

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL E DO TRABALHO**

ED OTSUKA

**O discurso da autonomia em saúde mental: construção,
reprodução, institucionalização e criação**

**São Paulo
Fevereiro/2017**

ED OTSUKA

**O discurso da autonomia em saúde mental: construção,
reprodução, institucionalização e criação**

Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social.
Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Inês Assumpção Fernandes.

São Paulo
2017

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.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Otsuka, Ed.

O discurso da autonomia em saúde mental: construção, reprodução, institucionalização e criação / Ed Otsuka; orientadora Maria Inês Assumpção Fernandes. -- São Paulo, 2017.

198 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Saúde mental 2. Autonomia 3. Reforma psiquiátrica 4. Psicologia social 5. Instituições 6. Alianças inconscientes I. Título.

RA790

Nome: Otsuka, Ed

Título: O discurso da autonomia em saúde mental: construção, reprodução, institucionalização e criação

Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social.
Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Inês Assumpção Fernandes.

Aprovado em:

Banca examinadora:

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha família por ser minha família.

À Telma por ser a Té, minha companheira.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Maria Inês Assumpção Fernandes, querida orientadora, que me acolheu nessa jornada, indicando-me caminhos serenos.

À Nalva, à Rô e à Selma por toda a atenção, ajuda e carinho.

A todos os professores do Departamento de Psicologia Social e da Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da USP, com os quais pude aprender tanto.

A todos os companheiros de luta por uma sociedade mais justa e igualitária.

A todos da São Consciência e todos que pude conviver na Copa da Inclusão.

A todos os colegas de trabalho e ações, que pude encontrar na minha trajetória pessoal e profissional.

Aos usuários que tanto me ensinaram durante todos anos em que atuei em saúde mental.

Aos trabalhadores pelas trocas de experiências e compartilhamento de vivências em bons e maus momentos.

Aos familiares de usuários dos serviços de saúde mental pelo exemplo de resiliência e entrega.

Aos militantes da Saúde Mental e Luta Antimanicomial por manterem vivo o ideal da construção de uma sociedade mais justa e a intransigente defesa da dignidade humana.

Aos Movimentos e Entidades Sociais pela luta incessante na garantia dos Direitos Humanos e Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

A todas (os) amigas (os) que acompanharam e apoiaram a minha trajetória pessoal e profissional.

Ao Preto “Zé Ruela” e à Nina por serem os melhores companheiros caninos do mundo.

O rio não quer chegar, mas ficar largo e profundo.

João Guimarães Rosa

Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem, lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize.

Boaventura de Souza Santos

RESUMO

Neste trabalho busca-se explicitar como o discurso de promoção de autonomia se instaura e se reproduz entre os diversos atores do campo da saúde mental, especialmente os trabalhadores da saúde mental, que mais o proferem como forma de embasar sua atuação. Para tal tarefa, explora-se o modo como a noção de autonomia é sustentada institucionalmente e como ela atinge de forma incisiva os usuários de serviços de saúde mental, sobre os quais recaem as ações e as práticas institucionais. Ao longo do percurso da pesquisa, considera-se que a psicanálise, que pensa o homem como sujeito do grupo e do vínculo, consiste no mais adequado aporte teórico para discutir os processos que envolvem a temática, por implicar as dimensões da subjetividade, do social, do grupal e do institucional. Avalia-se ser fundamental compreender como a autonomia do sujeito é condicionada desde sua constituição, que ocorre na relação com o outro e o mundo, definindo sua realidade intrapsíquica e intersubjetiva. A partir da obra de Kaës e do conceito de alianças inconscientes, discute-se como o sujeito se constitui, sendo a relação entre mundo interno e externo indissociável. As alianças exercem a função de intermediário. Assim, para compreender como o sujeito se insere no mundo, verifica-se o imperativo dos contratos e pactos, mais especialmente o contrato narcísico e o pacto denegativo, por um processo de economia psíquica que visa garantir sua sobrevivência e a convivência possível para cada sujeito. É por meio dessas modalidades de alianças inconscientes, que o sujeito busca a autopreservação e a perpetuação do grupo, da instituição e da espécie. Com a referência da autora Piera Aulagnier, empreende-se uma imersão nos processos de constituição do sujeito, que se define como tal, condicionado ao vínculo com a mãe, representante primeira do mundo, que lhe apresenta suas possibilidades de representação sobre ele. Assim, as possibilidades de subjetivação, de construção de identidade e de agir do sujeito são limitadas e delimitadas pelo que a realidade, anterior a ele, lhe concede. O intuito do estudo aqui apresentado consiste na promoção de uma discussão que possa trazer possibilidades de análise – e de ruptura – dos discursos instituídos e alienadamente reproduzidos. Por meio da elaboração dos processos psíquicos envolvidos na trama institucional, é possível se pensar na superação de tal quadro por cada sujeito que se insere nessa realidade. Considerando que a busca pelo

saber, pelo novo, é inerente a todo sujeito, discute-se o processo de criação que consiste na tensão entre o estabelecido e seu diferente, e que pode surgir, ao se estabelecer a dialética entre ambos, superando o estado dilemático que impõe uma paralisação nessa relação. Assim, a problemática da autonomia desloca-se para a de criação.

Palavras chave: Saúde Mental; Autonomia; Reforma Psiquiátrica; Psicologia Social; Instituições; Alianças Inconscientes.

ABSTRACT

In the present work, we aim to explicit how the discourse of autonomy promotion is established and reproduced by several actors in the mental health field, especially the workers, who utter it most of the time as a way to support their actions. In order to do so, we have analysed how the notion of autonomy is sustained by institutions and how it sharply reaches the users of mental health services, upon whom institutional actions and practices fall. Throughout the research, we have considered that the type of psychoanalysis that interpret an individual as a part of a group consists in the most appropriate theoretical framework to discuss the processes that encompass the theme, as it considers the dimensions of subjectivity, society, groups and institutions. We think it is fundamental to understand how the autonomy of the subject has been shaped since his constitution, which occurs in the relationship with the other and the world, thus defining his intrapsychic and intersubjective reality. Based on René Kaës's work and the concept of unconscious alliances, we have discussed the way by which the subject is built, considering the relationship between external and internal worlds inseparable. The alliances play the role of intermediary. In order to understand how the subject enters the world, we stress the importance of the imperative of contracts and pacts, especially the narcissist contract and the denegativo pact, by means of a process of psychic economy that is aimed at guaranteeing each subject possible ways of survival and interactions. By means of these types of unconscious alliances, the subject seeks self-preservation and the perpetuation of the group, the institution and the species. Based on Piera Aulagnier, we have immersed ourselves in the processes of the constitution of the subject, which is determined by the relationship with the mother, the first representative of the world, who presents him his possibilities of representation of the world. So, his possibilities of subjectivation, identity building and action are limited and shaped by all the aspects that the reality, which comes before the subject, gives to him. The aim of this work consists in stimulating a discussion that may bring possibilities of analysis – and ruptures as well – of the discourses that are established and reproduced in an alienated way. By elaborating the psychic processes that are involved in the institutional framework, it is possible to identify the possibility that each subject who participates in this reality has to overcome this context.

Considering that the search for knowledge and innovation is inherent in every subject, we have discussed the process of creation that consists in a tension between the established situation and different scenarios, which may arise when there is a dialectical tie between them, thus overcoming the dilematic state that imposes a stoppage on this relationship. In other words, the question of autonomy gives way to that of creation.

Key words: Mental Health; Autonomy; Psychiatric Reform; Social Psychology; Institutions; Unconscious Alliances.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	MÉTODO.....	22
3	NOÇÕES GERAIS SOBRE A AUTONOMIA	27
4	LOUCURA E AUTONOMIA COMO CONSTRUÇÕES INSTITUCIONAIS	31
4.1	O PERCURSO DA SAÚDE MENTAL E A FORMAÇÃO DO DISCURSO DA AUTONOMIA.....	31
4.2	REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: CONSTRUÇÃO DE DISCURSOS OFICIAIS E INSTITUÍDOS.....	34
4.3	SAÚDE MENTAL, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AUTONOMIA.....	44
4.4	O CAMPO DA SAÚDE MENTAL COMO INSTITUIÇÃO.....	48
5	CONSTITUIÇÃO E SUBMISSÃO AO OUTRO E AOS OUTROS: PIERA AULAGNIER NOS REFERENCIA	57
5.1	USUÁRIO, LOUCO, DEPENDENTE: UMA CONDIÇÃO?	72
5.2	O EU E O SABER	88
6	INSTITUIÇÃO E SUBJETIVIDADE: OS PROCESSOS PSÍQUICOS.....	97
6.1	INTRAPSÍQUICOS E INTERSUBJETIVOS: O GRUPO	97
6.2	GRUPO E ALIANÇAS INCONSCIENTES: PACTOS E CONTRATOS	104
7	O PACTO DENEGATIVO SUSTENTANDO A ILUSÃO DO DISCURSO INSTITUÍDO	114
8-	VISLUMBRAR A CRIAÇÃO, O NOVO E O DIFERENTE	120
9	CONCLUSÃO	134
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
	ANEXO A – MANIFESTO DE BAURU	153
	ANEXO B – DECLARAÇÃO DE CARACAS	154
	ANEXO C – LEI 10216/2001	156
	ANEXO D – PORTARIA 336/2002 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	159
	ANEXO E – PORTARIA 106/2000 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	172
	ANEXO F – PORTARIA 3088/2011 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	179

1 INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho constitui uma continuação da dissertação de mestrado defendida no IPUSP, financiada pelo CNPQ, cujo tema diz respeito à inserção das atividades de lazer no cotidiano dos usuários de serviços de saúde mental. Ao investigar a constituição da vida cotidiana desses indivíduos, identifiquei relações de dependência a instituições, prescrições e estatutos, assim como em relação à “casa/lar”, ao serviço responsável pela assistência em seu tratamento e à condição de “doente”. (OTSUKA, 2009).

Por outro lado, constatei que o ideal dentro do discurso de promoção da saúde mental é a busca da autonomia do “louco”, que antes era visto como desprovido da capacidade de gerir sua própria vida (BRASIL, 2004). As práticas, os saberes e os discursos seguem nesse sentido como o fim a ser alcançado, mesmo que o conceito proferido não tenha sentido ou significado claro cotidianamente. Esse conceito poderia se prestar mais para o desenvolvimento de práticas estereotipadas, repetitivas e alienadas, do que para a promoção da compreensão das relações de dependência ou possibilidades emancipatórias dos determinantes que atuam sobre dada realidade, nas instituições que se propõem a promover o poder dos indivíduos de gerirem a si próprios, conscientes do contexto em que se inserem.

A partir da minha incursão pela área de saúde mental, pude observar algumas das formas como as práticas, saberes e discursos são produzidos e reproduzidos. Dentro de um contexto em que se deveria realizar uma reforma constante nos modos de promover o *bem estar* do usuário de serviços de saúde mental, compreende-se que o novo surgiria transcendendo o anterior. Ao contrário de uma revolução, não ocorreria a ruptura total com os conhecimentos que antecedem o diferente, mas o novo deveria emergir da reflexão sobre o antigo.

Durante os quinze anos de trabalho em serviços de saúde mental, de desenvolvimento de projetos, de pesquisas, estudos, discussões e militância na área, alguns questionamentos surgem naturalmente. Dentre os vários que me incitam, obviamente se destacam as perguntas sobre os fins, os objetivos e as missões pelos quais os trabalhadores se guiam. A busca de uma tal autonomia se destaca, então.

Atuei profissionalmente em serviços públicos de saúde mental, caracterizados como substitutivos ao manicômio, pois prevê a aplicação de práticas, saberes e discursos contrários aos que se aplicava nas instituições asilares e segregatórias. Em oposição às relações de poder, propõe-se a horizontalidade dos vínculos. Enquanto o modelo manicomial se caracterizava pelo modelo biomédico e hospitalocêntrico, no qual o sujeito é posto em lugar de objeto de intervenção do saber médico e excluído da sociedade, a lógica antimanicomial prevê que o sujeito seja agente protagonista de seu processo terapêutico, que deve se desenvolver no território onde habita, buscando sua reinserção social. Em oposição à visão do homem fragmentada em partes independentes, a Reforma Psiquiátrica Brasileira¹ preconiza que a atenção deve ser de base biopsicossocial e integral, compreendendo o sujeito em suas várias dimensões indissociavelmente, assim como no deslocamento da visão de *saúde-doença* para o de *bem estar-sofrimento psíquico*, em que não se foca no sintoma, mas nos diversos aspectos da vida que determinam a condição de bem estar ou sofrimento, como a história de vida, rede social, nível socioeconômico, vulnerabilidade, riscos, danos, etc.

Durante meu percurso na área da saúde mental, até a ocasião do desenvolvimento da tese aqui apresentada, tive a oportunidade de atuar especialmente em serviços da modalidade CAPS², em CAPS III³ Adulto, direcionado para a atenção psicossocial de pessoas com transtorno mental severo e persistente, e CAPS III Álcool e Drogas, cujo cuidado é destinado a pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas. Exerci as funções de psicólogo e de gestor.

A lógica de minha atuação está alicerçada pela Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial e Política de Redução de Danos. Essa última se refere, na forma como eu a compreendo, à redução de riscos e danos sociais, econômicos, políticos, institucionais, culturais, além dos resultantes do uso de álcool e outras drogas, indissociável aos outros danos citados. O sofrimento decorrente do uso e abuso de álcool e outras drogas é, aqui, compreendido como consequência dos diversos

¹ Reforma Psiquiátrica consiste em um processo de transformação social complexo, que envolve a mudança da assistência e relações sociais de acordo com novos pressupostos éticos e técnicos, em oposição às relações de poder representadas pela verticalidade da visão biomédica e hospitalocêntrica. Inclui a incorporação cultural desses valores e a convalidação jurídico-legal desta nova ordem.

² Centro de Atenção Psicossocial, modalidade de serviço substitutivo ao manicômio.

³ CAPS III é a modalidade de CAPS caracterizada pelo regime de funcionamento: 24 horas e com leitos de hospitalidade noturna; e pela abrangência populacional: acima de 200 mil.

danos presentes na história de vida de cada sujeito e também no sofrimento decorrente de tais danos. Da mesma forma que essas substâncias passam a ser também causa e agravamento do sofrimento de diversas ordens por conta do seu uso, que ocorre por razões diversas. O objetivo da Redução de Riscos e Danos pode ser caracterizado pelo resgate e afirmação de direitos humanos, historicamente negados a camadas da sociedade compostas de comunidades e grupos sociais em situação de grande vulnerabilidade, por meio da garantia de cuidado horizontal, integral e em liberdade. Os principais instrumentos da atenção que proporciona a emancipação do sujeito frente às diversas formas de violência e silenciamento são os espaços coletivos de locução, de participação e de controle social, como assembleias, conselhos e fóruns.

Sou fundador e, no momento em que o estudo foi realizado, Coordenador Geral da entidade São Consciência, ONG⁴ que promove ações de inclusão social pelo acesso a atividades de lazer, cultura, esportes e trabalho. Especialmente, um encontro que reúne serviços de saúde mental localizados na capital, região metropolitana e interior de São Paulo, a Copa da Inclusão. Esse evento conta com a participação de usuários, familiares, trabalhadores, gestores e militantes da área. Ocorre anualmente desde 2002, durante seis finais de semana consecutivos. Na última edição, realizada em 2016, foram contabilizados 75 serviços participantes.

Dentro desse enquadre, o fim almejado é libertário, a partir da compreensão, enfrentamento e emancipação dos diversos determinantes sociais produtores de exclusão, segregação e vulnerabilização. Também atuo junto a outros movimentos da sociedade civil de garantia de direitos humanos e de combate às relações de poder, especialmente na Luta Antimanicomial.

O exercício da militância na área tem papel central nas reflexões que pautam os projetos em que me insiro, abrangendo minha atuação profissional e acadêmica, de forma que possam ser complementares. Assim, a partir da reflexão sobre o discurso de promoção da autonomia que permeiam as formas instituídas e institucionalizadas de atuação em saúde mental e de relação entre os diversos atores, a tese busca trazer uma discussão mais ampla que possibilite o questionamento, uma melhor compreensão dos processos envolvidos e a transformação das relações sociais e da realidade em que nos inserimos. Trata-se

⁴ Organização Não Governamental.

de contribuir para um projeto para a construção de possibilidades emancipatórias do sujeito, tanto o trabalhador como o usuário.

Minha trajetória na área da saúde mental começa em 2002, a partir de estágio realizado em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-Perdizes)⁵, quando ainda era estudante de graduação em Psicologia. Esse tipo de dispositivo tem como objetivo a promoção de saúde mental pela atenção integral do usuário de tais serviços, contemplando todas as dimensões de sua vida, biopsicossocial. Ele é criado com a missão de reinserir o sujeito em sofrimento psíquico na sociedade por meio do resgate da sua capacidade e direito de exercício da cidadania, assim como do desenvolvimento de sua “autonomia”. O primeiro serviço do tipo CAPS é implantado em 1987. Surge em um contexto político de lutas e movimentos sociais, contra a ditadura militar que se encerra em 1985, contra as relações de poder e questionamentos das instituições totais, como as prisões e os manicômios, cujas práticas violavam os direitos humanos dos reclusos de inúmeras formas. Nesse período de redemocratização do Brasil surgem a Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial e o advento do SUS (Sistema Único de Saúde)⁶ junto com a Constituição de 1988, conjunto de leis que rege o país.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é inspirada na Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), pela qual a internação compulsória, a medicalização excessiva, a clausura e o assistencialismo/paternalismo eram postos em discussão e, fortemente combatidos. Da mesma forma, há uma crítica sobre a lógica dominante biomédica, assim como a relação do médico com o paciente como um objeto de intervenção e pela relação de poder que se caracterizava nesse encontro. O sujeito que recebe o cuidado não deve ser fragmentado em partes ou objetos a serem submetidos ao saber médico. Abre-se, então, o campo da atenção e da reabilitação psicossocial, assim como a implantação de instituições com a missão de desenvolvê-lo e promovê-lo. A visão que se tem do dito louco, agora, é a de alguém que pode e deve ser reinserido na sociedade, buscando resgatar suas capacidades e direitos de conviver socialmente. O ideal de autonomia surge no intuito de resgatar o poder de gerir sua própria vida, bem como o de estabelecer relações com o outro e poder

⁵ Centro de Atenção Psicossocial localizado no bairro de Perdizes, no município de São Paulo.

⁶ O SUS consiste em um sistema de saúde público, cujo projeto contempla as demandas e necessidades do contexto nacional, como direito universal, de todo brasileiro, de acesso aos dispositivos que integram a rede de serviços. Dentre eles, o CAPS.

pertencer a diversos grupos e instituições a partir de suas escolhas e de um suposto agir livre.

Observa-se, em outras sociedades, diferentes formas de compreender as possibilidades de autonomia do louco. Por exemplo, a clínica psiquiátrica La Borde, na cidade de Cour-Cheverny, na França. O paciente era incentivado a expressar sua criatividade e iniciativa, responsabilizando-se ao mesmo tempo por seus atos. Poder-se-ia considerar uma forma de vivência autônoma, mas realizada no contexto da cidade e da clínica. Dentro de limites e “protegido” pelo distanciamento, também geográfico, da sociedade em geral.

O projeto do CAPS como serviço substitutivo ao manicômio funciona exclusivamente como um espaço de tratamento, não de moradia. O sujeito que é atendido nesses locais deve poder transitar socialmente e ter um lar fora desse espaço como qualquer cidadão. Para que tal projeto pudesse ser bem sucedido, assim como é preconizado, o trabalhador deveria atuar de modo a integrar as dimensões técnico-assistencial, político-jurídica, sociocultural e teórico-conceitual (AMARANTE, 2007). A missão posta inclui e exige transformações em todos esses aspectos, de forma indissociável e complementar.

No entanto, os meios de produção de conhecimento e de compartilhamento de informações são falhos, com escassos espaços de locução e transmissão de saberes aos profissionais que atuam diretamente com a população atendida, além de espaços empobrecidos de participação da população, em instâncias decisórias e de gestão. Os trabalhadores que deveriam aplicar os preceitos do projeto, em geral, se limitam à dimensão técnico-assistencial, o que faz com que as formas de atuação tendam a ser alienadas, repetitivas e superficiais. Desfavorece-se a reflexão sobre o contexto em que se insere. Percebe-se que há uma lógica que se produz e se reproduz institucionalmente, que impede a reflexividade e a tomada de consciência do trabalhador e do usuário dos serviços, tal como a emancipação em relação aos determinantes sociais. Com o agir alienado, sem instrumentos e conhecimento, qualquer proposta de mudança ou ruptura do estabelecido poderia ser sentida como um ataque a sua herdada visão de mundo e de homem que deveria ser defendida, para que seus alicerces, crenças, valores e ações no mundo não sejam abalados. A resistência a transformações sociais parece grande, supondo-se a lacuna de percepção de que o movimento serviria à manutenção da lógica perversa de

conservação do poder e das relações características. O sujeito seria dependente dessa estrutura que se conserva pelas instituições e seus processos inerentes. Dessa forma, qualquer forma de autonomia que se busque seria impedida. Mesmo que se trabalhe em nome de sua promoção. Ou mesmo, porque muitos aspectos se esconderiam no discurso de promoção dessa tal autonomia.

A construção de um projeto tão amplo abrangeria mudanças socioculturais há muito reproduzidas. Elas poderiam ocorrer por meio da promoção da discussão e conscientização política e pelo estabelecimento de espaços de locução, reflexividade e compartilhamento de conhecimentos. Isso consiste em árdua tarefa. Trata-se de um enfrentamento dos processos de destruição desses projetos que são facilitados pelas várias instâncias de poder já estabelecidas na sociedade brasileira, herança histórica de uma nação, cuja colonização foi caracterizada pela exploração e acúmulo de capital de toda ordem. Os reflexos são bastante claros. O poder público ainda é dominado pelos herdeiros da terra e das riquezas, por meio das esferas executiva, legislativa e judiciária. Surgem a partir delas, ataques constantes aos projetos do SUS e da Reforma Psiquiátrica, assim como, ao poder da população na participação da construção de políticas públicas de saúde, cujos interesses contemplem o bem estar coletivo e o direito universal ao exercício da cidadania. A saúde é privatizada, cedendo a algumas entidades privadas com fins lucrativos, o poder de gerir a saúde pública, inclusive os recursos públicos destinados à área. Elas recebem e alocam tais recursos da forma que lhes convém.

No que diz respeito ao enfrentamento da questão das drogas, desloca-se a questão de saúde para o âmbito da justiça, pela repressão e internação compulsória (via ordem judiciária) de pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e drogas. O Congresso aprova mudanças na constituição por meio de emendas constitucionais, que servem aos interesses de pequenos grupos que detêm as riquezas e o poder, favorecendo a manutenção da desigualdade econômica e social, tal como o acesso à saúde e à educação.

Os trabalhadores, por não participarem da construção do projeto, acabariam por repetir de forma alienada um discurso dado. Assim, não se oporiam, nem mesmo perceberiam a necessidade de se opor ao regime dominante. O agir estereotipado também seria favorecido pela busca da segurança institucional ou grupal. Qualquer questionamento ou ruptura dessa estrutura poderia ser sentido como um ataque às

suas crenças, seus valores, seus ideais, sua visão de mundo e de homem, que são herdadas cultural e historicamente.

Da mesma forma, propor relações horizontais dentro de certas instituições baseadas na hierarquia geraria desconforto aos seus membros por abalar a ordem em que se apoiam e o modo como se relacionam nos diversos grupos aos quais pertencem, como a família, a escola, o exército, entre outros. No intuito de manter uma pretensa estabilidade, os diversos integrantes se aliarão e se relacionarão (alianças inconscientes) de forma a ocultarem certos aspectos, como a alienação, o comodismo, a submissão, os medos e desejos. Observar-se-ia a negatividade nos processos institucionais.

A tarefa posta na pesquisa consiste em compreender os processos de constituição e transmissão de discursos estabelecidos institucionalmente, tal como uma suposta autonomia que, nesse caso, ocorrem social, histórica e institucionalmente, desde a constituição do sujeito nas relações intrapsíquicas e intersubjetivas mediadas por alianças inconscientes. Assim, poder-se-ia apreender possibilidades de realização de autonomia que consistam na reflexão e, antes de tudo, no questionamento da própria noção de autonomia. Discursos alienados e repetitivos favoreceriam, exatamente, o oposto do que preconiza tal ideia de autonomia.

Romper com o ciclo repetitivo poderia, então, possibilitar o agir autônomo no sentido de compreender os determinantes sociais inerentes, possibilitando a sua transformação e, conseqüentemente, a transformação da sua realidade. A autonomia, portanto, só poderia ser considerada em um movimento de emancipação de tais determinantes. Com isso, os promotores de saúde mental poderiam refletir sobre o contexto em que se inserem, em direção a um agir consciente, eles mesmos podendo ser produtores de autonomia como um movimento de emancipação do que é imposto socialmente ao *alienado*.

Seria possível considerar, então, o surgimento de algo que se assemelha a ideologias que perduram, sem que sejam superadas. É na atuação dos profissionais que este aspecto ficaria mais evidente, ao passo que a criação de novas formas de agir seria cada vez mais escassa, pois estariam presentes os limites ideológicos.

As práticas em diferentes realidades comunitárias e territoriais pouco se diferenciam. Aproximam-se do que se poderia caracterizar como uma linha de produção de fazeres que tangem às ações protocolares. Da mesma forma, os discursos se repetem e se massificam, sendo proferidos dentro de um certo molde assumido pelo conjunto de trabalhadores da área. É dentro desse conjunto pré-definido de direcionamentos que se destaca a ideia de promover a autonomia do usuário.

Nesse contexto, o discurso da busca pela autonomia ganha força sem a reflexão necessária sobre o que pode representar na vida dos homens. Mais especificamente sobre os sentidos que podem adquirir para usuários e trabalhadores de serviços de saúde mental.

Assim, pretende-se compreender de que forma o ideal de autonomia se instaura no cotidiano do homem e, mais especificamente, na promoção da saúde mental do “*louco*”, no processo terapêutico que lhe é oferecido, e como essa oferta é reproduzida e refletida por seus executores.

Como a autonomia consistiria em “condição”, compreender de que forma ela se dá no mundo, nas ações, nas relações, e não apenas na consciência dos sujeitos, sua construção compreende dois aspectos: o poder de determinar a própria lei ou escolhas e o poder de realizar, de fazer. Esse fazer, por se realizar no mundo, está submetido a todos os determinantes que nele estão implicados, como leis naturais, civis, costumes, valores, entre outros. Portanto, não se fala aqui de autossuficiência.

Trata-se, portanto, de investigar de que forma, permeadas de crenças e valores herdados historicamente, as práticas em saúde mental encontram um ponto de verdade onde o diferente ficaria impedido. Quando, apoiadas em noções que não podem ser questionadas, a superação e criação constantes, que se presumem correspondam ao saber, não encontrariam um devir. E o discurso se veria completo e perfeito. O diferente tornar-se-ia, assim, desnecessário. E o questionamento não seria considerável. Dessa forma, os discursos seriam instituídos. As origens se perderiam em memórias apagadas e em ações ordenadas.

Assim, algumas questões precisam ser discutidas:

Os sentidos e representações dos processos históricos que deveriam nortear os caminhos dos trabalhadores de saúde mental teriam sido consumidos pela violência imperativa da produção de práticas profissionais e resultados incompreendidos?

Nesse contexto, seria possível considerar que tanto os trabalhadores quanto os usuários encontram-se em estado de alienação? Não, apenas o “louco”, como assim é considerado, por não possuir consciência ou controle de suas ações e pensamentos. Mas, quem os possui, dentre os atores envolvidos?

Com os sujeitos envoltos, sujeitados, capturados e sustentados pela força da instituição, os discursos estariam impedidos de serem refletidos, compreendidos e desconstruídos. Assim se instauraria a paralisação na construção de outros novos.

O que se pretende esclarecer é de que maneira um estado de estagnação consolidado pela inserção em uma ordem institucional poderia ser superado. Como o sujeito pode encontrar possibilidades de subverter uma estrutura compartilhada grupalmente com aqueles reconhecidos como seus pares? Que força ou pulsão pode movê-los na direção de encontrar o novo e abandonar o velho que por tanto tempo o provinha de suposta segurança e estabilidade? Questionar a si mesmo, sua identidade, sua constituição intrapsíquica e intersubjetiva seria o caminho para se emancipar de discursos assumidos como o da pretensa autonomia? Libertar-se das amarras institucionais é condição para contradizer valores, crenças e hábitos que permeiam a proferida e, aqui, questionada promoção de autonomia? Que autonomia é essa a que os discursos se referem e como a noção é produzida e reproduzida por esses sujeitos e pelas instituições as quais se aliaram?

2 MÉTODO

A tarefa definida nesta tese consiste em promover uma reflexão, discussão e análise do que é observado pelo pesquisador em suas apreensões empíricas e documentais. A partir de observações do pesquisador, chegou-se a um fenômeno que demandou uma análise aprofundada dos processos que o compõem. Para tal, considera-se que o caminho mais adequado seria o estritamente teórico.

É que os fatos em questão são inicialmente dados ao observador como pertencentes a essa vivência quotidiana, com sua carga de significações, ou seja, remetendo a situações complexas, em ampla medida presas a circunstâncias individuais e marcadas por juízos de valor. A primeira tarefa de uma ciência é, então se possível, despojar disso os fatos visados, conservando-lhes, porém, sua originalidade de fatos humanos. (GRANGER, 1994, p. 88-89)

Compreende-se, nesta tarefa, a necessidade da integração de fatos, construções e percurso histórico com as observações dos processos resultantes atuais, nas relações sociais e institucionais, na compreensão e nomeação do que é autonomia, assim como os determinantes que agem sobre essa delimitação.

Trata-se do devir histórico do homem no mundo. Quando se busca aqui produzir algum conhecimento a respeito de uma construção humana e histórica, deve-se ter em conta que se discutirá como esse mesmo homem produz e se insere nos processos a serem desvelados, dialogando com diversos autores e pensadores que abordaram o tema.

Foram analisados os sentidos dados à autonomia, a partir dos fatos observados referentes ao emprego dessa ideia no cotidiano da promoção de saúde mental.

No estudo, faz-se relevante apreender os processos, práticas e discursos institucionais, por meio de exposição de documentos oficiais, como leis federais e portarias do Ministério da Saúde, nos quais a temática da autonomia se faz presente cotidianamente, tendo em vista a proposta de suas implantações e objetivos

preconizados, como a reinserção social e o exercício da cidadania, pelos sujeitos assistidos por serviços da área.

Em ciência, nada é dado, tudo se constrói. O “senso comum”, o “conhecimento vulgar”, a “sociologia espontânea”, a “experiência imediata”, tudo isto são opiniões, formas de conhecimento falso com que é preciso romper para que se torne possível o conhecimento científico, racional e válido. A ciência constrói-se, pois, contra o senso comum e, por isso, dispõe de três atos epistemológicos fundamentais: a ruptura, a construção e a constatação. (SANTOS, 1989, p. 33)

A análise de instituições, especificamente da área de saúde mental, será a fonte fundamental para a apreensão de elementos necessários à pesquisa. Na observação de suas estruturas, tal como na atuação dos profissionais que nelas atuam, se buscará apreender a relação entre as partes e o todo do processo.

Há de se admitir que o conhecimento científico dos fatos humanos só pode ter bom êxito pela conjunção de vários esquemas, cujo modo de superposição e de encadeamento deve ser definido em cada caso especial. (GRANGER, 1994, p. 92)

Os processos de construção, reprodução e possíveis distorções da noção de autonomia nas práticas e discursos em saúde mental ocorrem, principalmente nas instituições. Na tarefa de melhor compreendê-los, lançar-se-á mão do aporte teórico de autores da Psicologia Social com base psicanalítica, especificamente, Enrique Pichon Rivière e José Bleger, que se debruçam sobre as questões intersubjetivas e intrapsíquicas no contexto dos grupos e das instituições.

As instituições consistem em foco privilegiado para o estudo proposto, já que será investigado se há a institucionalização de noções acerca da autonomia ou a alienação do que poderia compreender um respectivo conceito, e de que forma ocorreriam esses supostos fenômenos, que poderiam se relacionar intrinsecamente com processos ou quadros institucionais. Será observado se há conteúdos ocultos no processo de instituir noções de autonomia, e se há sentidos velados pela organização do grupo estudado e significados representados pelo instituído, que se buscará desvelar a partir do método discutido pelos autores mencionados.

É pelas instituições que os processos sociais se estruturam, tal como se produzem e reproduzem pensamentos, comportamentos, ações, costumes e valores. A organização que caracteriza a instituição tende ao favorecimento da repetição e da alienação à medida que determina modos de ver o homem e o mundo.

Trata-se, então, de privilegiado meio de compreender os fenômenos sociais, tal como o proposto aqui. A compreensão das construções e repetições acerca dos modos que são empregadas as noções de autonomia é indissociável da apreensão das estruturas e contextos institucionais em que elas ocorrem.

Toda instituição é o meio pelo qual os seres humanos podem se enriquecer ou se empobrecer e se esvaziar como seres humanos; o que comumente se chama de adaptação é a submissão à alienação e a submissão à estereotipia institucional... Todas as instituições tendem a reter e formalizar seus membros a uma estereotipia espontânea e facilmente contagiosa.” (BLEGER, 2007, p. 57)

Visa-se uma crítica pela normatização ou criação de supostos conceitos. Portanto, o intuito não é explicar, ordenar ou estruturar a compreensão dos fenômenos relacionados à questão da autonomia. Ela encaixa-se perfeitamente no questionamento à ciência moderna, que acaba por produzir “verdades” que servem à criação de consequências, mais do que investigar os fenômenos, os processos. E ela agrega seguidores de um discurso que serve a propósitos ocultos e automeados de ciência ou verdade.

[...] a criação dos objetos teóricos está, como disse, cada vez mais vinculada aos objetos sociais dos sujeitos sociais que podem investir no conhecimento científico ou apropriar-se dele, resulta serem tais objetivos cada vez mais responsáveis pela criação e potenciação de sujeitos de ciência, isto é, dos cientistas cujos objetos teóricos estão em consonância com eles e, conseqüentemente, pela destruição ou degradação daqueles cujos objetos teóricos estão em dissonância com eles. Em suma, a subjetividade científica é cada vez mais o produto da objetivação social. (SANTOS, 1989, p. 14)

Considera-se necessário para os objetivos desta tese, uma discussão acerca da constituição do sujeito em suas primeiras relações, vínculos e representações,

também com base na teoria psicanalítica. Tomam-se como referências os autores René Kaës, Piera Aulagnier e Enrique Pichon Rivière para explorar os processos de investimento e desinvestimento do sujeito na busca e construção de novos conhecimentos, assim como a possibilidade de transcendência de discursos instituídos como o de autonomia. Leva-se em conta, também, a forma como esses discursos são assumidos pelo sujeito, assim como sua inserção nos grupos e instituições, que devem preservar concomitante e indissociavelmente a sua autopreservação, a partir de alianças inconscientes, conceito cunhado por René Kaës, norteador de nossa análise.

O caminho traçado para o desenvolvimento da pesquisa se apoia, especialmente, no estudo de grupos e instituições para embasar a discussão acerca da formação e manutenção de discursos, especificamente da promoção de autonomia em saúde mental. Para tanto, observa-se o que é indissociável do processo de constituição do próprio sujeito como ser social que se insere no mundo por meio dos grupos e instituições, tal como as possibilidades que já estariam estabelecidas para a construção de identidade e de subjetivação.

A partir da referência de Piera Aulagnier busca-se discutir o modo como o meio social impõe determinações ao sujeito desde sua constituição, o estabelecimento de vínculos, relações e representações do mundo que lhe é apresentado, assim como de seu desenvolvimento com as referências identificatórias oriundas do início de sua existência no mundo. Segundo a autora, o contrato narcisista é aquele que assegura a continuidade do investimento libidinal da autoconservação para cada sujeito e o grupo social do qual é participante. Segundo ela, o contrato narcisista regula o investimento da mãe e do casal sobre a criança e vice-versa. A relação entre eles é sempre carregada de elementos oriundos do meio social em que estão inseridos. Sendo assim, o discurso social impõe uma antecipação ao sujeito *infans*, tal como o discurso parental. Anterior a sua vinda ao mundo, já há uma determinação do espaço que o sujeito ocupará e a expectativa de que ele retransmita o mesmo modelo sociocultural. Por sua vez, o sujeito busca adquirir referências que lhe deem suporte para se projetar no futuro, de modo que o distanciamento do suporte inicial não represente a perda de todo suporte identificatório. Dessa forma, procura-se verificar e expor as determinações como

forma de impedimento para a autonomia diante da realidade sociocultural, do qual ele depende, que o molda e lhe impõe modelos a serem seguidos.

