas de saúde. De

acordo com o discurso, o acolhimento parece ser um instrumento que organiza o processo de trabalho, enquanto que a resolubilidade viria em sequência como um dispositivo de continuidade, a qual depende de tempo, escuta, negociação e disponibilidade. A justificativa se deve ao fato do uso do verbo “oferecer” no gerúndio (“oferecendo”), que lembra um processo inacabado.

Todo usuário de um serviço de saúde o procura porque deposita nele uma esperança para resolver determinados problemas em sua vida, ou que, pelo menos, esse mesmo serviço possa lhe dar mais capacidade para enfrentar as adversidades que ele vivencia. O usuário espera ir se tornando mais sabido, a ponto de desenvolver mecanismos ou estratégias de resolução para os seus problemas. Isso quer dizer que o usuário tem interesse em, cada vez mais, ser autônomo em seu processo de viver (MERHY, 2006).

Dessa forma, o acolhimento¹³⁴ se torna a “mola-mestra” de todo um modelo tecnológico-assistencial, além de ser o principal dispositivo responsável pelo bom desempenho do modelo. O acolhimento desenvolve alteridades, espaços de trocas, de negociações e de manifestação de singularidades. Tudo isso, de certa forma, indispensável para a construção de novos processos de agenciamento e de materialidades autênticas, centrados no indivíduo, nas relações com outros indivíduos e com a sua comunidade (TEIXEIRA, 2003).

O acolhimento, como campo aberto de múltiplas possibilidades, é cuidado e transversalidade ao mesmo tempo. Quando a ação em saúde materializa uma

---

¹³⁴ Teixeira (2003) afirma que o acolhimento constitui-se numa ferramenta indispensável na construção de redes de conversações, tendo, no serviço de saúde, importância em todas as etapas do processo de trabalho em saúde. Segundo o autor, o acolhimento é uma ferramenta que conecta uma conversa à outra, realizando-se na materialidade do encontro, ou seja, da conversa estabelecida entre trabalhadores e usuários durante todo o processo. Dessa forma, o acolhimento pode ser elevado ao conceito de “acolhimento-diálogo”, por se tratar de uma ferramenta que estimula o contato entre as pessoas e que também organiza a rede, permitindo ao indivíduo transitar por ela.

realidade, o acolhimento atravessa o trabalho em saúde. Ao se concretizar como instrumento do processo de trabalho, o acolhimento também atravessa o campo de atuação dos trabalhadores (MATUMOTO, 2003).

Dessa forma, o acolhimento se destaca como uma tecnologia¹³⁵ de resolubilidade do sistema, tanto por meio da abertura dos espaços para a recepção da demanda, quanto pela vocação para responsabilizar-se pelos problemas de saúde de determinada região. No contexto em estudo, o acolhimento pode ser entendido como uma prática clínica mais liberal, e o seu sucesso dependerá de um razoável equilíbrio dialético entre autonomia e responsabilidade, pelos trabalhadores do serviço. Um processo que está permeado pelo conflito e pelo tensionamento, mas que pode ser superado pela aposta na negociação e no agir solidário (CAMPOS, 1997).

Compreendo que o acolhimento está presente no início, meio e fim de um processo de trabalho em saúde, quando é elevado à categoria de responsabilidade social para com os problemas do outro, como um mecanismo sensível de escuta e como oferta de possibilidades, ao mesmo tempo. Em saúde, acolher é cuidar, é entrar no mundo do sujeito, entender a dinamicidade da vida, compartilhar e valorizar experiências, sendo sensível aos diferentes aspectos que influenciam na percepção do processo de adoecimento humano. Acolher é estabelecer “pontes” entre a esfera do “técnico” e a esfera do “cultural”, entre o que é “sistêmico” e o que é “singular”, num processo movido pela cumplicidade, pelo diálogo genuíno e pela possibilidade de negociação.

---

¹³⁵ Merhy (2006) se refere ao acolhimento como uma tecnologia leve, ou seja, aquela que nunca é escassa, que está sempre em produção, pois é trabalho vivo que se materializa no ato das relações entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Em saúde mental, os trabalhadores parecem estar atentos e sensíveis ao acolhimento, como prerrogativa que complementa a acessibilidade e produz novos sentidos para o cuidado com o louco e com a loucura, no sistema de saúde. Como instrumento inserido no cotidiano, o acolhimento parece ir ressignificando projetos terapêuticos e imagens sociais, uma vez que possibilita aproximar o serviço das pessoas e os trabalhadores do serviço. O trabalho em saúde mental vai se realizando em sua plenitude, com a disponibilidade ofertada pelo serviço para acolher aqueles que chegam, e com a potência do encontro entre trabalhadores e usuários. Isso parece ir ajudando na revitalização do próprio sentido do trabalho em saúde e do próprio trabalhador em saúde mental, como se fossem produtos e produtores de materialidades, saberes, práticas e novas relações interpessoais. Um avanço importante, em se tratando de um contexto ainda dominado por concepções históricas e racionalizantes da vida, da saúde, do sofrimento e da doença.

Vale ressaltar que a “porta aberta” e seus instrumentos inovadores, trazidos pelos trabalhadores, também resultam em algumas dificuldades operacionais. Uma delas já foi comentada anteriormente e merece novo destaque, nesse momento.

No capítulo anterior, discuti a falta de participação dos guardas nas atividades terapêuticas do serviço, bem como a incerteza que rondava a função do guarda nas práticas assistenciais. Num serviço que preza pela acessibilidade, como prerrogativa de direito à liberdade e à autonomia do sujeito, entendo que possa parecer difícil encontrar um espaço para o vigilante no cenário da equipe, pois a acessibilidade que “abre” o serviço para a comunidade parece ser “fechada” com a presença desse profissional. Mais do que encontrar um espaço para o vigilante atuar, parece que a equipe precisa repensar um papel que compatibilize a

funcionalidade desse profissional, para evitar que o acesso livre e irrestrito ao serviço seja atingido pela vigilância atenta e compulsória aos movimentos do outro, típica de modelos mais centralizadores, como o manicomial.

Além disso, o fato de o serviço estar organizado para acolher as demandas do outro corre um risco de ver um processo complexo ser reduzido a uma mera dimensão procedimental, quando o sujeito acolhesse apenas para avaliar, analisar e resolver com base em padrões “protocolares” de atendimento. Um exemplo disso está, conforme o fragmento abaixo, na utilização da triagem como um evento posterior ao acolhimento, se o sujeito precisasse ser acompanhado com frequência pelo CAPS. Caso contrário, ele seria imediatamente enviado às regionais de saúde, fazendo com que o acolhimento perdesse sua dimensão cuidativa e se diluísse num método rotinizado, que atendia aos interesses institucionais:

Trabalhador - Aí nesse momento já se decide se é uma triagem ou se é só um acolhimento. Se for só um acolhimento, a pessoa é escutada, ouvida, a gente olha a necessidade e encaminha, se não tiver necessidade de ficar aqui no CAD. Aí, nós temos uma rede de atendimento de saúde mental no município, constituída de dez regionais de saúde. Onde tem psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional, e tipo demanda pra essas unidades a gente encaminha. Sai daqui ou do PAPS, que é a porta de acolhimento, e também é encaminhado aqui, né? E se for situação de psicólogo, de sofrimento mental mais acentuado, depressão severa, aí fica com a gente. Dependendo da pessoa, ela fica naquele momento, ou ela pode vir noutro dia, né? Aí é passada a situação pra equipe e a gente começa a atender aqui. Aí são feitos vários grupos, várias oficinas, cada profissional acaba tendo uma abordagem em cima desse sofrimento, pra conhecer a história de vida, pra ver aonde nós temos que interferir, como é que a gente lida com essas pessoas. Então o atendimento não tem uma forma... de procedimento: faço isso, faço aquilo, vai medicar, vai... até tem uma rotina. Mas não assim, uma coisa extremamente fechada, rígida, a se cumprir com aquele procedimento. Acho que mais assim, são regras de convivência pra que a coisa possa funcionar [...]

O fragmento discursivo revela o risco da redução de uma proposta complexa como o acolhimento a um conjunto de mecanismos voltados mais para a organização dos espaços sociais de atendimento, diferente de uma postura

comprometida diante de uma necessidade candente do indivíduo. Essa realidade não somente reforça a tendência do trabalhador em tentar resolver as incertezas do cotidiano por meio de uma reorganização operacional, como também revela certo potencial do discurso em promover assimetrias temporais, pois restringe eventos de natureza complexa a aspectos mais lineares do processo de adoecimento. Para explicar essas relações, analiso a utilização de **orações condicionais**.

No primeiro caso, o trabalhador mostra entender um processo de acolhida como parte integrante de um corpo de conhecimentos rotinizados dentro do serviço, demonstrado pelo uso de conectores que expressam condição (“se”). Esses elementos explicam hipóteses sem as quais o fato principal provavelmente não seria produzido. É como se os eventos linguísticos assumissem uma relação de dependência vertical, sendo o elemento principal dependente do ato de realização do evento secundário.

As orações condicionais são ferramentas importantes no âmbito dos estudos sobre cortesia¹³⁶ no português do Brasil, sendo mecanismos de expressão de determinados valores dentro de um evento comunicacional. Nessa interação linguística e conversacional, podemos desenvolver o princípio de cooperação mútua, quando não entramos em choque com os valores depositados pelo outro na relação. Ao contrário, caso nossos valores não sejam aceitos pelo outro, ao invés de preservar estaremos ameaçando o processo de conversação (OLIVEIRA, 2005).

---

¹³⁶ Também chamadas estratégias de polidez, no entender de Charaudeau e Maingueneau (2006), estão inseridas no âmbito da pragmática linguística, corpo de conhecimentos responsáveis pelo estudo do funcionamento das interações verbais, ou seja, como os sujeitos fazem uso da linguagem para preservar o caráter harmonioso da relação interpessoal. Informações mais precisas sobre o assunto foram introduzidas no capítulo anterior, ao falar dos “Atos Ameaçadores da Imagem” de Erving Goffman.

Se, para o discurso sobre o usuário, a triagem assumia papel fundamental na definição dos critérios de inclusão, quando o discurso se reporta ao contexto do serviço, quem assume essa tarefa parece ser o acolhimento. Um acolhimento resolutivo, para o trabalhador, seria definir “quem fica” ou “quem não fica”, e não inicialmente procurar fortalecer a parceria do encontro, para direcionar a relação. Para isso, o usuário entra num círculo de atendimento que se inicia na escuta dos seus problemas e desemboca na passagem pela triagem (quando fica) ou no encaminhamento para as regionais de saúde (quando não fica). Novamente entra em discussão aqui a assimetria na definição dos critérios de inclusão do usuário, ficando a cargo da equipe uma responsabilidade que poderia ser negociada em conjunto com as pessoas que procuram o serviço.

Com o uso das orações condicionais, parece haver uma tendência de que o usuário estaria à mercê do poder decisório da equipe, que utilizasse a triagem como elemento indispensável para dar seguimento à organização do processo de trabalho no serviço, e o acolhimento como instrumento hipoteticamente secundário (“só um acolhimento”), mas sem o qual a triagem não funcionaria. O usuário que não preenchesse o perfil detectado (daquela vez) pelo acolhimento (“procedimento”), parece que seria imediatamente referenciado para outras unidades. Caso contrário, ele seria incluído no serviço através da execução da triagem. Um “acolhimento” que, sob meu ponto de vista, condiciona o procedimento da triagem, sendo esta e não aquele a “porta de entrada” do usuário no sistema.

O acolhimento-diálogo é, sim, um dispositivo dinâmico que agencia uma rede de relações e de serviços, possuindo uma dimensão procedimental no processo de trabalho em saúde. No entanto, não basta saber o que faz o acolhimento-diálogo

dentro da rede de atuações e serviços, é preciso saber como se faz, e aí entramos no estabelecimento de um protocolo do ato de comunicação. Só assim aparece o acolhimento-diálogo como dimensão pragmática do encontro, definido pelo campo das emoções, dos significados e das formas de recebimento e resposta aos atos da linguagem entre os atores envolvidos na relação. Caso contrário, podemos correr o risco de reduzir o acolhimento a um acolhimento “moral” da pessoa e de seus problemas, o que pode envolver desgaste e sofrimento importantes (TEIXEIRA, 2003).

As orações condicionais, além de apresentarem uma condição valorativa, salientam as assimetrias de poder existentes entre os atores da relação. De acordo com Thompson (2002), qualquer relação assimétrica de poder pode ser caracterizada como uma relação de dominação. Nesse caso, ao contrário da relação dialógica de uma conversação normal, em que aquele que escuta pode ser um respondente em potencial, na relação assimétrica temos uma ruptura simbólica na interação, onde produtores e receptores têm graus diferentes de importância e compreensão, sendo mais naturalmente um deles o responsável por transmitir e o outro por difundir o conhecimento.

O trabalhador também procura justificar que a sobrevivência de um serviço se baseia no estabelecimento de critérios de funcionamento, o que concordo, pois realmente é essencial para a manutenção de certo equilíbrio entre o saber e o fazer, num modo tão mutante de operar como o da saúde mental. Segundo o trabalhador, a rotina existe, apesar de, no discurso, ser a imprecisão da prática o que domina o ambiente assistencial, e que é confirmado pela expressão “então o atendimento não tem uma forma”. Em contrapartida, essa mesma rotina que parecia ser secundária e adquiria certa carga hipovalorativa em função do próprio

ato de sua negação no discurso, retorna para fazer parte de um instrumento que diminui as imprecisões com a expressão “até tem uma rotina”.

Por esse motivo, parece haver, no discurso, uma vontade coletiva de potencializar a qualidade do serviço, apresentando-o como inovador para a realidade, pelo fato de possibilitar a implementação de modelos ampliados de saber/fazer em saúde mental. No entanto, o discurso que amplia é o mesmo que racionaliza o saber e institucionaliza a prática, como no caso das rotinas institucionais, que segmentam o processo de trabalho do serviço. Isso ajuda a entender a existência de diferentes mecanismos ideológicos no discurso do trabalhador, compatíveis e pouco compatíveis com o pensamento reformista, ao mesmo tempo.

Outro exemplo, nesse sentido, é a discussão sobre o princípio da acessibilidade para o usuário. Nesse caso, o trabalhador compreende que a garantia de acesso é fundamental para construir novas relações hegemônicas do serviço com a comunidade. Em contraste, o acolhimento - como instrumento que promove acessibilidade -, e a triagem - como estratégia operacional do serviço - condicionam o indivíduo a seguir uma série de exigências protocolares que sustentam a sua permanência ou o seu não-ingresso, mediante o estabelecimento de critérios técnicos de inclusão/exclusão. Isso, de certa forma, demonstra ruptura entre o saber e o fazer do trabalhador, que evidencia a mescla de posicionamentos ideológicos que ainda dominam o cotidiano do trabalho em saúde mental.

A seguir, será possível constatar que essa realidade imprecisa e inovadora, ao mesmo tempo, também se reproduz nas questões que envolvem a inserção do serviço na comunidade. Trata-se de um dos assuntos mais polêmico entre os trabalhadores, existindo uma preocupação maciça com a necessidade de estar mais

presente na comunidade sem, no entanto, haver propostas consistentes que modifiquem esse cenário importante para os serviços substitutivos em saúde mental.

9.3 O CAPS COMO RECURSO DA/PARA A COMUNIDADE: AS CONTRADIÇÕES ENTRE “ESTAR” LOCALIZADO NO TERRITÓRIO E POUCO “CHEGAR” ATÉ ELE

A localidade onde vivemos representa apenas um dos muitos recortes de territórios que habitamos. O território pode ser considerado como uma determinada área geográfica, espacial, muito embora essa concepção de território seja restrita, uma vez que, nesse espaço, existem pessoas, instituições e trocas sociais. No campo da saúde, quando pensamos que a atenção à saúde deve ir ao encontro das pessoas, é necessário desenvolver o conceito que temos sobre o território, incluindo, no planejamento, a localização temporal, a disposição geográfica, além de fazer interfaces com os outros serviços da sociedade, de modo a organizar o atendimento para atender as demandas das pessoas (BRASIL, 2004b).

O território é, sim, um espaço geográfico, porém um espaço de trocas e singularizado por natureza. Possui seus limites temporais, políticos, administrativos e culturais, muitas vezes imprecisos, mas relativamente homogêneos, com certa identidade social, construída pela história. Um território contempla uma característica espacial ou demográfica específica, mas, mais do que isso, é um espaço portador de poder - nele se exercita e se constrói toda a rede de atuações do Estado, dos serviços e dos cidadãos que pertencem a ele. Reconhecer que é no território que ocorrem as disputas hegemônicas é um passo importante para avaliar a inserção dos serviços, das ações e das pessoas (GONDIM et al, 2008).

Em saúde mental, quando falamos em território, estamos falando em articular serviços com diferentes finalidades, para ajudar na construção de territórios existenciais que possibilitem reinventar a vida em todos os seus aspectos do cotidiano, um cotidiano no qual a loucura foi privada de conviver. É desejável que as atividades funcionem como catalisadoras de novos territórios existenciais, nos quais os usuários possam reconquistar espaços perdidos e conquistar novos espaços, no decorrer de sua vida (RAUTER, 2000).

Não parece difícil desenvolver a concepção de que o território é mais do que a simples conformação geográfica de determinados atores ou instituições na sociedade. Um território é um espaço de produção de vida, de intercâmbio cultural, de manifestação das singularidades humanas no mundo. Em saúde mental, por exemplo, um território é constituído por sujeitos que vivem com problemas específicos, mas que convivem numa realidade existencial da qual foram retirados, para sustentar o desenvolvimento da materialidade do tratamento da doença mental. Nesse sentido, entendo que, para resgatar a história de vida das pessoas, deve-se mergulhar no mundo em que elas vivem, abrindo espaço para a criação/recriação de novas experiências, visões de mundo e perspectivas de trabalho.

A questão do território em saúde mental, que já apareceu em discussões anteriores, mas que foi destacada superficialmente para ser trabalhada melhor neste tópico, aparece como uma das grandes dificuldades manifestadas pelos trabalhadores do CAPS. Para eles, o serviço inova no sentido de “estar aberto” à comunidade, mas tem dificuldades de “ir ao encontro” dela. O fragmento abaixo nos permite discutir essas dificuldades e algumas justificativas levantadas pelo trabalhador:

Trabalhador - *O atendimento, acho que é bem livre, assim, pra algumas coisas, não tem uma coisa rígida assim, aquela questão da medicina de como vamos... apesar de algumas situações terem certo controle sim, se tá tomando medicação ou não, se tá tomando injetável ou não, que dia que é. As mulheres, a questão da ginecologia. Então, algumas coisas a gente tenta ter um olhar pra tudo [...]. Ele é um atendimento abrangente, que tenta fazer uma inclusão social, que essa é uma parte bem complicada que o CAPS tem, né? Não é só atender a questão da doença. Como é que a gente trabalha com a saúde, com o saudável deles, com as coisas boas que têm, e buscando inserir na sua comunidade... Acho que essa é a parte mais complicada do trabalho do CAPS.*

Existe uma relação de implicação importante entre a questão do “atendimento abrangente” como filosofia do discurso, o atendimento atento ao controle e à vigilância dos passos dos usuários mais intensivos e atrapalhados, e o apagamento do serviço no território com a deficiência de propostas inclusivas.

Quando se fala de atendimento abrangente, novamente o trabalhador deixa a impressão de que o serviço está atento às demandas mais urgentes das pessoas, respondendo a elas com certa flexibilidade (liberdade de escolha). Essa flexibilidade, no entanto, parece ser mais restrita, quando se fala de atendimento intensivo e que exige controle direto da equipe sobre o usuário, como acontece com a medicação e com o atendimento da crise. Ou seja, o trabalhador se preocupa com a limitação apresentada pelo indivíduo e com a resposta clínica do serviço frente a ela, embora esteja atento também às outras dimensões responsáveis pela inclusão e pela ressocialização desse indivíduo na comunidade.

Reporto-me às concepções iniciais sobre o discurso da normalidade e do patológico em saúde mental, discutidas no Capítulo 6. Discuti que não parece haver limites precisos que separem o normal do patológico, a loucura do louco, o controle da liberdade, em saúde mental. São conceitos muito abstratos, mas não impossíveis de serem sistematizados na prática do cotidiano. Por exemplo, parece óbvio que o controle também liberta, pois nem sempre o usuário ou a família

conseguem aderir fielmente às orientações do tratamento, por causa do estado alterado ou dos prejuízos cognitivos gerados pelo transtorno. O controle, com essas características, parece estar contemplado no rol de rotinas institucionais de um serviço com características comunitárias.

Compreendo que, nessa situação, surge uma contradição importante, que favorece o encolhimento do serviço sobre si mesmo e a dificuldade de sua expansão para o território. Essa contradição se inicia nas próprias concepções de saúde como ausência de doença, e de normalidade como ausência da patologia, que têm os trabalhadores, as quais atravessam a prática com o “lado saudável” do louco e se encerram na institucionalização do louco, da loucura e do próprio trabalhador. Em outras palavras, a “inclusão na comunidade” - defendida como premissa ideológica de reabilitação psicossocial - parece se transformar em “inclusão no serviço¹³⁷”, desenvolvendo um circuito alimentado por um esvaziamento progressivo da comunidade, bem como a cronificação do louco e da loucura.