3 NOÇÕES GERAIS SOBRE A AUTONOMIA

Ao longo da história, a noção de autonomia vai adquirindo significados diversos. Para os historiadores gregos, essa noção fica limitada à ideia de autodeterminação das unidades políticas, das cidades, mas não do homem como indivíduo.

Platão traz a noção de autonomia na relação de domínio da razão sobre os desejos, o que já sinalizava uma concepção moral e ética que se desenvolverá no pensamento moderno.

O Renascimento surge como possibilidade do resgate da experiência subjetiva, ou seja, de poder assumir sua vida e determinar para si o que é certo ou o que é errado, trazendo a abertura da escolha e a insegurança da falta de uma referência segura a ser seguida.

As artes, as ciências, as navegações, o comércio são frutos desse período de experimentações, que parece ter atravessado a vida de todos e, de maneiras diferenciadas possibilitava a tomada de decisões mais “autônomas”: Essa era a ilusão que se vivia na época.

Com o Renascimento, o homem passa a buscar escolhas, já que o determinismo social e hierárquico não possui a rigidez de outrora, como é refletido no exercício da função laboral.

A concepção de autonomia para os iluministas se refere à razão que se submete a evidências empíricas e matemáticas, libertando o homem da superstição e da ignorância.

A autonomia, aqui compreendida, decorre também do proposto pelo Iluminismo e por Kant no sentido de privilegiar o uso da razão para agir, pensar e falar autonomamente, pois pressupõe o domínio da razão sobre os fatos externos como preconceitos morais, superstições religiosas, relações de subordinação, etc. Trata-se da razão crítica na emancipação frente a dogmas e valores impostos por uma ordem que se dirige à heteronomia, para o cumprimento da lei do outro.

Para Kant, o ser é autônomo na medida em que obedece às leis que dá a si mesmo, independente de qualquer causa alheia e de qualquer objeto. Kant considera a autonomia da vontade como o princípio supremo da moralidade. A esta ideia de autonomia se prende a ideia de dignidade da pessoa. O ser racional ao participar da legislação universal, ao se submeter à lei que ele próprio se confere, é fim em si, não há relatividade, mas uma dignidade, um valor intrínseco.

A autonomia da vontade é o único princípio de todas as leis morais e dos deveres correspondentes às mesmas; mas, por outro lado, toda heteronomia do livre-arbítrio não só deixa de fundamentar qualquer obrigação como, também, resulta de todo contrária ao princípio desse livre-arbítrio e à moralidade da vontade. O princípio único da moralidade consiste na independência de toda a matéria da lei (isto é, de um objeto desejado) e, ao mesmo tempo, apesar de tudo, na determinação, à qual a máxima deve estar capacitada, do arbítrio por meio da forma legisladora universal comum. (KANT, 1994, p. 25)

Na Crítica da Razão Pura (1781/1999, p. 295), Kant expõe uma conceituação da liberdade definida como poder de agir independentemente do mecanismo da natureza. Kant precisa esta definição na Crítica da Razão Prática (1788/1994, p. 16): a razão prática pura deve legitimar imediatamente a faculdade de desejar.

Já em Hegel (1807/1992), o homem enquanto liberdade é negado em sua humanidade por ser escravo, mas, enquanto escravo carente de liberdade e autonomia, não deixa de ser homem, isto é, espiritualidade. Ao afirmativo e positivo kantianos, Hegel responde com a dialética, o pensamento do negativo, da contradição que não separa sujeito e objeto, natureza e cultura.

A tarefa de conduzir o indivíduo, desde seu estado inculto até ao saber, devia ser entendida em seu sentido universal, e tinha de considerar o indivíduo universal, o espírito consciente-de-si na sua formação cultural. No que toca à relação entre os dois indivíduos, cada momento no indivíduo universal se mostra conforme o modo como obtém sua forma concreta e sua configuração própria. (HEGEL, 1992, p. 35)

Hegel acredita na existência de um Absoluto (a liberdade, a felicidade, a verdade) no final da história, quando se dá a reconciliação universal em que o Espírito abole sua dimensão temporal, isto é, alienada.

Etimologicamente, autonomia significa o poder de dar a si a própria lei, autós (por si mesmo) e nomos (lei). Não se entende como algo absoluto e ilimitado e não se confunde com autossuficiência. Subentendendo o domínio da própria lei, no sentido oposto, a heteronomia, seu oposto, confere a submissão ao poder do outro, externo. “Etimologicamente autonomia é uma condição de uma pessoa ou de uma coletividade cultural, que determina ela mesma a lei à qual se submete” (LALANDE, 1999, p.115)

Para Foucault (1970/1996, p. 107-108), a relação entre o desenvolvimento das ciências e o desenvolvimento da autonomia é antagônica, já que tecnologias diversas geram relações de poder com fins de regulação social e, portanto, de heteronomia.

Nesse sentido, seria o ideal da igualdade se refletindo na reificação da noção de autonomia como é difundido atualmente. É, também, alienação, pensamento determinado e, portanto, não livre.

Os conceitos, tal como seria o de autonomia, não se encontram na natureza. Trata-se de uma produção social e cultural que foi institucionalizada. Essas produções se manifestam no cotidiano do homem, sendo produzidas e reproduzidas nas relações entre os indivíduos, que interagem em grupos e instituições.

Os discursos refletem construções culturais dentro do contexto histórico e social. Os valores, costumes, crenças e hábitos de dados grupos se estruturam institucionalmente, podendo adquirir movimento próprio e intrínseco, cujo controle transcende a compreensão de cada integrante individualmente.

A estrutura, tal como sua reprodução e preservação, passa a ser dirigida pela força da instituição, estabelecida pelo grupo, mas obediente a um ente fundador que não se reconhece e não se acessa. As instituições são constituídas e perpetuadas pelos seus membros que, ao mesmo tempo, se constituem psíquica, intrapsíquica e intersubjetivamente. Elas absorvem os estatutos que definem tais instituições e os próprios sujeitos, sobre um contexto social e psíquico.

Conforme afirma Kaës (1991, p. 6): “A instituição é, em primeiro lugar, uma formação da sociedade e da cultura; segue-lhes a lógica própria. Instituída pela divindade ou pelos homens, a instituição se opõe àquilo que é estabelecido pela natureza.”

4 LOUCURA E AUTONOMIA COMO CONSTRUÇÕES INSTITUCIONAIS

4.1 O PERCURSO DA SAÚDE MENTAL E A FORMAÇÃO DO DISCURSO DA AUTONOMIA

Como afirma Michel Foucault (1961/1972), em a *História da loucura na idade clássica*, a loucura nos séculos XV e XVI chegava a ser vista como algo admirável, com um caráter místico, que de certa forma carregava uma magia, um aspecto contemplativo percebido de forma positiva pelo mundo. Já os séculos XVII e XVIII abrangem o período da “grande internação”. Em nome da preservação da moral e da racionalidade, valores estritamente burgueses, todos os tipos de marginais são confinados em asilos, sem distinção entre ladrões, vagabundos, pobres e loucos.

Na segunda metade do século XVIII, a visão sobre a loucura estará atrelada a uma crítica do meio social repressor e criador da loucura, uma crítica aos tempos modernos. Na época contemporânea, após a Revolução Francesa, cabe à Psiquiatria a tarefa de lidar com os loucos que abarrotam os asilos. No final do século XVIII, o louco é diferenciado do criminoso ao se considerar que suas transgressões são praticadas devido a uma irresponsabilidade inocente. Ele não dispõe da liberdade da consciência e da razão. Portanto, não haveria jeito de retirá-la pois não a possuía. Assim, o internamento não constituiria uma supressão de liberdade.

Após a Segunda Guerra, quando surgem questionamentos de todas as ordens no cenário mundial, a antipsiquiatria surge na Europa como um movimento de contestação às formas autoritárias representadas pelas instituições repressoras como o Estado, a Igreja, as Prisões e os Hospitais Psiquiátricos. Não havia uma formulação teórica ou prática, mas uma temática antiautoritária generalizada. Desde 1945, multiplicam-se declarações tendendo a recolocar o alienado na sociedade e a ir “além do hospício e do hospital psiquiátrico”.

Questões teóricas, políticas, culturais e sociais tomam grande importância. A questão da cidadania é, agora, o norte do movimento. O paciente deve ser visto como um cidadão que tem que ser reincorporado à sociedade. Portanto, a Reforma

Psiquiátrica se inseria em um movimento mais amplo de luta contra as injustiças sociais, tendo um forte caráter político.

A loucura foi definida como o oposto da razão na Idade Clássica, época em que imperava o culto à racionalidade. É originário, na constituição da loucura, o movimento de distanciar a razão daquilo que a nega como tal, isto é, a não razão. Dessa forma, não haveria o poder sobre si mesmo. A loucura seria uma representação da heteronomia. Constituía a plena alienação de si e do mundo.

Pode-se ver que a loucura é concebida historicamente ao acompanhar a trajetória desse conceito e os diversos significados que adquire em diferentes momentos da história.

Nos tempos modernos, a repressão e a violência dirigida ao louco ocorrem de formas mais veladas. De forma distinta das épocas anteriores, o exercício do poder de alguns sobre os outros é percebido com maior dificuldade. Como diz Frayze-Pereira (1994, p.94): “Incorporando a separação instituída entre loucos e não loucos, trata-se da sinistra divisão entre aqueles que estão autorizados a saber (os especialistas) e todos os demais homens (os não especialistas)”.

A revolta contra o regime de “prisões”, da clausura e da segregação por parte dos profissionais da área na época, criou um regime baseado nos preceitos médicos. Apesar de a mudança ter ocorrido com o intuito de construir um modo mais digno de tratamento, muitas heranças do regime anterior permaneceram sem que fossem reconhecidas.

Estabelece-se uma relação de poder, pela qual ainda ocorre o triunfo da razão sobre o seu oposto. Como representante do poder racional, a Psiquiatria se instaura e, sua prática se pauta no saber-poder médico e na racionalidade.

A psiquiatria tenta operar uma revolução na intervenção sobre a loucura a partir da psiquiatria institucional. As técnicas institucionais têm como base o fato de que uma especificidade do tratamento psiquiátrico não pode ser medida pelos parâmetros da medicina comum.

Após a Segunda Guerra, quando surgem questionamentos de todos os tipos no cenário mundial, a antipsiquiatria surge na Europa como um movimento de contestação às formas autoritárias representadas pelas instituições repressoras como o Estado, a Igreja, as Prisões e os Hospitais Psiquiátricos. Não havia uma

formulação teórica ou prática, mas uma temática antiautoritária generalizada. Desde 1945, multiplicam-se declarações tendendo a recolocar o alienado na sociedade e a ir “além do hospício e do hospital psiquiátrico”.

Também com o objetivo de subverter as instituições mantenedoras das relações de poder, surge a Reforma Psiquiátrica Italiana. Ela estabelece o fim da internação compulsória e o direito de cidadania ao louco. O paciente tem o direito a um tratamento digno e, também, o direito de recusá-lo, aspecto que faz com que apareçam conflitos e contradições, já que surge a questão de ser ou não ser possível que um insano possa escolher, de forma correta, seu encaminhamento.

Franco Basaglia (1968), o principal expoente da Psiquiatria Democrática Italiana, propunha uma reforma psiquiátrica que englobava repensar as instituições, os saberes e as práticas. Fazia-se necessária a desconstrução para a construção de uma nova psiquiatria que produzisse e garantisse os direitos dos cidadãos e a produção de um nível teórico-prático que refletisse as ideias reformadoras da época, baseadas nas lutas ideológicas, políticas e sociais que procuravam estabelecer e cristalizar os direitos daqueles que supostamente necessitavam de tratamento psiquiátrico.

A atenção em saúde mental passa a se deslocar para a comunidade e o território onde vivem os usuários e onde se localizam os serviços de saúde. Propõe-se a sua reinserção na comunidade e preconiza-se o desenvolvimento da capacidade de todo usuário se relacionar socialmente.

Em relação à importância da comunidade e do meio social, Amarante (1998, p.38, grifo do autor) explica que: “O conceito-chave que permite a possibilidade de uma intervenção preventiva é o de crise, estabelecido a partir dos conceitos de ‘adaptação’ e ‘desadaptação’ social, provenientes da sociologia.”. O olhar sobre a crise é considerado em termos do não cumprimento da expectativa da sociedade que estabelece parâmetros de normalidade.

Considera-se que o indivíduo em crise, deve sofrer a intervenção de outro para que retorne ao estado em que é capaz de estar em convívio, compreendendo e aceitando a ordem social. A adaptação social, por um lado pode representar um estado de submissão, por outro, pode denotar a capacidade de apreender os determinantes sociais e agir sobre eles.

Na Reforma Psiquiátrica Brasileira, a busca pelo resgate do poder de gerir a própria vida em sociedade é norteador de discursos e práticas. Em oposição à exclusão e reclusão, o retorno à convivência social simboliza o projeto da Luta Antimanicomial. Compreende-se que é necessário instrumentalizar o usuário de maneira que alcance um agir autônomo, libertando-se das prescrições que o limita e o coloca em um papel de dependente do saber e intervenção de quem deteria o saber.

Os mitos e normas, antes pautados pelo saber médico, agora, são caracterizados por crenças na promoção de possibilitar diferentes formas de subjetivação a partir de práticas que se nomeiam libertárias e produtoras de certa autonomia. Quando se analisa mais profundamente, percebe-se que tal discurso não se concretiza, pois as práticas estão presas a uma mesma ideologia que pouco tem de diversa ou múltipla e que poderia abarcar outras possibilidades de subjetivação que são as determinadas pelos limites dados pelas práticas enrijecidas.

Entendida desta forma, reconhece-se atualmente a saúde mental como um campo problemático, constituído por múltiplos discursos normalizadores e adaptacionistas e povoado por mitos a respeito de doença mental e cura. (FERNANDES, 1999, p. 42)

4.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: CONSTRUÇÃO DE DISCURSOS OFICIAIS E INSTITUÍDOS

O caminho percorrido até a construção do quadro atual da Saúde Mental no Brasil segue a ocorrência de movimentos sociais e políticos. Revendo às origens do processo de desconstrução do ideal e aparato manicomial, observa-se que a organização do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira se intensifica em meados dos anos 70, quando ocorre um amplo questionamento do tratamento realizado em hospitais psiquiátricos, concomitante aos movimentos populares de contestação das relações de poder vigentes. (OTSUKA, 2009)

Diferente da Revolução que presume uma ruptura completa com um dado sistema, a reforma consiste em desconstruções e construções a partir de uma realidade anterior. A Reforma implica em transformações, mas também em continuidade. Assim, age-se sobre o contexto histórico e social que se deseja transformar. Dessa forma, o quadro de desigualdade entre os grupos e os homens, tal como as relações de poder, silenciamentos e exclusão, serve de base para o desenvolvimento de um projeto. Toda a trajetória até o momento de mudança é considerada nesse movimento e herdada dele. Trata-se de um processo sucessivo e contínuo, mesmo que possua o objetivo do seu contrário, com o intuito de subvertê-lo, mas ainda se construindo a partir do mesmo.

Por meio dos ideais da construção de uma sociedade mais justa e igualitária, a Reforma Psiquiátrica no Brasil se baseia na promoção do retorno do dito louco à sociedade, como forma de afirmar direitos universais. Todo homem deve ser visto como cidadão, sem distinção. Deve ter os mesmos direitos de conviver socialmente e circular nos territórios.

Seguindo a Psiquiatria Democrática Italiana, o projeto de reforma brasileiro defende o direito e a capacidade de toda a pessoa decidir acerca da necessidade de tratamento, assim como de gerir sua vida, em comunidade e em relação ao outro e aos grupos.

Nesse contexto, a ideia de reabilitação, empoderamento e protagonismo do usuário de serviços de saúde mental passa a permear os discursos na área. O ideal de autonomia passa a ser considerado pelos autores das diretrizes a serem seguidas pelos que devem concretizar o projeto na prática cotidiana, os trabalhadores. Tais direcionamentos são observados em documentos oficiais do poder público no estabelecimento de políticas públicas. (Citam-se alguns exemplos na sequência desse texto).

No período da segunda metade dos anos 80, significativos avanços são atingidos. Destaca-se o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental ou “Congresso de Bauru”, a criação do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) do Brasil, em São Paulo, a criação do primeiro NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) do Brasil, em Santos, a apresentação do projeto “Paulo Delgado” e a II Conferência Nacional de Saúde Mental.

Em março de 1986, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, a partir da qual vemos o foco na doença migrar para uma concepção de bem-estar-social. A partir dessa nova visão, torna-se possível o desenvolvimento de novas práticas e saberes. Acerca dessa conferência, Amarante (1998, p.77) expõe,

Uma nova concepção de saúde surgiu desta conferência – a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado – e permitiu a definição de alguns princípios básicos, como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram nova visão do estado – como promotor de políticas de bem-estar social – e uma nova visão de saúde – como sinônimo de qualidade de vida.

Em 1987, é realizado o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, transformando-se em um marco da Saúde Mental. Nesse encontro, 350 trabalhadores da área tomaram as ruas de Bauru e realizaram um ato público pelo fim dos manicômios, da exclusão e da discriminação. É afirmada, nesse episódio, a urgência do combate às práticas excludentes e discriminatórias, características de uma visão que privilegiava a “doença”, em favor da compreensão do ser humano, não mais como “doente”, mas socialmente desfavorecido. O lema adotado no congresso e que ressoa até os dias de hoje foi: “Por uma Sociedade sem Manicômios!”. Durante o encontro, é redigida a “Carta de Bauru” ou o “Manifesto de Bauru” (ANEXO A), que consiste em um marco na defesa da cidadania e dos direitos humanos, especialmente, da pessoa com sofrimento psíquico. Trata-se, até hoje, de uma referência na saúde mental e considerada como referência da Luta Antimanicomial. Também, no encontro foi definido o Dia Nacional de Luta Antimanicomial: 18 de maio.

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e

modernizar os serviços nos quais trabalhamos. (Manifesto de Bauru, 1987)

Também em 1987, é implantado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira ou CAPS Itapeva, em São Paulo. Já, em 1989, em Santos, após intervenção da prefeitura devido à constatação de condições de barbárie na Casa de Saúde Anchieta, é fundada em substituição ao hospício, e no mesmo local, o primeiro NAPS (Núcleo de atenção Psicossocial) do Brasil, tornando-se emblemático na história oficial da Saúde Mental. Da mesma forma, ocorrem experiências semelhantes com a implantação de diversos programas de substituição dos manicômios em vários municípios do país. Acompanhando a implantação dos serviços, surgia uma série de transformações em relação à visão do usuário, às práticas e às relações estabelecidas, as quais eram pautadas na atenção psicossocial, buscando-se a reabilitação do indivíduo como ser social capaz de exercer sua cidadania.

Preconizou-se que o indivíduo não fosse mais visto a partir da “doença”, mas como um ser construído a partir de relações. Propõe-se, portanto, que o problema a ser enfrentado está localizado no meio social em que ele se insere. As condições e as relações sociais possíveis vão definir o grau de bem-estar que ele poderá alcançar.

Lembramos outro marco importante na construção de políticas de saúde mental: em 1990, A OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) e a OMS (Organização Mundial de Saúde) divulgaram a Declaração de Caracas (ANEXO B) que dispunha sobre uma nova política para os serviços de Saúde Mental. Declarava-se a oposição ao tratamento em hospitais psiquiátricos, afirmando-se a defesa pela atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva. (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990).

Destacamos a realização das quatro edições da Conferência Nacional de Saúde Mental (1987, 1992, 2001, 2010) como espaço de participação social na discussão das políticas públicas e formas de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico. Ela conta com a representação dos movimentos sociais, profissionais de saúde, usuários e de seus familiares. A III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorre logo após a promulgação da Lei 10216/2001 e há ampla convergência acerca

da defesa dos serviços CAPS como principal instrumento para a construção da Reforma Psiquiátrica.

A lei 10216/2001 (ANEXO C), chamada de Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispunha sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Em uma análise sobre as representações contidas no documento, observa-se um forte caráter ideológico que se revela em suas idiossincrasias. Ela não se debruça sobre a questão conceitual acerca da loucura, mas do modo como a sociedade deve se posicionar frente ao dito louco. Dispõe sobre as formas de internação, referindo-se à relativa capacidade do sujeito em escolher um tratamento em confinamento. Ao mesmo tempo em que busca afirmar o poder do sujeito de gerir sua própria vida, ao defender que ele não poderá ser forçosamente internado, contraditoriamente, discorre sobre as modalidades instituídas de internação em que ele deve ser submetido às leis e ao julgamento dos homens acerca de seu estado discricionário. A privação de liberdade, segundo a lei disposta, pode ocorrer de forma involuntária, quando terceiros decidirem de acordo com suas impressões, valores e crenças; e pela forma compulsória, quando há uma determinação judicial para o asilamento, julgando o sujeito desprovido de qualquer forma de existir perante o outro. Portanto, pretende-se afirmar uma suposta autonomia, desde que seja determinada e julgada pelo outro e pela lei instituída pelo outro.

Após a Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde é implantado com o projeto de garantir uma saúde pública universal, equitativa e integral, tendo essas características como seus princípios norteadores. Isso consiste em uma conquista da sociedade civil, envolvendo diversos grupos movimentos, entidades e grupos sociais, como trabalhadores, usuários, estudantes, gestores públicos, docentes, pesquisadores e militantes da saúde e dos direitos humanos, por meio de um longo percurso de lutas sociais.

O SUS preconiza a descentralização de implantação de políticas públicas, que deveriam ser planejadas de acordo com a realidade territorial, buscando contemplar as singularidades e especificidades de cada comunidade. A partir do que é disposto no documento, o Governo Federal deve repassar recursos aos municípios e estados, que irão alocá-los de maneira a respeitar as necessidades e particularidades da realidade adstrita. No entanto, por meio de portarias e emendas,

o Ministério da Saúde garante que as políticas públicas, territorialmente, sigam os princípios e diretrizes por ele preconizados. Há, assim, um controle e uma uniformização de práticas na promoção de saúde, assim como na saúde mental. Garante-se que os investimentos e gastos sejam compatíveis com o que é ditado, objetivando sustentar o projeto de um sistema justo e igualitário.

Por outro lado, essa legislação institui discursos que passam a ser reproduzidos, muitas vezes de maneira pouco reflexiva, já que enquadra e define modos e objetivos a serem obedecidos.

A partir de documentos e portarias emitidos pelo Governo Federal, sob os cuidados do Ministério da Saúde, busca-se introduzir normas e estabelecer diretrizes em relação às práticas a serem desenvolvidas em Saúde Mental. No entanto, as diretrizes são pouco específicas.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; (BRASIL, 2004, p.17).

Pode-se verificar que nas portarias do Ministério da Saúde, as atribuições dos serviços de saúde mental e dos respectivos trabalhadores não são expostas de forma clara. A questão da autonomia aparece quando se procura delimitar os objetivos das ações preconizadas.

A partir da portaria 336 de 2002 (ANEXO D), foram estabelecidas modalidades de serviços definidas com base em seu tamanho/complexidade e abrangência populacional, também, distinguindo-os em relação ao horário de atendimento. São eles: CAPS I; CAPS II; CAPS III; CAPS i II; e CAPS ad II. Sobre o atendimento semi-intensivo, modalidade prevalente entre os usuários de serviços CAPS:

No Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da

pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua *autonomia*. (BRASIL, 2002, p. 7, grifo nosso)

Referente à portaria 106 (ANEXO E), que estabelece a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, observa-se que ao definir a incumbência de tais dispositivos, a questão da autonomia também é explorada:

Art. 3º Definir que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe: a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira *autonomia* social e não possuam vínculos familiares e de moradia; b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Art. 4º Estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua *autonomia nas atividades da vida cotidiana* e à ampliação da inserção social; b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de *autonomia para as atividades domésticas e pessoais* e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários; c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário. (PORTARIA 106, 2000, p. 1, grifo nosso)

Assim como na portaria 106, também em outras que se referem aos processos de desinstitucionalização de pessoas egressas de internação de longa permanência (dois ou mais anos ininterruptos) em hospitais psiquiátricos, a questão da autonomia é mencionada com maior constância, como no texto a seguir, que define as finalidades de uma modalidade de Residência Terapêutica.

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e

sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um *espaço de construção de autonomia* para retomada da vida cotidiana e reinserção social. (PORTARIA 3090/2011, grifo nosso)

O mesmo documento diferencia e classifica as modalidades desse tipo de serviço a partir do que chama de “número e nível de autonomia dos moradores”. Ele supõe a autonomia como algo concreto, passível de avaliação quantitativa e qualitativa e busca estabelecer critérios objetivos, mensuráveis.

Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência. A incorporação deste profissional deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de *autonomia* dos moradores (PORTARIA 3090/2011, grifo nosso)

Existe um auxílio financeiro, o chamado “De volta para Casa”, concedido pelo Governo Federal a partir da portaria 10708/2003, às pessoas egressas de longa internação psiquiátrica (mínimo de dois anos). Ao regulamentar a concessão de tal auxílio, o parâmetro para o seu término é, também, baseado na suposta autonomia do beneficiado,

Art. 4o O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será suspenso: I – quando o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico; II – quando alcançados os objetivos de reintegração social e *autonomia do paciente*. (LEI Nº 10.708/2003, grifo nosso).

A partir da Lei 3088/2011 (ANEXO F), o Ministério da Saúde instituía a implantação, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial. Dispunha sobre o sistema de pontos de cuidado e formas de tratamento à pessoa com transtorno mental e sofrimento psíquico decorrente do uso e abuso de álcool e outras drogas. Referente às formas de atuação e seus objetivos, em seu artigo 2º, nota-se nos itens I e VII (grifo nosso) a preconização da promoção do que é nomeado como autonomia, sem que se desenvolvam as implicações ou o que constitui tal estado.

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a *autonomia* e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de *autonomia* e ao exercício da cidadania;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL Lei 3088/2011, grifo nosso)

Nas portarias 130 e 854, ambas de 2012, o Ministério da Saúde define diretrizes e normativas referentes ao tratamento de usuários de serviços de saúde mental na modalidade CAPS AD III, Centro de Atenção Psicossocial com funcionamento 24 horas, dirigido a pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso e abuso de álcool e outras drogas. Ao expor as finalidades desses serviços ele evidencia a exigência da construção da autonomia dos usuários, o que não é esclarecido nos textos. Observa-se tal discurso no item VIII do artigo 6º (grifo nosso), que dispõe sobre a atenção integral voltada para o público em questão.

Art. 6º A atenção integral ao usuário no CAPS AD III inclui as seguintes atividades:

I - trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, com trabalhadores de formação universitária e/ou média, conforme definido nesta Portaria;

II - atendimento individual para consultas em geral, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros;

III - oferta de medicação assistida e dispensada;

IV - atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras;

V - oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos desta Portaria;

VI - visitas e atendimentos domiciliares;

VII - atendimento à família, individual e em grupo;

VIII - atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e *construção da autonomia*, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros;

IX - estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras;

X - fornecimento de refeição diária aos pacientes assistidos, na seguinte proporção:

a) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária;

b) pacientes assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias; e

c) pacientes que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 4 (quatro) refeições diárias;

E, na portaria 854 (grifo nosso),

Ações desenvolvidas coletivamente que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitem experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, *autonomia* e exercício de cidadania.

As práticas e os saberes são caracterizados por uma indeterminação conceitual, submersos em ideologias. Assim, é criado um cenário favorável ao agir estereotipado, rígido e alienado, já que sem bases conceituais que alicercem a compreensão das multiplicidades, resta o suporte do instituído e do *comum*, favorecendo a repetição. Dessa forma, observa-se que a questão da autonomia permeia os discursos e diretrizes da atuação na promoção de saúde mental, podendo representar o caminho já traçado de antemão e confortável para ser percorrido.

O conjunto de representações que circula entre os construtores desse novo saber, ocupando seus diversos *lugares* sociais e profissionais, é marcado por múltiplas contradições. Das “heranças” teóricas decorrem técnicas influenciadas por *contraditórias ideologias*. Neste ponto, as técnicas tornam-se adaptacionistas ajustadas a modelos que se apoiam nas diretrizes políticas, de suposto caráter geral. Os ajustes teóricos e técnicos são realizados sem o rigor necessário. Os conceitos transitam de teoria em teoria, desapegados, portanto, de seu eixo organizador. As práticas se autonomizam gerando saberes descomprometidos com sua herança teórica. Como consequência, temos o *apagamento das fronteiras entre as diferentes teorias que se transformam em ideologias*. Não há mais discriminação. Instalam-se nestas brechas os mecanismos de segregação mantidos pelas técnicas. A miscigenação (de teorias) como ideologia apaga fronteiras. (FERNANDES, 2005, p.41)

Atualmente, muitos serviços substitutivos ao manicômio foram implantados, o que representa um considerável avanço se levarmos em conta que a Reforma Psiquiátrica, tal como o regime democrático no país, é recente. No entanto, muitos resquícios do modelo assistencial manicomial ainda persistem. Seja na própria forma do espaço físico do manicômio, seja nas práticas e saberes herdados do regime manicomial. Inclusive, ocorrendo dentro dos serviços substitutivos. Citam-se a institucionalização, as relações de poder, a interferência do interesse corporativo, a medicalização excessiva, entre outras distorções que não podem ser de forma alguma generalizadas, mas também não devem deixar de serem apontadas. (OTSUKA, 2009, p. 35-36)

A conceituação em saúde mental é marcada por muitos caminhos, cada um deles se oferecendo para instituí-la, e nenhum deles podendo dar conta da liberdade de abstração necessária, dos nós ideológicos, das heranças (sejam as materialistas, fenomenológicas ou outras) que produzem as nomeações para a saúde e a doença. (FERNANDES, 2005, p.41)

4.3 SAÚDE MENTAL, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AUTONOMIA

A proposta destes dispositivos é a de promover uma atenção psicossocial que compreenda a pessoa de forma integral, contemplando as diversas dimensões de sua vida: biológica, psicológica e social. Este passaria a ser visto como sujeito em sua totalidade, e não mais reduzido a objeto da intervenção médica.

O conceito de atenção psicossocial se confunde com outros dois frequentemente utilizados por trazerem elementos que compõem o que é entendido por atenção na Saúde Mental. São eles: O Apoio Psicossocial e a Reabilitação Psicossocial.

Atualmente o termo Atenção Psicossocial é o mais utilizado para designar a forma de atuação dos serviços, por aglutinar as características inerentes aos outros dois conceitos, somando-se aos dele próprio. Assim, o apoio, a reabilitação e a atenção psicossocial, como termos distintos, vão se confundindo e as diferenças se diluindo no âmbito das práticas que propõem.

[...] o conceito de atenção psicossocial, considerando a diversidade de suas práticas e a tônica imprimida à sua ética, apresenta-se com potencialidade de incluir, além de seu próprio sentido, o dos demais conceitos (Apoio Psicossocial e Reabilitação Psicossocial) que atualmente circulam no campo, porém sem desconsiderar certos aspectos que definem a especificidade deles. (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p.23).

O Apoio Psicossocial diz respeito a, segundo Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003, p.21), a: “[...] tudo que serve de sustentáculo, de suporte. Auxílio, socorro, amparo, aprovação, aplauso, apoiada. Fundamento.” Tal concepção demonstra a necessidade e dependência do outro, de um grupo ou de uma instituição.

Em relação à Reabilitação Psicossocial, trata-se de

[...] uma estratégia que visa muito mais do que apenas fazer passar um usuário de um estado de desabilidade para outro de habilidade. Pretendem dar-lhe um sentido, a um só tempo, ampliado e mais delimitado, relacionando-a com a aquisição de maior poder de contratualidade social. Considera-se que a desabilidade essencial por falta de poder contratual, que envolve três cenários de vida: habitat, mercado e trabalho; ou seja, não pode haver reabilitação sem aumentar o poder de realização de trocas afetivas, materiais e de mensagens (SARACENO, 2001, p.15).

A função proposta pelos serviços é de promover a busca do exercício da cidadania pelo usuário, do agir de forma supostamente autônoma, estabelecendo relações sociais a partir da capacidade de fazer escolhas e poder se realizar como membro da sociedade, em todas as dimensões do cotidiano. Saraceno (2001, p.16) diz: “É uma transição que passa por uma construção até o grande final onde, efetivamente, haja uma maior contratualidade entre os três grandes cenários: casa, trabalho e rede social.”

Esse grande final seria o objetivo dos profissionais da área, o que define seus modos de atuação. A reabilitação proposta constituiria o meio para que esse fim acontecesse.

No seu sentido instrumental a reabilitação psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes. Numa definição clássica da International Association of Psychological Rehabilitation Services, de 1985, seria “o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de *autonomia* do exercício de suas funções na comunidade...” o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional residencial, social recreacional, educacional, ajustados as demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado. (PITTA, 2001, p.21, grifo nosso).

As formas de atuação dos serviços devem levar em conta a complexidade da problemática que se está enfrentando. Ao mesmo tempo em que se propõe a promoção de uma pretensa autonomia do usuário, existe a produção de dependência ao se tornar uma referência em sua vida, um espaço seguro que muitas vezes incentiva a permanência do usuário em uma condição que se lhe apresenta como a mais cômoda.

Entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diferentes situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa:

dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas formas, novos ordenamentos para a vida. (KINOSHITA, 2001, p.57).

A promoção integral de saúde busca contemplar todas as dimensões da vida do homem de forma indissociáveis. Compreende uma visão de bem estar que abrange, além dos aspectos comumente associados à saúde como a biológica e psicológica, também os âmbitos social e político. As relações estabelecidas com o outro e objetos, tal como a forma que se insere socialmente e, como a sociedade incide sobre os sujeitos são elementos fundamentais para se verificar o estado de bem estar ou sofrimento. É na relação com a realidade comunitária, grupal e institucional que se deve observar os processos de “adoecimento”. Da mesma forma, agindo-se sobre tais elementos é que será possível promover “saúde”, de forma que o sujeito possa se emancipar de determinantes sociais geradores de sofrimento psíquico e físico.

A partir da mesma visão, a atuação do profissional que pretende promover bem estar e desenvolver saberes sobre a questão deve contemplar as dimensões sociocultural, teórico-conceitual e político-jurídico, além da técnico-assistencial (SANTOS, 1995). Não pode se limitar à última, o que tende a prevalecer sobre as outras ou mesmo existir exclusivamente. Com isso, as práticas se tornam superficiais e protocolares, prejudicando o processo de reflexão e compreensão do todo contextualizado. O agir é ditado, obedecendo a diretrizes já estabelecidas. Assim, os objetivos fins ficam distantes. O discurso que se suporta na suposta busca por autonomia é proferido com um vazio de sentido.

Busca-se combater as relações de poder representadas pelo saber médico que impõe à pessoa que necessita de atenção, seus conhecimentos, valores, hábitos e enquadramentos. O “paciente” passivo é tomado como objeto de intervenção, retirando-lhe o direito de subjetivação no encontro.

No entanto, as relações de poder e submissão ficam evidentes pela assumpção de um discurso determinado por uma autoridade que detém a autorização do exercício do saber-poder, estabelecendo caminhos a seguir. E, é

imposta ao usuário a mesma visão absorvida alienadamente pelo trabalhador. Da mesma forma, ele reproduz e preserva as prescrições instituídas.

4.4 O CAMPO DA SAÚDE MENTAL COMO INSTITUIÇÃO

Considera-se aqui a área de saúde mental no Brasil, com sua ordem estabelecida e seus discursos estabelecidos, produzidos e reproduzidos, institucionalmente, sobre os quais os trabalhadores se apoiam e agem para a sua preservação. A área constitui um metaenquadre (BLEGER, 2007), uma *meta-instituição*. Inseridas nessa estrutura organizada, localizam-se as instituições componentes, que consistem nos serviços e dispositivos de saúde mental que garantem um enquadre onde os costumes, valores, hábitos e crenças permanecem e são mantidos.