No modelo psicossocial, não se dá ênfase na função do espaço relacional, que caracterizou e ainda caracteriza algumas vertentes de atendimento psiquiátrico. Na teoria e na práxis da desinstitucionalização, há que se estabelecer uma subversão da norma, na qual o negócio precede o ócio, sendo o sujeito posicionado na condição de exercitar o direito à relação. Nesse sentido, exercer a cidadania é ter em mente a construção de uma rede de negociações, que possa

---

¹³⁷ O CAPS conta com um projeto de alta eficiente e estruturado metodologicamente, uma tecnologia eficaz de reinclusão social e que, operacionalmente, também evita o inchamento. Dentro das atividades internas dos trabalhadores, destaca-se “o grupo de alta”, que serve de suporte para aqueles que estão se desvinculando do serviço. Para dar seguimento ao tratamento, o CAPS de Joinville possui uma exemplar articulação com as regionais de saúde e com as equipes regionais de saúde mental na atenção básica. São elas as responsáveis pelo recebimento, acompanhamento e pela continuidade do tratamento do usuário na comunidade. No entanto, era comum, durante o período de observação participante, encontrar profissionais que se queixavam frequentemente da quantidade de usuários por turno de atendimento, uma vez que, com a “porta aberta”, era impossível controlar a demanda que chegava ao serviço.

incorporar os distintos recursos da comunidade, para aumentar o poder de contratualidade dos mais fracos (SARACENO, 2001).

Quando se trabalha em rede, amplia-se a concepção do trabalho com a autonomia do indivíduo, para trabalhar com a participação dele. No processo de negociação, não é suficiente fazer com que os fracos deixem de ser fracos para entrar no jogo com os fortes, mas se precisa verificar como é possível estabelecer um equilíbrio entre fracos e fortes no jogo da interação. Um jogo que é mediado por trocas permanentes de interesses, habilidades e competências (SARACENO, 2001).

Do ponto de vista discursivo, os elementos que possibilitam realizar essas inferências são alguns **intensificadores**, que fazem parte dos processos de modalização da linguagem. O fato de afirmar que a inclusão no território é “bem complicada” para os trabalhadores reporta a dimensão do problema. No entanto, a “parte mais complicada” - como discorre posteriormente o trabalhador, e que dá mais ênfase em termos de graduação de intensidades ao enunciado - não parece estar diretamente relacionada à questão da inclusão na comunidade, e sim à superficialidade com que o assunto é tratado, já que há poucas propostas ou estratégias de resolução do conflito. Ou seja, é como se o serviço fizesse parte da comunidade, sendo “acessível” para ela, mas indo pouco “até ela” ao mesmo tempo, prerrogativa esta que deve ser repensada, em se tratando de atenção psicossocial no campo da saúde mental.

Há o incentivo e a preocupação do trabalhador em demonstrar que o CAPS vai até a comunidade, como é o caso das visitas domiciliares. Nelas, o CAPS consegue captar as necessidades mais imediatas da família ou do sujeito em

sofrimento mental, entendendo melhor a dinâmica do funcionamento familiar, para mediar os conflitos entre eles e a comunidade onde estão:

Investigador - É isso? Mais alguma coisa?

Trabalhador - Eu acho que o nosso CAPS aqui, também tem a preocupação de atender aqueles que não conseguem vir aqui. Então a gente faz os atendimentos domiciliares e tem época que tem 20, 25. E a gente também conhece a história de vida a cada 15 dias, ou uma vez por mês, também prestar aquele atendimento, né? É uma maneira de tá acompanhando a família, ver [...] sofrimento, quer dizer, não consegue vir, né, aí tem várias situações. Tem outras situações, nós vamos buscá-los pra vir ao CAD, porque a gente também consegue dispor do carro, que é sempre uma ladainha, o nosso carro é sempre um ponto de confusão e de briga na equipe. Porque a gente não dispõe de um carro sempre a nosso dispor, né? A Secretaria sempre tá [...] então o carro vem, outras semanas, teve coisas horríveis. Então essa coisa desgasta muito. Você ter que fazer uma visita domiciliar, prestar um atendimento domiciliar, apoiar um posto de saúde, ou uma outra equipe e você não dispõe do carro. Então nosso atendimento fica... defasado, e... com várias falhas nesse momento. Acho que no geral é isso, do atendimento em si. Não sei se é isso, tá? Que eu tô falando, se é por aí, é o que eu pensei.

A proposta de territorialização, que descentralizou o conhecimento médico hegemônico e os serviços, busca, na aproximação com as famílias ou com a comunidade em geral, um novo mecanismo de enfrentamento aos problemas regionais. A visita domiciliar constitui-se, então, num instrumento facilitador dentro de uma abordagem descentralizada de atendimento a usuários e famílias, a qual possibilita dar continuidade às ações em saúde proporcionada pelo serviço no domicílio das pessoas (REINALDO; ROCHA, 2002; FRANÇA; PESSOTO; GOMES, 2006).

Diante da mudança do modelo de assistência psiquiátrica, o retorno do usuário para sua comunidade deixa de ser um empecilho, para se transformar numa necessidade. O trabalho com a visita domiciliar, então, parece totalmente compatível com a proposta de desconstruir saberes cristalizados sobre a loucura como doença, já que a visita acompanha o usuário e presta suporte à sua família, na tentativa de reaproximar sujeitos e construir novos espaços de inclusão e

relação dentro do sistema familiar (PIETROLUONGO; RESENDE, 2007). Nesse sentido, entendo que a visita domiciliar desponta como uma modalidade instrumental dentro das ações em saúde mental, que busca fortalecer vínculos, construir identidades e também as “pontes” entre sujeitos, serviços e sociedade.

A estratégia da visita domiciliar parece ser importante dentro do contexto da prática do trabalhador e como procedimento materializado na organização metodológica do serviço. No entanto, o atendimento domiciliar parece ter, no discurso, um duplo sentido. Em primeiro lugar, o trabalhador se preocupa com a busca ativa de indivíduos que, inicialmente, “não conseguem vir aqui”, isto é, aqueles usuários que estão temporariamente impossibilitados de comparecer ao serviço. Posteriormente, o próprio mecanismo que revela um comprometimento do trabalhador com o outro, também revela certa atitude moral de responsabilização, quando passa a ser necessário “buscá-lo para vir”. Nesse momento, o trabalhador não se reporta mais ao indivíduo impossibilitado, mas ao “faltoso” que se afasta.

Esses dois perfis distintos de um mesmo usuário foram gerados por uma metodologia única (a visita domiciliar), interpretada e praticada de maneira ambígua no contexto assistencial. Nesse sentido, a visita domiciliar surge como um instrumento que gera vínculos (avaliação positiva), pelo comprometimento demonstrado pelo trabalhador com a impossibilidade de comparecimento do usuário, mas que também estimula a dependência (avaliação negativa) desse usuário ao serviço. Como uma “ponte” flexível entre o CAPS e a comunidade, ela também se transforma num mecanismo de poder que controla a adesão da comunidade no CAPS: de um lado reside a complacência pela ausência justificada; de outro, a responsabilização pela ausência provavelmente intencional.

Nessa situação, reporto-me ao que Thompson (2002) convencionou chamar de “concepção crítica” da ideologia. Para o autor, a ideologia chama nossa atenção para uma gama de fenômenos sociais que podem ser objeto de crítica e estarem inseridos em zonas de conflito/tensionamento. A ideologia não só pode ser usada para sustentar ou manter relações de dominação, como também pode dissimular o sentido das formas simbólicas a serviço de grupos dominantes. Isso quer dizer que a ideologia mantém relações assimétricas de poder, pelo fato de preservar o que outros querem contestar, de beneficiar uns ao contrário de todos, e de reduzir eventos de magnitude a situações particulares, que muitas vezes passam despercebidas. No evento em questão, é dizer que a ideologia do atendimento comunitário - que utiliza a visita domiciliar como possibilidade concreta de territorialização das ações e de desconstrução de conhecimentos -, se transforma na ideologia do trabalhador - baseada na retórica da organização do serviço e numa relação historicamente situada, muitas vezes, de forma unilateral para com a loucura.

Com relação às visitas, a questão do transporte¹³⁸ aparece como uma justificativa para a ineficácia das visitas domiciliares e a pouca inserção do serviço no território. Para dimensionar o problema, o trabalhador faz uso de **verbos no infinitivo**, os quais procuram enfatizar uma sequência lógica de fatos, sem vinculá-los a um contexto especial de realização. Quer dizer que os verbos “fazer”, “prestar” e “apoiar” sustentam as ações subsequentes “uma visita”, “um atendimento” e “um posto de saúde”, como parte de um conjunto de atividades permanentes para consolidar o serviço no território.

---

¹³⁸ No discurso representativo da dimensão valorativa “inovação”, a questão do transporte apareceu como uma das muitas queixas dos trabalhadores que, segundo eles, comprometem a eficácia das ações do serviço, tanto internamente quanto externamente. Entre elas, posso citar também a falta de recursos financeiros para oficinas, a sobrecarga de atividades e a deficiência de espaço físico.

No entanto, a própria ação de ir à comunidade cai na inércia pela falta de veículo. Isso parece trazer duas consequências para o cotidiano do serviço. A primeira seria transferir a responsabilidade pelo problema para a gestão municipal, numa tentativa de encobrir a própria falha na mobilização coletiva da equipe. A segunda seria que as rupturas e os conflitos, que desgastam a equipe, não parecem representar a luta hegemônica pela manutenção do veículo com o serviço, mas a diluição do equilíbrio entre o pensamento e ação dos trabalhadores. Essa mesma realidade, que evidencia a inércia, manifesta a resignação, que pouco contribui para a construção de novos caminhos/meios de aproximação da comunidade ao serviço e vice-versa.

O estudo de Wetzel (2005) apontou que, apesar das dificuldades relacionadas à falta de recursos materiais em saúde mental, os trabalhadores geralmente não percebem o investimento numa estratégia que possa ampliar o cuidado ao usuário e às famílias, para fora do CAPS. Os atendimentos no serviço continuam sendo priorizados pelos trabalhadores, o que deixa a equipe mais presa a ele e pouco envolvida com as questões externas ao CAPS, que englobam o restante do território. Assim, a equipe vai identificando que os limites do serviço são aqueles que determinam sua responsabilidade, o que, na prática, mostra que apenas os problemas visíveis e solucionáveis por ela são vistos como sendo de sua competência.

Essa realidade sinaliza o quanto, no modo psicossocial, o resgate da identidade e o cuidado personalizado ainda são contraditórios, pois precisam envolver, na dimensão prática, um olhar ampliado que possa não ficar centralizado na supressão do sintoma ou restrito aos espaços de atuação do CAPS. Para “desencapsular” o sujeito, é preciso estabelecer um movimento de crítica e uma

preocupação com a mudança. Exige também que os trabalhadores atuem, principalmente, “fora do serviço”. O argumento da falta de recursos pode até ser relevante no contexto da saúde mental, mas também pode estar encobrindo uma dificuldade lógica de rompimento com certas estruturas cristalizadas de saber que foram incorporadas por eles historicamente (WETZEL, 2005).

Nesse sentido, construir novos projetos de inclusão na comunidade é tratar a loucura como uma possibilidade concreta de (co)existir, fazer parte do mundo e das experiências singulares dos indivíduos. No campo da saúde mental, o projeto que busca a reintegração social deve ser aquele que não cai na utopia asséptica da loucura limitante, a qual torna o sofrimento um evento natural e pouco contribui para redimensionar materialidades históricas que confinam e segregam. Trata-se de um desafio ético-estético que visa a desconstruir todo um conjunto agregado de saberes, práticas, articulações, serviços e pessoas, num permanente confronto com o desconhecido - tanto o louco, como a nossa própria maneira de nos enxergar e enxergá-lo (LANCETTI, 2001).

O CAPS precisa ser problematizado diariamente. Se, num primeiro momento, ele surge como modelo de substituição ao paradigma asilar, que sustenta o hospital psiquiátrico, atualmente espera-se mais dele. Não deve ser visto apenas como um lugar que trata, que se localiza na comunidade, que hospeda ou que deve prover os cuidados básicos ao indivíduo, como alimentação, medicação ou lazer. O CAPS deve-se constituir como um espaço indutor de novas práticas e posturas, assim como um articulador entre uma série de dispositivos responsáveis pelo tratamento da loucura. O CAPS é um laboratório vivo de ações e papéis que devem ser pensados coletivamente, para sustentar os preceitos de autonomia, inclusão, cidadania e liberdade do indivíduo (BELMONTE, 2006).

O contexto em que o serviço está imerso representa um misto de contradições, potencialidades e limitações. Os trabalhadores parecem tentar evitar o fechamento do serviço sobre si mesmo, apesar dos movimentos contrários que reforçam a tendência ao isolamento, encolhimento e esvaziamento do território. No serviço, trabalhadores, usuários e famílias provocam diferentes embates ideológicos, que aproximam, afastam e isolam, ao mesmo tempo. Esse é o impulso que precisa a reforma psiquiátrica para continuar repensando as relações, os saberes, as práticas, os sujeitos e os discursos, num contínuo esforço mediado pela superação dialética, bem como permeado de enfrentamentos, estranhamentos, recuos e transformações.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo, chego ao final de mais uma trajetória em busca de minha qualificação, permeada de conquistas e insucessos. Fica aquela sensação de que “tudo acabou”, mas aos poucos vou me dando conta de que tudo está “apenas começando”.

Lembro-me do momento em que entrei no doutorado e dos caminhos trilhados para chegar ao objeto desta tese. A busca incessante pela originalidade, que me fez mergulhar em leituras e campos do saber antes inatingíveis, tudo para fortalecer a profissão de enfermagem e o conhecimento científico do campo da saúde, em geral. Espero que tenha conseguido.

Neste estudo, foi possível aprofundar uma das temáticas que me apaixonava desde os tempos de graduação: o discurso. Um discurso que é de um, de poucos, de muitos e às vezes de ninguém. Um discurso que causa estranhamento, engajamento, resistências e persuasões. Um discurso que dissimula interesses coletivos, quando se refere a interesses particulares. Da mesma forma, um discurso particular, que pode estar mesmo representando os interesses coletivos.

No contexto da saúde mental, acompanhamos o nascimento de novos (e velhos) discursos sobre a loucura. Dos mais clássicos, com influências metafísicas, que acreditavam na interferência divina sobre as manifestações do sujeito, até os mais atuais, que reforçam a tendência organicista da loucura, agora como doença, e não mais como um reflexo da disfunção fisiológica do organismo. Discursos que procuram ser tensionados e problematizados no decorrer do processo de consolidação da reforma psiquiátrica brasileira.

Foi possível notar, no entanto, que o discurso dos trabalhadores ainda está permeado de muitas contradições, que vão desde a indefinição do objeto de

trabalho até a aplicação de conceitos equivocados na prática. Isso vem reforçar que os trabalhadores dos serviços substitutivos produzem práticas incertas no cotidiano, as quais, apesar do empenho coletivo que busca a superação do comum e do tradicional, acabam mesclando modelos assistenciais originalmente incompatíveis, como o psicossocial e o manicomial.

Na tentativa de desvelar um pouco essa realidade, interessei-me na investigação sobre a prática dos trabalhadores, como um todo. Em meu entendimento, não bastava assumir uma determinada postura com relação aos usuários ou às famílias. Era necessário ir mais além, entrar nos meandros da prática em saúde mental, uma vez que o trabalho com usuários e famílias é apenas um reflexo do modo como os trabalhadores pensam, fazem e se organizam no cotidiano, para intervir sobre a loucura.

Por esse motivo, pensei na possibilidade de investigar a prática dos trabalhadores a partir do modo como percebem o trabalho com as famílias e os usuários, e o serviço. Também era necessário investigar as representações que os trabalhadores têm sobre a própria prática, para analisar em que medida as suas próprias contradições geram outras contradições. Isso seria uma maneira de conhecer o serviço de uma maneira mais substantiva, a ponto de evidenciar todo um processo, sem excluir seus determinantes mais importantes.

Aos poucos, as dificuldades operacionais começaram a aparecer. Para conhecer objetos complexos, tive que desenvolver ferramentas metodológicas e analíticas igualmente complexas. Era preciso evitar o risco de reduzir fenômenos tão singulares da vida a uma série de explicações que nem sempre totalizam o conhecimento desse assunto. Caso isso acontecesse, estaria indo contra a própria

abordagem dialética e crítica de encarar a vida, escolhida por mim para conduzir este estudo.

Durante a experiência do doutorado “sanduíche” em Almería (Espanha), foi possível construir as “pontes” necessárias entre o *corpus* e meu objeto de estudo. Cheguei ao desenvolvimento de uma ferramenta, a qual denominei “diagrama axiológico-discursivo”, responsável pelo tratamento do *corpus*, sem ignorar sua complexidade.

A partir da aplicação do diagrama axiológico-discursivo, cheguei ao discurso padrão (prototípico) das quatro categorias centrais elegidas para o estudo: os discursos da **benevolência** sobre os usuários, do **distanciamento** das famílias, da **incerteza** sobre a prática e da **inovação** do serviço.

No primeiro capítulo da análise, foi possível notar que existe uma indefinição conceitual importante sobre quem é o usuário do serviço. Essa indefinição se materializa, no discurso, a partir de estruturas como a sinédoque e alguns marcadores discursivos. Por não saberem quem é o usuário que deve entrar ou não no serviço, em função da imprecisão conceitual sobre assuntos complexos como a normalidade e o patológico em saúde mental, os trabalhadores são levados a adotar determinados critérios de entrada. Esses critérios fazem parte de uma rotina organizatória da prática ainda de acordo com o modelo clínico tradicional - o que eles conhecem - centrado no diagnóstico, nas manifestações comportamentais da loucura e na sintomatologia do usuário.

Os trabalhadores têm consciência da importância de trabalhar com a loucura visando à libertação do louco. No entanto, as imprecisões conceituais levam o trabalhador a desenvolver instrumentos com o subterfúgio da humanização do atendimento em saúde mental. São práticas que fazem com que o trabalhador

perca a noção da complexidade do sofrimento mental e se concentre no potencial limitante da loucura. Isso o leva a desenvolver relações de fraternidade, compadecimento e benevolência.

No segundo capítulo, discuti as representações discursivas dos trabalhadores sobre a família. Com as prerrogativas da reforma psiquiátrica, a família retorna para o cenário dos cuidados à loucura como aliada do tratamento, e não mais como um sistema doente a ser afastado do indivíduo desarrazoado, como entendia a psiquiatria tradicional. Os trabalhadores compreendem a necessidade de participação da família como extensão da rede de cuidados, chegando a implementar atividades inclusivas no interior do serviço. Essas atividades inclusivas são referidas, no interior do discurso, por meio de figuras trópicas, como a metáfora, no sentido de oferecer apoio, acolhimento e suporte às demandas apresentadas pela família.

Entretanto, os trabalhadores parecem vivenciar um paradoxo entre a oferta de atividades inclusivas e a responsabilização - muitas vezes moral - do afastamento da família. Em primeiro lugar, ficou comprovado metodologicamente que eles “falam pouco” da família, através da ausência de duas representações discursivas que abordam diferentes dimensões do saber e do fazer. Em segundo lugar, foi possível observar que as avaliações negativas atribuídas ao comportamento ausente da família fazem com que os trabalhadores assumam uma postura unilateral com o grupo familiar, impedindo-os de relativizar os motivos que podem levar ao afastamento, como a possível sobrecarga dos cuidadores.

Os trabalhadores, ao dissertarem sobre a participação das famílias, apontam, como solução na prática, um trabalho voltado para a orientação das pessoas, organizado sob a metodologia das atividades de campanha, como é o caso

da dengue. Nessa situação, o trabalhador incorre em novo julgamento moral da família, porque as orientações não são estratégias suficientes para aproximar a família do serviço, como uma parceira do tratamento. Em segundo lugar, porque a própria atividade parece equivocadamente estruturada, uma vez que a organização metodológica da estratégia, como no combate à dengue, não supre uma necessidade de compreensão de uma realidade mais ampla, complexa e subjetiva como a loucura. Isso apenas reforça o fato de que o trabalhador parece desconhecer aspectos elementares sobre o sofrimento psíquico, levando-o ao julgamento moral e à atividade programática como atitudes absolutas no contexto da saúde mental, as quais, novamente, mais distanciam do que aproximam.

No terceiro capítulo, foi possível constatar que parte dessas representações acima é resultado da prática ainda incerta no cotidiano do serviço. Essas dificuldades em estabelecer limites precisos sobre a própria prática aparecem em duas situações especiais: na constituição da equipe e no modo como o trabalhador se inscreve no discurso.

No primeiro caso, há uma tendência do trabalhador em unificar o corpo multidisciplinar de conhecimentos em um coletivo singularizado chamado “equipe”, com o uso linguístico de pronomes indefinidos. Isso chama a atenção para o potencial de fortalecimento do grupo como unidade coletiva, organizada de maneira interdisciplinar e não por especificidades, para entender aspectos tão complexos da vida e que exigem esse olhar ampliado, como a loucura.

É possível afirmar que a interlocução de saberes e competências no interior do serviço aproxima a equipe daquilo que preconiza o movimento de reforma psiquiátrica. Ou seja, de que o trabalho da equipe exige a resignificação de

posturas e competências, de modo a restaurar relações horizontais com aquilo que a sociedade ainda insiste em excluir da dinâmica da vida e das relações sociais.

O mesmo coletivo que se une, no entanto, também tende a se fragmentar. Isso fica claro quando existe a dissociação entre os mais “novos” e os mais “velhos”. Para os trabalhadores, os mais novos geralmente vêm com vínculo precário, despreparados para o trabalho, sem conhecer a proposta, o que exige treinamento e supervisão sistemática por parte dos mais antigos. Para corroborar essa idéia, o trabalhador faz uso de algumas estruturas argumentativas, como perguntas retóricas, e figuras metafóricas.

Sobre o segundo tópico, é possível notar como há, discursivamente, a inscrição do trabalhador no contexto social da prática em saúde mental. Por uma alternância entre as formas cultas e coloquiais do pronome “nós”, o sujeito vai marcando sua presença, ora como membro de um coletivo (a equipe), ora como um profissional, que possui habilidades e competências específicas.