Percebe-se que, no campo da saúde mental, o encontro com o outro é sempre mediado por um “pacto denegativo”, em que o próprio sofrimento é negado. É sempre localizado no outro. A aproximação, o encontro e a disponibilidade para se afetar e ser afetado pelo “louco” são evitados como forma de negar a própria subjetividade, cujos elementos indesejáveis são ocultos por meio de uma estrutura rígida e pré-estabelecida, em que os papéis permanecem bem definidos e imutáveis. Assim, a dependência é propriedade do “doente”, enquanto a “cura” é exercida pelo profissional de saúde. Nega-se que ambos, na condição de ser humano, são passíveis de adoecer. Da mesma forma, nega-se que a dependência incide sobre ambos, tal como a incapacidade de gerar transformações e permitir a emergência do novo ou diferente. Esse discurso proferido por quem institucionalmente é autorizado, é preservado para que essa ordem tenha continuidade, sem que tal autorização seja questionada.

O desvio à estrutura do poder dentro da comunidade científica é sempre vazado em termos de violação técnica dos modelos teóricos, metodológicos e conceptuais, mas tem muitas vezes uma origem política ou ideológica. O controle social exercido pelos detentores da

autoridade e, portanto, a repressão do desvio, é também vazado em critérios de fidelidade aos standards técnicos, mas esconde por vezes a repressão política ou o incitamento à lealdade ideológica. (SANTOS, 1989, p. 164)

Desse modo, é importante assinalar que essa estrutura reflete relações de poder que o próprio discurso afirma combater, mas que se esforça em manter. Representa uma ordem em que a afirmação de um aspecto da identidade ocorre pela anulação do outro, que é impedido de subverter o discurso imposto, pois seu lugar dentro da estrutura não o autoriza. Com isso, qualquer forma de autonomia proferida poderia ser considerada como um engodo para reproduzir essas formas de relação intersubjetiva.

Todas as instituições se fundam e se mantêm sobre a base de um conjunto de alianças que garantem a realização de sua tarefa primária (assistência, formação, produção, garantir a distribuição de bens, ou de serviços etc), os meios de realização desta, o regime de investimentos e de reconhecimento do narcisismo de seus membros, também as suas qualidades objetivas (especialmente sua competência). As alianças estão, por isso mesmo, implicadas nos procedimentos de recrutamento, de formação e de exclusão. (KAËS, 2009, p. 174)

O trabalhador, ao se inserir na instituição, em uma cadeia produtiva cujos interesses são ignorados, é também submetido e subjugado por relações de dominação e silenciamento que servem à imutabilidade. Assim, o trabalhador evita sua queda na ordem social, impedindo o doente de vislumbrar a possibilidade de transcendência do que lhe é imposto e o questionamento de sua submissão. As instituições acabam por representar interesses específicos. O interesse de certos grupos e instituições, assim como de seus membros, é defendido em detrimento de uma instituição comum que pudesse suportar a existência criativa de todos e a dialética das relações.

Tudo se encerraria na manutenção da anulação e destruição do outro. Os seres humanos são classificados e organizados em classes. O “louco”, via de regra, pobre material e politicamente, é a base da pirâmide. O trabalhador, proletário, é submetido e mantém, com sua força de trabalho, essa ordem no agir cotidiano e em sua atuação profissional, alienados dos processos e dos senhores aos quais ele

serve. E, no topo, estão os detentores do capital político, econômico e do saber. Estes determinam as políticas públicas e as formas de atuação do trabalhador, cunhando ideais a serem seguidos, como a equívoca busca por autonomia.

A autoridade para a imposição e a determinação anula possibilidades de emergência do novo. O que está posto é perfeito e não cabe contestações. É fechado e assim permanece, já que o diferente não existe. Não tem necessidade de existir.

A aplicação edificante procura e reforça as definições emergentes e alternativas da realidade; para isso, deslegitima as formas institucionais e os modos de racionalidade em cada um dos contextos, no entendimento de que tais formas e modos promovem a violência em vez da argumentação e o silenciamento em vez da comunicação, o estranhamento em vez da solidariedade. (SANTOS, 1989, p.182)

Ao louco não é permitido nem a subjetivação. É posto e tido como objeto. É anulado em sua humanidade uma vez que não participa da construção da sociedade e da vida em comum compartilhada. Não se realiza, não se afirma e não é reconhecido socialmente. Qualquer forma de ação e de expressão supostamente autônoma é ditada e delimitada pela intervenção do outro que o anula. Ele não se submete à ordem no sentido de sua preservação, mas é submetido. “ A luta pelo critério de seleção e pela sua aplicação é uma luta política em que a comunidade científica joga a sua sobrevivência.” (SANTOS, p. 164)

Ao trabalhador é concedida a autorização de exercer o suposto saber, determinado pelo detentor do poder, o que caracteriza o discurso que serve à manutenção da ordem. Torna-se carrasco, à medida que se propõe a ocupar o papel daquele que concretiza os discursos e práticas sobre as quais a estrutura hierarquizada se sustenta e se reproduz.

O poder que a ciência exerce na sociedade é o “produto” dialético da relação entre o poder que a sociedade exerce sobre a comunidade científica e o poder que se exerce no seio desta. O poder social tende a ser exercido de modo a favorecer sistematicamente a classe dominante ou os grupos privilegiados e, portanto, de modo a

consolidar as condições em que tal domínio ou privilégios assentam e se reproduzem. (SANTOS, 1989, p. 162)

Os processos que organizam a instituição ficam ocultos pelo discurso produzido e reproduzido alienadamente na instituição, da qual o trabalhador é instituinte e pelo qual é instituído. Os processos institucionais não são percebidos pelo sujeito que se insere neles, mesmo que trabalhe para a sua manutenção e preservação. O sujeito necessita dela para o desenvolvimento de sua identidade, mas o enquadramento que lhe dá suporte deve sempre ser analisado. Do contrário, há uma alienação frente aos seus processos. Não há, dessa forma, a possibilidade de transcendência e transformação da instituição e do sujeito cuja identidade é, também, definida pela instituição da qual não se diferencia.

O sujeito necessita do suporte institucional. Mantendo essa ordem, permanece em um estado de dependência em relação aos objetos, assim como a um pretense saber instituído, que impossibilita sua superação. Dessa forma, a noção de autonomia se perpetua em nome de uma ideologia institucionalizada, mesmo que produtora de dependência, tanto do *trabalhador-executor*, quanto do *usuário-receptor*. “A ideologia (...) desenvolve um discurso suficientemente universal para que ele resista à representação das diferenças (...)” (KAËS Apud FERNANDES, 2005). O sujeito negando a existência desses processos instituídos, nega também as possibilidades de desenvolvimento de sua identidade.

O grupo como instituição tende a se transformar em uma organização. Quanto mais o grupo se estabelece como tal, mais ele se enrijece e se distancia de seu propósito. A instituição se torna organização, com a rigidez e impedimentos das construções necessárias àquilo que foi proposto em sua origem. (BLEGER, 1985)

Observa-se o discurso alienado do trabalhador tendo em vista que este não acessa os processos de produção de sua própria dependência, dos quais é reprodutor. Em decorrência desse fenômeno, o usuário é reificado, despersonalizado, não tem voz, o que contraria qualquer possibilidade da gestão dele por ele mesmo ou de qualquer compreensão que se tenha acerca da *autonomia*.

Torna-se comum um reflexo do discurso que se concretiza na prática cotidiana, entre os profissionais: a inserção no mercado de trabalho, como forma de

atingir certa autonomia. Quando em realidade, tal aspecto, é fonte de sofrimento psíquico, pela exigência social e julgamento moral. Em oposição à emancipação de determinantes sociais, reforça-se o valor do capital e as amarras ao sistema que foca o material e acúmulo de objetos em detrimento da subjetivação e dos afetos. O metaenquadre social captura a todos os atores envolvidos.

Na prática do dia-a-dia, o aspecto laboral, por exemplo, adquire equivocadamente lugar central em uma suposta expressão de capacidades e de emancipação. Quando, em realidade, tal lógica não se caracterizaria em movimento libertário. Pelo contrário, é por meio da exigência moral de produzir para a sociedade, que o trabalhador carrega essa lógica consigo mesmo e a transmite ao usuário em situação fragilizada, e que se reafirmam os instrumentos de dominação e submissão.

O trabalhador age sobre o usuário, impondo-lhe valores e crenças que caracterizam a estrutura à qual responde. Manifesta a crença de que alguns devem ajudar outros com menor capacidade de gerir a si próprio. O *paternalismo* e o *assistencialismo* como manifestações de relação de poder são velados pelo discurso da promoção de saúde mental. Sem refletir sobre as formas como suas condutas e comportamentos são determinados, reproduz-se discursos de forma *automática*.

O contexto da produção constitui as relações do processo de trabalho, tanto as relações de produção ao nível da empresa (entre produtores diretos e os que se apropriam da mais-valia por estes produzida), como as relações na produção entre trabalhadores e entre estes e todos os que controlam o processo de trabalho. Neste contexto, a unidade da prática social é a classe, a forma institucional é a fábrica ou empresa, o mecanismo do poder é a exploração, a forma de juridicidade é o direito da produção e o modo de racionalidade é a maximização do lucro. O contexto da cidadania constitui as relações sociais da esfera pública entre os cidadãos e o Estado. Neste contexto, a unidade da prática social é o indivíduo, a forma institucional é o estado, o mecanismo de poder é a dominação, a forma de juridicidade é o direito territorial e o modo de racionalidade é a maximização da lealdade. (SANTOS, 1989, p. 174)

A relação entre os produtores de políticas públicas e seus executores ocorre em um metaenquadre social, em que o diálogo é quase inexistente. Assim, as práticas e os discursos estabelecidos têm lugar entre os que possuem o poder

jurídico, mas não o aplicam no cotidiano. Tais diretrizes são postas em ação pelos que não possuem acesso aos processos de construção e produção. Apenas as reproduzem. Sob a égide da autoridade incontestável e fundadora da instituição “saúde mental”, eles acatam as ordens como verdade e suporte que determinam e moldam sua identidade profissional e pessoal. É desse modo que se inscreve no enquadre institucional.

Os saberes são definidos na macropolítica, aceitos e aplicados na micropolítica, sem reflexão sobre o contexto em que se inserem. Para muitos o único caminho a seguir já está traçado, o que lhes garante a segurança da estabilidade garantida por um “saber superior”, que não se acessa, mas possui estatuto de verdade. Com isso o executor sustenta uma estrutura que o desautoriza a superar os limites estabelecidos do lugar que ocupa.

O conhecimento científico produz-se separando-se dos saberes locais, e é também separado deles que se aplica às práticas onde eles circulam. Correspondentemente, o modo de racionalidade da comunidade científica sobrepõe-se ao modo de racionalidade das comunidades de saber local. Tal sobreposição não se manifesta como exercício de poder, porque a comunidade científica sendo, em certa medida, uma comunidade de saber local, goza de tal hegemonia cultural que se pode apresentar naturalmente como única comunidade de saber universal. (SANTOS, 1989, p. 181)

Os discursos se homogeneízam e se distanciam da realidade. Manifesta-se o objetivo de promoção de uma certa autonomia, que não possui sentido a não ser o de manutenção e preservação da identidade do grupo e de seus membros, que se constituem, por sua vez, pela própria estrutura vigente. O discurso serve, na realidade, à manutenção da alienação frente aos determinantes envolvidos no contexto, impedindo sua transformação. O que se observa é a distância entre o que é dito e o que se realiza. Mesmo crendo no que verbaliza, as ações o contradizem, assim como a estrutura dessa instituição a qual se alia.

Além da noção de autonomia, que é pouco clara e bastante complexa, afora algumas utilizações, atualmente, o termo assume um significado que transcende tais definições. Abrange ideais em diversos aspectos cotidianos. A representação da autonomia reflete a ordem contemporânea. A busca por uma autonomia de forma

não reflexiva e alienante, já que não produz, mas reproduz algo já determinado, indicaria um estado de estagnação. O imaginário social, com a necessidade da organização e das funções, está na origem da instituição e na base da alienação: a alienação é aquele momento em que o instituído domina o instituinte: “A alienação é a autonomização e a predominância do momento imaginário na instituição o que provoca a autonomização e a predominância da instituição relativamente à sociedade”. (KAËS, 1991, p.7)

A atuação do trabalhador nas instituições de saúde mental é pautada por valores, costumes, crenças, ideais, estruturas e visões de homem e de mundo dados pela organização. O usuário é visto como objeto de intervenção, supostamente, visando transformá-lo em um ser autônomo, o que pode adquirir diversos sentidos. Para muitos, a autonomia representa o resgate da capacidade laboral, que indicaria uma forma de agir socialmente, de modo a ter poder sobre seus atos. Repete-se a própria lógica de inserção pelo trabalho e de se afirmar a identidade frente à estrutura social vigente como metaenquadre da sociedade, respondendo às suas exigências. A dependência ao sistema é negada, e a reflexão, bem como a transformação, impossibilitada. Há alianças inconscientes operando no sentido de manter a ordem à qual estão submetidos e se submeteram. “Todo conhecimento corre o risco de se transformar em ideologia e se perpetuar em instituição. A luta deve nos impor um exercício contínuo de construção e desconstrução de nosso fazer”. (FERNANDES, 2005, p. 48)

Dentro do metaenquadre social e do metaenquadre da área de saúde mental, há o enquadre dos serviços de saúde, que definem grande parte do repertório de ações e pensamentos. Há uma missão dada que é nomeada como promoção de bem estar ou de saúde mental. “... o enquadramento é uma *metaconduta* da qual dependem os fenômenos que vamos reconhecer como condutas. É o implícito, do qual no entanto o explícito depende”. (BLEGER, 1977, p. 314, grifo do autor).

Na prática cotidiana, algumas crenças tomam valor de verdade ao modo como o sujeito se constitui, organiza sua vida e sua inserção no mundo. Deixa de ser necessária a revisão das referências pelas quais molda sua identidade individual e social.

A formação dos conceitos, cujo sistema constitui a teoria, se depara com a tentação do puro e simples decalque das noções ingênuas, imediatas, por meio das quais nós fixamos nossa apreensão dos fatos na prática da vida. Em segundo lugar, uma teoria acerca dos fatos humanos está constantemente ameaçada, se não tomarmos cuidado com isso, de se transformar numa ideologia, substituindo os conceitos pelos mitos e as descrições pelas prescrições. (GRANGER, 1994, p.98-99)

A necessidade de se estruturar, de modo que lhe provenha alguma segurança e estabilidade, se sobrepõe ao anseio de verificar, refletir e questionar, o que constitui seu alicerce na tarefa de viver e sobreviver socialmente. Questioná-lo representaria questionar a si mesmo. Tal reflexão incidiria em uma crítica a um contexto mais amplo em que se insere, no qual se definem os valores e crenças, e as instituições em que eles estão inscritos. A visão do mundo, do homem e das relações seriam colocadas em xeque, assim como as bases fundantes da vida psíquica do indivíduo. Nega-se, assim, a possibilidade de transcendência de um estado inerte.

As garantias metapsíquicas são os enquadres sobre os quais se funda a vida psíquica de cada sujeito e, em um primeiro plano desses enquadres, as alianças inconscientes. Essas têm uma parte de suas funções conservadoras e autoconservadoras com qualidades típicas desses avalistas. Elas asseguram a estabilidade das alianças, seja evitando as desorganizações e os conflitos, seja naquilo em que se constituem em uma saída. (KAËS, 2014, p. 37)

No percurso do estudo da autonomia ou impossibilidade da autonomia do homem, a psicanálise expõe os processos de constituição psíquica do indivíduo na relação intrapsíquica e intersubjetiva. A renúncia às pulsões primitivas fundamenta sua inscrição no mundo social e seu funcionamento como indivíduo. Não é intenção da tese aqui desenvolvida o aprofundamento na discussão da constituição psíquica do sujeito pelo aporte psicanalítico. No entanto, na tarefa de compreender os processos pelos quais o homem se define como tal, a partir dos grupos e instituições, é inevitável que se aborde sua constituição como sujeito no mundo e como ele se organiza culturalmente, ao menos como base para a discussão em foco.

De acordo com o que se busca estudar, o agir estereotipado, também, seria favorecido pela busca da segurança institucional ou grupal. Qualquer questionamento ou ruptura dessa estrutura poderia ser sentida como um ataque às suas crenças, seus valores, seus ideais, que são herdadas culturalmente e historicamente. Nesse intuito, haveria o movimento de manter uma pretensa estabilidade. Os diversos integrantes se aliam e se relacionam de forma a ocultarem certos aspectos, como a alienação, o comodismo, a submissão, os medos e desejos.

As instituições, então, vão se desenvolver a partir de certas diretrizes e ideais. Assim, os discursos são criados, estabelecidos e perpetuados. Dessa forma, compreendemos que a reflexão e a discussão sobre a noção de autonomia na contemporaneidade exigem o estudo dos fenômenos institucionais, pelos quais se processa.

A partir da análise dos processos institucionais, seria possível verificar se, e como, os discursos e as práticas em saúde mental tendem à alienação e à repetição, visto que o conjunto de trabalhadores da área acabaria por se juntar em organizações com delimitações bem definidas e preservadas por eles mesmos. Eles preservam as instituições do modo que buscam a preservação de si mesmos, já que se constituem pelas referências institucionais.

5 CONSTITUIÇÃO E SUBMISSÃO AO OUTRO E AOS OUTROS: PIERA AULAGNIER NOS REFERENCIA

Neste capítulo, discute-se a constituição do sujeito como processo original que já põe em pauta a discussão da relativização de sua autonomia. Considerando-o como ser social, desde suas primeiras vivências no mundo, sua formação, funcionamento e desenvolvimento psíquico, são condicionados pelo estabelecimento de relações com o outro e os outros, com a realidade externa. Assim, considera-se a dependência inerente ao homem frente às limitações de possibilidades, desde as coisas que se apresentam a ele e a forma como a apresentação se dá, até os moldes das primeiras relações com o outro, que se estendem ao longo da vida. Enfim, das determinações herdadas, intergeracionais e sociais.

Quando se fala sobre autonomia, considera-se necessário explorar sobre que bases o sujeito se constitui, explorando as possibilidades de se inserir no mundo. Fundamentalmente, a origem do sujeito, na verdade, representa a continuidade dos grupos, com suas heranças intergeracionais e modelos preestabelecidos. Cada ser humano vem ao mundo com uma missão dada, de preservar a espécie, construindo sua identidade a partir da absorção e assunção de normas e leis que o aguardam. Assim, as possibilidades já estão delimitadas e definidas. E a dependência frente ao mundo compreende um imperativo.

Referente à constituição do sujeito, deve-se considerar a fase pictórica, a representativa e de encenação. Todas elas serão suporte para a forma como o sujeito se subjetivará diante do outro e do grupo social. Trata-se das fases de encontro, que suscitarão prazer, desprazer e afetos; a representação interna do que é apresentado pelo mundo; da interpretação e metabolização dos elementos exteriores, que comporão as experiências do sujeito no mundo, como ser social.

As imagens das coisas são precursoras das representações, do simbolismo, do pensamento, os quais permitirão a inclusão da imagem da palavra. O primário cênico sucede o pictórico gráfico e prepara o dizível, que o sucederá. Trata-se de representação seguida da transmissão e formação do sujeito, das relações sociais e da cultura introjetada pelo sujeito.

[...] para o sujeito, a realidade nada mais é do que o conjunto das definições sobre elas formuladas, pelo discurso cultural. A representação do mundo, obra do Eu é, portanto, representação da relação entre os elementos que ocupam o seu espaço e, ao mesmo tempo, representação da relação entre esses mesmos elementos e o próprio Eu. (AULAGNIER, 1979, p. 29)

O sujeito se define a partir das relações com os objetos, as pessoas, os lugares, o mundo. No processo de constituição, o sujeito é impulsionado em direção a algo. Todo significado tem um valor “afetivo” que afeta o sujeito. De acordo com o que lhe traz algum prazer ou afeto, ele toma para si, representando algo ao sujeito, dando-lhe certo significado.

Deve-se então afirmar que toda representação implica uma vivência de prazer? Responderemos pela afirmativa, acrescentando que se tal não fosse o caso, faltaria a primeira condição necessária para que exista a vida, isto é, o investimento da atividade de representação. Pode-se dizer que este é o “prazer mínimo” necessário para que existam uma atividade de representação e representantes psíquicos do mundo, inclusive o próprio mundo psíquico. (AULAGNIER, 1979, p. 31)

Assim, considera-se que a constituição do sujeito se dá pelo encontro com objetos, pessoas, grupos e instituições, que o capturam afetivamente e pelos quais vão se constituindo nos conteúdos de sua formação psíquica, seja na relação intrapsíquica como intersubjetiva, tomando o sujeito em constante relação desde sua origem. “Psique e mundo se encontram e nascem um com o outro, um para o outro; são o resultado de um estado de encontro que dissemos ser coextensivo ao estado de existente.” (AULAGNIER, 1979, p. 33)

O sujeito se constitui na relação com o mundo, que é representado pelo sujeito. Trata-se de um processo indissociável, concomitante e interdependente. O mundo em que se insere preexiste ao sujeito, mas toma significado para o mesmo de acordo com as representações constituídas por ele. “O encontro se opera, portanto, entre a atividade psíquica e os elementos por ela metabolizáveis e que a informam das “qualidades” do objeto *causa* do afeto.” (AULAGNIER, 1979, p.34)

Sem contradição, deve-se considerar o *poder* do sujeito de selecionar, de certa forma, os objetos que serão postos no processo de absorção pela representação e significação. Há uma relativa *autonomia* pela qual ele discrimina o que já está posto no mundo. Relativa, pois não se trata da gênese de tais elementos, mas de uma “interpretação” de algo que vem de fora, caracterizando-se por uma determinação externa. De certa forma, há uma seleção dos objetos e um processo de elaboração desses objetos pelo próprio sujeito.

O sujeito necessita dos objetos externos para se constituir. Necessita do que já existe. Somente pode se apropriar do que se apresenta a ele, em um sistema preexistente, a partir do qual o funcionamento psíquico se estabelecerá.

[...] a especificidade do esquema próprio ao sistema decidirá quais os objetos que poderão ser conhecidos pela psique. Esta definição esclarece a interação presente entre o que, metaforicamente, poder-se-ia chamar o poder dos objetos e os limites da autonomia da atividade da representação. O poder do qual dispõe a psique (mais do que de poder, deveríamos falar aqui das condições inerentes ao seu funcionamento) concerne à remodelagem que ela impõe a todos existentes, inserindo-o num esquema relacional preestabelecido. Inversamente, para que a atividade psíquica seja possível, é necessário que ela possa se apropriar, ou incorporar uma matéria exógena. (AULAGNIER, 1990, p. 34)

Todo o movimento ou a busca do sujeito é antecipado por possibilidades já postas, com as quais se defronta. Considera-se que o sujeito ansiará constantemente, nunca atingindo a plenitude de suas expectativas, pois é limitado pelo que lhe é oferecido.

Se devêssemos definir o *fatum* do homem por uma única característica, recorreríamos ao efeito de antecipação, pois o próprio do seu destino é de confrontar-se a uma experiência, um discurso, uma realidade que, na maioria das vezes, se antecipa às suas possibilidades de resposta e ao que ele pode saber e prever quanto às razões, ao sentido e às consequências das experiências, com as quais ele é confrontado de maneira contínua. Quanto mais retrocedemos em sua história, mais esta antecipação se apresenta com todas as características de excesso. Excesso de sentido, excesso de excitação, excesso de frustração, assim como excesso de gratificação ou de proteção. (AULAGNIER, 1979, p. 34-35)

Piera Aulagnier (1979) dispõe sobre as violências sofridas pelo sujeito em sua constituição, formação e atividade psíquica como ser social. Diferencia a violência primária, que vêm de elementos externos, exógenos, com leis heterogêneas ao *Eu* e ao discurso; e a violência secundária, apoiada sobre a primária, que representa um excesso quase sempre nocivo ao funcionamento do *Eu*. A primeira refere-se ao contrato de renúncia de prazer, necessária para a construção futura do *Eu*. Consiste em condição para que a formação psíquica ocorra. Já a segunda diz respeito à violência imposta pelo próprio *Eu* e a estrutura social com seu discurso que serve ao bloqueio da transgressão ou transformação dos enquadramentos e moldes existentes.

No primeiro caso, trata-se de uma *ação necessária*, cujo agente é o *Eu* de um outro, tributo que a atividade psíquica paga para preparar o acesso a um modo de organização que se fará em detrimento do prazer e em benefício da construção futura da instância chamada *Eu*. No segundo caso, contrariamente ao primeiro, a violência se exerce entre o *Eu* e o *diktat* de um discurso social, que não tem outra finalidade senão a de se opor a qualquer mudança nos seus modelos. (AULAGNIER, 1979, p.36)

Ao fazer referência ao *Eu*, de certa forma invoca-se um ser independente ou considerado como algo singular, diferenciado do outro e do mundo. No entanto, explora-se a forma como esse ser é atravessado original e constantemente pelo outro e pelo mundo, na sua constituição e desenvolvimento, durante toda sua existência no mundo.

Na economia psíquica necessária à sobrevivência já são estabelecidos os limites da autonomia – ou sua impossibilidade – do enquadramento institucional pelo discurso, no processo de violência em que se limita e silencia possibilidades de ser e agir pela rigidez do *Eu*, a partir da atividade e formação psíquica possibilitada dentro das delimitações da estrutura social e suas determinações.

É, portanto, no registro da violência primária que nós nos situaremos para definir o que designa a categoria de necessário ou de necessidade no nosso trabalho: o conjunto das condições, fatores ou situações indispensáveis para que a vida psíquica e física possa atingir e preservar um limite de *autonomia*, abaixo do qual ela não

pode persistir, a não ser ao preço de um *estado de dependência absoluta*. (AULAGNIER, 1979, p. 37, grifo nosso)

Fala-se, então, de uma autonomia relativa ou da falta dela, ao se considerar que a formação psíquica se dará a partir da apreensão e julgamento das necessidades, de acordo com a realidade com a qual o sujeito se depara.

Desde que estas condições sejam dadas, a presença de uma atividade psíquica é garantida, qualquer que seja seu modo de funcionamento e suas produções. Eis porque não falamos de vida psíquica no sentido geral, mas da forma que ela adquire a partir de um certo umbral que não é imediatamente dado. A partir daí, poderá se consolidar a aquisição de uma certa *autonomia* da atividade de pensar e comportamento. (AULAGNIER, 1979, p.37. grifo nosso)

A autora se refere à violência primária como a imposição de certas ideias, valores que servem ao desejo daqueles que os transmitem sobre a demanda daqueles que são vítimas dessa violência, ou seja, a submissão se serve da necessidade, daquele que sofre, de absorver os elementos contidos no processo de imposição, como possíveis elementos psíquicos estruturantes. Os dois envolvidos não acessam as características constitutivas da violência, estando alienados do processo.

Retomando o conceito de violência, chamaremos, então, *violência primária à ação psíquica pela qual se impõe à psique de um outro uma escolha, um pensamento ou ação, motivado pelo desejo daquele que o impõe, mas que são, entretanto, apoiados num objeto que para o outro corresponde à categoria do necessário*. (AULAGNIER, 1979, p. 38)

Isto é análogo ao que ocorre na relação entre os prescritores da estrutura social e dos discursos que são ali construídos, frente aos que absorvem, reproduzem tais *verdades* e se submetem a elas, como os trabalhadores e usuários de saúde mental. “O estado passional, qualquer que seja o objeto da paixão, nos fornece um exemplo disto: o desaparecimento do objeto priva o Eu de sua normalidade. Este mesmo fenômeno pode aparecer em certas formas de dependência ideológica. (AULAGNIER, 1979, p. 38)

O afeto, a afetação e a passionalidade por uma certa *verdade*, em que o discurso se ancora, denotam a dependência ideológica. Há a necessidade de se reafirmar um suposto estado de normalidade, sem o qual o sujeito se desencontra de seu alicerce.

Sobre sua constituição e formas de pensar, o sujeito percebe a representação de si como construção autônoma. Não compreende o processo de formação que se dá na relação com o outro e o mundo. O que há no sujeito é uma sobredeterminação e sobresignificação a partir do preexistente com representações e significados já dados. O que se apresenta a ele como sua origem, uma construção de si por si, é uma reapresentação do que já está determinado. “O representado se dá à psique, como a apresentação de si próprio. O agente representante vê na representação o fruto de seu trabalho autônomo e aí contempla o engendramento de sua própria imagem.”? (AULAGNIER, 1979, p. 43)

Toda produção de representações, uma ideia, a instituição do pensamento, tem como aporte o originário. Baseia-se em experiências de prazer e desprazer, sempre pelo afeto, positivo ou negativo. Dessa forma, pode-se compreender a gênese dos elementos mentais que vão permear a formação e o desenvolvimento psíquico. Da mesma forma, se faz referência às formas como se estabelecem as relações com o outro e o mundo. Assim, o sujeito vai se constituindo em ser social, pois o Eu se constitui a partir da inserção e encontro com o meio externo.

A existência do desejo do Outro é, para a psique, o que o conceito de Deus é para o sistema teológico: ponto modal e postulado a partir do qual pode-se construir o conjunto do sistema, seja ele fantasmático ou metafísico. A certeza da existência e do poder dos desejos é, para a atividade fantasmática, uma necessidade lógica e o único caminho que lhe permite situar a existência do Outro e, mais tarde, outros e, conseqüentemente, a existência de uma realidade. (AULAGNIER, 1979, p. 75)

A assunção de uma realidade ocorre a partir do outro ou do desejo do outro. Trata-se de uma condição primordial, pela qual a existência tem sua referência. O desejo do outro e dos outros são tomados como algo “sagrado”, sobre o qual e em relação ao qual se dá sentido à experiência de estar no mundo e em relação. Só se

poderá considerar a existência do outro de forma abstrata, lógica, a partir do *metafísico ou fantasmático*, que constituirá a base de tudo.

A identificação no primário se refere somente aos processos em que o Eu representa os elementos que lhe são apresentados. O Eu, por meio da linguagem dá significado a tais elementos, pelo sistema de interpretação do mundo externo. Nesse processo de introjeção e metabolização, que implica uma reflexão sobre si mesmo é que se origina o sujeito do inconsciente.

Sobre a necessidade da base do desejo do outro como fundante da inserção social, pode-se dizer que toda relação tem como protótipo a relação com a mãe, que servirá às outras ulteriores. A mãe é o primeiro outro, como molde e protótipo. “[...] o precursor e substituto do Eu se constitui como imagem da resposta ao desejo projetado sobre a mãe, sendo a figuração de uma relação.” (AULAGNIER, 1979, p. 76)

A interpretação, nessa fase, envolve a projeção sobre elementos externos, de um Outro desejante, assim como a introjeção de um desejo deste Outro, na cena psíquica. Este outro se refere à mãe ou a quem o sujeito responde. Ocorre em um movimento dialético do prazer do sujeito e o desejo do Outro, que consiste na relação entre o que é esperado receber do outro, presente entre o fantasiante, e os que estão no mundo externo.

Esta primeira dialetização simétrica que a psique forja da relação “prazer do sujeito-desejo do Outro” explica porque toda figuração do desejo implica a introjeção da resposta que o Outro deve, supostamente, dar: resposta pela qual retorna à psique sua projeção sobre o Outro, da relação presente entre o “fantasiante” e os ocupantes do espaço exterior. (AULAGNIER, 1979, p. 77)

Quando a expectativa sobre o que é esperado do Outro é negada, o que está em jogo não é a lacuna ou falha da função relacional, mas do poder de obter a resposta esperada. “No funcionamento do primário, a rejeição do percebido é acompanhada de amputação, não da zona-função, mas de sua *autonomia*.” (AULAGNIER, 1979, p. 82)

Em relação ao protótipo de castração no funcionamento psíquico, a base para as vivências castradoras que se sucederam durante a vida – o prazer do olhar do

Outro – cessada pela castração, implica na fantasia de mutilação da autonomia de uma função corporal, à vista do outro.

A atividade de olhar persiste, mas se transforma numa função em poder do Outro; aquele que olha, se descobre tal um cego, em quem tivesse sido enxertado um “olhar”, cujo funcionamento continuaria ligado ao nervo ótico de um cérebro estranho, e dependente do que este último decida ou não ver. (AULAGNIER, 1979, p.82)

Assim, consiste na perda de poder e de poder sobre si e de como se percebe e é percebido. A limitação é instaurada e é assumida, como a perda da *autonomia* em detrimento da dependência dos imperativos que agem sobre o sujeito, tal como a castração como condição de se relacionar com o outro. Dessa forma, toda relação é condicionada e não livre.

No primário, ao contrário do originário, os quadros e cenas de sua experiência são postos e armazenados como sequência, não sendo possível, entretanto, prever o que virá, pois depende do que será apresentado pelo mundo para que possa ser representado, assim como a própria representação que é delimitada.

Já o secundário herda os protótipos e os transforma, mas sobre suas bases, sem a garantia de que regredirão ao estado inicial do prototípico. O protótipo primário permanecerá no sujeito nas formações e desenvolvimento psíquico.

As produções decorrentes da atividade do processo primário podem ser divididas em dois grupos: um primeiro que diz respeito às representações pelas imagens das coisas, por cenas; e o segundo que se refere à imagem da palavra, ou seja, trata-se do sistema de significação imposto pelo discurso. Este segundo, caracteriza-se pelo dizível, trazendo assim a qualidade do consciente. A aparição da imagem da palavra deverá ser coincidente com a total elaboração da instância que estabelece o processo secundário: o Eu.

[...] a ação repressiva seria enigmática, se sua origem não residisse na palavra de um representante do Outro, já marcado por uma repressão efetuada: transmissão indefinida, de sujeito a sujeito, de um “ter que reprimir”, ao qual nenhum ser que fala – neurótico ou psicótico – pode escapar totalmente. (AULAGNIER, 1979, p. 84)

A repressão de que se trata aqui vem do outro ou do que é representado pelo outro, que passa de um sujeito a outro sem cessar e repetidamente. Assim, nenhum sujeito está imune a tal repressão. Tanto o que necessita se ancorar na realidade do outro, o psicótico, quanto o neurótico, que produz suas próprias representações da realidade.

As coisas se tornam conscientes ou acessíveis à consciência, pré-conscientes pela associação com as suas representações verbais. Assumem significados que podem ser acessados, pensados e dizíveis.

As representações verbais constituem traços mnêmicos, que foram no passado percepções e que podem retornar à consciência. Com exceção dos sentimentos, é necessário que os elementos tenham existido em forma de percepções para se tornarem conscientes. Percepções interiores se transformam em percepções exteriores.

A origem do investimento da linguagem se funda no desejo de reencontrar a presença de um signo referente ao desejo do Outro. Investimento que preanuncia o investimento do signo linguístico, linguagem primária que tem características bem precisas. (AULAGNIER, 1979, p.94)

Com o primário começa a se delinear o que constituirá a essência da linguagem: ser doadora e criadora de sentido.

A linguagem tem sua gênese na necessidade e desejo de um signo referente ao desejo do Outro. Funda-se, então, na relação com o outro. Consideram-se dois significados dos significantes primários: aqueles que designam como objeto desejado. A experiência de prazer é o objetivo do desejo do Outro; e a experiência de desprazer, também, como fim do desejo do Outro.

O discurso tem sua “autonomia”, mas em relação ao sistema de significados, no entanto contraditório, pois deve reconhecer o mundo externo como determinante. O secundário aponta que é portador de um discurso, que lhe é próprio, mas definido por elementos externos e da relação com o Outro e o meio.

No primário, devem-se levar em conta dois mecanismos fundamentais: de negação frente à autonomia do que não é o Eu; e de clivagem diante do que está previsto de acordo com o que e quem já existe. A autonomia em relação ao Outro diz respeito ao poder desse no funcionamento psíquico, o que é inatingível. Equivale à falta de autonomia do sujeito e de poder de independência.