Quando se refere ao coletivo, materializado na figura do pronome “nós”, o trabalhador se refere ao conhecimento disciplinar, de onde são extraídas habilidades e competências específicas a serem levadas em consideração no contexto da prática. Quando surge a forma coloquial do pronome (“a gente”), o trabalhador está se referindo ao contexto das relações interpessoais, mediadas pelos consensos e pelos conflitos. Isso vai mostrando, segundo eles, a necessidade de haver um profissional específico para trabalhar com as demandas do cotidiano da prática (um supervisor institucional) e com os conflitos (um supervisor clínico), sendo o primeiro mais importante que o segundo, o que reforça a tendência de imprecisão da prática no contexto do serviço.

No último capítulo, discuti a questão do serviço e sua organização na comunidade. Foi possível notar que o serviço, na representação dos trabalhadores, é inovador, porque está totalmente inserido no território onde vivem as pessoas. Esse serviço está organizado pelo princípio da “porta aberta”, a qual respeita a acessibilidade e o acolhimento como premissas fundamentais para atender ao sofrimento mental em Joinville, compatíveis como o modo psicossocial de ver e trabalhar com a loucura no cotidiano.

O acolhimento, como instrumento que promove a acessibilidade, é utilizado pelos trabalhadores, tanto como um saber, quanto como um instrumento da prática. Em alguns momentos, contudo, com o uso de orações coordenadas, ficou claro o risco que corre um dispositivo tão importante, e que aproxima serviços e pessoas, de reduzir-se a uma mera dimensão procedimental. Entre o acolhimento como procedimento e como uma prerrogativa, encontra-se uma lacuna que apenas vem remarcar a incerteza quanto à prática dos trabalhadores.

O ponto mais nevrálgico da discussão sobre o serviço concentra-se na sua pouca inserção na comunidade, que, do ponto de vista discursivo, é manifestado pelo uso de intensificadores discursivos.

Os trabalhadores lamentam que um serviço complexo como o CAPS, que nasceu na comunidade, se aproxime tão pouco dela, restringindo suas atividades ao contexto interno da instituição. Entre as justificativas levantadas, encontram-se, principalmente, a falta de recursos para “sair do serviço”, como a falta de carro. Essas justificativas, apesar de pertinentes para repensar a estrutura da equipe para os atendimentos ou para as atividades externas, reiteram o quanto as responsabilidades assumidas pelos trabalhadores ficam restritas ao espaço interno do serviço, excluindo-se de sua competência aquelas externas ao CAPS. Esse

movimento levanta uma controvérsia importante, quando “inclusão na comunidade” - premissa fundamental do modo psicossocial -, se reverte na “inclusão no serviço” - mais compatível com modelos tradicionais que cronificam e institucionalizam a loucura, como o manicomial.

Como foi possível observar, o uso do referencial teórico escolhido e do dispositivo metodológico-analítico deu transparência a uma riqueza empírica, que, com ferramentas metodológicas ou conceituais mais tradicionais, talvez tivesse sido abordada de maneira mais superficial. O exercício desse conhecimento não foi fácil, uma vez que as leituras por “mares antes não navegados” e o processo de abstração para chegar aos discursos representativos demandou tempo, disponibilidade e um esforço - às vezes até sobrenatural de minha parte.

A metodologia e o referencial apresentados não totalizam o conhecimento da realidade, possuindo suas limitações, mas apresentam um novo caminho para as pesquisas de abordagem qualitativa nos campos da saúde e da enfermagem.

Com relação ao referencial teórico, por exemplo, foi possível comprovar que o modelo tridimensional, apesar de ser uma opção metodológica viável para ser usada nas pesquisas no campo da saúde, isoladamente não possibilita analisar eventos de natureza mais complexa. Nesse caso, era preciso desenvolver novas estratégias metodológicas, para evitar a redução desnecessária de um *corpus* que se manifesta, justamente, pela sua riqueza.

No caso do dispositivo metodológico desenvolvido, a maior dificuldade se situou no final do processo, quando eu já tinha em mãos o discurso prototípico e precisava eleger o discurso dos trabalhadores mais representativo, para discorrer sobre a dimensão discursiva encontrada. Quando voltava ao *corpus* para estudar os discursos, deparava-me com entrevistas longas e com uma infinidade de estruturas

linguísticas, ainda difíceis de serem organizadas para compor este estudo. Em alguns momentos, pensava em trazer para o corpo do trabalho a entrevista inteira, para ser analisada por partes; em outros, acabava seduzido novamente pela utilização dos fragmentos discursivos para discutir os capítulos, uma vez que, se me decidisse pela primeira opção, provavelmente não terminaria este estudo nos prazos estipulados.

Nos próximos estudos, dedicar-me-ei a fortalecer o referencial teórico-metodológico, articulando-o, novamente, às pesquisas no campo da saúde mental. Uma das alternativas será utilizar o discurso inteiro, mas já orientado para a análise de determinadas estruturas linguísticas a serem descritas no decorrer do trabalho. Outra questão será enfocar mais aprofundadamente a dimensão valorativa dos discursos, principalmente porque, retomando, a metodologia proposta está inserida no contexto da axiologia, ou seja, do campo dos juízos de valor sobre os comportamentos e sobre as manifestações humanas.

Além disso, pretendo explorar algumas associações interessantes entre as diferentes representações discursivas levantadas. É dizer que procurarei analisar as relações de contradição, implicação e contraditoriedade, a partir dos discursos prototípicos e de suas respectivas combinações axiológicas.

Espero ter contribuído para o avanço das pesquisas de abordagem qualitativa na área da saúde, assim como para a constante reflexão do movimento de reforma psiquiátrica no contexto brasileiro. A reforma está permeada de contradições, mas o movimento que a sustenta está justamente na possibilidade de exercer a superação. Um movimento que não permite a crítica cai na inércia do conhecimento absoluto que só mantém vivo o conformismo. É justamente o exercício da criação, da resistência e do tensionamento o que vem provocando

mudanças na realidade brasileira, tudo para tentar saldar parte das dívidas criadas por uma sociedade injusta há séculos, que produziu discursos sobre a loucura como dimensão do desconhecido e como aquilo que deveria ser afastado, alienando o louco de seus direitos, obrigações e relações sociais. Se minhas críticas ajudam a fortalecer o movimento, já estou satisfeito!

REFERÊNCIAS

ALARCON, S. Da reforma psiquiátrica à luta pela 'vida não-fascista'. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v.12, n.2, p.249-63, 2005.

ALMEIDA, M.C.P; ROCHA, S.M.M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: _____. **O trabalho da enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997, p.15-26.

ALVERGA, A.R.; DIMENSTEIN, M. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, P.D.C. (org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2005. v.2. p.45-66.

AMARANTE, P. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: _____. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. v.1. p.45-65.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.11, n.3, p.491-4, 1995.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

_____. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v.1, n.1, p.61-77, 1994.

ANTUNES, S.M.M.O.; QUEIROZ, M.S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.1, p.207-15, 2007.

AREJANO, C.B. **Reforma psiquiátrica: uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental**. 2002. 228f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

ARENDT, H. **O que é política**. 5.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.63-72, 2001.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

BAÑÓN HERNÁNDEZ, A.M. **Discurso e inmigración: propuestas para el análisis de un debate social**. Murcia: Universidad de Murcia, 2002.

_____. **Discurso periodístico y procesos migratorios**. San Sebastián: Gakoa, 2007.

BARROS, S. et al. O conhecimento produzido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem: a enfermagem psiquiátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.39, n.esp, p.553-63, 2005.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

_____. **A instituição negada**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

BELFORD, E.M. **Topicalização de objetos e deslocamento de sujeitos na fala carioca: um estudo sociolingüístico**. 2006. 91f. Dissertação (Mestrado em Lingüística)- Programa de Pós-Graduação em Lingüística, Faculdade de Letras, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BELMONTE, P. O campo da atenção psicossocial: formar e cuidar no curso de qualificação na atenção diária em saúde mental (CBAD). **Trabalho, Educação e Saúde**, v.4, n.1, p.187-98, 2006.

BENVENISTE, E. **Problemas de lingüística general**. 15.ed. Madrid: Siglo Veintiuno, 1999. v.2

BEZERRA, B. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p.137-42.

BEZERRA JÚNIOR, B.C. Da verdade à solidariedade: a psicose e os psicóticos. In: BEZERRA JÚNIOR, B; AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.31-7.

_____. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v.17, n.2, p.243-50, 2007.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p.41-72.

BOARINI, M.L.; YAMAMOTO, O.H. Higienismo e eugenia: discursos que não envelhecem. **Psicologia Revista**, v.13, n.1, p.59-72, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORBA, L.O; SCHWARTZ, E; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.21, n.4, p.588-94, 2008.

BORGES, C.F; BAPTISTA, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.2, p.456-68, 2008.

BRANT, L.C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.213-23, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5.ed. Brasília, 2004.

_____. _____. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.

_____. _____. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Informativo em saúde mental**. Brasília, 2005.

_____. _____. _____. **Informativo em saúde mental**. Brasília, 2006.

BROWN, F.H. O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B; MCGOLDRICK, M. (org). **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p.393-414.

BURTI, L. Italian psychiatric reform 20 plus years after. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.104, p.41-6, 2001.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas, o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org). **Reinventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.29-87. (Saúde em Debate. Série Didática)

_____. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.301-6, 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CAPPELLE, M.C; MELO, M.C.O.L; GONÇALVES, C.A. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Revista de Administração da UFLA**, v.5, n.1, p.69-85, 2003.

CALSAMIGLIA-BLANCAFORT, H; TUSÓN-VALLS, A. **Las cosas del decir: manual de análisis del discurso**. 2.ed. Barcelona: Ariel, 2007.

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

CASTORIADIS, C. **Figuras do pensável: as encruzilhadas do labirinto**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CATTY, J; WINFIELD, H; CLEMENT, S. The therapeutic relationship in secondary mental health care: a conceptual review of measures. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.116, p.238-52, 2007.

CÉSAR, C.L.G. O enfoque de risco na programação em saúde. **Saúde e Sociedade**, v.4, n.1/2, p.67-70, 1995.

CHARAUDEAU, P; MAINGUENEAU, D. **Dicionário de análise do discurso**. 2.ed. São Paulo: Contexto, 2006.

CHAUÍ, M. **O que é ideologia**. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.

CHOULIARAKI, L.; FAIRCLOUGH, N. **Discourse in late modernity: rethinking critical discourse analysis**. 5.ed. USA: Edinburg University, 2005.

CLEARY, M. The challenges of mental health care reform for contemporary mental health nursing practice: relationships, power and control. **International Journal of Mental Health Nursing**, v.12, p.139-47, 2003.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1999.

COLVERO, L.A; IDE, C.A.C; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.38, n.2, p.197-205, 2004.

CORBISIER, C. A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. In: BEZERRA JÚNIOR, B; AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.9-15.

COSTA, R.C.R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política**, v.18, p.49-71, 2002.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.141-68.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

D'ANTONIO, P. Relationships, reality, and reciprocity with therapeutic environments: a historical case study. **Archives of Psychiatric Nursing**, v.18, n.1, p.11-6, 2004.

DELEUZE, G. **Lógica do sentido**. 5.ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

DELL'ACQUA, G; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P.D.C. (org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2005. v.2. p.161-94.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. Introdução a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (org). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.15-41.

DESCARTES, R. **Discurso do método**. 2000. Disponível: <[HTTP://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/detalheobraform.do?select_action=&co_obra=2274](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/detalheobraform.do?select_action=&co_obra=2274)>. Acesso em: 09 mar. 2007.

DESLANDES, S. Análise sobre o discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.7-14, 2004.

DESVIAT, M. **La reforma psiquiátrica**. Madrid: Dor, 1994.

DOGRA, N; VOSTANIS, P. Children's mental health services and ethnic diversity: Gujarati families' perspectives of service provision for mental health problems. **Transcultural Psychiatry**, v.44, n.2, p.275-91, 2007.

ELIAS, P.E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em perspectiva**, v.18, n.3, p.41-6, 2004.

ENGELS, F. **Dialética da natureza**. 6.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

ERDMANN, A.L. et al. Teses produzidas nos programas de pós-graduação em enfermagem de 1983 a 2001. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.39, n.esp, p.497-505, 2005.

ESTELLITA-LINS, C; OLIVEIRA, V.M; COUTINHO, M.F. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.205-15, 2009.

FAIRCLOUGH, N. **Analysing discourse: textual analysis for social research**. 4.ed. Great Britain: MPG Books, 2006.

_____. **Critical discourse analysis: the critical study of language**. Malaysia: Pearson Education, 1995.

_____. Critical discourse analysis as a method in social scientific research. In: WODAK, R.; MEYER, M. (orgs). **Methods of critical discourse analysis**. 5.ed. London: SAGE, 2006. p.121-138.

_____. **Discourse and social change**. 11.ed. Cambridge: Polity, 2006.

FERREIRA, M.O. **Políticas de saúde no Brasil: análise de valores investidos de 1994 a 2002**. 2002. 36f. Monografia (Especialização em Políticas Públicas)-Centro de Estudos Multidisciplinares - CEAM, Universidade de Brasília.

FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.307-17, 2007.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. **História da loucura**. 8.ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

_____. **Microfísica do poder**. 19.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

_____. **O nascimento da clínica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

FRANÇA, S.P; PESSOTO, U.C; GOMES, J.O. Capacitação no programa de saúde da família: divergências sobre o conceito de visita domiciliar nas equipes de Presidente Epitácio, São Paulo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.4, n.1, p.93-108, 2006.

FRAYZE-PEREIRA, J.A. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

FREITAS, F.F.P. A história da psiquiatria não contada por Foucault. **História, Ciência e Saúde - Manguinhos**, v.11, n.1, p.75-91, 2004.

FRIAS JÚNIOR, C.A.S. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

FUREGATO, A.R.F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto: Escala, 1999.

FURTADO, J.P; CAMPOS, R.O. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.8, n.1, p.109-22, 2005.

GADAMER, H.G. **El estado oculto de la salud**. Barcelona: Gedisa, 1996.

GARCÍA, J.C. Medicina e sociedade: correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, E.D. (org). **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989, p.68-99.

GERGEN, M.M.; GERGEN, K.J. Investigação qualitativa: tensões e transformações. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (org). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.367-88.

GILL, A.M; WHEDBEE, K. Retórica. In: VAN DIJK, T. **El discurso como estructura y proceso**. 3.ed. Barcelona: Gedisa, 2006. p.233-70.

GIROLAMO, G; COZZA, M. The Italy psychiatric reform. *International Journal of Law and Psychiatry*, v.3-4, p.197-214, 2000.

GISBERT, C. et al. **Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones**. Madrid, 2002. (Cuadernos Técnicos; 6)

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 3.ed. São Paulo: Perspectiva, 1990.

_____. **Representações do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1985.

GOLDIM, D.S.M. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos dos Goytacazes-RJ: inovação ou reprodução do modelo assistencial?** 2001. 130f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

GONÇALVES, R.B.M. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. 1979. 203f. Dissertação (Mestrado em Medicina)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO; 1994.

GONDIM, G.M.M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A.C; BARCELLOS, C; MOREIRA, J.C; MONKEN, M. (orgs). **Território, saúde e ambiente**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.237-55.

GRACIA, T.I. O “giro lingüístico”. In: IÑIGUEZ, L. (org). **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Petrópolis: Vozes, 2004. p.19-49.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. 10.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

GREIMAS, A.J; COURTÉS, J. **Diccionario razonado de la teoría del lenguaje**. Madrid: Greidos, 1990.

GRIFFITHS, C.A; RYAN, P. Recovery and lifelong learning: interrelated processes. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, v.13, n.1, p.51-6, 2008.

GUANAES, C; JAPUR, M. Sentidos da doença mental em um grupo terapêutico e suas implicações. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v.21, n.2, p.227-35, 2005.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

GULJOR, A.P.F. **Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental**. 2003. 197 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

HACKING, I. **¿La construcción social de que?** Barcelona: PAIDOS, 2001.

HALLIDAY, M.A.K. The functional basis of language. In: BERNSTEIN, B. (org). **Class, codes and control**. London: Routledge & Kegan Paul, 1973, p.343-66.

HARRÉ, R. The rediscovery of the human mind: the discursive approach. **Asian Journal of Social Psychology**, v.2, p.43-62, 1999.

HARTZ, Z; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, supl 2, p.331-6, 2004.

HENRY, P. Os fundamentos teóricos da “Análise Automática do Discurso” de Michel Pêcheux (1969). In: GADET, F.; HAK, T. (orgs.). **Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux**. Campinas: Unicamp, 1990. p.13-38.

HIRDES, A. **Reabilitação psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo**. Erechim: EDIFAPES, 2001.

IGNACIO, E.C.S. O fenômeno da topicalização na escrita do vestibular. In: MOSTRA ACADÊMICA DA UNIMEP, 5., 2007, Piracicaba. **Anais...** Piracicaba: UNIMEP, 2007. p.1-4.

INDURSKY, F. O texto nos estudos da linguagem: especificidades e limites. In: ORLANDI, E.P.; LAGAZZI-RODRIGUES, S. (orgs). **Discurso e textualidade**. Campinas: Pontes Ed., 2006. p.33-80.

IÑIGUEZ, L. Os fundamentos da análise de discurso. In: IÑIGUEZ, L. (org). **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Petrópolis: Vozes, 2004. p.50-104.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem da população de Joinville em 2007**. 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/php/>> Acesso em: 04 jan. 2008.

_____. **Produto Interno Bruto de Joinville em 2004**. 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/php/>> Acesso em: 04 jan. 2008.

_____. **Serviços de saúde de Joinville em 2005**. 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/php/>> Acesso em: 04 jan. 2008.

JÄGER, S. Discourse and knowledge: theoretical and methodological aspects of a critical discourse and dispositive analysis. In: WODAK, R.; MEYER, M. (orgs). **Methods of critical discourse analysis**. 5.ed. London: SAGE, 2006. p.32-62.

JAPIASSU, H; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 5.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

JOINVILLE. Prefeitura Municipal. **História da cidade**. 2008. Disponível em: <<http://www.joinville.sc.gov.br>>. Acesso em: 04 jan. 2008.

JORGE, M.S.B. et al. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.1, p.135-42, 2008.

JORMFIELD, H. et al. Perceptions of the concept of health among nurses working in mental health services: a phenomenographic study. **International Journal of Mental Health Nursing**, v.16, p.50-6, 2007.

KANTORSKI, L.P. Mental health care in Brazil. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v.9, p.251-3, 2002.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.55-9.

KODA, M.Y. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial**. 2002. 195f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

KODIC, M.T. A caracterização do discurso oral por meio de marcadores conversacionais. **Revista anagrama - Revista interdisciplinar de graduação**, v.1, n.3, p.1-8, 2008.

KOGA, M; FUREGATO, A.R. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v.1, n.1, p.69-73, 2002.

KONDER, L. **O que é dialética**. 4.ed. São Paulo: Brasiliense, 2003. (Coleção Primeiros Passos)

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LAKOFF, G. **Metaphors we live by**. Chicago: The University of Chicago, 1980.

LALUNA, M.C.M.C; FERRAZ, C.A. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de Enfermagem. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v.11, n.6, p.771-7, 2003.

LANCETTI, A. **A clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. A loucura metódica. In: _____. **Saúde Loucura**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.139-47.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. (org). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p.133-58.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2.ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LLISTERI, J. La representación ortográfica de corpus orales. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. 2008. Disponível em: <<http://liceu.uab.cat/>>

~joaquim/language_resources/spoken_res/Repres_ortog_corp_oral.html>. Acesso em: 13 mar. 2009.

LOBOSQUE, A.M. CAPS: laços sociais. **Mental**, v.5, n.8, p.53-60, 2007.

LORA, A.P. **Acessibilidade aos serviços de saúde: estudo sobre o tema no enfoque da Saúde da Família no município de Pedreira - SP.** 2004. 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

LOUGON, M. **Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

LUCCHESI, P. **Políticas públicas em saúde pública.** São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

LUSSI, I.A.O. ; PEREIRA, M.A.O. ; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v.14, n.3, p. 448-56, 2006.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAINGUENEAU, D. **Novas tendências em análise do discurso.** 3.ed. Campinas: Pontes, 1997.

MANDÚ, E.N.T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.12, n.4, p.665-75, 2004.

MARCONDES FILHO, C. **A produção social da loucura.** São Paulo: Paulus, 2003.

MARTIN, E. et al. Two bucks for the bus: support enabling active recovery for marginalised populations. **International Journal of Psychosocial Rehabilitation**, v.13, n.1, p.81-90, 2008.

MARTIN ROJO, L. A fronteira interior - análise crítica do discurso: um exemplo sobre racismo. In: IÑIGUEZ, L. (org). **Manual de análise do discurso em ciências sociais.** Petrópolis: Vozes, 2004. p.206-57.

MARTINS, A. Novos paradigmas e saúde. **Physis - Revista de Saúde Coletiva.** v.9, n.1, p.83-112, 1999.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã.** 7.ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento.** 2003. 214f. Tese (Enfermagem em Saúde Pública)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. 2.ed. São Paulo: Escrituras, 2006.

MENDES, EV. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E.E. **O capitalismo e a saúde pública**. São Paulo: Papirus, 1987.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org). **Reinventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.117-60. (Saúde em Debate. Série Didática)

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006, p.71-112.

_____. **Saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecnoassistencial em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, v.33, p.83-93, 1991.

MEYER, M. Between theory, method, and politics: positioning of the approaches to CDA. In: WODAK, R.; MEYER, M. (orgs). **Methods of critical discourse analysis**. 5. ed. London: SAGE Publications, 2006. p.14-31.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOCHCOVITCH, L.G. **Gramsci e a escola**. São Paulo: Ática, 1992.