A interpretação do mundo pelo sujeito tem como alicerce a psique e o discurso materno. Compreende uma violência a tal ponto que constitui uma imposição. Há um discurso preexistente e preestabelecido. “O processo secundário reconhece o poder autônomo do discurso, não pode negar que ele é portador de significações, mas o conjunto do sistema por elas constituído será interpretado a partir de uma lógica contraditória a este mesmo sistema.” (AULAGNIER, 1979, p.99)

O projeto pode ser considerado em termos do objetivo de transformar a realidade, mas a partir do que o precede, que não pode ser anulado, dependendo da pré-existência de uma realidade já dada. O conflito entre autonomia e dependência está presente em toda a fase.

A partir da mãe, considerada pela criança como o todo do mundo, é que se dará a relação com o meio. Assim, desde a primeira relação com o Outro-mãe, a relação com o mundo se funda em condições de dependência e necessidade. O sujeito só pode ser e existir sob a existência do meio.

A interpretação do mundo tem como alicerce o discurso materno, que é imposto ao sujeito. Trata-se já de uma violência à singularidade, um destino genealógico e geracional pré-definido. Não se pode negar o componente imprevisível e em movimento, mas que ocorre sempre sobre essas bases. A autora chama de *porta-voz* a função exercida pela mãe que emite o discurso e o inclui nele, inserindo-o e submetendo-o às leis e exigências da ordem exterior.

A partir da *função de prótese* da psique materno, o sujeito encontrará uma realidade já formada. A realidade humana virá substituir o que não é acessível à psique. Esse material emprestado da mãe já passou por processo de repressão, em um sistema de transmissão intergeracional. Portanto, a violência de um discurso preexistente que lhe é imposto, é indispensável para o acesso à ordem humana. “A mãe oferece um material psíquico que só é estruturante porque já remodelado pela

sua própria psique, isto significando que ela oferece um material que respeita as exigências da repressão.” (AULAGNIER, 1979, p. 109)

As relações da função de porta-voz-corpo do *infans* e porta-voz-ação repressora caracterizam a problemática identificatória, da transmissão do reprimido de um sujeito a outro, inerentes à estruturação do Eu.

O desejo expresso nos enunciados dos discursos que a mãe significa na relação identificatória e libidinal impede que o desejo inconsciente da mãe venha à tona, fortalecendo as defesas contra essa irrupção. A luta da mãe contra o retorno do reprimido e do conflito dependência-autonomia referente aos desejos inconscientes está presente em toda essa fase, ao submetê-lo. Os desejos inconscientes da mãe são impedidos pelo discurso da e para a sombra, que consiste, resumidamente, no cuidado esperado para uma mãe frente ao filho. A exigência da sociedade e do grupo em serve para ocultar os desejos que não devem retornar. Nessa fase, os desejos da mãe, antes reprimidos, podem retornar na relação e contato com o bebê, e devem ser velados pelas ações de zelo, cumprindo a expectativa social conferida ao papel materno.

A violência da interpretação está baseada no risco do excesso de “cuidado” ou “zelo” por falta de palavra melhor, na relação da mãe com o filho. Ela antecipa e define o que deve ser reprimido. Tudo já está definido e é induzido pela mãe. “A consequência essencial da ação antecipadora do discurso da mãe e do discurso em geral, é o efeito pré-formativo e indutor do que deverá ser reprimido.” (AULAGNIER, 1979, p. 121).

Por esse processo, explica-se o motivo pelo qual o que a mãe deseja se tornar o que a psique do *infans* demanda e espera. Portanto, a força da dependência denota a fragilidade de qualquer forma de autonomia que se poderia supor, já na origem da vida.

O exercício do excesso serve à garantia do fazer pensar de modo adequado a uma forma preestabelecida pela mãe, representante do social. O pensamento preserva segredos e deverá compreender uma atividade submissa. São permitidos apenas aqueles pensamentos autorizados pelo saber e pelo poder materno. A submissão é afirmada e a autonomia é negada.

A atividade de pensar se desenvolve sem que a mãe seja responsável por nenhum excesso, suscitando algumas respostas constantes: que o pensar seja considerado como continuação de funções corporais, que foram dotadas de significados pela mãe, o que permite a passagem do registro funcional para o libidinal. Assim, o pensamento começa a ocupar as duas psiques, análogas às referentes, às zonas-objetos-parciais; o pensamento da criança mostra para a mãe a resposta expressa pela criança ao que ela espera, seja de aceitação ou recusa; o que a mãe espera é a prova do valor de sua função, seu papel, temendo ser confrontada e questionada pela criança.

Estas três respostas estão sempre presentes: basta que uma única ultrapasse sua duração legítima ou seja excessiva, em relação às duas outras, para que se passe do desejo lícito e necessário a este desejo *de não-mudança*, que vai dotar a mãe do poder de despojar a criança de todo direito autônomo de ser, interditando-lhe o direito a um pensar autônomo. (AULAGNIER, 1979, p. 125)

Ressalta-se que o pensar autônomo, ao qual a autora se refere, diz respeito à relação com a mãe.

Para que a mãe exerça adequadamente seu papel, as respostas devem ser no sentido da renúncia a um lugar, futuramente, da relação mãe-criança, permitindo a inclusão de outros parceiros, sendo que esses não tenham as mesmas características de exclusividade equivalente à primeira. As respostas devem se modificar para que o desenvolvimento da função pensante ocorra com a autonomia esperada, apesar do invariante.

O que não varia é a recusa da mãe em aceitar que seus enunciados possam ser questionados e questionáveis, a impossibilidade de ver na mudança outra coisa que não a destruição do presente e de todo futuro: fará eco a esta exigência materna a impossibilidade da criança de fazer coincidir, ou ao menos concordar, o que é, efetivamente, dito pelo discurso materno (dito que pode variar) com o referente que este mesmo dito pretende designar e encontrar na realidade, referindo-se esta realidade tanto à realidade do mundo, quanto à realidade psíquica da criança. (AULAGNIER, 1979, p. 126)

A violência primária possui um caráter estruturante necessário à formação psíquica. A antecipação de um discurso antes de adquirir a linguagem, consolidando a constituição do discurso, permitirá e conduzirá a passagem do afeto ao sentimento. Determina uma transformação da relação do sujeito com o meio social, as coisas e as pessoas.

A vivência tida como singular é, na verdade, a interpretação de um discurso dado pelo outro. A novidade é que, agora, pode ser expressa pela linguagem. Constitui importante processo da formação do Eu, mas pela ação identificatória do discurso.

Esta ação é autônoma, ocorrendo a qualquer sujeito independente de suas singularidades ou da mãe. Não há controle sobre esse processo, e ele é inevitável. Não envolve uma escolha ou processo deliberado.

Assim, definem-se comportamentos e modos de agir de acordo com as expectativas culturais. São delimitados a partir do que é aceito e moldado culturalmente.

Enunciar um sentimento é, então, enunciar, ao mesmo tempo, uma autonominação do Eu, pois ele representa o referente e define o sujeito em relação ao outro. A formação do Eu se dá, assim, na transformação em dizível, das relações do sujeito com o mundo.

Considera-se que toda sociedade privilegia a manutenção de uma ordem e modelos, com papéis estabelecidos entre seus membros, com a sustentação do *status quo* que a caracteriza. A continuidade de dada estrutura não poderia se realizar sem a utilização da violência, criando-se a ilusão de adequação ao que responde para a estrutura psíquica e que, na verdade, está a serviço da perpetuação e do conservadorismo. Estas observações ilustram a dificuldade e a ambiguidade que aparecem, quando se tenta separar o que é suporte da estrutura psíquica, do que são as particularidades de um sistema social dado.

Devem-se ressaltar as formas como o meio social enquanto as instâncias culturais permeiam a constituição do sujeito social, desde suas primeiras relações, as parentais. A relação entre o casal de pais e a criança é sempre permeado pelos elementos contidos na relação do casal com o meio social em que está inserido. O discurso social busca garantir que o novo sujeito ocupe o lugar social a ele

reservado, assim como a transmissão do modelo sociocultural. Na relação com o meio, inicialmente representado pelo casal, o sujeito deverá encontrar referências que servirão de suporte para suas relações futuras.

O pai se refere a uma terceira referência do processo, como representante primeiro dos outros, da cultura e do discurso social. Refere-se à transmissão do discurso da ordem cultural e social.

A função paterna representa a mortalidade. O pai deve deixar que o filho o suceda, dando continuidade à transmissão dos valores culturais, dos quais é portador. “A relação de carne contém em si própria seu sentido: em todas as espécies de mamíferos temos a certeza da persistência de uma função materna imutável, o mesmo não ocorrendo com a função paterna.” (AULAGNIER, 1979, p. 144)

O legado intergeracional transmitido pelo pai, caracterizado pelos aspectos culturais, pode ser negado pelo filho, ao contrário do advindo da função materna.

O grupo social, conjunto de sujeitos que compartilham as mesmas instituições e instituídos, como o *conjunto das vozes presentes*, tem sempre como estrutura estável e imutável, um grupo de *enunciados do fundamento*, no qual se baseia e se sustenta. “Discurso sagrado e ideológico (profano) são obrigados a propor estas certezas que podem ser diferentes na forma, mas que serão idênticas no seu papel de fundamento do campo sociolinguístico.” (AULAGNIER, 1979, p. 148)

O sujeito, ao reproduzir o discurso estabelecido, reivindica o direito de reconhecimento de sua verdade perante o grupo e se autoriza a excluir os que não proferem e não compartilham o mesmo discurso. A adesão do sujeito ao meio social e suas leis permite a apropriação pelo sujeito de uma série de enunciados, adquirindo o direito a repetir o discurso que o caracteriza como membro do grupo, assim como sua preservação dentro da estrutura vigente. Trata-se do contrato narcisista, cujo fim é sua própria sobrevivência ao aceitar as leis impostas pela cultura em que se inscreve.

O processo de inscrição do sujeito no meio e na realidade compartilhada de forma a garantir sua existência, assim como seu reconhecimento pelos outros, constituindo-se como ser social deve ter o suporte do contrato narcisista que diz respeito à função metapsicológica mantida pelo registro sociocultural, compreendido

como o conjunto de instituições às quais o sujeito se aliará, se submeterá e preservará. Ele inclui o discurso, que afirma sua necessidade e seu fundamento designando o discurso ideológico.

O conjunto de vozes sócias é necessário para o processo de superação da dependência ao primeiro referente à voz materna. Assim, ocorre a transição da dependência em relação à mãe para a referente à estrutura social. Busca, dessa forma, novas referências, com as quais estabelecerá novas relações de dependência.

O contrato narcisista ocorre por meio de um pré-investimento sobre a criança pelo meio, ou seja, o meio já o aguarda com um papel a ser ocupado por ele, já com um lugar antecipadamente definido, de onde deverá reproduzir os enunciados dados a essa futura voz.

Sem ultrapassar os limites estabelecidos, há a expectativa de que o sujeito se relacione de forma “autônoma” em relação ao modelo do casal parental, mas a dependência se deslocará para outras relações com o meio, autorizando a evolução psíquica, com suas particularidades e com as singularidades de suas defesas. No entanto, será caracterizada pela dependência às prescrições da estrutura social.

A mudança, a evolução, repousa na expectativa do direito do olhar e da palavra, que sejam próprios. O ser para se constituir como Eu, com suas singularidades, deve reivindicar a mudança como recompensa, assim como a afirmação da sua voz e do olhar pelo outro e o meio.

Pode-se ver a busca pela afirmação do Eu e de seu reconhecimento social, como uma busca constante por uma suposta autonomia que só pode ser relativa ou delimitada. Ela se faz ilusória, ao passo que é limitada e dependente. A renúncia no presente guarda uma expectativa futura de não se submeter ao que é ditado pelo outro. Busca o ideal que seria definido por ele mesmo.

A castração pode ser definida como a descoberta, no registro identificatório, de que não ocupamos jamais o lugar que acreditávamos nosso e que inversamente já estávamos destinados a ocupar um lugar no qual não poderíamos ainda encontrar-nos. (AULAGNIER, 1979, p. 158)

O meio determina inicialmente a constituição do sujeito, a partir da mãe e do pai, representantes do mundo externo, suas instituições e suas estruturas. Já na sua origem, ele afirma a impossibilidade de alguma autonomia, evidenciando que o destino de cada sujeito já está, de certa forma, traçado pelas possibilidades que lhe são apresentadas, do identificador que se refere aos modelos que lhe são apresentados como possibilidades. Assim como ocorre com a herança presente na ordem social estabelecida, como na herança transmitida intergeracionalmente, da história de vida, na constituição psíquica, nos afetos, nas ações e nas ausências de quem recebe o sujeito na sua chegada ao mundo.

5.1 USUÁRIO, LOUCO, DEPENDENTE: UMA CONDIÇÃO?

A pergunta expressa no título do capítulo em questão pretende desenvolver a problemática de se diferenciar a dependência em relação ao mundo e as relações que incidem sobre todo sujeito, a dependência imposta pelas instituições que se relacionam com ele, sob a forma de subjugação, por meio da submissão, prescrições e silenciamentos.

Este capítulo é dedicado ao exame da questão da autonomia, focando no usuário de serviços de saúde mental, no “louco”. Considera-se necessário explorar os processos de constituição desse sujeito e da formação e desenvolvimento psíquico, e de como é estabelecida sua condição na ordem social. Busca-se expor as formas como o discurso hegemônico serve a violentar e excluir o usuário, retirando-lhe o direito de se afirmar como sujeito singular, portador de um discurso também singular, reconhecido pelo outro como legítimo.

Da mesma forma como os discursos sustentados pela instituição saúde mental incidem sobre o suposto beneficiário das ações na área, como ele se insere na estrutura estabelecida, como se relaciona com o trabalhador e como se dá a relação entre o grupo de trabalhadores e o grupo de usuários.

O sujeito caracterizado como usuário, também, se inscreve no mundo e se constitui como sujeito a partir de alianças inconscientes, o que será discutido nos

capítulos posteriores. Ele atua na preservação de si e das instituições, sendo ambas indissociáveis. Quando lhe é possibilitada alguma forma de subjetivação, esta ocorre de acordo com as possibilidades que lhe são concedidas, com os limites da realidade e da estrutura metassocial, que o coloca em um lugar preestabelecido. A dependência frente ao outro e ao mundo se sobrepõe e acumula, tanto no que se refere às primeiras experiências no mundo e em sua relação com o meio, como pelas determinações advindas da ordem social e violências, exclusões e reificação. Sendo assim, fica indicada uma condição de existência, um estado que tende em diversos sentidos a ser permanente.

Objeto de intervenção da instituição, o usuário é percebido, apenas, como expectador das ações dos trabalhadores, respondendo à expectativa das instituições. Dentro do contexto em que está inserido, lhe é negado a possibilidade de subjetivação. Permanece indiferenciado do conjunto de coisas ao qual o ataque se dirige. As alianças inconscientes perversas podem ser percebidas no objetivo inconfessável de submetê-lo ao poder da instituição. Dentro do conjunto emaranhado de alianças, esta categoria também está em ação.

Os usuários aliam-se ou submetem-se a instituições às quais buscam proteger e preservar. Da mesma forma, a negação de seus desejos é dirigida à autopreservação e repulsa da ameaça do novo. Constituindo-se psiquicamente nas relações, sua identidade é forjada a partir de avalistas metassociais que lhe reservam ou supõem possíveis contratos e pactos de acordo com a estrutura definida. Modos de se inserir no mundo pelas formações intrapsíquicas e intersubjetivas estabelecem as relações. Pode-se dizer que são as formas possíveis para sua sobrevivência na comunidade. As renúncias, mesmo que inconscientes, possuem caráter quase que compulsório e determinado pelo outro.

O *lugar* destinado a ele não lhe permite agir sobre sua realidade, de modo a transformá-la e moldá-la da maneira que desejar. Não lhe é permitido desejar. Apenas, submete-se e serve aos objetivos de seus algozes. Do contrário, abalaria a estrutura, cuja preservação demanda a participação de todos os seus membros, sejam eles usuários, trabalhadores ou qualquer ator social que contribui para uma determinada estrutura da área de saúde mental instituída. O questionamento da visão sobre a loucura baseada nas instituições de uma sociedade exigiria a revisão dessas próprias instituições e dos sujeitos que constituem e são constituídos por

elas. As alianças inconscientes servem à manutenção e à preservação do instituído. A passividade com que o sujeito interage expõe as estruturas calcadas na estagnação e na rigidez, que impossibilita movimentos de emancipação frente aos determinantes sociais.

Nota-se que o usuário se percebe como um intruso no lugar do poder. A forma de agir demonstra um cuidado para não subverter a ordem estabelecida, que teria seus limites e delimitações bem demarcados, tal como as possibilidades de comportamentos dos seus membros. Não há a *autogestão*. Ele espera a gestão do outro sobre sua vida. É, também, reproduzidor da estrutura. Mas coloca-se, principalmente, como produto do meio em que vive, até por ocupar lugar de “paciente”, não de agente de sua realidade. Se o discurso de promoção de autonomia é posto em prática e visto em realidade, de que forma esse sujeito estaria se beneficiando e podendo se fazer mais *autônomo*?

Dependente do trabalhador, o usuário contraria qualquer compreensão de *autonomia* que é manifesta em discursos da área. Está cumprindo seu *papel* estabelecido. Não está lá por ele mesmo. Está *anulado*. Não consegue expressar suas vontades. Seus movimentos ocorrem em relação ao outro, portanto, são dependentes. Mesmo se o projeto que era discutido devesse ter como maior interessado o usuário, ele não é percebido como tal, também por ele mesmo. Esse projeto acaba constituindo um espaço para a atuação do trabalhador, espaço esse que se torna o fim da atividade em sua prática. Os interesses do usuário são suprimidos em detrimento dos interesses do trabalhador. Essa relação reflete as estruturas que se observam, na qual, em nome de uma suposta promoção de saúde mental e garantia de direitos do usuário, ocorre a reafirmação das relações instituídas de submissão e silenciamento.

Sobre o usuário, que é anulado e reificado frente às determinações do outro, deve-se considerar a:

Expropriação de um direito de existir, que se manifesta de maneira evidente na vivência psicótica, mas que pode existir de forma velada, sem adotar a forma de uma psicose manifesta, escapando à percepção do expectador. Neste caso, a expropriação sofrida pelo Eu será igualmente grave e ele só parece funcionar normalmente quando no exterior existe *realmente* um Outro real, que lhe sirva de prótese e fundamento. (AULAGNIER, 1990, p. 38)

Assim, a dependência é total. Desde sua existência frente a uma realidade que só se concretizaria pela afirmação do outro. Não lhe é autorizado a subjetivação de modo que sua existência não é reconhecida. Necessita do *fundo*, que é o outro para sua *figura* ter alguma forma que seja perceptível e confirmada.

Sem que haja a pretensão de contemplar a totalidade e as singularidades dos usuários, já que, em muitos casos, a constituição do sujeito, sua formação e desenvolvimento psíquico possuem particularidades referentes às relações intrapsíquicas e intersubjetivas. No entanto, cabem algumas considerações em relação ao psicótico, assim como à forma como se dá sua inscrição no mundo como ser social e como o mundo lhe é apresentado e por ele representado e significado.

A intenção projetada sobre o seio de interditar o estado de prazer equivale à projeção sobre este seio-mundo, ocupante global do espaço exterior, de uma recusa de prazer para a psique, recusa de prazer que equivale, para ela, a uma recusa de sua existência. A psique neste caso, encontra a recusa do mundo e se descobre confrontada a um afastamento da totalidade do existente. Compreende-se a intensidade dramática de uma tal experiência através do eco que podemos escutar do sentimento de fim de mundo que se manifesta, com frequência, no início da psicose. (AULAGNIER, 1990, p. 87)

Ademais, tal sofrimento não pode ser impedido, já que a escuta não pode ser bloqueada, pois o canal de entrada não se limita à função física. A escuta não ocorre apenas pelo ouvido, fisicamente, por ondas sonoras. Mesmo que o canal esteja fechado fisicamente, o exterior continua a reverberar em representações delirantes. Os elementos do delírio já foram absorvidos pela escuta, dando início ao processo alucinatório. Enfim, a base dessas construções e determinações são providas das coisas exteriores.

A psicose mostra-nos em que condições podem se reativar estas propriedades da voz como “objeto do qual não se pode escapar” e como “objeto que não pode faltar”; o objeto persecutório é, também, o objeto para o qual o complemento (o perseguido) é uma presença constantemente necessária, objeto que tem o poder de impedir todo momento e todo movimento de afastamento, objeto que pode fazer

irrupção a cada instante, sem que sua aparição seja previsível.
(AULAGNIER, 1990, p. 93)

Apresenta-se como inevitável o efeito do externo do qual não se pode escapar, e que não se pode prever. O sujeito está à mercê do outro que não se desvincula e que o persegue em todo lugar. No originário, não há a necessidade de separação, portanto não há perseguidor. O sujeito está referenciado pelo desejo do outro.

O poder do perseguidor é idealizado em sua grande potência. Para o psicótico sempre há na relação com seu corpo, com o outro e com o mundo, a perseguição e a idealização.

São os desvios no processo identificatório que explicam a diferença entre o caminho da psicose e da não-psicose. A diferenciação entre os caminhos se refere à transmissão do discurso da ordem cultural e social.

A respeito das respostas da mãe na relação com a criança, na gênese da função pensante, considerando o fator invariante pelo qual a relação deve passar, deve-se considerar que esse pode ser recusado pela mãe, pela criança ou por ambos. No entanto, estas devem seguir no sentido de sua modificação para um desenvolvimento esperado. “A persistência de sua presença dá lugar ao que poderíamos chamar “a invariante” das estruturas familiares as mais aptas à eclosão, em seu seio, de um modo de vida que taxaremos de psicose.” (AULAGNIER, 1990, p. 125)

Na tentativa de evitar tais violências e impedimentos, o sujeito poderá recorrer à construção de uma nova realidade pelo pensamento delirante primário. Assim como, impor-se uma autoexclusão, uma alienação de si mesmo, do que sabe. E, finalmente, tornar o secundário apto ao primário, ou seja, torna dizível os conteúdos do primário, sem a maturação esperada.

Afirmar que já existe um discurso sobre a origem, a respeito do qual nada podemos dizer, tem como corolário a presença de limites que definem o espaço no interior do qual o Eu encontrará seus enunciados identificatórios. Limites inultrapassáveis, que contêm o conjunto das posições do sujeito dito psicótico. É este caráter inultrapassável que condiciona a possibilidade da psicose. Eis porque ela faz parte dos fenômenos que definem o humano: a

loucura manifesta a forma extrema da única recusa acessível ao Eu. Encarcerando em um lugar que, tanto quanto qualquer outro, o Eu não pode transgredir, resta-lhe o poder de recusar a ordem da relação que rege o conjunto dos enunciados para os outros; ele não pode sair deste espaço, mas pode se recusar a percorrê-lo segundo um trajeto definido, ignorando as direções proibidas e preferindo se perder nas vias sem saída. (AULAGNIER, 1990, p. 127)

A situação que decorre da recusa total da mãe, do pai ou dos dois em engajar-se no contrato, desinvestimento que por si só revela uma grave falha na estrutura psíquica deles e revela um núcleo psicótico mais ou menos compensado. Durante estes últimos anos, insistiu-se muito no caráter fechado de certas famílias de psicóticos, microcosmos que, ao guardar seu louco, preserva um equilíbrio instável que só se mantém com relativo sucesso, enquanto é possível se evitar todo afrontamento direto com o discurso dos outros, através do silêncio imposto ao que se fala lá fora. O risco corrido, então, pelo sujeito, é o de se encontrar na impossibilidade de encontrar, fora da família, um suporte que lhe facilite o caminho até a obtenção da parte de autonomia necessária às funções do Eu. Esta não é a causa da psicose, mas certamente um fator indutor, frequentemente presente na família do esquizofrênico. (AULAGNIER, 1990, p. 152)

Ao observar o psicótico, na relação do meio com o casal, verificam-se os feitos da realidade social sobre ele, tais como desautorização, opressão, exclusão, ódio, mutilação. Ao buscar alguma forma de se afirmar como membro do grupo, com formas de se reconhecer e ser reconhecido como cidadão de dada sociedade, lhe é proposto um contrato inaceitável em sua constituição, tomando-o como apenas uma parte sem valor da estrutura, submetido e à serviço dela, objeto a ser explorado ou excluído.

Igualmente importante, porém mais difícil de ser detectada, é a situação que resulta de uma ruptura do contrato, cujo meio – e, portanto, a realidade social – é o primeiro responsável. Recusamos as diversas concepções sociogenéticas da psicose, mas acreditamos no papel essencial desempenhado pelo que chamamos a *realidade histórica*. No que se refere a esta realidade, um mesmo peso é, por nós, atribuído aos acontecimentos que podem atingir o corpo e aos acontecimentos que foram efetivamente vividos pelo casal durante a infância do sujeito, ao discurso feito à criança às injunções que lhe foram feitas, mas também à posição de excluído, explorado, de vítima, que a sociedade, efetivamente, impõe ao casal ou à criança. (AULAGNIER, 1990, p.152-153)

De certa forma, o psicótico nega na origem a interdição de sua autonomia, uma vez que não se conecta à realidade estabelecida e às imposições oriundas da relação com a mãe e o pai. Ao se inscrever no meio social, inicialmente pelo contrato narcísico, o sujeito abdica da autonomia, submetendo-se à relação de obediência à ordem social já existente. O enquadramento do tratamento proposto consistiria, assim, na captura daquele que não se submeteu às instituições que buscam colocá-lo em relações de dependência e no bloqueio de formas de agir no mundo com certa autonomia.

O sujeito psicótico não se inscreve na estrutura espacial e temporal ou, de determinações da ordenação histórica. Nessa situação, esses fatores estarão ausentes ou serão desviados; ao contrário do sujeito que se submete aos contratos e abdica de sua autonomia em favor de sua autopreservação, mesmo que limitada e delimitada.

As oscilações das referências identificatórias fazem surgir sempre a angústia, a partir do Eu constituído, que compreende a castração e a identificação como elementos complementares do processo.

[...] o Eu forja de sua relação ao mundo, construções que têm como traço comum o fundarem-se em um enunciado sobre as origens, que substitui aquele que é partilhado pelo conjunto dos outros sujeitos [...] constataremos a presença de um enunciado sobre a origem estranho ao nosso modo de pensar: é o que denominamos o *pensamento delirante primário*. Ele é consequência do encontro entre o Eu e uma organização específica do espaço extrapsíquico e do discurso que aí circula, tornando-se, ele mesmo, antecedente necessário à eventual elaboração das formas manifestadas da esquizofrenia e da paranoia. (AULAGNIER, 1990, p. 177)

A construção delirante não constitui a substituição de significação de elementos indesejáveis, objeto de frustração ou que se refere à impossibilidade do princípio de prazer. Trata-se da criação de uma nova significação que só pode ser construída ao negar a lógica e a estrutura causal contidas nos discursos estabelecidos e portados pelos outros. O delírio constitui a interpretação que o psicótico opera sobre os dados da realidade. É sobre esses elementos que ele constrói as histórias delirantes e uma realidade particular não compartilhada.

Por pensamento delirante primário definimos a interpretação que se dá o Eu, sobre o que é causa das origens. Origem do sujeito, do mundo, do prazer, do desprazer: o conjunto das questões colocadas pela presença destes quatro existentes fundamentais encontrará uma única e mesma resposta, graças a um enunciado, cuja função será a de indicar uma causa que tornará sensata a existência do conjunto. Através desta criação, o Eu mantém um acesso ao campo da significação, criando um sentido lá, onde, por razões que analisaremos, o discurso do outro confrontou-o com um enunciado sem sentido ou ausente. (AULAGNIER, 1990, p.178)

A crença no discurso do outro é condição para a apreensão dos enunciados e dos significados compartilhados para, assim, se inserir em uma realidade comum aos outros. Deve aceitar a verdade já antes estabelecida, como uma realidade a se aliar e que dará sentido a sua existência e ao mundo, que é organizado dessa forma. Questioná-lo ou negá-lo envolverá sua exclusão desse mundo.

Sendo assim, o discurso ficará fora da ordem hegemônica sobre a qual os sujeitos se formam e que eles seguem. Pode-se considerar, então, que o homem deve se submeter à dependência da estrutura de significados pré-estabelecidos. Já, daquele que, em dado momento, deixa de crer no discurso dos outros, é retirado o direito da sociabilidade e sua construção de realidade, diferente da comum, é silenciada. Além disso, suas possibilidades de alguma autonomia são suprimidas.

A violência que se impõe ao louco serve à afirmação do poder pela ideologia, pela afirmação de seu lugar na ordem social, que se garante pela relação de submissão.

Como o inferno, os caminhos da teoria são pavimentados de boas intenções: elas não bastam para esconder o quanto um “querer-saber” comporta de desrespeito por aquele a quem ela impõe uma interpretação, a qual só faz repetir, sob uma outra forma, a violência e o abuso de poder dos discursos que a precederam ... Utiliza-se a palavra que lhe é imputada para se demonstrar o fundamento de um saber, de uma ideologia, de um combate, que concernem os interesses do não louco, ou daqueles que se pretendem como tal. (AULAGNIER, 1990, p.174)

Quando a resposta do porta-voz não é satisfatória, surgem questionamentos sobre o que deveria ser certo, como o desejo dos pais de que ele nascesse e, assim, seu próprio desejo, questionando, portanto, a si mesmo e a justificativa de

sua existência ao interrogar a origem da experiência de prazer e desprazer do casal, pergunta-se como surgem as pessoas, as coisas e os sentidos delas. Questiona-se o prazer do casal com sua vinda ao mundo, base de significação do seu próprio desejo.

O discurso do porta-voz tem, então, a tarefa de oferecer à criança um primeiro enunciado referente a esta origem da estória: isto basta para mostrar o perigo que corre o Eu, se ele tem uma não-resposta ou uma resposta inaceitável a esta pergunta ... se o Eu não puder encontrar no discurso um “pensamento” do qual ele possa apropriar-se, como postulado inicial, para sua própria teorização sobre as origens: só lhe resta, então, criá-lo, sem o que ele deverá renunciar a preservar um espaço psíquico no qual seu funcionamento seja possível. (AULAGNIER, 1990, p. 183)

Abordando a construção da esquizofrenia, o primeiro fato indutor é que o sujeito que vem ao mundo não encontre nenhum desejo dirigido a ele, que não haja uma expectativa a ser realizada com o seu nascimento. Seu funcionamento psíquico é definido pela forma como o outro se dirige a ele. Depende do meio em que nasce. Seu destino já começa a ser traçado pelo fazer e pelo discurso da mãe.

Quando a mãe deseja que o bebê permaneça parte dela, como fonte de seu prazer, a criança só tem a possibilidade de se manter objeto, sem que sua singularidade possa ser afirmada e reconhecida. Sem singularidade e, portanto, sem desejos próprios.

Esta castração, que ocorre bem antes do desejo e do prazer sexuais que a criança poderia reivindicar em seu próprio nome, visa despojar o *infans* de tudo o que pode designá-lo como um existente singular, como prazer e desejo cujo objeto poderia se pretender diferente daquele existente no passado materno. (AULAGNIER, 1990, p. 187)

Observa-se, nesse caso, uma falha da repressão no discurso materno, em que os atributos de mãe são fragmentados e seus enunciados não são absorvidos, a partir do imperativo universal.

O pensamento delirante primário tem como causa essencial a presença de um discurso, pronunciado pela voz materna, que aparentemente usa conceitos conformes ao discurso do meio, quando, na verdade, falta-lhe o “conceito-que-se-refere-a-ela-mesma”. (AULAGNIER, 1990, p. 190)

Observa-se a dependência da mãe frente ao meio, para se realizar como seu significado e atributos são designados socialmente. Por consequência, o destino do filho é traçado de acordo com a relação da mãe com os enunciados do mundo. Nesse sentido, a autonomia de ambos inexiste.

Quando não há uma resposta satisfatória para a criança sobre sua origem, considera-se que a mãe não reconhece o Eu da criança como um Eu, pois não admite o direito a uma rede de significações que não seja a sua servindo a ambos, sem que sejam diferenciados. A existência da criança não é qualificada por sua vivência, não sendo permitido a ela atribuir sentidos às essas vivências de forma singular e autônoma.

Resta à criança aceitar o veredicto, que a despoja de qualquer direito a reivindicar a verdade do vivido ou, então, recusá-lo e ficar diante do temor de um sentido atribuído a este vivido que remete ao ódio, à rejeição, à morte. (AULAGNIER, 1990, p. 192)

Por não haver nenhuma ligação com o desejo do casal, nenhum sinal de que ele foi e é desejado ou algo que conduza e afirme seu Eu, a “autonomia” de solicitar sua própria existência e de seu modo singular de ser é negada. Não há nenhuma referência a partir da qual ele possa desejar, exigir e se permitir ser reconhecido e possa se constituir singularmente como indivíduo.

Sobre a constituição do pensamento delirante, vemos que ela deriva da inexistência de uma resposta para o sujeito que explique sua existência. A estrutura psíquica é definida pela forma como a mãe e o casal se dirigem e se relacionam com o novo ser, que na ausência da fala do discurso materno, produz um próprio:

Daí resulta que tudo o que se refere à origem do sujeito, do desejo, do prazer e do desprazer é banido de um discurso que não pode falar de origem, a partir do momento em que o sujeito que o fala não

pode responder à questão da origem de sua própria função. A teoria delirante sobre a origem se constitui em torno de um enunciado que responde novamente a esta questão, substituindo um indizível do discurso materno por um dito, por ele criado. (AULAGNIER, 1990, p. 209)

A vivência psicótica é caracterizada pela repetição dos fatos, acontecimentos e narrativas. A temporalidade se traduz na mesmidade. Algumas experiências retornam constantemente quando é encarada alguma situação traumática, não como reação, mas como resposta.

Deve-se, assim, ressaltar a importância do meio na constituição do sujeito, pois se dá na relação com a mãe, o casal e os objetos que lhe são apresentados, que estão presentes no mundo, respondendo a eles. O que vai definir a estrutura psíquica, para que não encontre o caminho da psicose, é a existência de uma ancoragem provida pelo outro.

Para que a potencialidade psicótica não desemboque no delírio manifesto, é preciso que o discurso e o Eu encontrem um ponto de ancoragem possível na voz de um Outro e não mais dos outros, e que este tenha a função que o texto desempenha para os outros. Esta sujeição é a falha que se esconde atrás da forma e da formalização, aparentemente não discordante, do discurso: um Eu que só pode fazer “como se” ele possuísse as referências identificatórias autônomas e interiorizadas, “Como se” ele não permanecesse dependente da voz de um Outro, que é o único a poder assegurar-lhe que o discurso que o fundamenta é verdadeiro. (AULAGNIER, 1990, p. 214)

O sujeito busca um discurso que possua significações que lhe sejam sensatas, por meio de uma interpretação que, em verdade, preenche o vazio do que deveria ser dito pelo outro, que respondesse a ele sobre sua origem e existência. No entanto, seu discurso se define por conta do outro, que é o único que detém o poder de conceder o status de verdade ao que é enunciado pelo sujeito. Assim, encontra-se sem escapatória da dependência do outro, já que a construção que deve buscar para suprir a ausência da resposta do *porta-voz* consiste em uma resposta a esse mesmo porta-voz, mantendo-se dependente a ele.

O discurso do “louco”, por não reafirmar a ordem do discurso dos outros, é excluído uma vez que subverte a estrutura dada. Então, esse discurso não é

reconhecido e deve ser silenciado. Assim, não há lugar para seu discurso e, conseqüentemente, para o próprio sujeito entre os outros. Dessa forma, sua condição é determinada pela forma como é, ou não, recebido como sujeito de discurso singular, mas desde que esteja em conformidade e modelado no cumprimento das expectativas do meio.

O conjunto dos outros vai, então, refutar violentamente tal discurso, negando-lhe toda possibilidade de compromisso e impondo-lhe o silêncio, ao recusar escutá-lo ou ao fazer o necessário para que o enunciante seja excluído dos lugares de escuta. (AULAGNIER, 1990, p. 215)

Frente ao quadro de psicose, qualquer intervenção de um outro, seja um trabalhador de saúde mental que busque inserir o psicótico em uma realidade compartilhada ou, como é preconizado pelas práticas de atenção na saúde mental, que trata de promover a reinserção social do usuário dos serviços, há sempre violência. Toda intervenção é violenta, já que trata de impor uma verdade ao outro, silenciando-o de alguma forma.