MOEN, P; WETHINGTON, E. The concept of family adaptive strategies. **Annual Review of Sociology**, v.18, p.233-51, 1992.

MORAES, L.S.B. **O metadiscorso em artigos acadêmicos: variação intercultural, interdisciplinar e retórica**. 2005. 194f. Tese (Doutorado em Letras)-Programa de Pós-Graduação em Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

MORSE, J.M. Qualitative nursing research: a free-for-all? In: _____. **Qualitative nursing research: a contemporary dialogue**. USA: Sage Publications, 1991. p.14-24.

MOYLE, W. Nurse-patient relationship: a dichotomy of expectations. **International Journal of Mental Health Nursing**, v.12, p.103-9, 2003.

NARDI, H.C; RAMMINGER, T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica. **Physis**, v.17, n.2, p.265-87, 2007.

NICACIO, M.F.S. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. 205f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

NORDBY, H. Doctor-patient-interaction is non-holistic. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v.6, p.145-52, 2003.

NUNES, M. et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.1, p.188-96, 2008.

OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. **Superando o manicômio?** : desafios para a construção da reforma psiquiátrica. Cuiabá: EdUFMT, 2005.

OLIVEIRA, P.R.M. **Valorizando a palavra na emergência psiquiátrica**: a recepção das diferenças. 2002. 137f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

OLIVEIRA, T.P. Condicionais, atenuação e polidez: um estudo das estratégias comunicativas das condicionais. **Alfa (São Paulo)**, v.49, n.1, p.123-37, 2005.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.5, p.1053-62, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Ranking do IDH-M dos municípios do Brasil**. 2000. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php>>. Acesso em: 04 jan. 2008.

_____. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório de desenvolvimento humano 2007/2008 - combater as alterações climáticas: solidariedade humana num mundo dividido**. Coimbra (Portugal): Ed. Almedina, 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Caracas: OPAS/OMS, 1990.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe sobre la salud en el mundo - salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas**. Ginebra: Biblioteca de la OMS, 2001.

ORLANDI, E.P. Análise de discurso. In: ORLANDI, E.P.; LAGAZZI-RODRIGUES, S. (orgs). **Discurso e textualidade**. Campinas: Pontes Ed., 2006. p.11-32.

_____. **O que é lingüística**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de saúde pública**, v.32, n.4, p.299-316, 1998.

PAIXÃO, W. **História da enfermagem**. 5.ed. Rio de Janeiro: Júlio Reis, 1979.

PAPP, P. **O processo de mudança: uma abordagem prática à terapia sistêmica de família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

PAULIM, L.F.R.S.; TURATO, E.R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **Revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v.11, n.2, p.241-58, 2004.

PÊCHEUX, M. Análise automática do discurso. In: GADET, F.; HAK, T. (orgs). **Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux**. Campinas: Unicamp, 1990. p.61-161.

PEGORARO, R.F; CALDANA, R.H.L. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Estudo**, v.11, n.3, p.569-77, 2006.

PEIXOTO, G. Algumas considerações (com um pouco de história familiar) sobre a relação entre a loucura, a ética e a política no âmbito da saúde mental. In: AMARANTE, P.D.C. (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p.149-55.

PELBART, P.P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (org). **Saúde e loucura**. São Paulo: Hucitec, 2001. v.2. p.132-40.

PEPLAU, H.E. **Relaciones interpersonales en enfermería**. Barcelona: Salvat, 1990.

PERRAUD, S. et al. Advanced practice psychiatric mental health nursing, finding our core: the therapeutic relationship in 21st century. **Perspectives in Psychiatric Care**, v.42, n.4, 215-26, 2006.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos na área da saúde. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (orgs). **Humanização e cuidados paliativos**. 2.ed. São Paulo: Loyola; 2004. p.11-30.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Ed.34, 1994.

_____. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Ed.34, 1999.

PICCINELLI, M; POLITI, P; BARALE, F. Focus on psychiatry in Italy. **The British Journal of Psychiatry**, v.181, p.538-44, 2002.

PIETROLUONGO, A.P.C; RESENDE, T.I.M. Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.27, n.1, p.22-31, 2007.

PINHO, L.B; KANTORSKI, L.P. Relacionamento terapêutico enfermeiro-família do paciente internado em uma unidade de emergência. **Revista técnico-científica de enfermagem**, v.2, n.7, p.6-11, 2004.

PINHO, L.B; SANTOS, S.M.A. O processo saúde-doença-cuidado e a lógica da produção de saúde na UTI. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.15, n.2, p.199-206, 2007.

_____. Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. **Index de Enfermería**, v.54, n.3, p.20-4, 2006.

PINHO, L.B; SANTOS, S.M.A; KANTORSKI, L.P. Análise do processo de trabalho da enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v.16, n.4, p.703-11, 2007.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: AnnaBlume, 1998.

PIRES, M.R.G.M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p.1025-35, 2005.

PITTA, A.M.F. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.43, n.12, p.647-54, 1994.

PITTA, A.M.F; GOLDBERG, J.I. El Centro de Atención Psicosocial: un modelo de atención de pacientes en la comunidad San Paulo, Brasil. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Programas de atención psiquiátrica en la comunidad: experiencias latinoamericanas**. Washington: OPAS, 1994. p.38-49.

PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

POSSENTI, S. Dez observações sobre a questão do sujeito. **Linguagem em (Dis)curso**, v.3, n.especial, p.27-35, 2003.

PRATT, C; GILL, K; BARRET, N. **Psychiatric rehabilitation**. London: Academic Express, 1999.

PUGET, J. Intersubjetividad. Crisis de la representación. **Psicoanálisis**, v.25, n.1, p.175-89, 2003.

PULIDO, R; MONARI, M; ROSSI, N. Institutional therapeutic alliance and its relationship with outcomes in a psychiatric day hospital program. **Archives of Psychiatric Nursing**, v.22, n.5, p.277-87, 2008.

RAUTER, C. Oficinas pra quê?: uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.267-277.

REINALDO, A.M.S; ROCHA, R.M. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.4, n.2, p.36-41, 2002.

RENKEMA, J. **Introducción a los estudios sobre el discurso**. Barcelona: Gedisa, 1999.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs). **Cidadania e Loucura**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p.15-69.

RESENDE, V. M.; RAMALHO, V. **Análise de discurso crítico**. São Paulo: Contexto, 2006.

RESWEBER, J. **Filosofia da linguagem**. São Paulo: Cultrix, 1982.

RIBEIRO, P.R.M. **Saúde mental no Brasil**. São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

RODRIGUES, A.C. et al. Psicanálise, saber e conhecimento. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, v.17, n.2, p.99-108, 2005.

RODRIGUES, A.R.F. **Enfermagem psiquiátrica saúde mental: prevenção e intervenção**. São Paulo: EPU, 1996.

RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. 158f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

ROGERS, C. **Terapia centrada no cliente**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

ROMAGNOLI, R.C. Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo esquizoanalítico. **Psicologia em Estudo**, v.11, n.2, p.305-14, 2006.

RORTY, R. **El giro lingüístico: dificultades metafisológicas de la filosofía lingüística**. Barcelona: PAIDOS, 1990.

ROSE, L.E; MALLINSON, R.K; GERSON, L.D. Mastery, burden, and areas of concern among family caregivers of mentally ill persons. **Archives of Psychiatric Nursing**, v.20, n.1, p.41-51, 2006.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org). **Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.89-90.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.17-59.

SAMPAIO, J.J.C.; SANTOS, A.W.G. A experiência do Centro de Atenção Psicossocial e o movimento brasileiro da reforma psiquiátrica. In: PITTA, A.M.F. (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.127-34.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à realidade possível**. 2.ed. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.

SARACENO, B.; FRATTURA, L.; BERTOLOTE, J.M. Evaluation of psychiatric services: hard and soft indicators. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Innovative approaches in service evaluation**. Geneva, WHO, 1993.

SCHLESENER, A.H. **Hegemonia e cultura: Gramsci**. Curitiba: UFPR, 1992.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.1, p.127-34, 2008.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais em saúde e doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n.3, p.349-61, 1993.

SHORTER, E. **Uma história da psiquiatria: da era do manicomio à idade do Prozac**. Lisboa: Climepsi Ed., 2001.

SILVA, G.B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA JÚNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVERSTEIN, C. Therapeutic interpersonal interactions: the sacrificial lamb? **Perspectives in Psychiatric Care**. v.42, n.1, p.33-41, 2006.

SONTANG, S. **La enfermedad y sus metáforas**. Buenos Aires: Impresiones Sud América, 2003.

SOUZA, R.C; SCATENA, M.C.M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v.13, n.2, p.173-9, 2005.

SPINK, M.J.P. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

SPINK, M.J.P; FREZZA, R.M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M.J. (org). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2000. p.17-40.

SPINK, M.J.P; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M.J. (org). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2000. p.41-61.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação em enfermagem: teoria, ensino e pesquisa**. 1990. 140f. Tese (Livre-Docência)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

TARRIDE, M.I. **Saúde pública: uma complexidade anunciada**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

TAVARES, C.M.M. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v.14, n.3, p.403-10, 2005.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003. p.89-111.

TEIXEIRA, S.F.; MENDONÇA, M.H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S.F. (org). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989. p.193-232.

TESSER, C.D. **Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas**. 2004. 392f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

THOMPSON, J.B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

TOMLIM, R. et al. **Semántica del discurso**. In: VAN DIJK, T.A. (org). **El discurso como estructura y proceso**. 3.ed. Barcelona: Gedisa, 2006. p.107-170.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. Colombia: Carvajal, 1979.

UNGLERT, C.V.S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.24, n.6, p.445-52, 1990.

VALENTINI, W. Nenhum ser humano será bonsai. In: HARARI, A; VALENTINI, W. (orgs). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.11-24.

VAN DIJK, T.A. Discourse, context and cognition. **Discourse Studies**, v.8, n.1, p.159-77, 2006.

_____. El estudio del discurso. In: _____. **El discurso como estructura y proceso**. 3.ed. Barcelona: Gedisa, 2006. p.21-66.

_____. **Ideología: una aproximación multidisciplinaria**. Barcelona: Gedisa, 1999.

_____. Multidisciplinary CDA: a plea for diversity. In: WODAK, R.; MEYER, M. (orgs). **Methods of critical discourse analysis**. 5.ed. London: SAGE, 2006. p.95-120.

VASCONCELOS, E.M. **Transversões: saúde mental, desinstitucionalização e abordagens psicossociais**. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da UFRJ, 1999.

VECHI, L.G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.3, p.489-95, 2004.

VERTZMAN, J.S.; CAVALCANTI, M.T.; SERPA JÚNIOR, O.D. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (orgs). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1992. p.17-30.

VIDICH, A.J.; LYMAN, S.M. Métodos qualitativos: sua história na sociologia e na antropologia. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (org). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.49-90.