A dificuldade da relação analítica para os dois parceiros decorre da relação ambígua mantida pelo analista com o pensamento delirante de seu interlocutor: pensamento para o qual ele reivindica um sentido, sem poder, entretanto, partilhar a ordem causal invocada. Posição bastante difícil e sempre sob a ameaça de terminar, ou com a ruptura da relação, ou num excesso de violência, cometida pelo próprio analista; este tentará impor ao outro que ele participe de uma verdade que não é a sua e que não se espera que ele possa reconhecer como sua, o que significa dizer que a única escolha deixada ao psicótico, neste caso, é a de optar entre duas formas possíveis de alienação. (AULAGNIER, 1990, p. 216)

Assim, seu destino de alienação já está traçado pelos outros. O trabalhador de saúde mental, ao buscar promover ao usuário uma forma do psicótico se inserir no discurso ordenado, impõe-lhe violentamente uma verdade, na qual ele apenas poderá cumprir o papel de louco.

Dessa maneira, o sujeito se define sempre de acordo com a realidade em que se insere ou da qual se mantém fora, em referência a ela. Mesmo que a

tangenciando, constitui-se a partir dessa realidade que incondicionalmente estará dirigindo seus rumos, seja por sua afirmação, seja pela sua negação.

Se nos restringirmos à potencialidade esquizofrênica, constatamos que um acontecimento ou uma série de acontecimentos, inscritos na realidade, tiveram um papel indutor na sua constituição, enquanto a possibilidade de que a potencialidade permaneça enquanto tal continua a depender da maneira pela qual se organiza, ao longo da existência, esta mesma realidade. (AULAGNIER, 1990, p. 217)

Na neurose, observa-se a reparação do dano originado de uma frustração em relação a um desejo infantil, que vem sempre do exterior. Na psicose, ocorre algo análogo, no entanto, há também a necessidade de reparação da perda da realidade externa, onde a frustração ocorre, criando-se uma nova realidade.

A frustração pelo vazio de alguma significação é intolerável. Há uma exigência de interpretação e necessidade identificatória, ao recusar manter o desejo que não se controla e é incontrolável. O delírio vem tentar suprir a ausência de algum fragmento referente à sua origem, ilusoriamente a partir das demandas identificatórias do Eu.

O lugar concedido à interpretação forjada pelo Eu para o excesso de violência sofrida – empresa que permite tornar adequada “a razão” o que tinha como objetivo excluí-la deste registro – se justifica, se admitimos nossa hipótese, que faz deste “pensamento” o pivô a partir do qual poderá se elaborar o discurso delirante e a construção esquizofrênica. (AULAGNIER, 1990, p. 225)

O sujeito psicótico tem conhecimento de um Eu que não é o seu Eu, referindo-se à mãe diferenciada e a existência do seio materno, representante de todo objeto de prazer. Mas, tal diferenciação não o desvincula dela como um ser independente. Sua existência não adquire sentido, nem se afirma como sujeito que não seja parte integrante e complementar desse outro Eu. Sua função é suprir as necessidades da mãe. “O esquizofrênico *sabe* a existência de um “não-eu”; o que ele pode vir a ignorar se refere à autonomia de um “eu”.” (Aulagnier, 1990, p. 232)

O que lhe é absolutamente vedado formular é a existência de um “si mesmo” que poderia continuar a ser, enquanto diferente da forma e da palavra que lhe são impostas. Ele só pode se perceber como uma marionete manipulada por um outro, como um “suplemento”, ou um “excedente de carne” que aceita se oferecer a um outro corpo, tornando-se a prova de que a “mãe-terra” possui colônias e que nestas terras estrangeiras somente suas leis, sua língua e suas instituições são reconhecidas. (AULAGNIER, 1990, p. 232)

Ao esquizofrênico é impossível transcender esse lugar em que foi disposto. Sua condição coadjuvante, frente ao protagonismo da mãe, não pode ser superada. A mãe dita as regras e determina os papéis, ocupando sempre o papel central na cena.

Em termos gerais, a mãe mantém a relação de dependência pelo seio, fonte de todo desejo. Já, a violência exercida pelo pai se dá pela imposição e promoção da dependência a um saber que ele detém e proverá por meio de valores, crenças, leis, ideologias, que por representarem o ato de violência serão compreendidas como maléficas.

O pensamento delirante primário será acionado quando houver a necessidade de encobrir e substituir a realidade. Essa realidade caracteriza as relações familiares que perdem sentido no fluxo de afetos esperados e na ausência de respostas necessárias ao sujeito. Então, o pensamento delirante buscará dar algum sentido ao absurdo de sua situação familiar.

O discurso delirante, como a própria nomeação já carrega uma oposição a ele, subverte e confronta os outros discursos caracterizados por uma normalidade defendida e imposta. Ele denuncia as relações de poder que estão compreendidas nos discursos a serem reproduzidos: na realidade à qual deve se enquadrar; na psique que impõe o desejo da própria morte e no desejo da morte pelo outro dos quais precisa se defender por eleger um objeto como substituto; e no campo social pela opressão de suas possibilidades e delimitações do adequado.

O poder do discurso se sustenta por um saber que o opressor detém, que silencia e impossibilita o violentado de reconhecê-lo, retirando-lhe qualquer meio de resistir e combater. Ao contrário, o discurso transforma em culpa a legitimidade de se contrapor. Ele desloca a responsabilidade da imposição para a inadequação localizada no louco.

O sujeito não cessa de buscar acessar os enunciados dessa realidade que o violenta. Apenas, ouve sem compreendê-los. Vive um interminável processo de perseguir tais sentidos compartilhados socialmente por meio de referências identificatórias, mas lhe são devolvidas apenas suas próprias representações que não se adequam ao discurso hegemônico.

No caso da psique do psicótico, a sua constituição implica que o originário e suas imagens, seus pictogramas se defrontem com uma realidade externa que não contemple um estado de unidade, de totalidade, de junção.

As primeiras experiências de contato com a realidade externa não definirão se o sujeito se desenvolverá como um psicótico, mas constituirá em forte indicador para o caminho que irá percorrer.

Os elementos do originário não podem permanecer no primário, devem ser completamente “apagados”. No entanto, toda construção do primário, terá aspectos do originário. É nesse processo que a psique do sujeito deverá representar um “não-eu” ou a origem do primeiro outro, onde os motivos dos afetos se constituirão.

Quando os afetos estão predominantemente sob o domínio da pulsão de morte, de Thanatos, o primário se dirigirá mais para suas representações objetais, apresentando-se, no exterior, como signos de agressão, ódio e rejeição. Nesse caso, o caminho da psicose avança mais um passo.

Secundariamente, esses afetos se tornarão dizíveis, representáveis, portanto exprimíveis.

Em relação, também, aos fatores referenciais dados pelo mundo, no agir do primário, nota-se, nesses casos, falhas da historicidade ou da realidade histórica como ela é dada, como representações de um desejo positivo: o que se refere à educação, à modelagem, à obediência; ao “*clima ambiente*”, como cenas, histórias, lugar de silêncio e luto; e o que se refere ao mundo de não filiação, pois o núcleo familiar pode negar o mundo e o discurso externos, ou pode haver conflitos entre as leis dos diferentes universos, internos e externos à família.

Para esse sujeito, a inexistência de desejo, os conflitos, as angústias, os sofrimentos do não-eu, do primeiro outro encontram e se repetem sempre nas representações de julgamento e expectativa vindos da realidade.

É surpreendente como o “louco” pode habitar um mundo onde reina a perseguição, onde a mutilação o espreita, onde a palavra do Outro é quase sempre uma mensagem ameaçadora e onde sua própria palavra é destituída de todo poder de significação. Mas, é igualmente surpreendente a resistência que a psique opõe a este destino. O encontro entre o originário e um mundo conforme ao pictograma do discurso, que é o que chamamos a *realidade histórica do escutado*. Escutado que se refere à significação que o discurso do porta-voz quer impor aos afetos vivenciados. Afetos que só poderiam perder um pouco de sua dramática intensidade se a psique pudesse oferecer, a si próprio, signos “sensatos” aos quais vinculá-los, o que permitiria relativizar seus efeitos através do reconhecimento de que se o desejo do prazer não é onipotente, o mesmo ocorre para o desejo de morte. (AULAGNIER, 1990, p. 280)

O porta-voz, em geral a mãe, impõe significações aos afetos pelo discurso. A tal ponto que o psicótico resiste ao destino com sua significação particular que, inevitavelmente, vem do porta-voz, buscando signos sensatos à realidade posta, diluindo os efeitos que recaem tanto sobre os desejos de prazer quanto sobre os desejos de morte, ambos estando, assim, sobre o mesmo domínio. Ou seja, nesse movimento de resistência, os afetos de destruição e de amor podem encontrar adequação frente à realidade compartilhada.

A constituição do Eu se dá pelo processo identificatório, pelo qual ele deve incorporar os enunciados apresentados, o que não lhe garante um suporte para se realizar e se afirmar como sujeito tal como esperado, da mesma forma que não lhe assegura apoio e reconhecimento de sua singularidade como sujeito desejante. O processo identificatório o obriga a adotar o discurso do outro, vindo de fora, negando a possibilidade de um discurso próprio e original, atuando de forma a seguir e cumprir expectativas dentro de previsões dadas pelo mundo externo.

Ao sujeito é negado o direito de produzir pensamentos a partir de seus desejos e prazer para sua autossatisfação. É negado o direito de contrapor, questionar e subverter a ordem dada, mesmo quando se trata de sua expressão de sentimentos singular frente ao mundo. Deve sempre responder às expectativas do meio social, submetendo-se à violência, que o faz negar partes de si mesmo.

O sujeito é alvo da violência que o cala e que o prende à própria violência. Seu destino é traçado pelo outro e pelos outros, pelos discursos aos quais não pode

aderir, mas que servem para massacrá-lo. A necessidade de seu silenciamento serve à preservação e afirmação do discurso e ordem hegemônicos. Assim, qualquer possibilidade de qualquer forma de autonomia é bloqueada.

5.2 O EU E O SABER

Para o leitor pode parecer uma visão radical do que se considera autonomia, negando-a por completo. O que se considera são todos os aspectos na vida do sujeito que determina sua existência, desde sua constituição psíquica a partir do mundo que o recebe, como os enquadres que pavimentam e indicam seus caminhos, limitando suas possibilidades de criação e superação das condições que o capturam. Há, no entanto, a possibilidade de trilhar novos caminhos, o que exige a dialética com o mundo e, não apenas, o cumprimento de expectativas em nome da garantia de uma estabilidade que, em realidade, denota uma estagnação.

Que o saber possa se tornar para o homem objeto privilegiado, e mesmo único de seu desejo, isso é sabido desde sempre. Que por essa via ele seja sempre induzido a transgredir um último saber, essa é a exigência própria de todo Saber (AULAGNIER, 1990, p. 188)

Toda busca de conhecimento implica na subversão de outro anterior. É inevitável a superação do atual para que se atinja o novo, por meio de um confronto ou questionamento. Esse movimento requer o investimento do sujeito a partir de pulsões e desejos, que o impulsionem na direção de atingi-lo, assim como de '*agir*' sobre o objeto de desejo e a realidade psíquica e social, já que essa última modela a primeira.

Essa permuta que substitui ao objeto do desejo um "saber sobre o objeto", implica o questionamento e a ultrapassagem desse primeiro percebido da ordem do mundo a modelar uma realidade psíquica, que aparece em sua origem como um "não saber" sobre o Real (quer

se trate da realidade de si ou da realidade do Outro). (AULAGNIER, 1990, p. 172)

É preciso compreender o desejo de saber, tal como o saber do desejo. Na relação com a mãe, primeiro outro, o conhecimento adquirido não satisfaz os questionamentos do sujeito, revelando o desejo de saber. Atingindo o objeto de desejo saber, alcança o saber do desejo, que existe e o move. Há sempre a necessidade de domínio sobre o desejo, assim como a necessidade de conhecê-lo. O agir do homem sempre possui essa finalidade. Nossas experiências se destinam ao saber sobre algo, que se refere a nós mesmos ou ao outro.

[...] diremos que existe um primeiro “conhecido” de si e do mundo, que não é outra coisa que o “saber” que a realidade psíquica propõe ao sujeito que se interroga sobre a razão de sua insatisfação fundamental e sobre a repetição infinita da demanda. Esse saber poderia igualmente ser definido como a interpretação que o sujeito se dá daquilo que é; interpretação que coloca o real entre parênteses para só extrair dele o material necessário e apto para a formulação de uma resposta, tão adequada quanto possível, para as exigências do princípio do prazer e para a proteção do campo por ele coberto. (AULAGNIER, 1990, p. 177)

Ao considerarmos, desse modo, uma forma de conhecimento original ou primeira, condicionada ao Princípio de Prazer, o surgimento do desejo de saber denota uma insatisfação frente a esse primeiro conhecimento, insuficiente para corresponder às expectativas de resposta à questão à qual o sujeito é convocado.

O desejo de saber estará sempre dependente do outro ou de uma parte de si que não é acessada e, portanto, compreendida. A existência do desejo é condicionada por uma situação em que o sujeito não encontra uma resposta para a questão à qual foi confrontado. Esse desejo só pode surgir ao perceber as coincidências entre o objeto fantasístico, referente ao ideal imaginário e o objeto real, havendo sempre uma cadeia de causalidade que se presta a compreender.

Eis por que pode-se dizer que o saber, mesmo que seja o mais sublimado, é o que permite o sujeito aceitar o inaceitável da castração, situando o elemento de seu saber nesse ponto preciso no qual transgressão e assunção empreendem uma partida jamais

encerrada. Transgressão, porque ele poderá realizar essa meta do desejo de não encontrar nenhuma fronteira em seu campo de ação; seja o que for que saiba, e seja qual for o infinito de seu desejo de conhecer, jamais faltará objeto a ser interrogado, nem um último véu a ser levantado. A falta de saber é o que jamais faltará a seu desejo. (AULAGNIER, 1990, p. 184)

O desejo de saber deve ser infinito, nunca encerrado. Sempre haverá uma lacuna de saber que alimentará o desejo por tal. Ao mesmo tempo, solicita a transgressão como falta de limite a ser alcançado, também porque o saber perseguido nunca será atingido, pois sempre haverá um objeto a ser interrogado. Colocar-se na posição de constante busca pelo saber, sempre a ser conquistado, em um lugar em que o fim se torna o meio, o caminho pela procura, consiste em uma escolha do sujeito. Assim, a transformação é constante, tal como a visão da realidade e objetivos a vislumbrar, em que a conquista inalcançável se torna uma conquista constante.

Essa condição que pode ser distorcida e evitada, ao se fixar em um ponto que a necessidade de cessar a busca infinita e a angústia interminável encontra um ponto de fuga a serviço da ilusão. A estagnação pode ser empreendida em forma de ideologia que decreta o fim da perseguição do saber. "... saber exige a renúncia à certeza do sabido, querer a certeza implica a recusa de reconhecer que todo saber é coextensivo a um movimento contínuo." (AULAGNIER, 1990, p. 233)

A essa escolha se opõe, dissemos, aquela que permite uma perversão do saber para colocá-lo a serviço da ilusão e do prazer. Perverter sua relação com o saber, se isso não é apanágio do perverso em sentido estrito (tudo quanto pode ser designado sob o termo ideologia, está aí para nos lembrar disso), será, no entanto, por razões de clareza, ao discurso perverso que recorreremos para explicitar nosso pensamento. (AULAGNIER, 1990, p. 236)

O discurso imposto serve como instrumento de dominação e violência. A busca contínua e infinita pelo saber encontra a oposição do saber cultural que é aliada da estagnação e da submissão, a ser questionada e subvertida para que o caminho do novo seja possível.

A análise dos limites que nesse registro o Eu pode atribuir à dúvida, o espaço que ele deve reservar a um núcleo de certeza, o lugar que pode dar ao erro e à mentira, sugerem uma outra compreensão dos diferentes “destinos” acessíveis ao Eu, e convidam a entender de outro modo aquilo que separa razão e delírio. A razão, qualquer que seja o conceito que cada cultura designa por esse termo, implicará a aquisição pelo Eu de um discurso que aceita aquilo que o saber cultural impõe como reconhecimento da realidade – quer se trate da realidade do Eu ou do mundo que, além do mais, são interdependentes. (AULAGNIER, 1990, p. 235)

Da mesma forma, deve-se considerar que há um modelo que se espera que o sujeito siga e dê continuidade. Dentro dos enquadres culturais, o sujeito deverá encontrar um caminho entre o que é dado pelos outros e o que ele compreende singularmente e interpreta. Há sempre a atração por uma certeza proposta que deve ser superada. Assim mesmo, não deixa de estar e agir dentro de um contexto dado.

Cada cultura dá um modelo diferente em relação à realidade, tal como ocorre com as referências identificatórias do Eu. No entanto, de forma oposta, o tipo de relação que se deve estabelecer entre o Eu e o modelo que o discurso propõe para ele mostra-se universal. Assim, considera-se que este último mantém sempre uma função metapsicológica.

[...] é preciso então concluir que o princípio de realidade não pretende ser a definição de nenhum real objetivo: ele não é mais que o conjunto de categorias às quais o processo secundário deve se curvar a fim de ter conhecimento de uma realidade – do corpo, do mundo e da psique – que o Eu encontra, investe, remodela, interpreta, mas que não é sua construção autônoma.” (AULAGNIER, 1990, p. 245)

A busca de saber não é separável de um projeto de verdade, quer se trate do discurso cotidiano ou do discurso teórico. Está sempre condicionada à realidade em que se insere e da forma como essa se apresenta a ele. Fala-se sobre um objetivo de verdade possível ao sujeito.

Se a aptidão para a transferência se revela assim uma consequência geral da relação do sujeito com o discurso e da relação desse último com a realidade, a aptidão para interpretar é um corolário igualmente fundamental. Mais que de aptidão, seria preciso falar aqui de

exigência. O processo secundário, isto é, a atividade de pensar como obra do Eu, é um prodigioso trabalho de interpretação operado sobre o conjunto do percebido” (AULAGNIER, 1990, p. 237)

Dessa maneira, a forma como a realidade é percebida pelo sujeito determina sobre qual “saber” se busca e necessita para suprir as “pulsões de conservação” e para que elas sejam bem sucedidas. A realidade, como é percebida, abrange os elementos necessários para que o ego possa agir de forma eficaz, de forma que o sujeito encontre no real aquilo de que necessita para sua sobrevivência e supra suas necessidades.

A compreensão da realidade corresponde a imagens identificatórias de quem a compreende como tal, ou seja, pela consideração do sujeito. Portanto, elas são mutantes de acordo com as diferentes construções e fases do sujeito em relação. No entanto, toda mudança carrega uma dificuldade, pois deve-se superar a realidade anterior, com a necessidade de seu luto.

O modelo de realidade tem como corolário uma imagem identificatória do Eu, um momento de sua história perdida mas todavia não desinvestida, a reconstrução dos diferentes modelos caminha junto com a reconstrução das fases e aventuras do processo identificatório.” (AULAGNIER, 1990, p. 251)

Sem o novo, na clínica realizada nas instituições públicas e práticas em saúde coletiva, como é a preocupação neste trabalho, há o risco de sucumbir à crença ideológica.

O profissional ou trabalhador da saúde mental pode auxiliar na compreensão dos elementos culturais na adesão a uma forma de liberdade. No entanto, não está a seu alcance exclusivo dar uma nova definição da realidade que independa das determinações culturais; não cabe a ele, até porque seria contraditório, possibilitar uma autonomia frente à cultura.

A ação do analista ou do promotor de saúde que busca a construção de alguma autonomia ao sujeito analisado deve ser a possibilidade de alargamento de seu saber identificatório, a aquisição de novas referências e reconhecimento de desejos inconscientes como causa da esquiva ou do impedimento de modificação de significações e de possibilidades de transformação. Trata-se de um movimento de resistência que desafia a verdade posta. Mesmo considerando a necessidade da

realidade cultural como referência, deve-se expor as ilusões e desvios derivados dela.

A liberdade de pensar descobria um novo tirano lá onde menos o teríamos esperado: a injunção de inovar, de se recusar a qualquer colocação à prova, graças ao que, ao terrorismo de um discurso que denuncia como culpável de lesa-liberdade todos aqueles que pretendiam questionar a legitimidade de suas hipóteses. Donde também o fascínio por todo discurso teórico que apresente uma certa distância com relação à prática que, ou de imediato se declara não ter possibilidade de demonstração direta, ou que se pretende o inverso graças a um empréstimo abusivo e enganoso feito de outras disciplinas; o analista, agindo assim, esquece que se não puder economizar a ambição teórica, poderá ainda menos administrar bem o rigor em sua prática. Todo alçar de voo teorizante que leva de um modo ou de outro a esquivar a prova da prática é uma mistificação. (AULAGNIER, 1990, p. 249)

Por um lado, há a necessidade teorizante que se distancia da prática. De outro, há o perigo de se aplicar na prática pseudoconceitos caracterizados pelo senso comum que se justificam apenas pelo estabelecido ou pela obediência alienada a um discurso posto, não refletido.

O que efetivamente é desconfortável na posição analítica é não se poder escapar da necessidade de reinterrogar esses postulados que só podem manter seu estatuto provando sua conformidade com aquilo que a experiência traz de novo, na falta do que o analista cairá do lado da fé ideológica e da subserviência teórica. (AULAGNIER, 1990, p. 250)

É preciso compreender e aceitar as limitações para o agir consciente a esses determinantes possibilitando outras experiências de prazer, como o saber. Trata-se da economia de investimento na busca do prazer de saber frente ao sofrimento que dispensa outro prazer dado, no caso, por uma suposta estabilidade e segurança, além de vivenciar experiências de angústia frente ao objeto do saber. “Pensar, investir, sofrer: os dois primeiros verbos designam as duas funções sem as quais o Eu não poderia nem advir, nem preservar seu lugar na cena psíquica; o terceiro, o preço que ele deverá pagar para tanto.” (AULAGNIER, 1990, p. 285)

Deve-se considerar a constituição do sujeito e as pulsões para entendermos os processos que interdita as modificações pelo Eu. A pulsão de morte leva ao desinvestimento, também de criar e transcender um estado. O investimento no objeto, tal como o saber, é abandonado. “A meta última da pulsão de morte seria o desaparecimento da totalidade de suportes cujo investimento é concomitantemente a manifestação, a exigência e a meta, das pulsões sexuais.” (AULAGNIER, 1990, p.289)

O sujeito só reconhece a realidade desde que um sofrimento, seja ele ameaças ou impedimentos, prove a autonomia desse espaço, inclusive de ação sobre ele.

A busca da descoberta implica em uma díade entre certeza e verdade. A certeza impede o devir do novo, pois a dúvida é condição para descobrir o diferente, em busca do conhecimento que deve contemplar as lacunas a serem consideradas e apreendidas. “[... binômio realidade-saber e que não pode ser confundido com o de certeza do qual é antinômico, sendo próprio da certeza a rejeição do atributo da verdade: a questionabilidade”. (AULAGNIER, 1990, p. 236)

É preciso então concluir que o princípio de realidade não pretende ser a definição de nenhum real objetivo: ele não é mais que o conjunto de categorias às quais o processo secundário deve se curvar a fim de ter conhecimento de uma realidade – do corpo, do mundo e da psique – que o EU encontra, investe, remodela, interpreta, mas que não é sua construção autônoma. (AULAGNIER, 1990, p.245)

É próprio do homem a luta psíquica entre, de um lado, os desejos de descobrir e, de outro, os de esconder. Deve-se considerar o conflito interno entre o desejo de conhecer e o de negar o diferente. O processo de busca de conhecimento implica num inevitável sofrimento, pois está presente o risco do abandono da fantasia idealizada. De outro lado, há a necessidade de diferenciá-la da realidade a ser conhecida.

Se considerarmos o trabalho psíquico graças ao qual o Eu consegue estabelecer uma ligação entre essa experiência e suas causas, nos admiraremos com o lado compósito dos mecanismos aos quais

apela: invenção, repetição, desejo, sonho, busca de conhecimento, esquecimento, negação...

Será neste estranho amálgama que eu veria a causa, e desta vez acrescentaria: necessária e suficiente, dessa parcela de loucura e dessa parcela de gênio, desse desejo de verdade e dessa necessidade de se cegar, que são próprias do homem, de seu pensamento, de seu desejo. (AULAGNIER, 1990, p.309)

Para investir no novo projeto o homem deve enfrentar o dilema entre a fuga das ameaças impostas e a realização do desejo de saber. Assim, a estagnação e o desejo são postos em oposição. Nesse conflito, há sempre a possibilidade de desinvestimento no desejo de se afirmar como produtor, conquistador, em sua atuação transformadora. Nesse caso, o sujeito recorre à negação, à repetição, à manutenção da fantasia. Há sempre a possibilidade da alienação do objeto de prazer. O desejo é recalcado, mas apenas porque existe, porque está presente.

Por outro lado, há a pulsão de perseguir o 'prazer de criar', de mudar, de descobrir. A primeira tarefa será a luta contra o movimento de desinvestimento impulsionado pela ameaça ao suporte e à preservação de sua vida psíquica. Põe-se em jogo as pulsões de vida (de investimento) e de morte (de desinvestimento). Nesse processo, há uma relação intrincada entre representação, prazer e investimento, que se constituirá em uma economia a ser considerada em toda a sua existência.

O investimento deverá sempre encontrar um suporte psíquico que o sustente e o alimente, como um desejo inegável e inalienável de viver e ser no mundo, o que compreende esta busca constante. Será necessário um combate incessante contra a imposição do sofrimento, que provoca o retrocesso, o recuo, a retirada do investimento.

Ao longo desse percurso, elementos internos se contraporão a outros externos. Quais são seus verdadeiros interesses? Um investimento que buscará sustentar, em nome do qual enfrentará o sofrimento inevitável, o que lhe garantirá prazer.

Pensar a pulsão é não apenas tornar pensável aquilo que por "natureza" escaparia desse estatuto, mas é também aceitar conhecer a dependência do pensamento às leis econômicas das quais o "Eu

pensante" descobre a inelutabilidade e a indiferença, a ignorância, a cegueira de que dão provas co relação a *seus* alvos, *seus* interesses, *suas* finalidades. (AULAGNIER, 1990, p. 287)

Focando na atuação em saúde mental, como um enquadre e um objeto de investimento, pode-se considerar o conflito entre a pulsão de criação e de negação como um processo que opera na economia psíquica de cada pessoa a qual deve traçar seu caminho e operar suas escolhas a partir de sua existência.

Pode-se sucumbir ao sofrimento e desinvestir no novo e diferente conhecimento a descobrir, conhecer e construir. Por outro lado, o investimento na perseguição do saber pode se manter constante, garantindo sua existência e sua cidadania. Mesmo que o sofrimento nunca esteja ausente, e alguns recuos ocorram.

6 INSTITUIÇÃO E SUBJETIVIDADE: OS PROCESSOS PSÍQUICOS

6.1 INTRAPSÍQUICOS E INTERSUBJETIVOS: O GRUPO

Os estudos sobre grupos com base psicanalítica, especialmente a partir dos anos 1970, seguem diferentes percursos: um que busca compreender as construções e processos que ocorrem no espaço grupal; e o outro que considera o grupo em suas funções fóricas, de representação assumida por seus membros dentro do contexto e da estrutura grupal. Por exemplo, como porta-voz, porta-sintoma, bode expiatório, entre outros. Ambos têm interessam neste trabalho.

Pichon-Rivière explora as funções fóricas, expondo relações de adjudicação e assunção de papéis, quer de porta-voz, quer de bode expiatório. Esse autor expõe uma compreensão do grupo, como próprio do desenvolvimento da Psicologia Social, considerando o homem na vida cotidiana. Ele pretende se debruçar sobre a gênese dos fatos e processos sociais, focando a relação entre o mundo interno do sujeito e a estrutura social, a partir da abordagem da noção de *vínculo*, pelo qual a constituição do sujeito se dá na interação entre indivíduo, grupos e classes.

S. H. Foulkes compreende o grupo como um todo, um fundo, no qual o homem, como as partes, as figuras se inscrevem e se caracterizam. Ele chama de *grupanálise* essa corrente de visão sobre a relação do grupo e o homem, constituindo um método de verificação das formações e processos psíquicos que se desenvolvem em um grupo.

Bion defende a existência de uma mentalidade de grupo, que é constituído por conteúdos inconscientes grupais, tal qual desejos compartilhados pelos seus membros. Nomeia *grupo de trabalho*, aquele em que se busca a organização para a comunicação e realização de tarefas conjuntas, a partir da representação coletiva do objeto e do objetivo comum. Enquanto o *grupo de base* no qual há o predomínio dos processos primários referentes aos estados emocionais que caracterizam o grupo, qualificados por *três pressupostos básicos*: dependência, ataque-fuga e acasalamento.

Bleger diferencia duas formas de relação no grupo: a primeira, em que a relação consiste em uma não-relação, constituindo uma base para todo o grupo e para as relações de cada sujeito. Trata-se da fundação sobre o qual constrói o grupo. Não há ainda subjetivação do sujeito, pois as partes dele não são diferenciadas. Não há individuação, portanto os membros não adquirem singularidade. Chama esse tipo de relação de *sociabilidade sincrética*, que abrange a noção de *núcleo aglutinado* constituído pelos primeiros conteúdos da psique do bebê. Tal núcleo constituiria a base para as futuras relações grupais, com os pais, a família e os outros grupos e instituições aos quais pertencerá e se aliará durante a vida.

Já a *sociabilidade por interação* compreende as relações intersubjetivas, onde ocorrem os processos de construção do indivíduo e da identidade na relação com o outro, diferenciando-se.

Didier Anzieu propõe que o grupo consiste em um espaço onde os desejos inconscientes podem se realizar, como em um sonho, lugar onde operam os processos inconscientes.

Algumas representações coletivas do grupo são fortemente idealizadas; fazem do grupo o depositário de alguns valores; fornecem sobre ele esquemas prontos, dos quais é difícil se livrar até na abordagem científica desse domínio. (ANZIEU, 2002, p. 35)

Para Anzieu, o grupo é um lugar de fomentação de imagens. A partir do agrupamento de seres humanos, os objetivos, crenças e organização, sentimentos e emoções são compartilhados, o que lhes dá uma impressão de unidade. Tais emoções podem suscitar diversas reações em membros do grupo, que podem ser de defesa contra os sentimentos vividos como ameaçadores, enquanto outros se submetem aos sentimentos oriundos do grupo ou mesmo são vivenciados com entusiasmo e alegria.

Segundo o autor, podem se autorregular ou provocar a instabilidade entre seus membros. Também, os grupos devem contar com outros grupos para que se regulem e funcionem em um contexto mais amplo que compreende diferentes agrupamentos que estejam se relacionando.

O grupo pode ser vivido como realização de desejos de seus membros, da mesma forma que podem constituir em fonte de angústia dos integrantes. Possui, assim, caráter tanto de sonho como de sintoma, associando desejos e defesas que permanecem incompreendidos, inconscientes.

Kaës (1997) parte da ideia de que há um aparelho psíquico grupal com uma realidade psíquica correspondente. Consistiria em um dispositivo e um processo de ligação e transformação do sujeito. Propôs, assim, o modelo do aparelho psíquico grupal, como forma de compreender a relação entre sujeito e o grupo.

Segundo ele, o grupo consiste em objeto sobre o qual se deposita representações inconscientes e catexia de pulsões, que são sustentadas por organizações psíquicas inconscientes dos vínculos com o grupo e do aparelho psíquico grupal, descritas como grupos internos.

O grupo funcionaria como encenação dramatizada, onde se externam objetos e processos do mundo interno. É, também, espaço para a realização de elementos inconscientes como “experiência de dependência, de defesa contra maus objetos, de expectativa messiânica... de proteção contra a solidão e o medo, objeto das expectativas crenças, da partilha de ideais comuns e de ilusões, lugar de estruturação das identificações, espaço “em que o Eu pode ocorrer”, conteúdo metapsíquico, espaço em que se estabelecem as alianças inconscientes estruturantes, defensivas, ofensivas ou alienantes etc.” (KAËS, 2014, p. 119-120)

Na relação do sujeito com o grupo é que surge a questão do sujeito do inconsciente. O autor considera o caráter determinante dos elementos inconscientes do grupo sobre o inconsciente dos sujeitos, que se observa no fim do recalque e dos mecanismos de defesa arcaicos que o grupo, em sua formação, determina aos seus participantes.

A relação entre os processos intrapsíquicos e intersubjetivos que se realizam no contexto grupal e institucional é fundamental na compreensão dos fenômenos de produção e reprodução de discursos e práticas que se baseiam e se justificam por uma pretensa promoção de autonomia como empoderamento do sujeito.

O que chamo de aparelho psíquico do agrupamento, alianças inconscientes e cadeia associativa grupal são construções

destinadas a explicar essa organização específica das formações e dos processos psíquicos inconscientes mobilizados na produção do vínculo e do sentido. Poder-se-á pôr à prova a validade dessa hipótese a respeito daquilo que, nas instituições, funciona como o organizador psíquico inconsciente, como sintoma partilhado ou como significante comum. (KAËS, 1991, p. 11)

Com a inserção em uma instituição, o sujeito assume valores, crenças e ideias, antes estabelecidas e já aceitas como verdade dentro da ordem institucional. A partir do momento em que se inscreve em uma dada estrutura e passa a ser constituinte da mesma, a diferenciação entre o indivíduo e o grupo dificilmente é percebida, já que ambos se confundem. O integrante do mesmo modo que busca sua preservação, também dirige seus esforços para a continuidade da instituição.

O homem, para constituir sua identidade e se inserir no mundo deve se inscrever em grupos e instituições, selando contratos coletivos, que pressupõem a renúncia à realização de fins pulsionais. Nesse processo, inclui-se o contrato narcísico e as alianças inconscientes, mecanismos de autopreservação e constituição. Ressalta-se o pacto denegativo, que garante pelo conteúdo recalcado, os interditos, as crenças e certezas. Tais representações se originam e circulam nas relações intersubjetivas e no diálogo com o grupo, tal como com o mundo exterior, tendo fundamental importância na diferenciação entre a dimensão interna e externa do sujeito, processo determinante na construção identitária, que se dá pelo pertencimento a certos grupos e na forma das relações com os outros.

[...] o contrato narcísico mantém com o poder e a autoridade (culturais, religiosos e políticos), esses por sua vez, fundamentados também, em avalistas metassociais. Entre esses avalistas, o mito e a autoridade desempenham um papel fundamental.

O contrato narcísico inclui esses avalistas naquilo que os constitui: o discurso de certeza fundamentado na autoridade. É ele que confere o caráter de argumento indiscutível, sagrado e universalmente reconhecido que prevalece sobre tudo o mais. Essa autoridade dos valores recebidos deve suscitar a adesão; ela participa por sua vez da organização da relação social e da estruturação psíquica. (KAËS, 2014, p. 68)

A inserção do sujeito no grupo confere duas realidades: uma que se dirige à realização de seus desejos pulsionais, como imperativo em vista ao objeto; por

outro, há a emergência do contrato narcísico que presta à sua preservação no grupo e diante de seus pares, determinante para a continuidade coletiva.

O sujeito está sob o efeito de uma ordem que o obriga e o constitui na realidade psíquica: o inconsciente, a linguagem, o grupo, a cultura.

O sujeito do grupo constitui-se como sujeito do inconsciente segundo essas duas determinações que decorrem de sua “abertura” do lado da exigência do objeto, geradora da descontinuidade, e do lado da exigência narcísica, geradora de continuidade. (KAËS, 1997, p. 275)

O grupo e as instituições se constituem em base para o narcisismo primário e secundário, como instinto de autopreservação. De forma sucinta e superficial, pode-se dizer que o narcisismo primário se refere ao próprio indivíduo indiferenciado da mãe. Enquanto que no narcisismo secundário, as relações com os objetos do mundo, com o indivíduo são centrados em si mesmo. O Ideal do Ego aparece como exigência para a continuidade, tanto do sujeito como do conjunto por conta do qual o constitui, já que estabelece as bases para a sobrevivência de todos os aspectos do sujeito e do grupo. No trabalho psíquico, o sujeito deve passar por um desprendimento do alicerce do grupo, o que constitui a construção conjunta do sujeito e do objeto. Originam-se daí as formas como as relações com os objetos e com o mundo se caracterizam.

Ele é portador de um lugar em um conjunto e, para assegurar essa continuidade, o conjunto deve, por sua vez, investir narcisicamente esse elemento novo. Esse contrato designa a cada um certo lugar que lhe é oferecido pelo grupo e que lhe é significado pelo conjunto das vozes que, antes de cada sujeito, manteve um certo discurso conforme ao mito fundador do grupo. O discurso inclui os ideais e os valores; ele transmite a cultura e a palavra de certeza do conjunto social. Cada sujeito deve, de certa maneira, retomar esse discurso por sua conta. Por ele o sujeito fica ligado ao Ancestral fundador. A função identificante do contrato narcísico é assim posta em evidência. (KAËS, 1997, p. 263).

Kaës expõe que a função das instituições por meio do contrato narcísico, do pacto denegativo e das alianças inconscientes é necessária como intermediário das relações entre os sujeitos. A partir de renúncias pulsionais é garantida a

sobrevivência de cada indivíduo, que depende da continuidade das instituições e de seu papel mediador.

[...] Pode-se entender, portanto, a identidade e a vinculação apoiadas sobre um fundo coletivo. O acordo coletivo e inconsciente afiança o grupo e, para tanto, mantém para fora, no desconhecimento, através da função do recalque, aquilo que deixaria em ameaça as condições sociais e psíquicas da vinculação. (KAËS, 2005, p. 130)

No movimento de auto conservação, as alianças inconscientes são formadas como instrumento de constituição do indivíduo e do grupo. Possuem um caráter de suporte para o estabelecimento de relações e da forma como o sujeito se inserirá no mundo social.

As alianças inconscientes desempenham seu papel na formação inconsciente no espaço intrapsíquico, mas também nos processos pelos quais o sujeito pode se pensar e se dizer como um Eu: nesse sentido, o reconhecimento e esclarecimento das alianças inconscientes que teceram o sujeito do inconsciente, no seio das quais ele assumiu seu lugar, é um dos aspectos mais importantes de subjetivação. Sustentar que as alianças inconscientes criam o inconsciente é optar pela concepção do psiquismo aberto para o inconsciente do outro, e até para mais que um outro. (KAËS, 2014, p.49)

Segundo Kaës (1993), o espaço intersubjetivo, também é lugar do funcionamento inconsciente. Por meio das alianças, contratos e leis fundamentam as relações intersubjetivas e sociais.

As alianças inconscientes como formações psíquicas bifaces são duplamente organizadas. São formações intermediárias. Elas satisfazem certos interesses dos sujeitos considerados em sua singularidade e às exigências próprias à sua manutenção da ligação, do vínculo que esses sujeitos contratam e que os associam nos conjuntos. (FERNANDES, 2005, p. 130)

A partir do momento em que o sujeito passou a ser um “trabalhador da saúde mental”, teria passado a compartilhar com os outros membros, um contrato que

implica obrigações, tal como de defender e preservar o grupo, e gratificações, que são esperadas.

O contrato, através do grupo, atribui e oferece um lugar a cada um e esse lugar é *significado* pelo conjunto de vozes que o antecederam, conforme o discurso do mito fundador do grupo. O contrato designa o que está no fundamento da relação entre sujeito/sociedade, indivíduo/conjunto, discurso singular/referência cultural. O pacto como entende Kaes é o resultado de uma paz imposta, diferentemente do contrato. (FERNANDES, 2005, p. 131)

Assim, seria possível ver que os discursos na área da saúde mental são muito semelhantes e fundados nas mesmas crenças, valores e costumes. Por constituírem alianças inconscientes, os processos não são acessados, permanecem ocultos. Da mesma forma, comportamentos e condutas são delimitados pela estrutura compartilhada, o que faz com que sejam estereotipados e repetitivos, com pouca possibilidade de superação.

Frente ao cenário a ser analisado, restaria ao usuário a reificação e a submissão, pois as possibilidades de se comportar de outra forma lhe seriam negadas. O que deve ser, aqui, salientado, é que o praticado constituiria o oposto do que é defendido apenas no nível do discurso, que encobre tal realidade. Em nome da promoção de autonomia, seriam produzidas e reproduzidas formas de dependência a uma ordem instituída e institucionalizada. Contra possíveis ataques ao ego, que define o sujeito das alianças inconscientes, no caso, como detentor do saber técnico, bem feitor e promotor de autonomia e saúde mental, seriam utilizados mecanismos de defesa como o recalque.

Tais conteúdos deveriam permanecer velados, inconscientes. Não devem vir à tona. “Essa exigência de reparação vem no lugar do pensamento da mudança catastrófica que seria o retorno do recalcado”. (KAËS, 2011, p. 205). O trabalhador da saúde mental teria que encarar a realidade recalçada, constituída pelos processos de sujeição ao grupo, assim como a crise de suas crenças transformadas em *ideologia*. Teria que questionar sua identidade como tal, pois acreditando que promove *autonomia*, na realidade promove *heteronomia*.

6.2 GRUPO E ALIANÇAS INCONSCIENTES: PACTOS E CONTRATOS

Desde a origem da vida psíquica, nos primeiros momentos de vida no mundo, o sujeito forma laços com a mãe, a família e a comunidade. Ao se ligar a uma ou mais pessoas, alia-se a elas e contrai alianças que são firmadas sobre bases psíquicas comuns e compartilhadas. Ao se inserir em alianças, ele assume obrigações e sujeições, da mesma forma que confere gratificações e satisfações. Especialmente, trata-se da garantia da sobrevivência e autopreservação. Considera-se que toda experiência psíquica se baseia no encontro com o outro. Inicialmente, com a mãe, portadora das prescrições da comunidade e do grupo, agente repressora das pulsões, representante da função paterna e social. A aliança inconsciente possui função intermediária entre o representado pelo grupo que é recalçado e, assim, a formação do inconsciente. Dessa forma, tem papel central na inauguração do processo de inscrição no mundo e instituição da aparelhagem psíquica. Ao considerar que as alianças inconscientes são fundamentais para a constituição do sujeito, admite-se que a concepção do psiquismo compreende a conexão com o inconsciente do outro e de outros.

As noções de contratos, de pactos e de leis estão no coração da intersubjetividade e da sociabilidade. A lei transcende as alianças e se impõe como garantia da ordem humana, estruturando as relações de desejo e de interdição entre os sujeitos. (KAËS, 2005, p. 124)

O contrato se refere à constituição do sujeito do inconsciente, o que designa a relação entre o sujeito e a sociedade, individual e grupal, e entre o singular e o cultural e na relação com o outro pode organizar os vínculos e o conjunto transubjetivo. Cada sujeito vem ao mundo já inserido em alianças, formas e instituições, já existentes, que os recebem e os capturam. Tais estruturas que os precedem são transmitidas de geração em geração, entre os pais e a sociedade em que o sujeito está inserido. Algumas são reproduzidas e perpetuadas, outras podem ser transformadas por meio de rupturas e criação.

As alianças, as estruturas, as formas e os conteúdos das alianças nos precedem: viemos ao mundo dentro de alianças já pactuadas por nossos predecessores, entre nossos pais, entre eles e seus próprios pais, entre o grupo do qual eles fazem parte e cada um deles. Isso quer dizer que as alianças inconscientes produzem seus efeitos para além da vontade dos sujeitos, das circunstâncias e do momento em que elas são efetivadas. Elas são transmitidas de uma geração para outra, com ou sem transformação, algumas são repetidamente reproduzidas, outras são rompidas e modificadas. (KAËS, 2014, p. 56)

As alianças inconscientes carregam o interesse mútuo dos membros. Elas são constituídas de processos identificatórios compartilhados sobre o que pode servir ao próprio sujeito e aos outros do grupo. No entanto, tais interesses permanecem inconscientes a partir das alianças. Sob o efeito da identificação, além de características psíquicas dos sujeitos, sejam particulares sejam comuns, outras formações são estabelecidas de forma compartilhada. A inscrição em uma ordem, por exemplo, como a hierarquização das relações e discursos. As identificações mútuas são condição e resultado das alianças. Elas possuem diversas funções: “experiência básica de segurança, realização de desejos, aceitação de interditos ou proibições, reforço de defesas ou facilitação de transgressões.” (KAËS, 2014, p. 48)

O pacto de renúncia entre os membros da comunidade, estruturado e regulamentado pela autoridade, reprime a realização imediata das pulsões, dando lugar ao pensamento e vínculo.

Kaës distingue as alianças inconscientes em três categorias: as estruturantes, que se referem à renúncia de pulsões destrutivas em troca da garantia da sobrevivência na comunidade. Trata-se do contrato narcísico, com função estruturante da psique do sujeito que se inscreve nos grupos e nas instituições, constituindo sua identidade. Consiste em contrato, pois ele supõe obrigações, compromissos e gratificações. Há uma missão a ser cumprida desde o momento em que o sujeito surge no mundo; as alianças defensivas, caracterizada especialmente pelo pacto denegativo, do qual resultam processos alienantes e patológicos; e as alianças ofensivas ou de ataque, pelas quais os membros se aliam em busca de aniquilação do outro ou pela supremacia do grupo.

As alianças inconscientes se originam a partir dos processos primeiros do aparelho psíquico. O que não pode ser aceito é recalcado por todos e depositado no

grupo. Esses elementos inconscientes formarão o inconsciente grupal. Serão objeto de uma aliança inconsciente uma vez que cada membro negue os desejos e afetos e os mantenham assim, em forma de acordo inconsciente mútuo. As alianças inconscientes exercem papel fundamental na constituição do inconsciente do sujeito, na relação com o outro ou outros ou o conjunto de outros.

Todo homem que vive e convive em grupo, que se organiza a partir de instituições e se desenvolve nas relações sociais, está sob o efeito de alianças inconscientes, constituindo-se como sujeito do inconsciente. Pode-se dizer que as alianças inconscientes consistem tanto em um processo como meio de realização de objetivos inconscientes. As alianças inconscientes produzem o inconsciente, de modo que ela mesma permanece inconsciente.

A inserção do sujeito no mundo passa pelos contratos narcísicos, pelos quais cada indivíduo busca a garantia de sobrevivência e pertencimento social. O compartilhamento da realidade social exige o recalque de desejos, assim como a aceitação de leis e regras para o convívio coletivo. A existência se define pelo grupo mãe-filho e se desenvolve a partir de outros aos quais se associa ao longo da vida, por onde se dá a subjetivação e desenvolvimento da identidade.

O critério principal a ser levado a sério é o seu caráter inconsciente: elas mesmas inconscientes e a produzir o inconsciente uma vez que os interesses mais profundos de cada um dos sujeitos envolvidos na relação devam permanecer para eles inconscientes, para preservar ao mesmo tempo a relação, seu objeto e os sujeitos que a constituem. As alianças adquirem seu caráter inconsciente pela estrutura e pelas funções que elas realizam ou pactuam; elas permanecem inconscientes uma vez que o exige o interesse de seus sujeitos e os membros de sua relação. (KAËS, 2014, p. 47)

O sujeito, ao se sujeitar e se aliar a grupos, define seus pares com os quais se identificará. Os processos que se iniciam na primeira infância se estendem por toda a vida. Cada sujeito herda alianças necessárias a sua própria sobrevivência, suporte para a formação da identidade, que pode ser pouco mutante ou, capaz de se transformar ao longo da vida. Pode-se traduzir as possibilidades em termos de submissão ou de subversão do que é determinado pelo instituído no grupo ao qual pertence. O diferente ao qual é determinado pode ser impedido ou perseguido, a

partir dos contratos que podem servir como base para a superação ou, para um estado de conservação que resulta em paralisação.

As identificações mútuas são ao mesmo tempo as condições e os resultados das alianças. Elas se desenvolvem em diferentes registros: são narcísicas, imaginárias objetais, simbólicas ou edípicas. As funções que elas realizam ou satisfazem a serviço da aliança são também diversas: experiência básica de segurança, realização de desejos, aceitação de interditos ou proibições, reforço de defesas ou facilitação de transgressões. (KAËS, 2014, p. 48)

Tanto o recalque, quanto a negação, como a forclusão são demandados a partir de processos que envolvem cada sujeito ou do conjunto dos sujeitos, do grupo ou instituições.

O homem ao se inserir no mundo renuncia à realização direta das pulsões destrutivas, que são sublimadas. Submete-se a um contrato que possui função estruturante na formação psíquica. Sujeita-se às leis e às estruturas institucionais, que regula as relações sociais, que terão suporte na cultura. A inscrição e assunção do elemento cultural e da vida em comunidade garante a organização da sociedade e a convivência dos homens, dando origem ao Estado de Direito como regulador das relações institucionais e interpessoais. Tanto a regulamentação comunitária como a renúncia pulsional agem sobre os processos intrapsíquicos e intersubjetivos de forma definitiva.

Poder-se-ia considerar que as denegações e recalques durante a vida, nas relações grupais e institucionais, têm origem no recalque originário ou possuem forte elo com ele, como extensão do instinto de preservação dado pelas alianças e mútua renúncia de desejos, que são inacessíveis por não poderem ser significados.

As alianças são estruturantes à medida que garantem a inscrição do sujeito nos grupos e instituições, tal como sua sobrevivência e da própria coletividade. São as bases para as relações do sujeito no mundo e de sua constituição como sujeito nas relações intersubjetivas e constituição intrapsíquica, como ser social. Servem ao propósito de viver, seja como continuidade, seja como criação.

As alianças são estruturantes num duplo sentido: elas estruturam o espaço específico do sujeito e o das relações, qualquer que sejam as configurações destas. Considerá-las como estruturantes significa que reúnem, agenciam, diferenciam e constroem a matéria psíquica (suas formações e seus processos) e a realidade psíquica que resulta disso, no espaço interno e no espaço das relações. (KAËS, 2014, p. 59)

O contrato narcísico originário se dá na relação herdada, intergeracional, que se refere à conservação da espécie humana. O contrato narcísico primário é estabelecido no contexto social, a partir do processo de economia entre renúncias de desejos, autopreservação e continuidade do grupo.

Trata-se da base da estrutura necessária ao sujeito para se inscrever socialmente, já que ela suportará a constituição interna e a definição da identidade intrapsíquica e intersubjetiva que se traduzirá na forma como o sujeito se apresenta e é reconhecido social e individualmente, de forma indissociável.

O contrato narcísico inclui esses avalistas naquilo que os constitui: o discurso de certeza fundamentado na autoridade. É ele que confere o caráter de argumento indiscutível, sagrado e universalmente reconhecido que prevalece sobre tudo o mais. Essa autoridade dos valores recebidos deve suscitar a adesão; ela participa por sua vez da organização da relação social e da estruturação psíquica. (KAËS, 2014, p.68)

A partir dos contratos e da forma como os indivíduos se sujeitam a eles, será possível compreender os processos de negações coletivas ou rupturas com tais contratos, o que poderá definir as possibilidades de continuidade e desenvolvimento.

É, portanto, por meio de uma instância da cultura que a aliança realiza uma dupla função estruturante, para o contexto social e para o sujeito – o sujeito “social” e o sujeito “psíquico”, o sujeito do inconsciente. No âmbito dessa dupla função, a aliança desempenha o papel de avalista e de terceiro simbólico que confere a essas alianças um caráter estruturante. Ao contrário, sua falta as transforma em alianças patógenas, alienantes ou perversas. Essas três alianças têm, a partir disso, efeitos muito significativos sobre a formação do inconsciente do sujeito. (KAËS, 2014, p. 81)

Tomando a questão de autopreservação do sujeito que depende da continuidade do grupo que o sustenta, a tendência é de que os grupos e agrupamentos se formem e se mantenham. Não só os conteúdos recalçados mutuamente permanecem inconscientes, mas também as próprias alianças e os vínculos fundados nelas.

Dessa forma, a partir das alianças inconscientes pode-se verificar de que forma o sujeito se constituiu, tal como os processos intrapsíquicos e intersubjetivos, de estabelecimento dos vínculos e inserção e formação da identidade social. Considerando que as alianças inconscientes surgem do recalque mútuo de desejos e afetos, exigidos no contrato de renúncia, seria possível verificar que as alianças defensivas constituem componentes na estruturação da vida em sociedade, já que a necessidade de pertencimento a grupos como garantia da existência na comunidade se estendem por toda a vida.

É a partir dessas alianças que os vínculos são estabelecidos, acomodando formações e processos psíquicos. As alianças inconscientes defensivas tendem a permanecer inconscientes e preservadas. No entanto, essas não estão sempre impedidas de serem desveladas, o que é necessário para a descoberta do oculto e descoberta do novo. É a possibilidade de libertação de um contrato que prende o sujeito em dada estrutura compartilhada por seus membros. Trata-se da possibilidade da subjetivação, em que o sujeito pode se diferenciar dos outros e do grupo aos quais se alia.

As alianças defensivas são metadefensivas à medida que comportam as defesas do sujeito e sobre as quais operam os mecanismos defensivos que podem surgir do próprio sujeito ou dos processos intersubjetivos. Servem à autopreservação ou à realização de desejos interditos.

A aparição do contraditório das alianças ameaça a segurança prometida. O diferente fica impedido, pois a compreensão e questionamento do instituído nas alianças é negado, mantém-se inconsciente, quando o imprevisível na economia psíquica parece mais oneroso no que diz respeito a própria preservação e inscrição no mundo. Os riscos podem repelir qualquer mudança.

As alianças possuem resultados, em geral, de autodestruição, em ideias e compreensões delirantes, em retração do pensamento ou, mesmo em atos

perversos. É o que, comumente, se observa na construção de discursos disseminados, mas dispersos em termos de reflexão. Nas formas de cuidado decorrente de grupos sob a base de alianças inconscientes defensivas, como o caso dos trabalhadores da saúde mental, o delírio de construções e o encontro do novo, apenas reproduzem o instituído. Os limites impostos ao pensamento, quando há a impossibilidade da dialética e das contradições em direção à criação, caracteriza conduta perversa ao impor lógicas que servem à sua autopreservação, resultando no silenciamento do outro, usuário dos serviços, que é depositário das impossibilidades e impedimentos produzidos e reproduzidos pelas instituições e seus membros.

Não basta sustentar que as alianças inconscientes garantem a consistência psíquica inconsciente da relação para cada um dos sujeitos. Falta ainda compreender como as formações do inconsciente recalçado fazem seu retorno no sujeito e nas suas relações. O não representado e o não-representável são de difícil distinção entre eles, sendo que a análise das alianças inconscientes nos permite de um modo original abranger esses dois estados de formação inconsciente. Elas estariam sob efeito de dois grandes tipos de operações de defesa constitutivas do inconsciente: as operações de defesa por recalçamento em suas formas originárias ou secundárias e as que procedem da negação – solicitada ou rejeitada – forclusiva. A forclusão consiste na exclusão ou expulsão de conteúdos de afetos inaceitáveis “fora” do alcance da percepção e acesso do indivíduo. Sendo recusado, não pode ser simbolizado. Os pactos denegativos, como serão aprofundadas adiante neste estudo, compreendem, a negação do recalque, a impossibilidade de representação, constituindo alianças alienantes e patológicas.

As alianças condicionam as relações para que elas sirvam à negação e ao recalçamento. Impele e repele. Há elementos recalçados, não representados e elementos que não podem ser representados. Não são atingíveis. Não podem ser simbolizados. Diz respeito ao que é inexistente ao sujeito ou às relações. É invisível, é inefável, é a negação do que existe. Portanto, as alianças inconscientes são bases necessárias para a subjetivação e inscrição do sujeito na relação com outro e os outros. Como base para as relações intersubjetivas e a constituição intrapsíquica, é a partir delas que se definirão o desenvolvimento do sujeito em termos de segurança para a superação e criação, assim como a necessidade da estabilidade que impede

a transcendência e busca do novo, com a impossibilidade de criação. As alianças inconscientes conservam um conjunto de mecanismos de defesa para lidar com o negativo do funcionamento da vida psíquica individual e grupal.

No processo de transmissão dos contratos e seus elementos constituintes, surge o que não pode ser representado, anterior à dimensão inconsciente. Pode-se percebê-lo em nível individual, grupal ou institucional, pois constitui o negativo do que pode ser expresso ou manifesto. É refletido pelo silêncio ou pelo incompreensível ou não interpretável.

Nos grupos, as alianças inconscientes são compostas por elementos originados do recalçamento e concomitantemente à formação do inconsciente por meio da negação, da clivagem, da rejeição. No estabelecimento da relação, as alianças inconscientes são postas em ação, entre as quais o pacto denegativo, inicialmente exercendo papel de constituinte, uma condição para sua realização. A fase inicial do grupo é composta pelo conjunto de alianças inconscientes, estruturantes e defensivas.

As instituições demandam uma composição de diversas alianças inconscientes. Não se trata de um grupo ou um conjunto de grupos. Trata-se de um espaço específico com formações específicas, onde se estabelecem funções de forma ordenada em direção a um objetivo fundante. Citam-se processos estruturantes de hierarquização, diferenciação, transmissão de tarefas e reprodução dos elementos instituídos. As resistências frente à sua compreensão e apreensão, nas instituições, são potencializadas pelo fato de agregar, sobrepor e intrincar diversas alianças, não apenas de ordem psíquica, mas políticas, econômicas etc.

As alianças, contratos e pactos com função estruturante exercem o papel de base, de fundo, de meta para a estruturação da relação para todo sujeito. Há sempre um contexto psíquico e social sobre os quais as alianças e, portanto, as relações se desenvolvem. É sobre avalistas metapsíquicos e metassociais que as alianças se constituem. As instituições e grupos se formam e estão constantemente sob efeito das estruturas sociais e culturais. Assim, os processos sociais são estabelecidos a partir do enquadramento metassocial, incluindo os elementos que definem dada sociedade em que se inserem.

Os contratos de renúncia antecedem a todos e são reafirmados ao longo das gerações. Todo espaço psíquico de grupo e de instituições é constituído por esse tipo de formação metapsíquica, que estão subordinados às formações metassociais.

O contexto social, político e cultural, da mesma forma que define a forma como são estabelecidas as relações entre as pessoas, objetos e instituições, estende-se à relação com que os trabalhadores estabelecem com a saúde mental, suas práticas e o encontro com os usuários de serviços da área. O modo de vida caracterizado pela busca incessante de autopreservação frente ao iminente extermínio decorrente da competição entre os indivíduos leva a busca pela sobrevivência e autopreservação, apenas possível por meio de alianças e pertencimento a grupos estabelecidos e estruturados socialmente. A mudança representa um risco que não se permite correr. Deve garantir seu lugar na ordem. O agir automático e alienado, distante de seu próprio ritmo, mas de acordo com o tempo exigido, caracteriza todas as dimensões de sua vida, inclusive sua atuação profissional e visão do outro e do mundo. Ou, falta de visão. O encontro e a busca por ele é evitado. Tudo é mediado por imperativos pré-concebidos, desnaturalizando as experiências, cada vez mais superficiais, previsíveis e artificiais. Assim, as possibilidades de subjetivação são bloqueadas.

A ideologia surge como uma possibilidade de enfrentamento do caos psíquico do grupo frente à ameaça contida no diferente, instituindo uma unidade e unicidade organizadora. Com o intuito de manter a coesão do grupo, é estabelecida a posição ideológica sobre aspectos comuns compartilhados defendidos pelos membros, dos quais é exigido a alienação e sacrifício de algumas formações psíquicas. O pacto em uma crença ou em uma estrutura unitária protege contra a desilusão em relação ao que lhe dá suporte e contra a ameaça de destruição do que acredita e do que o organiza. O pacto sustenta uma posição ideológica constituída a partir de alianças inconscientes.

A partir das alianças inconscientes como intermediários, o sujeito poderá se posicionar de modo rígido, pela negação, pela não criação e pela não transformação e desenvolvimento, estabelecendo-se na estrutura de uma ideologia, que não avança, pois expressa a totalidade.

A continuidade é necessária ao estabelecimento do processo de criação que, por sua vez, é uma elaboração da descontinuidade. A sutura é da ordem da negação e da recusa. Pela negação, a ideologia garante um universo sem falhas. (KAËS, 2005, p .140)

7 O PACTO DENEGATIVO SUSTENTANDO A ILUSÃO DO DISCURSO INSTITUÍDO

O pacto denegativo é estabelecido com o intuito de preservar as necessidades defensivas dos sujeitos no vínculo e da manutenção desse vínculo. Possui dupla valência, organizadora e defensiva. Ele tem importante função nas alianças que fundam as relações e na forma como elas serão organizadas. De outro lado, ele possui aspectos que compõem as alianças alienantes. A primeira consiste no estabelecimento de espaço de agrupamento e construções conjuntas entre os membros contratantes, elo pelo qual se estabelecem ideias e crenças compartilhadas, identificações mútuas e objetivos comuns. Na face contrária, sob o efeito de diversos mecanismos defensivos, elas estabelecem processos de repressão, de negação, de desintegração e de rejeição.

O pacto estabelece o que não é possível ser consciente, significado. Surgem lacunas de silêncio, o negativo, que não pode ser simbolizado, significado ou acessado. Trata-se de um pacto sobre o negativo, para negá-lo. Constitui uma metadefesa, composta por “diversas operações defensivas: de recalque e denegação, mas também de negação, de desautorização, de rejeição ou enquistamento.” (KAËS, 2011, p. 204)

A partir da necessidade do cuidado das relações, o conjunto de defesas do sujeito e do sujeito no vínculo, atuam as metadefesas em prol do indivíduo e dos vínculos. Constituem elementos específicos e componentes das alianças inconscientes, desempenhando função fundamental na constituição da realidade psíquica do sujeito e dos vínculos com o outro ou outros. Tal função age tanto sobre os conteúdos inconscientes, como da própria aliança, tendendo à sua preservação e à repetição.

O negativo nas alianças inconscientes se refere ao que o sujeito e os sujeitos não podem suportar, como a falta, a castração, a separação, a perda, além da destruição, do impossível, do impensável, que são expulsos.

Kaës (2014, p. 120) propõe três modalidades de negatividade referentes ao pacto denegativo: a radical, que se opõe ao real, que não se realiza ou não tem

possibilidade de se realizar; a de obrigação, que diz respeito ao que se impõe e provoca a renúncia, à repressão, à negação; e a relativa que trata do devir, do que pode vir a ser.

Diversas formas de negatividade são tratadas pelo pacto denegativo: a negatividade radical, que se reporta ao real, àquilo que não pode ser, que não pode se realizar; a negatividade de obrigação que diz respeito àquilo que se impõe como exigência de repressão, de renúncia e de negação; a negatividade relativa que gera o pensamento daquilo que poderia vir a existir. (KAËS, 2014, p. 120)

Os vínculos podem ser construídos sobre a base do negativo, daquilo que é negado. Podem ser estabelecidas com o objetivo de evitar que a própria negatividade seja considerada, mantendo-a oculta e preservada. Tanto os conteúdos, como o próprio processo de negação são negados. Instaura-se, assim, nas relações, nos grupos e nas instituições, a ilusão em oposição à realidade ou, uma realidade ilusória.

A ilusão grupal, portanto, consiste de uma aliança dos membros do grupo para instituir e manter o imaginário transcendental da ideia, do ideal e do ídolo – isso é da ideologia – figuras do objeto primário para além do mal, da dor, do vazio e da morte. (KAËS, 1997, p. 111)

A noção de autonomia, como é proferido nos discursos e práticas em saúde mental, constitui uma construção histórica a partir de eventos e contextos que se sucederam como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Luta Antimanicomial, que buscavam questionar e transformar relações de poder e resgatar direitos negados aos “loucos”.

No entanto, as transformações oriundas desses movimentos minguaram e se enrijeceram dentro de um contexto social que se dirige ao impedimento da dialética e do surgimento do novo. As práticas se tornam reproduções com diferentes roupagens, mas pouco há de criação. “Aquilo que todo sujeito chama “saber” diz respeito a uma série de enunciados, ou mesmo a um único, que pretende dizer *uma* verdade sobre o objeto do qual fala.” (AULAGNIER, p. 236)

A serviço da preservação de um suposto bom funcionamento institucional ou do grupo (profissionais de saúde mental), as falhas e lacunas no modo de ver a realidade (o homem e o mundo), refletidas nas práticas e discursos, são veladas. O pacto denegativo deslocaria a incapacidade do grupo em refletir sobre a questão e suas possibilidades de realização para os impedimentos próprios da *loucura*, da *alienação*. Haveria a impossibilidade de admitir algo que ameaçaria a ordem do grupo, o que questionaria o próprio motivo de sua existência, que seria a promoção de tal autonomia aos loucos. O grupo e cada sujeito estariam ameaçados quanto à sua constituição. Dessa forma, algumas compreensões, construções e desconstruções são impedidas.

Chamo de pacto denegativo a formação intermediária genérica que, em qualquer vínculo – que se trate de um casal, de um grupo, de uma família ou de uma instituição –, conduz irremediavelmente ao recalque, à recusa, ou à reprovação, ou então, mantém no irrepresentado e no imperceptível, o que pudesse questionar a formação e a manutenção desse vínculo e dos investimentos de que é objeto. (KAËS, 1991, p. 27)

As construções pressupõem a subversão do estabelecido e a ruptura com o que é enquadrado. A criação constitui expressão que estava enclausurada pelos muros feitos de discursos institucionalizados. A subjetivação se torna possível quando as singularidades emergem pela contestação da unidade em direção à pluralidade que implica na existência dos diferentes. Cada pessoa é responsável por se expor ao novo e ir ao encontro dele. Nesse sentido, há uma busca pelo poder de gerir a si próprio e traçar caminhos emancipados dos determinantes que o envolvem.

Por meio do pacto denegativo, os membros do grupo de trabalhadores da saúde mental negam a angústia de não conseguirem promover o bem estar e transformações na vida do usuário. Ao invés de se falar sobre as falhas e as lacunas das formas de atuação, sem um propósito ou sem uma compreensão do que se propõe em sua atuação, o foco se volta para o usuário. O fracasso do projeto ao qual se dedicam é direcionado ao usuário, pois é ele que não consegue atingir tal autonomia. Não se admite que é o projeto da instituição que é falho, que produz alienação e submissão, tanto do usuário quanto do trabalhador. Não é possível

admitir que o *fio condutor* institucional, que suporta sua ação no cotidiano necessita de revisão e análise. Seria o mesmo que assumir que ele mesmo precisa ser questionado, assim como o grupo que defende e do qual é integrante. “[...] além dessa interação indivíduo-instituições, as instituições funcionam sempre (em graus variáveis) como limites do esquema corporal e núcleo básico da identidade.” (Bleger, 1977, p. 313)

O usuário se percebe apenas como expectador das ações dos trabalhadores, respondendo à expectativa das instituições. Dentro do contexto em que se insere, o *lugar* destinado a ele não lhe permite agir sobre sua realidade de modo a transformá-la e moldá-la da maneira que desejar. Apenas, submete-se. Do contrário, abalaria a estrutura, cuja preservação demanda a participação de todos os seus membros, sejam usuários, trabalhadores ou qualquer ator social que contribui para uma determinada estrutura da área de saúde mental instituída.

O questionamento da visão sobre a loucura, baseada nas instituições de uma sociedade, exigiria a revisão dessas próprias instituições e dos sujeitos que constituem e são constituídos por elas. As alianças inconscientes servem à manutenção e preservação do instituído. A passividade com que interage expõe as estruturas calcadas na estagnação e na rigidez, que impossibilita movimentos de emancipação frente aos determinantes sociais.

Nota-se que o usuário se percebe como um intruso no lugar do poder. Demonstra um cuidado para não subverter a ordem estabelecida, que teria seus limites e delimitações bem demarcados, assim como as possibilidades de comportamentos dos seus membros. Não existe *autogestão*. Ele espera a gestão do outro sobre sua vida. É também reproduzidor da estrutura. Mas coloca-se, principalmente, como produto do meio em que vive, até por ocupar lugar de “paciente”, não de agente de sua realidade. Se o discurso de promoção de *autonomia* é posto em prática e visto em realidade, de que forma esse sujeito estaria se beneficiando e podendo se fazer mais *autônomo*?

Dependente do trabalhador, o usuário contraria qualquer compreensão de *autonomia* que é manifesta em discursos da área. O dito “louco” está cumprindo seu *papel* estabelecido. Não está lá por ele mesmo. Está *anulado*. Não consegue expressar suas vontades. Seus movimentos ocorrem em relação ao outro, portanto são dependentes. Mesmo que o projeto que era discutido devesse ter como maior

interessado, o usuário, ele não é percebido como tal, também, por ele mesmo. Acaba constituindo um espaço para a atuação do trabalhador, que se torna o fim da atividade em sua prática. Os interesses do usuário são suprimidos em detrimento dos interesses do trabalhador. Reflete as estruturas que se observam, nas quais, em nome de uma suposta promoção de saúde mental e garantia dos direitos do usuário, ocorre a reafirmação das relações instituídas de submissão e silenciamento.

Os trabalhadores estabelecem um pacto denegativo, sem perceber a rigidez dessas relações, e como esse pacto serve à preservação de seu lugar na ordem instituída, protegendo-o contra qualquer ataque a suas crenças e valores. Para isso se insere nesse pacto, reproduzindo um discurso já estabelecido. Insere-se em um pacto mais extenso da ordem social da qual a saúde mental é parte. Diz respeito a como o coletivo deve se conduzir socialmente a partir de uma visão homogeneizada do mundo e das relações que nele ocorrem.

Os sujeitos e os grupos, por meio do pacto denegativo, buscam sua preservação, tal como seus sentidos constitutivos, que se refletiria, aqui, no grupo de promotores de saúde mental e de uma suposta autonomia. A ameaça seria negada ao localizar na loucura a na impossibilidade de realização de tal autonomia. Em oposição ao discurso proferido, haveria a manutenção de dada ordem estruturada para a sua própria preservação. Os impedimentos dos sujeitos e dos grupos em se transformar e transcender seriam refletidos nos discursos e práticas institucionalizados. Não poderiam ser reconhecidos. A inviabilidade de realização de tal autonomia não poderia ser admitida como produto desses processos grupais, pois tal compreensão representaria uma ameaça à constituição do grupo, das instituições e dos sujeitos, que se estabelecem e se sustentam nesse discurso.

Seria inaceitável vivenciar os conflitos que pacto denegativo expulsa, sendo preciso preservar as alianças inconscientes, preservando assim as instituições e os sujeitos, assim como os vínculos pelos quais se fundam. No intuito de manter ocultos esses conteúdos que ameaçam as alianças inconscientes instaurar-se-ia o pacto denegativo. “O pacto denegativo aparece como a contraface e o complemento do contrato narcísico. Ele apresenta duas polaridades: uma é organizadora do vínculo e do conjunto transubjetivo, a outra é defensiva.” (FERNANDES, 2005, p. 131)

Assim, com o intuito de preservar os sujeitos e os vínculos, estabelecer-se-ia a negação e o silêncio frente às falhas do projeto instituído da saúde mental. Cada

membro, trabalhador da área, deveria assumir condutas e comportamentos que preservem a instituição saúde mental, o que estabelece a alienação. Os discursos representantes das instituições são, dessa forma, repetidos e defendidos pelos integrantes do grupo. Cada sujeito ao se inserir no grupo deve se sujeitar a um acordo inconsciente, pelo qual deve negar ou recalcar certas representações.

8- VISLUMBRAR A CRIAÇÃO, O NOVO E O DIFERENTE

Considerando o retorno do recaiado, ele pode se constituir como possibilidade de superação do reprimido e acesso aos conteúdos, pela consciência. Tal processo se viabilizaria sob certas condições intersubjetivas por meio do suporte e cooperação pré-consciente-consciente do outro. De outra forma, eles surgem como sintoma compartilhado, na identificação, com fim defensivo e permanência da negação.

O sintoma que pode ser observado no caso da instituição de saúde mental, cujos membros considerados aqui são os trabalhadores da área, o sintoma surge em forma de assistencialismo/paternalismo, que nega e oculta os desejos de cada sujeito e da instituição, assim como seu objetivo, de manutenção das relações de poder e dependência, submissão e silenciamento do outro para a preservação de si e das alianças. Desse modo, a identidade dentro do contexto e enquadre social pode se perpetuar. O medo da possibilidade de se identificar com o usuário, o “louco”, o alienado, o dependente e submisso, é velado e, supostamente, afastado. Da mesma forma, a manutenção das posições sociais tem como finalidade engessar a estrutura metassocial, que garante ao trabalhador supostas gratificações ao preço da negação.