VIETTA, E.P; KODATO, S; FURLAN, R. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v.9, n.2, p.97-103, 2001.

VOGT, C. Semiótica e semiologia. In: ORLANDI, E.P.; LAGAZZI-RODRIGUES, S. (orgs). **Discurso e textualidade**. Campinas: Pontes Ed., 2006. p.105-41.

WALDOW, V. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: Vozes, 2004.

WEBER, M. **A ética protestante e o “espírito” do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

WEISS, G.; WODAK, R. How critical discourse analysis faces the challenge of interpretive explanations from a micro and macro-theoretical perspective. **Fórum Qualitative Social Research**, v.7, n.2,2006. Disponível em: <<http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-06/06-2-26-e.htm>>. Acesso em 09 mar. 2007.

WETZEL, C. **Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo**. 2005. 291f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

WHITE, P.R.R. **Un recorrido por la teoría de la valoración**. 200-. Disponível em: <<http://www.grammatics.com/appraisal/SpanishTranslation-AppraisalOutline.pdf>> Acesso em: 13 mar. 2009.

WODAK, R. What CDA is about: a summary of its history, important concepts and it's developments. In: WODAK, R.; MEYER, M. (orgs). **Methods of critical discourse analysis**. 5.ed. London: SAGE, 2006. p.1-13.

ANEXOS

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

	Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Departamento de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Campus Cascavel) Curso de Enfermagem

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "**AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL**", autorizando a observação, a entrevista, e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar Centros de Atenção Psicossocial (I, II, III) da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:

Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas
 Profa. Luciane Prado Kantorski.

Av Duque de Caxias 250. Bairro Fragata. Pelotas. RS. CEP: 96030-002.

Telefone/Fax: 53-32713031.

E mail: capsul@ufpel.edu.br

HomePage: <http://ufpel.edu.br/feo/capsul>

Anexo B - Diário de Campo - Roteiro para Observação

SERVIÇO

- Números de salas e distribuição;
- Ambiente (privacidade, ruídos, limpeza, iluminação)
- Adequação para o trabalho desenvolvido (espaço, decoração, luminosidade)
- Oferta de atendimentos (tipo de atividades, oficinas, atendimentos individuais, grupos, visita domiciliar, entre outros)
- Características dos usuários (por modalidade - intensivo, semi-intensivo ou não intensivo - faixa etária, gravidade, condição social e econômica, etc.)
- Como funciona o serviço (características, horário, entre outros)
- Cronograma de atividades
- Oferta de atendimentos (tipos, distribuição, características)
- Observar como se dá o planejamento das ações no serviço (em que momento e espaço se planeja, com que periodicidade)
- Observe de que forma a informação, os indicadores, a identificação dos riscos e problemas no território orientam o planejamento das ações em saúde.
- Existe algum tipo de avaliação das ações?
- Como se dá o acesso, o acolhimento dos usuários, como é estabelecido o seu plano terapêutico, como é definido quem é paciente a ser atendido no CAPS, o que se faz com aquele que não se enquadra nestes critérios
- Como funciona o serviço (características, projeto terapêutico, horário, entre outros)
- Cronograma de atividades
- Como o serviço faz os movimentos de articulação no território?
- Quais as propostas do serviço no sentido da inserção social do usuário no território (considerar eixos: casa, trabalho e lazer)
- Como o serviço se organiza para fazer a comunicação e a regulação da rede de serviços de saúde mental?
- Observe as relações do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com a Secretaria Municipal de Saúde - movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento;
- Observe as relações do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com o Conselho Municipal de Saúde - movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento, participação, representatividade;

ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS:

- Profissional (is) que realizou (aram) o atendimento
- Identificação do problema que levou a procurar o serviço
- Relação usuário e profissional
- Escuta
- Exame físico e psíquico
- Uso de roteiro
- Uso de normas do serviço (rígida ou não)
- Conduta do profissional frente ao caso
- Como o usuário foi recebido
- Recebeu informações necessárias sobre a intervenção
- Como o usuário recebeu esta intervenção
- Aceitação da intervenção pelo usuário
- Quem agenda os atendimentos (de que forma se dá o acesso do usuário ao CAPS)
- Quais os critérios são utilizados para viabilizar o acesso ao atendimento Qual o tempo médio entre a marcação e o acesso à consulta?
- Que critérios são utilizados para rechaço de demanda (demanda reprimida). Se há usuários que voltam sem serem atendidos?

- Quem realiza a seleção das consultas que não são marcadas ou agendadas, ou que não se concretizam em atendimentos feitos pela equipe
- Quem e que orientação é feita para quem não consegue atendimento no CAPS
- Como é o acesso a outros atendimentos, como oficinas, visitas domiciliares, grupos, projetos de geração de renda e trabalho?
- Como é feito o agendamento para retorno ao CAPS?
- Observar práticas de recepção e escuta no CAPS.
- Observar recepção de usuários que consomem álcool e/ou outras drogas e detalhar os desdobramentos do atendimento a estes usuários em particular

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Como se dá o atendimento das situações de urgência e emergência no CAPS e qual o tempo de espera?
- Quais são os critérios para atendimento de situações de urgência e emergência? E para o não atendimento destas situações?
- Quais as dificuldades encontradas no atendimento de situações de urgência e emergência no CAPS?
- Em que situações se encaminha e para onde se encaminha (Pronto Socorro, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico e outros)? Como ocorre este encaminhamento? (verbal, por escrito, por telefone é feito contato entre os profissionais, alguém do CAPS acompanha, especificar).
- Quais as dificuldades encontradas no encaminhamento de situações de urgência e emergência a partir do CAPS? E quais as estratégias de superação?
- Observar no quanto o fluxo é cumprido (a flexibilidade para captar as necessidades de cada usuário e a criatividade para viabilizar soluções)
- Observar se ocorre contra-referência e de que forma ela acontece.

REUNIÕES

- Que tipo de reuniões são realizadas (de equipe, do Conselho Local de Saúde, outras)?
- Quais os temas, conteúdos, características destas reuniões (administrativas, técnicas, discussão de casos, de supervisão, planejamento, avaliação)? Quem participa das reuniões, qual a periodicidade e o tempo de duração?
- Quem coordena as reuniões e quem determina as pautas?

REGISTROS

- Como são feitos e usados os registros?
- Verificar o conteúdo dos registros (olhar alguns prontuários).
- Verificar como se faz o arquivamento das informações, quais os critérios de arquivamento, se há duplicidade de informações arquivadas.
- Verificar no registro a existência de planos terapêuticos integrados
- **Verificar as características do registro de atividades de grupos, visitas domiciliares.**
- Observar a existência e as características de registros de reuniões de equipe

USUÁRIOS E FAMILIARES

- Quem são os usuários
- Participação dos usuários e família
- Relação com a equipe
- Envolvimento com o serviço
- Como se dá a participação dos usuários nas decisões em relação ao seu plano terapêutico, ao funcionamento do serviço, entre outros. E a participação da família?

- Observar a participação dos usuários e famílias nas atividades propostas pela equipe na comunidade
- Observar a articulação dos usuários e familiares com lideranças e entidades comunitárias

TRABALHADORES:

- Quem são os trabalhadores, características, formação.
- Envolvimento com o serviço
- Como estão organizados (carga horária, distribuição por turnos e dias da semana, atividades que assumem, em que circunstâncias e com que frequência de reúnem, relacionamento entre os trabalhadores, destes com usuários, com familiares, com a coordenação do serviço e com a Secretaria Municipal de Saúde)
- Verificar se os trabalhadores vão ou não diariamente ao CAPS (detalhar quando e quem está em que turnos)
- Observar a presença de stress, insegurança, arranjos feitos para cobrir debilidades técnicas de membros da equipe
- Existe propostas de capacitações, estas são dirigidas a equipe, a determinadas categorias profissionais, a ações específicas
- Observar se os profissionais tem afinidade com o que fazem e as dificuldades que encontram em seu cotidiano de trabalho.
- Como é o fluxo dentro da equipe - entre os trabalhadores. Quais as características da comunicação e da negociação entre os membros da equipe?
- Observar a comunicação no interior da equipe e desta com gestores, lideranças comunitárias e usuários.
- Observar a capacidade de negociação explícita e implícita entre os membros da equipe de saúde, gestores e usuários.
- Observar hierarquias, relações de poder formal e informal na equipe, relações de poder corporativas, de gênero.
- Observar se há insatisfação, insegurança em relação ao vínculo contratual, salário ou condições de trabalho.
- Quais as características do trabalho de cada membro da equipe, que tipo de atividade realiza, que tempo dedica a estas atividades?
- Observar a motivação e capacidade de superar obstáculos dos profissionais individualmente e da equipe.
- Quais as dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho da equipe e quais as estratégias de superação destas dificuldades?
- Observar as características do vínculo de cada profissional em particular e da equipe como um todo com os usuários e familiares.
- Observar o conhecimento dos profissionais acerca das famílias e do meio social em que vivem.
- Quais as características e o conteúdo das visitas domiciliares realizadas? Quem realiza e qual a duração de cada visita domiciliar? Quais os critérios utilizados para seleção e priorização das visitas?
- Quais as oficinas e grupos são realizados pela equipe e com que periodicidade?
- Quais as características e o conteúdo das oficinas e grupos realizados?
- Qual o tempo de duração das oficinas e dos grupos e quantos participam?
- Quais os profissionais participam das oficinas e dos grupos?

Anexo C - Roteiro para Entrevista com os Profissionais de Saúde Mental

	<i>Universidade Federal de Pelotas</i> Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Departamento de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Campus Cascavel) Curso de Enfermagem

JOINVILLE

A ENTREVISTA COM A EQUIPE

- Fale sobre o atendimento no serviço.
- Fale sobre fatores que possam contribuir para o melhor funcionamento do serviço.
- Fale sobre a sua prática em saúde mental neste CAPS.
(o que você faz, o que fundamenta esse fazer...)

Anexo D - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**

OF. 074/05

Pelotas, 11 de Novembro de 2005.

Ilmo. Sr.
LUCIANE KANTORSKI

Prezada Pesquisadora;

Vimos através deste informá-lo que seu projeto de pesquisa intitulado "Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil" foi aprovado por este comitê,

Prof. José Augusto A. Crespo Ribeiro
Coordenador do CEP/FM/UFPEL

Anexo E - Autorização para Utilização do Banco de Dados

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a utilização geral e irrestrita dos bancos de dados do Projeto de Pesquisa intitulado: "Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil", com apoio do CNPq e Ministério da Saúde, através do Edital 07/2005, pelo doutorando **Leandro Barbosa de Pinho**, para fins de construção de sua tese.

Pelotas, 23 de março de 2009.

Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski
Coordenadora do Projeto

Anexo F - Declaração de Participação na Pesquisa

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Leandro Barbosa de Pinho** participou da equipe de execução do Estudo de Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil, desenvolvendo ações de trabalho de campo, construção de banco de dados, análise e elaboração de relatórios de pesquisa.

Pelotas, 23 de março de 2009.

Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski
Coordenadora do Projeto