As alianças inconscientes defensivas podem condenar o sujeito, o grupo ou a instituição à paralisação. Porém, há de se considerar que a estrutura das alianças compreende uma função que estabelece uma convicção e expectativa comum necessária às relações e, portanto, ao funcionamento do grupo. Desse modo, a partir da organização que se sucede há a possibilidade da criação e da transformação.

A inscrição em instituições pode estabelecer um estado de negação e paralisação frente às transformações, já que molda e dirige as formas de estar e viver em sociedade. O interdito não se manifesta, impedindo o movimento dialético entre o estabelecido e o devir. As possibilidades de mudança não são reconhecidas, assim como o desejo de criar o novo. Nega-se o diferente e o processo que impede a emergência da diferença, pois o instituído está fechado e completo. Não necessita

transformações, ajustes ou evoluções, pois não haveriam imperfeições. O seu reconhecimento representaria a existência de um diferente que originaria o processo dialético entre as contradições existentes nessa diversidade. Assim, a criação se originaria.

No caso da saúde mental e sua constituição, a convicção como base transformadora se afirma pela Reforma Psiquiátrica, pelos ideais antimanicomiais e libertários. A partir desse quadro, sugerir-se-ia a criação constante. No entanto, o risco de se perpetuar no pacto, impedindo a transformação, aparece como uma tendência à medida que tal base se cristaliza como ideologia, perfeita e rígida. A necessidade de emergir o diferente e o novo são bloqueados pelas alianças defensivas que agem sobre a ameaça da transformação que pode abalar alicerces da constituição do sujeito e da instituição, tal como deslocar o sujeito de uma posição, pretensamente confortável.

Busca-se extrair desse movimento uma tomada de consciência. Deve ser algo que possui sentido em nossa experiência. E pode constituir uma forma de acesso ao esclarecimento, se algum questionamento surgir no percurso. O canal não está totalmente obstruído.

Quando dizemos, nesse caso, que é pelo medo que o grupo reage a uma experiência nova, ao que é indeterminado ou ao que é desconhecido, enunciamos uma verdade muito mais ampla do que aquela que nós mesmos reconhecemos e, por conseguinte, o grupo também só consegue reconhecer os aspectos superficiais dessa afirmação. Não é apenas a novidade que provoca o medo, mas também o *desconhecido que existe no interior daquilo que é conhecido* (BLEGER, 1991, p.46)

Trata-se, aqui, de buscar refletir sobre a forma como algumas noções de autonomia são empregadas em práticas cotidianas, sem que se avance de simples noções a um conceito de autonomia possível no contexto atual, que contemple diversas dimensões da existência humana e da realidade social, na direção da compreensão dos determinantes sociais, tais como valores, costumes, leis externas, entre outros. Dessa forma, consiste na possibilidade de abordar a capacidade de agir livremente de julgamento dos determinantes que agem sobre sua realidade e de ação sobre eles, de modo a atingir satisfação pessoal, anseios e desejos próprios.

Que autonomia tem o sujeito frente a diversas determinações? Submetido a objetos e a desejos vacantes e convocado pela ideologia do seu contexto histórico, que margem de liberdade possível a pessoa poderia resgatar na produção do seu próprio projeto de vida?

Trata-se aqui de propor a crítica e a possibilidade de novas construções de discursos e saberes em saúde mental. Enfrentando-se a naturalização de certas noções que assumem estatuto de verdade, como a de autonomia, busca-se a desconstrução dos processos que ocorrem em vários contextos de autorização e cristalização dessas verdades. Desde a construção histórica da loucura, seguindo pelos processos de formação e perpetuação de instituições e adesão a elas pelos sujeitos, continuando pela estrutura que autoriza e seleciona grupos a produzir discursos que se transformam em políticas públicas, até chegar às práticas cotidianas definidas pelas determinações anteriores.

A ampliação da comunicação e a equilibração das competências visa a criação de sujeitos socialmente competentes. Os mecanismos de poder tendem a alimentar-se da incompetência social e, portanto, da “objetivação” dos grupos sociais oprimidos, pelo que a aplicação edificante da ciência corre um duplo risco. Por um lado, sabe que os seus objetivos não são obtíveis exclusivamente com base na ciência e na argumentação. Há interesses materiais e lutas entre classes e outros grupos sociais que usam outros meios para impor o que lhes é benéfico. Por isso, a luta pela aplicação edificante é sempre precária, integra-se (por vezes sem saber) noutras lutas e os seus resultados nunca são irreversíveis. É, pois, uma luta por um fim sem fim. Por outro lado, a aplicação edificante tem, nesta fase de transição paradigmática, de partir dos consensos locais para criar mais conflito, em resultado do maior esclarecimento das razões contingentes que sustentam muito do que surge como socialmente necessário. Este conflito ampliado é visto como condição da ampliação do espaço de comunicação e do alargamento cultural, ético e político dos argumentos utilizáveis pelos vários grupos em presença. Mas devido às condições que sustentem o primeiro risco, não há garantias de que a potenciação do conflito não possa induzir algum grupo ao recurso à violência, ao silenciamento e ao estranhamento, assim reduzindo a comunicação e a argumentação em vez de as aumentar. À ciência que se pauta pela aplicação edificante não interessa que a transformação seja moderada ou radical, reformista ou revolucionária; interessa tão-só que ela ocorra pela ampliação da comunicação e da argumentação, o que, obviamente, não obsta à intensidade do conflito ou à incondicionalidade do empenho de quantos nele participam. (SANTOS, 1989, p. 183)

O desejo de saber deve ser constante. Não pode ter um fim. De outra forma serve apenas a busca de certezas que será imposta ao objeto sobre o qual se debruça. O objetivo de conhecer se desvia para o de produzir uma tal verdade. Assim, encerra-se o saber, sem necessidade de outro futuro continuamente em desenvolvimento. O devir deixa de existir, bem como sua possibilidade de se realizar. Qualquer avanço é bloqueado. E o discurso se reproduz e se perpetua.

O fato de o enunciante aceitar reconhecer que nada lhe garante que um saber futuro vem obrigar-lhe a abandonar o enunciado atual, só faz provar sua finalidade: pretender falar num alvo de verdade possível. A busca de saber não é separável de um projeto de verdade, quer se trate do discurso cotidiano ou do discurso teórico. (AULAGNIER, 1990, p. 236)

Ao trabalhador, seria possível ao grupo de trabalhadores e à instituição “saúde mental” admitir as falhas e lacunas dos discursos nos quais se funda grande parte de sua personalidade que os definem como promotores de saúde mental, dentro do qual se crê na promoção de um poder ao usuário de gerir a sua própria vida, de uma pretensa autonomia que permeia o discurso no cotidiano. O fracasso seria “posto na conta” do usuário que, mesmo reificado, seria visto como o responsável pela não realização do projeto da saúde mental. Projeto esse que teria possibilidade de ser refletido, analisado ou revisado por quem o executa, produz e reproduz. A visão da loucura imersas nos discursos, como a falta da razão ou da capacidade de julgar e agir sobre a realidade, estaria se manifestando como o retorno do que nunca se foi na verdade. Apenas, foi velado.

O conhecimento científico só o é na medida em que for ataque e confrontação. Só existe ciência enquanto crítica da realidade a partir da realidade que existe e com vista à sua transformação numa outra realidade. Mas, a crítica será, por sua vez, ilusória se for só isso (crítica), se não se souber plasmar no processo de transformação de realidade, e a tal ponto que este se transforme no seu critério de verdade. (SANTOS, 1989, p. 52)

A questão da autonomia permearia o discurso na área de saúde mental, mais como uma *ideologia* do que de possibilidade de ação sobre a realidade. Não haveria

e nem se buscaria uma compreensão com o rigor necessário do que seria um conceito de autonomia, para que, a serviço de certos organizadores, pudesse se realizar como um saber pelo qual a saúde mental teria flexibilidade para encontrar um caminho a seguir, de forma a considerar e possibilitar a apreensão e mudanças da realidade com seus diversos determinantes, eliminando as contradições que existem na interação ou falta dela entre os saberes teóricos, saberes técnicos e as práticas, que pudesse produzir reflexividade e transformação constante da realidade pelo agir e pensar crítico e consciente de todos os atores que formam o cenário, ou seja, todo o mundo.

A noção de autonomia tal como é utilizada e proferida, atualmente, na área de saúde mental, serviria mais ao velamento de processos como os de marginalização e dependência, à medida que, como ideologia, não gera questionamentos, favorecendo a manutenção e preservação de uma *lógica* excludente e rígida. Não haveria mobilidade, flexibilidade ou aberturas. As estruturas tendem à permanência e à estagnação, principalmente por colocar os atores envolvidos a serviço delas.

O uso do termo “autonomia” no que diz respeito ao senso comum refletiria o empobrecimento da saúde mental, que por sua vez refletiria o empobrecimento da sociedade brasileira ou mesmo universal. Distanciando-se assim de possibilidades de transcendência, como na forma da abstração dos fenômenos, para a produção de saberes e desenvolvimento humano que resultaria no enfrentamento desvelado das inúmeras questões as quais nos convocam a refletir sobre a realidade e questionar a nós mesmos.

Os limites e as deficiências dos saberes locais nunca justificam a recusa in limine destes, porque isso significa o desarme argumentativo e social de quantos são competentes neles. Se o objetivo é ampliar o espaço de comunicação e distribuir mais equitativamente as competências argumentativas, os limites e as deficiências de cada um dos saberes locais superem-se, transformando esses saberes por dentro, interpenetrando-se com sentidos produzidos noutros saberes locais, desnaturalizando-se através da crítica científica. É fundamental que essa transformação ocorra no seio de cada um dos contextos estruturais – doméstico, da produção, da cidadania, da mundialidade – para que possa ocorrer em todos os outros contextos de interação a cada momento feitos, desfeitos, refeitos na nossa sociedade. (SANTOS, 1898, p. 182-183)

As relações de dependência se modificam de acordo com o contexto histórico, acompanhando as mudanças culturais. As noções de autonomia acompanhariam tais transformações, da mesma forma que os determinantes sociais são alterados ou são ampliados. Pode-se ver que as estruturas que moldam comportamentos adquirem novas possibilidades de realização. Assim, meios de dominação de alguns poucos sobre outros são criados e aprimorados, sendo constituídos por processos cada vez menos explícitos. Ao mesmo tempo em que o homem contemporâneo encontra novas alternativas de expressão e reflexão, novas formas de *silenciamento* e violência são instituídas. Muitas delas disfarçadas por discursos emancipatórios a essas relações produtoras de submissão. Estabelecendo-se no mundo, a área de saúde mental, com suas práticas e discursos, refletiria esses processos. "... o sujeito vem ao mundo da sociedade e da sucessão de gerações sendo portador de uma missão: ter que assegurar a continuidade da geração e da continuidade social." (FERNANDES, 2005, p. 130).

Mesmo podendo constituir um espaço de questionamentos a essa ordem, assim como se constituiu em importantes momentos da história recente do Brasil, em muitos aspectos seria representante e reflexo de uma estrutura já instituída, rígida e *alienante*.

As possibilidades de autonomia dos sujeitos, como o poder de gerir a si próprios pelo acesso e compreensão dos determinantes que agem sobre a realidade em que se inserem, podendo assim transformá-la, só poderiam se realizar com o constante questionamento das instituições e dos sujeitos por eles mesmos, com permanente transcendência e superação. Os contratos deveriam ser revisados. A dimensão singular do sujeito, a partir da manifestação de desejos antes ocultos, sobre as articulações do grupo deveriam poder precipitar transformações nas relações intersubjetivas. Assim, o sujeito agindo sobre as construções grupais e promovendo mudanças, estaria afirmando um certo poder emancipatório do indivíduo sobre os determinantes do conjunto. Dessa forma, dever-se-ia pensar a respeito dos processos de constituição dos sujeitos e dos grupos, de forma a propor uma relação mais flexível, pela qual a submissão ou determinação do sujeito frente ao conjunto não seria absoluta, possuindo, assim, possibilidades de operar sobre a realidade compartilhada entre os sujeitos, a realidade externa, tal como a

transformação da realidade intrapsíquica ao convocar certas funções psíquicas que modelam a relação entre o sujeito e o grupo.

O grupo exige movimento interno no sentido de sua preservação e obediência à lógica estabelecida por ele. O grupo exerce seu papel de apoio, pelo qual o sujeito se constitui, se modela e parte para as relações intersubjetivas. A partir das alianças inconscientes como intermediários, o sujeito poderá se posicionar de modo rígido, pela negação, pela não criação e pela não transformação e desenvolvimento, caso se preste à perpetuação de um único sistema tido como possível e fechado. O sujeito se estabelecerá na estrutura de uma ideologia, que não avança, pois já está completa. As alianças inconscientes, ao invés de servirem de apoio para a criação, uma base para o desenvolvimento do novo, presta-se ao velamento dos contrastes, das diferenças e imperfeições, ocultas na ideologia, impedindo o processo dialético, transcendente e criativo. No entanto, o sujeito pode acessar os processos aos quais está submetido, ou seus elementos, sendo possível sua ação sobre eles.

Esse processo implica na destruição de uma identidade estabelecida e rígida, com a posterior reconstrução de uma identidade nova, mas não inteiramente diferenciada da anterior. “Do ponto de vista social, então, provêm das mesmas fontes e, do ponto de vista psicológico, vemos que a vivência de morte é fundamental na situação de criação.” (PICHON-RIVIÈRE, 1999, p. 14)

Toda transcendência de uma ideia, de um discurso ou um projeto, para a criação de um novo, deve abranger o reconhecimento das falhas do anterior. A certeza deve ser posta em xeque, assim como a convicção acerca de conteúdos instituídos e constituintes de identidades. O questionamento deve se fazer presente. O fim precisa ser incerto. A dúvida sobre suas próprias bases necessita de sacrifício. O risco da autopreservação e segurança deve ser assumido.

Compreender que todo projeto exige que sua realização permaneça uma interrogação, toda realização deve preservar por sua vez um vazio, um ao menos para a inserção de um novo projeto, já é exigir um sacrifício narcisista importante. (AULAGNIER, 1990, p. 231)

O dilema e a dialética estão muito próximos, tais como a paralisação e a transformação. O processo criativo e de transformação deve seguir um movimento

dialético, em que se deve possibilitar que os contraditórios sejam reconhecidos e interajam na direção do novo. Sobre o processo criativo, Pichon-Rivière expõe:

Essa interação é alcançada mediante um *processo de comunicação* (um transmissor, um receptor e uma mensagem a traduzir), que podemos representar graficamente como o funcionamento de uma espiral em contínuo movimento, em que situações de abertura (progresso, evolução, confronto com novas dimensões) e situações de fechamento (coerência e objetividade, ao tornar a se abrir) se alternam e se resolvem dialeticamente de maneira contínua, mas que em condições anormais se transformam num círculo fechado, vicioso e patológico, que funciona como um sistema fechado. A atividade (a obra) adquire o caráter de estereótipo; essa dificuldade pode ser definida como uma inibição (fobia) ante o espaço aberto pelo novo ciclo da espiral. (PICHON-RIVIÈRE, 1999, p. 3-4)

Ao propor o desenvolvimento de conhecimento para além do que já é estabelecido, exige-se a assunção da incompletude e incertezas do que se sabe a priori. Os limites da compreensão atual devem surgir. A verdade precisa ser relativizada, a certeza suspensa. "... saber exige a renúncia à certeza do sabido, querer a certeza implica a recusa de reconhecer que todo saber é coextensivo a um movimento contínuo". (ALAGNIER, 1990, p. 233)

Poder-se-ia afirmar que, enquanto ser vivo, todo homem age e cria. No entanto, o processo pode ser caracterizado pela obediência à ordem estabelecida, um modo alienado de se relacionar com o mundo. Por outro lado, a criação pode ocorrer pela consciência do que há no mundo a sua volta e pela possibilidade de emancipação dos determinantes que impedem que possa arranjar e rearranjar os elementos presentes no mundo e nas suas relações.

Uma diferença entre o processo de criação do sujeito normal e a do alienado é que, no primeiro caso, esse processo aparece sob forma controlada e temporária, enquanto no segundo é mais automática, mais permanente e, de certa forma, mais necessária. A obra do alienado participa das características do pensamento mágico; a do artista normal não carece de magia, já que também procura exercer um domínio e controle sobre esse mundo. (PICHON-RIVIÈRE, 1999, p. 24)

Considera-se a criação como processo consciente que não se encerra na reprodução e repetição dos modos de se inserir socialmente e de estar no mundo. Analisam-se possibilidades de acessar os processos, antes velados, negados, inconscientes, e do vislumbramento do diferente, do possível, do que pode vir a ser, a partir da emergência dos conteúdos que incitam a transformação e a busca do novo e desconhecido.

À medida que se questiona e se reflete sobre o discurso e atuação de profissionais de saúde mental, compreendidos como instituídos e rígidos, busca-se vislumbrar a transcendência de tal ordem, na criação e construção constante de novas formas de ação sobre o mundo e, mais especificamente, em relação à concepção de promoção de bem estar psíquico aos usuários de serviços de saúde mental, considerados incapazes de gerir a própria vida. O objetivo de possibilitar uma suposta autonomia deve ser problematizado para que se supere um modelo estagnado e pré-estabelecido. Esse processo implica na própria superação da forma como esses trabalhadores se inserem no mundo e nas instituições. Ele consiste na transformação do sujeito e das instituições, que só podem se realizar em um mesmo processo, intrapsíquico e intersubjetivo.

Assim, percebe-se a paralisação do discurso instituído, refletido pela estagnação do sujeito. E, da mesma forma, a rigidez da instituição compele o sujeito à estereotipia e à reprodução de dada ordem. A autopreservação, assim como a continuidade da estrutura de suposta segurança que o sustenta, conduz o sujeito a um estado de estagnação. Os desejos de transcendência e de criação, assim como os pulsionais são negados, recalcados, pois não é possível se colocar sobre a ameaça do diferente que consiste em subverter o instituído que o guia, que o adormece, que o aconchega. O sujeito paga o preço da negação das várias possibilidades de ser, mas que não lhe confere prejuízo notado como tal, pois não o percebe, já que a percepção não é perseguida, mas combatida.

A superação de um discurso que se baseia em elementos que compõem uma verdade constituída por valores e crenças inscritas na identidade do sujeito, do grupo ou da instituição demanda uma subversão do conjunto de conteúdos sobre os quais se alicerçam. É inerente a busca do saber, o movimento de autoquestionamento e autoconhecimento. A superação de si mesmo deve ser contínua. De quem aprecia, apreende e compreende.

É próprio do EU não poder apreender-se senão sob forma de um *saber do EU sobre o EU*, só podendo existir pela apropriação de uma série de enunciados identificatórios cujo detentor exclusivo é o discurso, e que colocam, concomitantemente e uma relação de reciprocidade, aquilo que volta à psique como primeiras imagens do EU e do objeto exterior a ele e investido por ele. (AULAGNIER, 1990, p. 234)

Segundo Anzieu (2002), o pensar preenche três grandes funções: reguladora, crítica e criadora. Os pensamentos são, como a linguagem transubjetiva independente de cada um, mesmo que se originem dos pensamentos particulares de cada pessoa, que tem sua gênese em uma gama de pensamentos ao qual o sujeito é submetido no início de sua existência. “Os pensamentos precedem o pensar. Eles têm necessidade de serem pensados para serem reconhecidos como pensamentos. Eles tornam necessária a criação do aparelho de pensar.” (ANZIEU, 2002, p. 38)

De acordo com o mesmo autor, a atividade de pensar é sempre conflituosa por incluir forças opostas de investimento e desinvestimento; superinvestimento e contra-investimento. Consiste em uma atividade fatigante para alguns e atraente para outros, pois compreende a repetição constante dos pensamentos, seus choques, a construção-desconstrução dos sistemas que deslocam o prazer libidinal do sexo para o espírito, que compreende o Eu sem aquilo que se refere ao corpo, tratado por muitos como *alma*.

O pensar pode ser impedido pelos sistemas de reprodução e pelos sistemas de dominação. Quando se trata de um processo pensado ou “deliberado”, caracteriza-se por um “forte apego” a um conhecimento que o sujeito busca preservar e continuar. Anzieu (2002, p. 83) se refere ao interdito de pensar: “Se ele é consecutivo a um ato de pensamento, o interdito condena o superinvestimento narcísico do pensamento e o envaidecimento pelo saber adquirido.”

As forças da instituição, considerando-se a constituição do sujeito, o capturam para um estado análogo ao de torpor. Mesmo que o instituído seja favorecido a se reproduzir, o desejo de criação e de encontrar o novo e o diferente sempre estará presente, mesmo que eles sejam negados. Assim, há sempre um caminho possível de ruptura com os diversos determinantes institucionais e identitários, que podem

conduzir o sujeito à consciência dos processos aos quais está submetido. Desse modo, é possível superar o instituído.

Não se tem somente cadáveres nos placares e nas masmorras das instituições: temos também relíquias, restos fantasmáticos dos contratos narcísicos que não souberam se renovar (transformar). Nas instituições – e desse ponto de vista também nas famílias – devemos nos colocar de acordo sem esquecer que temos masmorras, a fim de não sermos confrontados com a necessidade de pensar que elas contêm cadáveres, refugos e relíquias. (KAËS, 2014, p. 176)

Assim, o agir repetitivo e alienado, estendendo-se ao campo de atuação em saúde mental, baseado em crenças, valores e mitos, compondo uma ideologia rígida, tomada como completa, tem sempre a possibilidade de ser confrontado pelo sujeito com seu diferente. Daí então, o novo pode surgir pela tensão e dialética das contradições presentes no processo de se inserir e se afirmar no mundo, em sua singularidade, reconhecendo desejos e pulsões de dominar os objetos e o mundo, de forma única, emancipando-se do véu que cobre o instituído, mesmo que não se emancipe plenamente dele.

O desejo do saber sobre o objeto incide na oposição ao que é posto pela castração, ao luto do desejo infantil. Trata-se de uma transgressão e assunção do jogo em que o sujeito está submerso, pois deve subvertê-lo ao passo que aceita sua inserção. Assim, ele reconhece seu desejo e afirma seu discurso como próprio e singular.

Que o saber possa se tornar para o homem objeto privilegiado, e mesmo único de seu desejo, isso é sabido desde sempre. Que por essa via ele seja sempre induzido a transgredir um último saber, essa é a exigência própria de todo Saber. (AULAGNIER, 1990, p. 188)

A transformação do conjunto só é possível quando ocorre uma mudança do sujeito e de sua compreensão dos processos pelos quais ele se insere nas instituições, a partir do desejo criativo que o movimenta em direção ao novo e diferente. Quando acessa possibilidades de vir a ser, pode transcender o instituído. Dessa forma, as instituições podem ser modificadas.

Assim, a compreensão de cada sujeito identificado como profissional de saúde mental acerca do pseudoconceito de autonomia refletida nos discursos e práticas em sua atuação, de forma a questionar a ordem estabelecida, possibilitará a construção de novas e diferentes modos de enfrentar a questão. Podendo vislumbrar outras formas de como poderia ser, determinada realidade antes absoluta e completa pode ser relativizada. Portanto, a autonomia como ideal certo e inquestionável passa por uma revisão, podendo ser reconsiderada como algo concreto que determina valores e costumes que caracterizam a cultura que estrutura e ordena grande parte da comunidade de profissionais da área de saúde mental.

Didier Anzieu expõe a necessidade da crise como condição para que o sujeito faça sua incursão no processo criativo, que abrange sofrimento e angústia que gera e sustenta o movimento.

Para efeito de esclarecimento da forma como o autor aborda a questão, considera-se que ele distingue a criatividade da criação: a criatividade consiste em algo que o sujeito poderia desenvolver e que é inerente a todo homem, ou ao menos, há a predisposição para tal. Por um lado, há a disposição de criar ideologias ou ideias que serão aceitas por um conjunto de pessoas por certo tempo; já a criação artística e transcendental diz respeito à invenção e composição, como algo único. Refere-se às obras de arte que possuem notoriedade, raridade, novidade completa, revolucionárias.

A inspiração pode colocá-lo (o sujeito) em um estado segundo, e o retorno à realidade lhe traz problemas mais ou menos duráveis. Enfim, a angústia, o sofrimento, o terror, o vazio interior podem ser tão intensos, que a criação aparece como a única saída, ao mesmo tempo possível e impossível. (ANZIEU, 1981, p. 20, tradução nossa)⁷

Kaës se refere à crise de todo sujeito como pluridimensional, considerando: a intrapsíquica; a intersubjetiva; a intragrupal; a intergrupala; e a da própria sociedade. Uma crise do grupo ou da instituição pode ser originada por uma crise individual. Assim como, uma crise do conjunto de sujeitos organizados em algum grupo pode ser o disparador de crises individuais.

⁷ L'inspiration peut le mettre dans un état second et le retour à la réalité lui poser des problèmes plus ou moins durables. Enfin l'angoisse, la souffrance, la terreur, le vide intérieur peuvent être tels que la création apparaisse comme la seule autre issue, à la fois possible et impossible. (ANZIEU, 1981, p. 20)

Segundo Anzieu, toda crise é resultado da somatória de aspectos da existência do sujeito, individuais e sociais em conjunto e dialeticamente

Com o suporte de José Bleger e seu conceito de enquadre, Anzieu argumenta que o enquadre social promove uma suposta segurança, que caracteriza uma forma de evitar ou fugir da crise de forma a ocultá-la, o que impede a conseqüente criação ou a mudança que a crise demandaria. “A perfeição desse ambiente, ao mesmo tempo maternal/material, funda a impressão de permanência, de segurança e de continuidade do ser e forma o que Bleger chama de enquadre [...]” (ANZIEU, 1981, p. 22)⁸. O autor defende que é necessário que se estabeleçam novas formas do sujeito se inserir socialmente nos vínculos e relações, para que novas formas de subjetivação, pensar e viver sejam possíveis. Dessa forma, o processo de criação pode ocorrer.

Observa-se que na área de saúde mental no Brasil havia uma crise da sociedade, no contexto de um regime autoritário e ditatorial. Nesse momento, o enquadre social demandava transformações que incluíam a revisão das instituições e dos sujeitos: das relações entre as instituições; das relações entre instituições com os sujeitos; das relações entre os sujeitos; e da realidade intrapsíquica dos sujeitos inseridos no contexto. Nesse período em que surge a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Luta Antimanicomial, os discursos e saberes são postos em xeque, abrindo possibilidades para a criação de novos outros, que embasaram novas práticas e ações na área.

Atualmente, as crises são veladas pelos discursos institucionalizados, tomados como verdades e as ideias são consideradas completas, ignorando-se a necessidade ilimitada de revisão constante e construção do novo. Assim, a criação é impedida pela ausência de crítica e de questionamento, que faria emergir uma crise que exporia a necessidade de transcendência de um estado de estagnação, de desinvestimento e de alienação frente aos processos envolvidos. O enquadre social que urge por mudanças, em realidade serve para a sustentação de uma suposta segurança, que impede sua superação e recriação.

As transformações que se percebem como necessárias, a partir da incessante busca pelo saber, pelo conhecimento e pela criação depende, atualmente, de crises

⁸ La perfection de cet environnement, tout à la fois maternel-matériel, fonde le sentiment de la permanence, de la sécurité et de la continuité de l'être, et forme ce que Bleger appelle le cadre (...)” (ANZIEU, 1981, p. 22)

do sujeito, que poderá subverter a ordem, as instituições e os discursos, já que a realidade social serve à manutenção do estado de paralisia e submissão, em nome da autopreservação e da continuidade da estrutura que supostamente garante a sobrevivência do sujeito.

Assim, a constante busca pelo novo, pela criação e pela vida depende cada vez mais do próprio sujeito, na busca de novas formas de subjetivação, de possibilidades de desenvolvimento de sua identidade e de novas formas de se inserir e se relacionar com o outro e o mundo. Cabe, cada vez mais, ao sujeito, de forma muitas vezes individualizada, em uma sociedade em que as instituições se enfraquecem e se sustentam pelo enrijecimento, já que não têm poder de transformação ou de se propor a revisões, manter sua pulsão de viver, tal como os desejos de conhecer, vislumbrar o diferente e criar. Todo sujeito tem o desejo de criar, mas haverá sempre o confronto entre as pulsões de vida e de morte (FREUD, 1920).

Dessa forma, também novas maneiras de atuação em saúde mental poderão ser criadas, pela superação do já instituído, com o desenvolvimento dos sujeitos e transformações das instituições, bem como dos discursos, com o estabelecimento de vínculos, de formas de se relacionar interpessoal e institucionalmente, além da mudança de visão do homem e do mundo, nos quais se basearão as novas práticas, discursos e saberes na atuação de trabalhadores e usuários na saúde mental.

A autonomia como algo promovido, proposto e imposto por instituições e trabalhadores, que os representam, será considerado como um discurso que ilude tanto profissionais quanto usuários, que ao contrário do que é proferido, mantêm-se e são mantidos em estado de dependência. A emancipação de tal quadro depende de um deslocamento da questão de autonomia para a de criação, com a necessária crítica, construção, compreensão e transformação da própria realidade do sujeito, tal como da realidade social compartilhada. Para isso o novo deve ser possível, a partir da dialética entre o atual e o diferente.

9 CONCLUSÃO

A tese aqui apresentada tem o intuito de realizar uma reflexão acerca da questão da autonomia como discurso instituído no campo da saúde mental, pelos sujeitos trabalhadores da área. Para tal, foram expostos diversos aspectos que abrangem a discussão.

A questão da autonomia carrega diferentes compreensões que representam diversos contextos históricos e sociais. Ela só passa a ser discutida na literatura ocidental a partir do momento em que o homem é visto como indivíduo dotado de poder de gerir a si próprio e operar escolhas autorizadas socialmente. A discussão de autonomia vem acompanhada de seu oposto, a heteronomia, ou seja, a gestão do outro sobre o sujeito. Assim, discute-se a submissão ao outro, às leis, às estruturas, enfim, aos determinantes externos constituintes de cada realidade social e histórica.

Considerou-se necessário expor um breve histórico da visão da loucura e da forma como o homem se relacionou com o “louco” de acordo com o contexto histórico. Assim, é possível acompanhar as ideias de alienação, desvio, transtorno e sofrimento psíquico, de maneiras distintas de acordo com a forma como a sociedade ocidental enfrentou a questão em diferentes momentos. A partir dessas mudanças e construções sócio-históricas, pode-se apreender os processos constitutivos de discursos e da instituição saúde mental. As concepções da loucura, da necessidade e das formas de tratamento, no cenário recente e atual do Brasil, refletem o cenário social, que se inicia com movimentos sociais e da sociedade civil na luta contra o regime de ditadura. O combate às relações de poder, ao silenciamento, à repressão e à segregação alimentou visões críticas, questionadoras e transformadoras das relações, inclusive em relação aos manicômios, que constituíram emblemas dessa época e das lutas em favor da democracia e das relações horizontalizadas.

No entanto, também, consistiu em campo favorável ao estabelecimento de ideologias vistas como perfeitas e encerradas. Por outro lado, favoreceu uma estagnação de pensamento crítico a algumas ideias defendidas sem questionamentos. A defesa de uma suposta autonomia garantida ao “louco” consistia, e ainda consiste, em uma importante ideia que pouco é discutida, refletida

ou compreendida, apesar de muito proferida. Tornou-se um discurso que é herdado por todo sujeito que se insere na instituição saúde mental, que por sua vez o reproduz como uma verdade que o norteará em sua atuação e em sua orientação como trabalhador da área.

Para preservar sua identidade como trabalhador da área, ele deve assumir os discursos da instituição saúde mental que deve preservar e cuja continuidade deve garantir, à medida que ela dará suporte para sua própria preservação e “sentido” para sua identidade e atuação. O indivíduo obedece ao mesmo padrão de inserção social desde sua origem e constituição como sujeito, de forma intrapsíquica e intersubjetivamente. Trata-se da autoconservação e perpetuação do grupo e da instituição que o acolhe e o define.

Da mesma forma, o mundo contemporâneo impõe uma série de determinantes da realidade em que o sujeito se insere. A ordem e estrutura que caracterizam a sociedade, neste caso a ocidental, judaico-cristã, capitalista, latino-americana e colonizada que é a sociedade brasileira, definem as possibilidades de subjetivação do sujeito por meio de suas instituições, com seus valores, crenças, costumes e discursos. Assim, a constituição do sujeito, a construção de sua identidade e as possibilidades de subjetivação são condicionadas e delimitadas pela realidade que o antecede e o recebe.

Tal condicionante e determinante é melhor compreendido como uma forma universal e inevitável do homem se constituir socialmente, tanto no que se refere ao desenvolvimento do aparelho psíquico quanto de sua inserção e afirmação no mundo externo. A constituição do sujeito ocorre a partir de processos intrapsíquicos e intersubjetivos, interdependentes, dialéticos e concomitantes. Portanto, a dependência intergeracional e do meio social se afirmam desde sua origem e durante toda a vida, desde que se considere que as possibilidades do sujeito não são infinitas e ilimitadas, mas definidas pela condição humana que exige a preservação de si e dos grupos aos quais pertence e pelos quais é capturado desde seu nascimento e ao longo de sua existência, como ser social e grupal.

A partir da obra de Piera Aulagnier, foram abordados os processos de constituição do sujeito, sua inserção no meio social e possibilidades de subjetivação. Sujeito que se define como tal, que é condicionado ao mundo externo e social, representado inicialmente pela mãe ou pelo primeiro ser humano com o qual ele se relaciona e se vincula. A chegada do sujeito ao mundo é moldada e delimitada pelo

que lhe é apresentado por uma realidade que o recebe e já está instituída. Assim, há já na origem de sua existência uma determinação. As representações que o sujeito singularmente realizará são estabelecidas dentro dos limites do que é permitido pelo mundo externo, assim como a constituição do mundo externo dialogicamente.

Considerando tais processos de constituição e desenvolvimento do sujeito, a autonomia só pode ser vista como uma utopia. No entanto, o que se quer verificar, aqui, é a capacidade do sujeito de compreender, capturar e transcender estados que o compelem à estagnação e à alienação. A busca pelo novo, pelo diferente, pelo saber também faz parte da experiência humana, o que representaria a superação da heteronomia, ou a emancipação do poder do outro e dos outros sobre o sujeito, no caminho infinito de conhecer, descobrir e se construir e reconstruir.

Trata-se de uma luta constante do sujeito, entre a pulsão de vida em que se baseia o poder de criação do homem, em oposição à pulsão de morte que diz respeito à negação dos desejos de saber, de criar, de viver. Quando o desejo é negado, o discurso já dado é tomado como encerrado e completo. Assim, não se considera o novo, o diferente que só pode surgir pela tensão entre o dado e o devir, em um processo dialético, que só pode resultar em alguma forma de construção e criação. A negação do desejo é imposta pela morte, representada pelo temor da morte, que assim é considerada e passa a ser a norteadora de sua experiência e modo de vida. Enquanto a vida passa a ser negada, no sentido em que o novo é negado em detrimento da repetição do já vivido, onde o sujeito permanece, viver o já vivido não é viver, mas apenas, uma repetição.

Na área de saúde mental, algumas estruturas e discursos permanecem constantes, sem questionamentos ou novas proposições, determinando um estado inalterado de práticas e saberes expressos pelos trabalhadores da área acerca de algumas questões, como a da promoção de autonomia. Tais discursos são reproduzidos de forma tão generalizada como inquestionada, como algo que já houvesse encontrado seu fim, completude e perfeição. Trata-se de uma expressão ideológica.

Sobre o usuário, especificamente, foi necessário afirmar que os limites impostos a ele pela sociedade não se restringem às equivocadas práticas e discursos no tratamento aos quais são submetidos. Desde sua constituição como sujeito que não compartilha a mesma realidade dada socialmente, a violência já é infligida pela cobrança e a expectativa pela adaptação à ordem estabelecida, que se reflete em

uma reação de exclusão pela não aceitação da diferença, que é denunciada pelo “desviante” do que é instituído como “normal”. A divergência do esperado é recebida como uma agressão à sociedade e ao que o coletivo define como aceitável, resultando em respostas de violência e segregação. A violência e o silenciamento é a única forma que o meio social possui de encontrá-lo e tratá-lo, o que se torna um padrão durante toda a vida do “louco” que é submetido a todas as formas de tentativa de transformá-lo em algo aceitável e de bloquear sua existência distinta, para que, assim, possa ser aceito no convívio coletivo.

Diversos meios coercitivos, desde a lobotomia, a eletroconvulsoterapia ou eletrochoque, a medicalização contentiva até o asilamento, foram utilizados para moldar o “louco” em relação à ética e à estética hegemônica que não é capaz de agregar a diversidade. Ao contrário, tal incapacidade é deslocada e depositada para o usuário, que deve assumir o lugar do inadaptável e incapaz. Deve-se lembrar de que, frente à impossibilidade de moldá-lo à imagem da “normalidade” e à incapacidade de conviver e aceitar a diferença, as práticas citadas ainda são corriqueiras. A mais patente é a higienização social pelo confinamento em manicômios. No entanto, as outras práticas citadas ainda são utilizadas, mas de formas mais sofisticadas, capazes de ocultar a violência intrínseca a elas, em hospitais, clínicas e serviços de saúde reconhecidos e respeitados na sociedade contemporânea. Atualmente, são conhecidas como práticas manicomiais, que extrapolam os muros dos hospitais psiquiátricos, todas aquelas que afirmam e reafirmam as relações de poder, formas de silenciamento e objetivação do sujeito.

Muitas dessas práticas se utilizam do discurso da promoção da autonomia para velarem a repressão nelas contida. Cita-se o assistencialismo e paternalismo, a medicalização contentiva como forma de provocar comportamentos e a adaptação exigida, a imposição da inserção no mercado de trabalho exploratório, o incentivo à dependência institucional, a imposição de valores, costumes e crenças, a aceitação de relações verticalizadas e hierarquizadas, a submissão à hegemonia do saber biomédico e do profissional de saúde, entre outras que derivam das relações de poder e imposição da ordem vigente, ditada pelos detentores da razão, do saber, do capital político e financeiro.

O campo da saúde mental sempre foi bastante profícuo no questionamento de discursos, instituições e relações, assim como na construção de novos outros. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica se sustenta pela desconstrução do velho e a

construção do novo. As formas de relações de poder, verticais e hierarquizadas sempre foram o alvo de crítica e questionamento. A base para a criação de novas formas de se relacionar com o outro e com o mundo é a reflexão constante para evitar a paralisação e alienação, mantendo-se a constante abertura para novas experiências, novos saberes e novos discursos.

A atuação do trabalhador de saúde mental no Brasil é normatizada por meio de leis e portarias que dispõem sobre o funcionamento dos equipamentos públicos da área e das práticas preconizadas aos profissionais da área. As diretrizes expostas nesses documentos apresentam a forma como os discursos foram instituídos. Sobre as bases da promoção da reinserção social do usuário na sociedade, tais estatutos explicitam uma série de valores que dão suporte ao que é estabelecido. Dentre eles, destaca-se a questão da promoção de autonomia como um objetivo a ser alcançado. No entanto, não está contido nos textos o que se compreende por autonomia, assim como não se explicita de que forma tal autonomia poderia ser atingida. Trata-se de um conjunto de princípios e diretrizes para a atuação do profissional e o funcionamento dos serviços públicos de saúde mental que, no discurso, busca a garantia de direitos dos usuários de tais serviços, tal como o de tratamento digno, humanizado e inclusivo. A construção de uma pretensa unidade segue conquistas históricas na luta pela garantia de direitos humanos. No entanto, representa, em diversos pontos, uma doutrina a ser seguida, no sentido de instituir discursos e práticas que pouco são questionadas, tomando um status de verdade encerrada, o que serve ao estabelecimento de uma ideologia, que assim não pode se desenvolver. Não admite a crítica e a transformação, o que contraditoriamente constituem as bases para a construção da mesma.

No entanto, a busca pelo novo e pela criação foi transformado em discurso rígido, com bases ideológicas, portanto, fechadas e tomadas como “certas”. Tais discursos sustentam e são sustentados por instituições que ordenam as relações e as práticas na área. Todo sujeito que se propõe a se inserir na instituição saúde mental, de alguma forma é capturado por essa estrutura e de algum modo participa dela, com grande risco de não apreender e compreender os processos que envolvem o enquadramento. Assim como, o metaenquadre sócio-histórico e político, que possibilita, favorece e sustenta tal enquadre e no qual se estabelece.

Abordou-se aqui a discussão acerca do discurso de autonomia como algo alienado, proferido e reproduzido pelo sujeito trabalhador, já que ele próprio é

capturado pelos determinantes sociais, dos quais é dependente e não é autônomo. Negando o processo em que está envolvido, sem acessá-lo, o trabalhador produz mais dependência ao usuário quando reforça os processos e ordem dados e pré-estabelecidos. Ele acaba por cometer uma violência ao submeter o usuário a essa estrutura que não permite que este transcenda, assim como o trabalhador não consegue superar o quadro. Em nome de sua preservação e da ordem, ele impede que o usuário atinja *alguma forma de autonomia*.

Tais construções refletem uma ordem social vigente, assim como expressam a forma como os sujeitos se relacionam e se constituem, sempre em relação com o mundo e o outro.

Para compreender os processos de paralisação na busca pela construção de novos saberes e, conseqüentemente, de práticas, percebe-se a cessação do questionamento e crítica acerca dos discursos sobre os quais o sujeito se sustenta, assim como busca perpetuar seu lugar nos grupos, nas instituições e na sociedade, contribuindo para a continuidade de uma ordem, cuja transformação é impedida.

Considera-se a produção e reprodução de tal discurso, institucionalmente, pelos membros da instituição “área de saúde mental”. Nessa tarefa, apresentou-se como fundamental lançar mão do conceito de alianças inconscientes para compreender como se dá a constituição do sujeito, os processos intrapsíquicos e intersubjetivos, a partir de sua inserção em instituições, tal como na relação com o outro e o mundo, tendo como intermediário as alianças.

As alianças inconscientes se tornam centrais na discussão dos processos estudados na tese aqui apresentada, de modo que possibilite uma compreensão acerca da constituição do sujeito e do sujeito do inconsciente a partir dos contratos e pactos que ele estabelece desde sua origem como ser social e ao longo de sua vida. As alianças inconscientes possuem a função de intermediário entre o interno e o externo do sujeito. Assim como, na forma como o sujeito se subjetiva no e pelo meio social, na interlocução do seu pensamento, em conjunto com o seu corpo, constituinte do Eu, na relação com o outro e os outros, de forma dialética em sua constituição.

O contrato narcísico se faz condição para a preservação e sobrevivência do sujeito no mundo, como ser social e em relação. Ao recalcar desejos, ele serve à continuidade do grupo, das instituições e da espécie, assim como de si mesmo na qualidade de integrante do coletivo. Dessa maneira, o sujeito vai estabelecer suas

relações e vínculos. A autopreservação alicerçará a forma como ele se inserirá no mundo e como se relacionará. O contrato poderá se constituir em um suporte necessário para a construção de novas formas de ver e de agir em relação ao outro e ao mundo, da mesma forma que ele pode se constituir em base para a estagnação e a paralisia, para a impossibilidade da emergência do novo e para a superação de certas condições.

Pelo pacto denegativo, processos internos e externos não são acessados, impedindo a criação, a transformação e a superação de uma condição. A autopreservação é negada, assim como a negação dela. Não é possível ao sujeito admitir que reconheça e assuma as alianças em que se inseriu. É negada a dependência frente às instituições e discursos aos quais ele se aliou e, também, sua própria impossibilidade de autonomia como sujeito e promotor de saúde mental. Ao passo que o sujeito deve preservar a instituição e o discurso de promoção de autonomia ao dito “louco” ou usuário de serviços de saúde mental, ele é impedido de se questionar e se transformar sob pena de pôr em risco sua segurança e estabilidade na ordem estabelecida.

Analisaram-se as alianças defensivas que são formadas pelo grupo de trabalhadores de saúde mental, negando a necessidade de desvelar as lacunas do discurso e o processo de aceitação do instituído pelo grupo e negação da ideologia ou ilusão de que estão operando o cuidado, quando em verdade estão buscando suprir seus desejos inaceitáveis de satisfação pessoal e afirmação social, de gozo, de conquista, de submissão e ataque. Nesse processo, o usuário seria posto em posição de objeto sobre o qual se realizam tais necessidades negadas. “... a análise e a dissolução das alianças são para eles mais perigosas que a alienação cujo preço eles pagam.” (KAËS, 2011, p. 215)

A compreensão dos discursos, especialmente a questão da autonomia em saúde mental, assim como os modos de atuar do grupo de trabalhadores, devem levar em conta as alianças inconscientes que se estendem aos grupos em que se inserem. As crenças, valores, estatutos, entre outros são transmitidos por meio de instituições e grupos, já que são produzidos e reproduzidos socialmente pelos mesmos sujeitos que participam das alianças inconscientes que os constituem.

As alianças inconscientes são organizações metapsíquicas: elas contribuem para a estruturação da psique em sua organização

narcísica e objetal, em suas modalidades de realização de desejo, em suas formações defensivas ou alienantes. (KAËS, 2011, p. 200)

Foi considerada, especialmente, a categoria de alianças defensivas como modalidade de aliança inconsciente (KAËS, 2011, p. 199), principalmente o pacto denegativo. Essa categoria é de grande ajuda na missão de compreender os processos institucionais pelos quais a noção de autonomia se reproduz e pode ser impedida de ser refletida ou questionada, tal como suas derivações alienantes.

O pacto denegativo é uma metadefesa baseada em diversas operações defensivas: de recalque e denegação, mas também de negação, de desautorização, de rejeição ou enquistamento. Ao mesmo tempo em que é necessário à formação do vínculo, ele cria neste o não significável, o não transformável, zonas de silêncio, bolsas de intoxicação que mantêm os sujeitos de um vínculo estranhos a sua própria história e à história dos outros. (KAËS, 2011, p. 204)

O pacto funda uma ordem, cuja subversão é evitada pelo silêncio, pelo recalque, enfim por todas as operações defensivas que sustentam o sujeito e o coletivo na convivência conjunta. Os discursos, baseados nas crenças e valores do grupo que fundam tal pacto, tendem à permanência.

As noções de contratos, de pactos e de leis estão no coração da intersubjetividade e da sociabilidade. A lei transcende as alianças e se impõe como garantia da ordem humana, estruturando as relações de desejo e de interdição entre os sujeitos. (FERNANDES, 2005, p. 124)

Os sujeitos e os grupos, por meio do pacto denegativo, buscam sua preservação, tal como seus sentidos constitutivos, que se refletiriam no grupo de promotores de saúde mental e de uma suposta autonomia, tal como se buscou verificar. A ameaça seria negada ao localizar na loucura a impossibilidade de realização de tal autonomia. Em oposição ao discurso proferido, haveria a manutenção de dada ordem estruturada para a sua própria preservação. Os impedimentos dos sujeitos e dos grupos em se transformar e transcender seriam refletidos nos discursos e práticas institucionalizados. Não poderiam, assim, ser reconhecidos. Buscou-se, ainda, investigar se e como ocorre a *fantasia* de certa autonomia, assim como a impossibilidade de admiti-la como produto desses

processos grupais, pois tal compreensão representaria uma ameaça à constituição do grupo, das instituições e dos sujeitos, que se estabelecem e se sustentam nesse discurso.

O que se tornou claro para mim é que cada instituição é uma parte da personalidade do indivíduo. E, como tal, tem tamanha importância que a identidade é sempre configurada pela pertinência a um grupo, uma instituição, uma ideologia, um partido, etc. (BLEGER, 1977, p. 313)

A noção de autonomia abrange crenças, valores e costumes acerca de aspectos diversos que a permeiam, tal como a visão de homem e mundo, compartilhada grupal e institucionalmente, e sustentada pelas alianças inconscientes. Procurou-se discutir quais aspectos da autonomia seriam possíveis ao sujeito permitir a si mesmo, tal como as possibilidades a serem permitidas para o outro no contexto da intervenção e promoção de saúde mental, referente à capacidade de reflexão, mudança e emancipação, à medida que o próprio sujeito estaria subordinado a uma ordem estabelecida e que limitaria a transformação e o questionamento. Considera-se a dependência do trabalhador sendo transmitida ao usuário. Assim, por meio do discurso instituído, impor-se-ia pelo detentor do suposto saber uma dada autonomia ou a sua impossibilidade, da mesma forma que se negaria a autonomia ao outro, já que ele impõe a sua própria concepção, o que impossibilitaria ao outro afirmar a dele. Apenas, pela afirmação do próprio sujeito, a autonomia poderia se tornar possível, pois seria realizada somente por ele mesmo, na sua ação e pensamento, independente do outro, dos grupos e das instituições. Durante a pesquisa, objetivou-se investigar se a noção de autonomia em saúde mental poderia obter status de absoluta, já que ela seria permanente, o que negaria a autonomia em si, pois negaria o poder do próprio sujeito de definir sua própria autonomia.

Uma relação que se prolonga durante anos, com a manutenção de um conjunto de normas ou atitudes, não é outra coisa senão a própria definição de uma *instituição*. O enquadramento é, portanto, uma instituição, dentro de cujos parâmetros ou no bojo da qual ocorrem fenômenos a que denominamos comportamentos. (BLEGER, 1977, p. 312 - 313)

Existe uma série de diretrizes, discursos e ideais na saúde mental que são constituídos dentro de um enquadramento, pelo qual são definidos comportamentos. Pretendeu-se verificar se se tornariam estáticos e por quais razões. Em havendo a tendência de manutenção, serão explorados os processos envolvidos, que impediriam a transformação.

O enquadramento é o que está mais presente, assim como os pais para a criança. Sem eles não há desenvolvimento do ego, mas sua manutenção para além do necessário, ou a falta de modificação da relação (no caso do enquadramento ou dos pais, pode significar um fator negativo de paralização do desenvolvimento. (BLEGER, 1977, p. 321)

A condição de dependente do sujeito, frente à realidade social e seus determinantes, é dada desde sua chegada ao mundo, nas primeiras relações e principalmente nas que mantém com a mãe, representante do meio externo e que tem suas expectativas pré-estabelecidas sobre o sujeito. Da mesma forma que as possibilidades de subjetivação do sujeito são condicionadas pelo metaenquadre social, sobre o qual ele fará suas representações do mundo e dos outros, ele se constituirá como ser social e será definido pela forma como se relacionará com as coisas, pessoas, grupos de pessoas e instituições.

Ponderou-se aqui que qualquer forma de autonomia deve levar em conta as possibilidades apresentadas pelos determinantes sociais, os quais devem ser acessados e compreendidos da melhor forma para que se possa atuar sobre eles da forma mais *autônoma* possível.

Ao acessar os processos nos quais está inserido, o sujeito pode questioná-los e, dessa forma, percebê-los como modificáveis, infinitos e incompletos. Com isso, pode transformá-los ao vislumbrar o diferente e o novo. Desloca-se de um estado dilemático para o estado dialético, em que as diferenças aparecerão e o processo de criação é estabelecido ou reestabelecido.

Quando há a defesa de um discurso como fechado, completo e perfeito, o qual o sujeito deve defender e preservar, tal como uma representação de sua própria identidade, a ideologia se instaura, acompanhada da inércia e impossibilidade do devir novo. O sujeito passa a viver e agir de forma estereotipada e alienada.

A alienação, que se combate no discurso de promoção da autonomia referente ao usuário, instaura-se no próprio trabalhador, no que se refere a avançar e desenvolver formas de compreender o sofrimento psíquico e de acessar a própria compreensão construída histórica, social e institucionalmente, e bloqueada pela negação da necessidade de revisão de tais visões, assim como da visão do sujeito sobre os processos que o levam a assumir certos discursos e se inscrever em certas instituições, bem como de sua própria constituição e experiência no mundo.

A forma como o sujeito se inscreve e estabelece suas relações definem em grande medida se ele se afirmará como reproduzidor de ordem pré-estabelecida ou se poderá permanecer em situação criativa constante, em busca de novos saberes e conhecimentos sobre o mundo, assim como, poderá se afirmar como agente transformador da realidade em que se insere. Neste sentido, e considerando o metaenquadre social, histórico e político ao qual se faz referência aqui, a manutenção de dado discurso instituído neste contexto, serve à continuidade de uma ordem já estabelecida, que é refletida nesse discurso. Assim, relações verticais e de poder, como são caracterizadas aquelas estabelecidas entre as estruturas institucionais, trabalhadores de saúde mental e usuários dos serviços da área, tendem a se perpetuar quando os discursos e os processos não são questionados e o novo é impedido de surgir.

Apesar do questionamento da ideia de autonomia, não se considera que o estado de dependência do sujeito seja uma condição insuperável. O meio social estabelece os limites das possibilidades de subjetivação e ação do sujeito na sociedade. No entanto, o sujeito é, também produtor e reproduzidor de dada realidade. E, do mesmo modo pode subvertê-la por meio da criação do novo ao vislumbrar o novo a partir da compreensão, do questionamento e da crítica de uma realidade estabelecida, tal como de suas estruturas, instituições e discursos.

A questão da autonomia se desloca para a da criação, incluindo trabalhadores e usuários como sujeitos que podem criar novos discursos, novas formas de viver e de se renovar com novas possibilidades de subjetivação. Na área de saúde mental, a relação entre trabalhador e usuário se caracterizará pela capacidade do profissional em construir o novo constantemente, possibilitando que os processos se modifiquem permanentemente.

Assim, o usuário, inserido em tais processos, também, poderá vislumbrar novas formas de estabelecer diferentes formas de se relacionar com o trabalhador e,

também, com a sociedade. Dessa forma, o estado de dependência determinado por discursos e instituições poderão se transformar à medida que eles forem questionados e sejam mutantes. Da mesma forma, quando se pode apreender e compreender os processos, pode-se modificá-los a partir do reconhecimento de seus desejos. E não apenas se submeter, de maneira que tais processos de submissão permaneçam ocultos para usuários e trabalhadores, ambos alienados e sem qualquer possibilidade de autonomia, ou melhor, sem capacidade de criação.

Considera-se que a busca pelo saber, pelo novo, é inerente a todo sujeito e só pode ser realizada pelo questionamento e transcendência do que já está estabelecido. Assim, o diferente pode emergir e se manifestar, instaurando-se uma tensão entre o que pode vir e o que já está dado, possibilitando a dialética que proporcionará a criação. Esse movimento deve ser constante e estabelecerá certo grau de autonomia ou de dependência frente aos determinantes, o imposto e o estabelecido. Nesta tese, incluem-se trabalhadores, usuários e o pesquisador que apresenta a tese em questão.

É preciso deixar claro que se faz referência à área de saúde mental de forma geral, ou seja não afirmamos que os processos de estagnação e paralisação referentes à essa área incidem sobre sua totalidade. Deve-se ressaltar que a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial abrangem grandes conquistas não apenas para a área, mas para toda a sociedade brasileira, que só puderam ser obtidas pela luta e entrega pessoal e profissional de usuários, trabalhadores, familiares de usuários e militantes da causa em defesa dos direitos humanos. Eles ainda continuam se dedicando à construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

O projeto deve ser sempre considerado aberto e em construção. Alertamos para ideias postas como fechadas e concluídas, que não necessitam de constante revisão e questionamento. Devemos ainda considerar o mundo mutante que apresenta sempre novos desafios além dos que ainda permanecem e não foram superados. Não se trata, apenas de um longo caminho, mas de um constante e infinito caminhar, cujas direções estaremos sempre escolhendo, com paisagens sempre se modificando e com trilhas sendo abertas.

A tese aqui colocada tem a pretensão de colaborar no projeto de desconstrução de alguns discursos, saberes e práticas que perduram e, concomitantemente, construir outros novos. Da mesma forma, tem como missão

contribuir para a manutenção do espírito crítico, questionador e criador, como deve ser caracterizado o movimento reformista e de luta antimanicomial. Quando surgem discursos que pretendem encerrar, ignorar ou relevar discussões necessárias, o propósito do projeto é negado. Considera-se, assim, que a essência desse projeto é sua constante e infindável construção.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. *Archivos de Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

_____. *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

_____. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. *Teoria e Crítica em Saúde Mental*. São Paulo: Zagodoni, 2015.

ANZIEU, Didier. *Grupo e o inconsciente: o imaginário grupal*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

_____. *Le corps de l'œuvre: essais psychanalytiques sur le travail créateur*. Paris: Gallimard, 1981.

_____. *O pensar do eu-pele ao eu-pensante*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

_____. *Psicoanálisis del genio creador*. Buenos Aires: Vancu, 1978.

AULAGNIER, Piera. *Destinos do prazer alienação, amor, paixão*. Rio de Janeiro: Imago, 1985.

_____. *Intérprete em busca de sentido*. V.1. São Paulo: Escuta, 1990.

_____. *Intérprete em busca de sentido*. V.2. São Paulo: Escuta, 1990.

_____. *O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro do discurso identificante ao discurso delirante*. São Paulo: Escuta, 1989.

_____. *Violência da Interpretação*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.

BASAGLIA, Franco. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo, Brasil Debates, 1980.

_____. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. *Psiquiatria, antipsiquiatria y orden manicomial*. Barcelona: Barral, 1975.

_____. *Razón, locura y sociedad*. Cidade do México: Siglo Veintiuno, 1978.

_____. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: UNESP, 1995.

BENGHOZI, Pierre. *Malhagem, filiação e afiliação*. São Paulo: Vetor, 2010.

BEZERRA JUNIOR, Benilton. et al. *Cidadania e Loucura*. Petrópolis: RJ Vozes, 1997.

BLEGER, José. *O Grupo como Instituição e o Grupo nas Instituições*. In: *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

_____. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

_____. *Psicologia da conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

_____. *Simbiose e Ambigüidade*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1977.

_____. *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BRASIL. *Legislação em saúde mental 1990 – 2004*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8080. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8142. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 3088. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 106. Brasília, 2000

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 251. Brasília, 2002

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 336. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 854. Brasília, 2012

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 857. Brasília, 2012

_____. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, 2005.

_____. *Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção*. Brasília, 2007.

_____. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de atenção psicossocial*. Brasília, 2004.

_____. *I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 1988.

_____. *II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 1994.

_____. *III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2002.

_____. *IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2010

CASTEL, Robert. *Gestão dos riscos: da antipsiquiatria a pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

_____. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano*. Petrópolis: Vozes, 1996.

CHAUÍ, Maria Helena. *O que é ideologia*. São Paulo: Brasiliense, 2003.

_____. *Manifestações ideológicas do autoritarismo brasileiro*. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Sílvio. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 13-44.

DECLARAÇÃO de Caracas. Disponível em: pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/.../declaracao_caracas. Acesso em: 5 de fev. 2017

ENRIQUEZ, Eugène. *A instituição como herança: mitos de fundação, transmissões, transformações*. Aparecida : Idéias & Letras, 2011.

_____. *A organização em análise*. Petrópolis: Vozes, 1997.

FERNANDES, Maria Inês Assumpção. *De como emerge a questão do narcisismo e da alteridade no grupo operativo*. São Paulo, 1989. Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia – USP.

_____. *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

_____. *Negatividade e vínculo: mestiçagem como ideologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. *História da Loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____. *Que es la ilustración?* Trad. Silovia Mattoni. Córdoba: Alción Editora, 1996.

FRAYZE-PEREIRA, João. *O que é loucura*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

FREUD, SIGMUND. *Além do princípio de prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

- _____. *O ego e o id*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- _____. *O mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- _____. *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos : (1920-1923)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- _____. *Psicologia de grupo e a análise do ego*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- _____. *Psicopatologia da Vida Cotidiana*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- _____. *Totem e tabu*. Rio de Janeiro: Imago, 1999.
- GOFFMAN, Erwin. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis, Brasil: Editora Vozes, 1975.
- _____. *Estigma*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- _____. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- _____. *Os quadros da experiência social: uma perspectiva de análise*. Petrópolis: Vozes, 2012.
- GRANGER, Gilles-Gaston. *A ciência e as ciências*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1994.
- _____. *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro : Contraponto, 1996.
- HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. *Fenomenologia do espírito*. Petrópolis. Vozes, 1992.
- HELLER, Ágnes. *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- _____. *Sociologia de la vida cotidiana*. Barcelona: Península, 1987.
- HIRANO, SEDI. *Sociologia e Doença Mental*. In: D'INCAO, MARIA ANGELA (org.). *Doença Mental e Sociedade*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- KAËS, René. *A instituição como herança: mitos de fundação, transmissões e transformações*. Aparecida: Idéias e Letras, 2011.
- _____. *As alianças inconscientes*. São Paulo: Ideias e Letras, 2014.
- _____. *Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- _____. *O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

_____. *Realidade Psíquica e Sofrimento nas instituições*. In: *A instituição e as instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

_____. *Um singular plural: a psicanálise à prova do grupo*. São Paulo: Loyola, 2011.

KANT, Immanuel. *Crítica da Razão Pura*. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 1994

_____. *Crítica da Razão Prática*. Lisboa: Edições 70, 1994.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. *Contratualidade e Reabilitação Psicossocial*. In: PITTA, ANA MARIA FERNANDES (org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 2001.

LEFEBRE, Henri. *Critique de la vie quotidienne*. Paris: Grasset, 1947.

_____. *Vida cotidiana no mundo moderno*. Lisboa: Ulisseia, 1969.

MANIFESTO de Bauru. Disponível em: www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3708. Acesso em: 5 de fev. 2017.

MANNONI, Maud. *O Psiquiatra, seu "louco" e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

OTSUKA, ED. *A inserção de atividades de lazer no cotidiano de usuários de serviços de saúde mental*: São Paulo, Dissertação (Mestrado) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2009.

_____. *Saúde Mental, Lazer e cotidiano na Copa da Inclusão*. São Paulo: Biblioteca 24 horas, 2011.

PICHON-RIVIÉRE, Enrique. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

_____. *O processo de criação*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. *Psicologia da vida cotidiana*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

_____. *Teoria do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

QUIROGA, ANA P de. *Enfoques y perspectivas em psicologia social*. Buenos Aires: Ediciones cinco, 1986.

ROSA, João Guimarães. *Primeiras Estórias*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1988.

ROTELLI, Franco. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTOS, Boaventura de Souza. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Porto: Editora Afrontamentos, 1989.

_____. *Para um novo senso comum a ciência, o direito e a política na transição paradigmática*. São Paulo: Cortez, 2015.

_____. *Pela Mão de Alice: O social e o político na pós -modernidade*. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. *O direito dos oprimidos*. São Paulo: Cortez, 2014.

SARACENO, Benedetto. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 2001.

_____. *Manual de saúde mental guia básico para atenção primária*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____. *Reabilitação Psicossocial: Uma Estratégia para a Passagem do Milênio*. In: PITTA, ANA MARIA FERNANDES (org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SCARCELLI, Ianni. R. *Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão social no campo da saúde mental*. 2002. 259 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

_____. *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do Município de São Paulo (1989 – 1992)*. São Paulo, 1998. 149p. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

ANEXO A – MANIFESTO DE BAURU

Manifesto de Bauru

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos.

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.

Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical.

Contra a mercantilização da doença!

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988!

Por uma sociedade sem manicômios!

Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE CARACAS

DECLARAÇÃO DE CARACAS (ADOTADA PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE EM CARACAS, VENEZUELA, EM 14 DE NOVEMBRO DE 1990)

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

Notando que:

1. A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva;

2. O hospital psiquiátrico como uma única modalidade assistencial, dificulta a consecução dos objetivos acima mencionados por: a) Provocar o isolamento do paciente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacidade para o convívio social; b) Criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente; c) Absorver a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental; d) Fomentar um ensino insuficientemente vinculado às necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

Considerando que:

1 - A Atenção Primária de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde, referendadas pelos Estados Membros para a consecução da meta Saúde para Todos no Ano 2000;

2. Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar a consecução dessa meta por oferecerem melhores condições para o desenvolvimento de programas baseados nas necessidades da população e com características descentralizadas, participativas e preventivas;

3. Os Programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e modelos de organização de atenção à saúde.

DECLARAM:

1 . Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais;

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

3. Que os recursos, cuidado e tratamento devem:

Salvaguardar invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; Estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; Propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário.

4. Que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que: Assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais; Promovam a organização de serviços que garantam seu cumprimento;

5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação;

6. Que as Organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam acordada e solidariamente a assegurar e desenvolver nos países programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometam pela promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais.

Para o qual:

CONCLAMAM:

Os Ministérios de Saúde e Justiça, os Parlamentos, a Seguridade Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações de usuários, 3 universidades e outros centros de capacitação, organizações de defesa dos direitos humanos e os meios de comunicação social, com o objetivo de apoiar a reestruturação da Atenção Psiquiátrica, assegurando assim o êxito na sua implementação em benefício das populações da região.

ANEXO C – LEI 10216/2001

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

ANEXO D – PORTARIA 336/2002 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001; Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

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

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais,

regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/ emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 - CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança

e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 - CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do

Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2o.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5o, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9º Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS adII) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO E – PORTARIA 106/2000 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

**PORTARIA Nº 106,
DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000
MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE DO MINISTRO
DOU de 24/02/2000 (nº 39-E, Seção 1, pág. 23)**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:

a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial;

a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário;

a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando à redução das internações em hospitais psiquiátricos, resolve:

Art. 1º - Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

Parágrafo único - Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

Art. 2º - Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Art. 2º-A - Os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. Parágrafo único - Para fins desta Portaria, será considerada internação de longa permanência a internação de dois anos ou mais ininterruptos.

Art. 2º-B - Os SRT serão constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador, conforme descrito no Anexo I desta Portaria.

§ 1º - São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores. §

2º - São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores.

§ 3º - Para fins de repasse de recursos financeiros, os Municípios deverão compor grupos de mínimo quatro moradores em cada tipo de SRT.

§ 4º - Os SRT tipo II deverão contar com equipe mínima composta por cuidadores de referência e profissional técnico de enfermagem, observando-se as diretrizes constantes do Anexo I desta Portaria.

§ 5º - As duas modalidades de SRT se mantem como unidades de moradia, inseridos na comunidade, devendo estar localizados fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, estando vinculados a rede pública de serviços de saúde.

Art. 3º - Definir que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe: a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia; b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Art. 4º - Estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes: a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da

inserção social; b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários. c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Art. 5º - Estabelecer como normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS: a) serem exclusivamente de natureza pública; b) a critério do gestor local, poderão ser de natureza não governamental, sem fins lucrativos, devendo para isso ter Projetos Terapêuticos específicos, aprovados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental; c) estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial; d) estarem sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo; e) a critério do Gestor municipal/estadual de saúde os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com organizações não governamentais (ONGs) de saúde, ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental.

Art. 6º - Definir que são características físico-funcionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental:

6.1 apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais;

6.2 existência de espaço físico que contemple de maneira mínima:

6.2.1 dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 8 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 3 (três) por dormitório;

6.2.2 sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários;

6.2.3 dormitórios devidamente equipados com cama e armário;

6.2.4 copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários etc.);

6.2.5 garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar.

Art. 7º - Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

a) 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde com formação, especialidade ou experiência na área de saúde mental;

b) 2 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial.

Art. 8º - Determinar que cabe ao gestor municipal/estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos mesmos dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 9º - Priorizar, para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, os municípios onde já existam outros serviços ambulatoriais de saúde mental de natureza substitutiva aos hospitais psiquiátricos, funcionando em consonância com os princípios da II Conferência Nacional de Saúde Mental e contemplados dentro de um plano de saúde mental, devidamente discutido e aprovado nas instâncias de gestão pública.

Art. 10 - Estabelecer que para a inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no Cadastro do SUS, deverão ser cumpridas as normas gerais que vigoram para cadastramento no Sistema Único de Saúde e a apresentação de documentação comprobatória aprovada pelas Comissões Intergestores Bipartite.

Art. 11 - Determinar o encaminhamento por parte das Secretarias Estaduais e Municipais, ao Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Área Técnica da Saúde Mental, a relação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cadastrados no estado, bem como a referência do serviço ambulatorial e a equipe técnica aos quais estejam vinculados, acompanhado das FCA - Fichas de

Cadastro Ambulatorial e a atualização da FCH - Ficha de Cadastro Hospitalar - com a redução do número de leitos psiquiátricos, conforme art. 2º desta portaria.

Art. 12 - Definir que as Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 13 - Determinar que as Secretarias de Assistência à Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde e a Secretaria Executiva, no prazo de 30 (trinta) dias, mediante ato conjunto, regulamentem os procedimentos assistenciais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 14 - Definir que cabe aos gestores de saúde do SUS emitir normas complementares que visem a estimular as políticas de intercâmbio e cooperação com outras áreas de governo, Ministério Público, Organizações Não Governamentais, no sentido de ampliar a oferta de ações e de serviços voltados para a assistência aos portadores de transtornos mentais, tais como: desinterdição jurídica e social, bolsa-salário ou outra forma de benefício pecuniário, inserção no mercado de trabalho.

Art. 15 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO I

DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

SRT Tipo I

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada

da vida cotidiana e reinserção social. O SRT tipo I deve acolher no máximo 8 (oito) moradores, não podendo exceder este número.

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros).

Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência.

A incorporação deste profissional deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores.

O ambiente doméstico deve constituir-se conforme definido na Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000.

SRT Tipo II

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número.

O encaminhamento de moradores para SRTs tipo II deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com conseqüente inserção deles na rede social existente.

O ambiente doméstico deve constituir-se conforme definido na Portaria 106/GM/MS, de 2000, levando em consideração adequações/adaptações no espaço físico que melhor atendam as necessidades dos moradores.

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial.

Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a RT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência.

ANEXO F – PORTARIA 3088/2011 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*)

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;

Considerando as disposições contidas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003;

Considerando a Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

Considerando a Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando as diretrizes previstas na Portaria nº 1.190/GM/MS, de 4 de junho de 2009, que institui Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD);

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria, nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências SUS;

Considerando as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010;

Considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas; e

Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade Básica de Saúde;

b) equipe de atenção básica para populações específicas:

1. Equipe de Consultório na Rua;

2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;

c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) SAMU 192;

b) Sala de Estabilização;

c) UPA 24 horas;

d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade de Recolhimento;

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) enfermaria especializada em Hospital Geral;

b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial.

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;

2. pessoas com transtornos mentais;

3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros;

b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede; e

III - Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

§ 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção

Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 3º Quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua, de que trata a alínea "a" do inciso II deste artigo, poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.

§ 4º Os Centros de Convivência, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica,

garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros

§ 1º Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses

para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

§ 2º As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e

II - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com:

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços:

I - enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos

graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

§ 1º O cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral de que trata o inciso I deste artigo deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

§ 2º O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e, no caso do usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

§ 3º A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar.

§ 4º No que se refere ao inciso II deste artigo, em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

§ 3º O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

Art. 13. A operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dará pela execução de quatro fases:

I - Fase I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial:

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR) e pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio da SES, de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;

b) pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no CGR e no CGSES/DF;

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;

d) estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de

atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região;

II - Fase II - adesão e diagnóstico:

a) apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e nos Municípios;

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica, conforme o Anexo I a esta Portaria, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no CGSES/DF e no CGR;

c) homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB e CGSES/DF;

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela SES, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;

2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;

3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;

4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede;

e) contratualização dos Pontos de Atenção;

f) qualificação dos componentes;

III - Fase 3 - Contratualização dos Pontos de Atenção:

a) elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial;

b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede;

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES;

IV - Fase 4 - Qualificação dos componentes:

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas nos arts. 6º ao 12 desta Portaria; e

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde, que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais.

Art. 14. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território municipal.

Art. 15. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento, por parte da União, serão objetos de normas específicas a serem publicadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 16. Fica constituído Grupo de Trabalho Tripartite, coordenado pelo Ministério da Saúde, a ser definido por Portaria específica, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar esta Portaria em até cento e oitenta dias.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região:					
Município:					
População:					
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existente	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua -Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
					Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório

					io
					1- municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs.2 - municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integralfica por conta das equipes de AB do município.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência				
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I				Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS AD				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS i				Municípios ou

					regiões com pop. acima de 150 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU				Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO				1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL				Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC, 2011). Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade.
	COMUNIDADE				

	TERAPÊUTICA				
V. Atenção Hospitalar	LEITOS				1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
	ENFERMARIA ESPECIALIZADA				
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT				A depender do nº de municípios longamente internados
	PVC				A depender do nº de municípios longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS				