

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS - FACH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO

DANIEL ACOSTA LEZCANO FOSCACHES

**INTERROGAÇÕES ÀS ATUAIS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO
BRASIL: CAMINHOS E LABIRINTOS A PARTIR DAS OBRAS DE
CORNELIUS CASTORIADIS E PIERA AULAGNIER**

CAMPO GRANDE – MS

2017

DANIEL ACOSTA LEZCANO FOSCACHES

**INTERROGAÇÕES ÀS ATUAIS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL:
CAMINHOS E LABIRINTOS A PARTIR DAS OBRAS DE CORNELIUS
CASTORIADIS E PIERA AULAGNIER**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
aprovação no Programa de Pós-Graduação em
Psicologia – Curso de Mestrado.

Orientador: Prof. Dr. David Victor-Emmanuel Tauro.

CAMPO GRANDE – MS

2017

DANIEL ACOSTA LEZCANO FOSCACHES

**INTERROGAÇÕES ÀS ATUAIS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL:
CAMINHOS E LABIRINTOS A PARTIR DAS OBRAS DE CORNELIUS
CASTORIADIS E PIERA AULAGNIER**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Psicologia no
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Curso
de Mestrado.

BANCA EXAMINADORA

Aprovada em ___/___/___

Prof. Dr. David Victor-Emmanuel Tauro. UFMS. Membro Efetivo e Orientador.

Prof. Dr. Henrique de Oliveira Lee. UFMT. Membro Efetivo.

Profa. Dra. Inara Barbosa Leão. UFMS. Membro Efetiva.

Prof. Dr. Antônio Carlos do Nascimento Osório. UFMS. Membro Efetivo.

AGRADECIMENTOS

Às pessoas que tornaram possível a concretização desse sonho deixo os meus mais sinceros e eternos agradecimentos, sendo elas: o enfermeiro Anderson Mareco e os meus coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande, Edinar Solleti, Ana Carolina Amettla Guimarães, Rogério Augusto Marques e Paulo Batista Gomes por terem me liberado do expediente nos horários das aulas e, quando foi preciso, em alguns períodos, para me dedicar à pesquisa; os meus colegas de trabalho pela compreensão, pelo apoio e por terem conduzido o setor, de forma competente, nos momentos em que estive ausente.

Dentro da Universidade tenho imenso sentimento de gratidão pelo meu orientador, Prof. Dr. David Victor-Emmanuel Tauro, devido ao suporte profissional e pessoal que me ofereceu durante todo esse período; por todos os professores do curso, em razão do aprendizado que eles me proporcionaram, especialmente a Profa. Dra. Inara Barbosa Leão que, sempre muito atenciosa, auxiliou-me imensamente, tanto no campo acadêmico, quanto no campo pessoal com sua amizade e caronas que me disponibilizou; pelo Prof. Dr. Henrique de Oliveira Lee por sua disponibilidade de aceitar participar da minha banca e pela sensibilidade com a qual fez seus apontamentos sobre o meu trabalho. Agradeço ainda ao Prof. Dr. Antônio Osório pela gentileza de aceitar ler o meu trabalho e participar da banca examinadora, bem como a Ludmar pelo apoio administrativo que deu a mim e ao curso de uma forma geral. Por fim, deixo um carinhoso abraço aos meus queridos colegas da turma, com quem pude dividir minhas angústias, minhas alegrias e dar muitas risadas juntos e ao amigo, desde a época da graduação, Juberto de Souza, pelo grande apoio em relação às normas da ABNT.

Não posso deixar de agradecer a minha família como um todo e, em especial, aos meus pais, que me proporcionaram a oportunidade de ter uma educação formal de boa qualidade em toda a minha vida, pois, sem o esforço e a dedicação deles nada disso seria possível; à minha esposa, que sempre esteve ao meu lado me incentivando e aguentando as minhas chatices e os momentos noturnos ou de finais de semana em que não estive disponível para ela em razão dos compromissos com o mestrado e com a pesquisa; e claro, à minha maior motivação, minha filha Heloísa, quem ainda não entende muito bem o que são os compromissos de uma vida adulta, mas já sabe que “o papai trabalha muito” e já aprendeu a respeitar, como gente grande, esses momentos.

“Pois é verdade que o homem não é um ser natural – se bem que tampouco seja um animal “racional”. (...) Dever-se ia dizer, antes, que o homem é um animal louco que, por meio de sua loucura, inventou a razão. Sendo um animal louco, ele naturalmente fez dessa sua invenção – a razão – o instrumento e a expressão mais metódica de sua loucura. Isso nós podemos saber agora, mas apenas porque ela foi inventada”. (CASTORIADIS, 1987, pág. 163)

RESUMO

Esse trabalho teve como objetivo geral promover interrogações e formular elucidações em relação às atuais políticas de saúde mental no Brasil, mais especificamente ao elemento que aparece como um dos principais objetivos de tais políticas, que é a inclusão social de sujeitos psicóticos. O estudo foi feito à luz da epistemologia e da metodologia de Cornelius Castoriadis e de Piera Aulagnier, concebendo a psicose de acordo com as elucidações desses autores. Para cumprir com o objetivo dessa pesquisa foi feita uma análise dos principais documentos legais que expressam os conteúdos dessas políticas articulando-os com conceitos e categorias relacionados com o objeto do presente estudo. Como resultados nós concluímos que, apesar de muitos avanços que essas Políticas trouxeram para a relação entre a sociedade e a loucura, há diversas transformações a serem efetuadas em nossa sociedade para que seja possível uma atenção psicossocial adequada aos sujeitos psicóticos, uma vez que, enquanto as políticas de saúde mental forem geridas pelo estado neoliberal e por especialistas, ou seja, com participação mínima do povo, elas perdem o seu caráter político e impossibilita o projeto da autonomia individual e coletiva. Priorizar intervenções adaptacionistas e dar a elas a qualidade de proporcionar inclusão social é desconsiderar que a sociedade como um todo é que precisa ser objeto de interrogações e de mudanças e que uma verdadeira política de saúde mental deve ter o caráter de um projeto revolucionário.

Palavras-Chave: Política. Saúde Mental. Psicanálise.

ABSTRACT

This work had for its general objective the promotion of interrogations and the formulation of elucidations regarding current policies regarding mental health in Brazil, more specifically regarding the element that appears to be one of the principal objectives of such policies, that is the social inclusion of these psychotic subjects. The study was based on the epistemology and methodology of Cornelius Castoriadis and Piera Aulagnier, conceiving psychosis according to the elucidations of these authors. In order to fulfill the requisites of this research, an analysis was done of the principal legal documents expressing the contents of the principal legal documents that express the contents of these policies articulating them with the concepts and categories related to this study. Results led to conclude that despite many advances of these policies, regarding the relation between society and madness, there remain various transformations necessary in our society in order that psychosocial treatment adequate to psychotics be possible, given that while mental health policies generated by the Neoliberal State and by specialists, with the minimum participation of the people, these policies lose their political character and render impossible the project of individual and collective autonomy. Giving priority to adaptationist interventions and attributing the quality of permitting them to lead to social inclusion is to disrespect society as a whole, necessitating interrogations and changes that a true politics of mental health needs as a revolutionary project.

Keywords: Politics. Mental Health. Psychoanalysis.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1: Comparação entre a porcentagem de ocorrências de episódios psicóticos em pacientes esquizofrênicos tratados com medicação e em pacientes esquizofrênicos tratados com intervenções psicossociais de acordo com a pesquisa de Harrow e Thomas *apud* Freitas e Amarante, 2015.

Tabela 2: Comparação entre a porcentagem de novas internações psiquiátricas em pacientes esquizofrênicos tratados com medicação e em pacientes esquizofrênicos tratados com intervenções psicossociais de acordo com a pesquisa de Harrow e Thomas *apud* Freitas e Amarante, 2015.

Tabela 3: Repasse financeiro mensal fixo, em reais, para as respectivas modalidades de CAPS definido a partir da Portaria 3089/2011 do Ministério da Saúde;

Tabela 4: Porcentagem de investimentos federais, no ano de 2002 e no ano de 2013, em serviços hospitalares e em serviços extra-hospitalares da atenção à saúde mental;

Gráfico 1 – Comparação entre o gasto do governo brasileiro com o pagamento de juros da dívida pública ao capital internacional e o gasto com saúde pública no ano de 2008 e entre os anos de 2011 a 2014.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AI-5 – Ato Institucional nº5
- ALJT – Associação Latino-Americana de Juízes do Trabalho
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
- CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CID-10 – Classificação Internacional de Doenças 10º edição
- COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
- CONÍDICO – Conjuntista-Identitário
- CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
- CSN – Companhia Siderúrgica Nacional
- Diap - Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar
- DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º edição
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- Fiesp – Federação das Indústrias do Estado de São Paulo
- FMI – Fundo Monetário Internacional
- FUNPEN – Fundo Penitenciário Nacional
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICMS – Imposto sobre circulação de Mercadorias e Serviços
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- IPES – Instituto de Pesquisa e Estudos Sociais
- IPI – Imposto sobre Produto Industrializado
- IRPJ – Imposto de Renda de Pessoa Jurídica
- ISS – Imposto sobre Serviços
- IV CNSM-I – IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial
- LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental
- LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros.
- MBL – Movimento Brasil Livre

- MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
- OIT – Organização Internacional do Trabalho
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONG – Organização Não-Governamental
- ONU – Organização das Nações Unidas
- OS – Organização Social
- OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
- OSs – Organizações Sociais de Saúde
- PEA – População Economicamente Ativa
- PEC – Proposta de Emenda à Constituição
- PIB – Produto Interno Bruto
- PIS – Programa de Integração Social
- PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
- Pronacoop Social – Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social
- PSC – Partido Social Cristão
- PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
- PT – Partido dos Trabalhadores
- PTS – Projeto Terapêutico Singular
- RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
- SILOS – Sistemas Locais de Saúde
- SNAS – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
- SRT – Serviço Residencial Terapêutico
- SUS – Sistema único de Saúde
- UA – Unidade de Acolhimento
- UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	ASPECTOS SOCIAL-HISTÓRICOS DA RELAÇÃO ENTRE A SOCIEDADE OCIDENTAL E A LOUCURA.....	29
2.1	As Significações Imaginárias Sociais ligadas à loucura no Brasil	57
3	PRINCIPAIS DOCUMENTOS QUE EXPRESSAM OS CONTEÚDOS DAS ATUAIS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	72
4	CONCEITOS E CATEGORIAS FUNDAMENTAIS DE NOSSA EPISTEMOLOGIA	118
4.1	Para Delimitar o que Estamos Considerando como Sujeitos Psicóticos	123
4.1.1	A Psicose pela Psicanálise.....	142
4.2	Considerações acerca da Política	174
4.3	E o que são as “Políticas Públicas”?	181
4.4	Elucidações sobre o conceito de exclusão/inclusão social	210
4.4.1	O trabalho realmente promove inclusão social?.....	216
4.4.2	A nossa compreensão em relação à exclusão/inclusão social.	235
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	249
6	REFERÊNCIAS	268

1 INTRODUÇÃO

Na década de 1970 iniciou-se no Brasil um movimento, impulsionado por trabalhadores em saúde mental (MTSM), que visava à reforma da assistência psiquiátrica no país. Segundo autores que vem trabalhando com o tema, como Paulo Amarante (1995), essa reforma tem uma conformação diferente de propostas anteriores, as quais tinham como objetivo transformações eminentemente técnicas. O MTSM, seguindo o direcionamento do movimento da Reforma Psiquiátrica, abriu críticas em relação ao saber psiquiátrico, a uma postura diante da doença mental, produzindo novas iniciativas práticas e teóricas de transformação e permitindo o surgimento de novas interrogações nessa área.

Esse movimento foi contemporâneo ao da reforma sanitária - que culminou na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país - e fez com que os ideais da reforma psiquiátrica constituíssem um grande movimento social em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde. Esses ideais foram permeados, então, pelas diretrizes e pelos princípios do SUS, que podem ser descritos como: descentralização; atendimento integral, envolvendo atividades curativas e, sobretudo, preventivas; a participação da comunidade efetuando um controle social; universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência; igualdade da assistência; preservação da autonomia da pessoa em defesa de sua integridade física e mental; e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão.

Cabe aqui destacar o entendimento que a legislação tem do que vem a ser a autonomia, conceito que, como veremos adiante, é fundamental para compreender as elucidações dos autores que estão embasando o nosso trabalho. De acordo com Santos (1995), a autonomia, nesse contexto, é considerada como o poder de autodeterminação de um indivíduo, cabendo ao Estado respeitar os seus sentimentos, o seu modo de pensar, as suas convicções e o seu temperamento no que se refere às possibilidades de assistência à saúde impostas a ele, desde que a escolha feita não cause danos irreversíveis para o indivíduo ou para a comunidade. Nesse ponto inicia-se um problema, na medida em que qualificamos essa concepção de autonomia como extremamente superficial, não garantindo possibilidades de criação e transformação de práticas na assistência à saúde por parte dos usuários, referindo-se apenas à escolha de opções já dadas pelo Estado e instaurando uma separação radical entre quem cria um serviço e quem o utiliza.

Essa noção fica ainda mais clara quando nos detemos em alguns pontos da sistematização das ações e dos serviços destinados à saúde expostos pela Constituição Federal, a qual expõe as seguintes determinações: a saúde é direito de todos e dever do Estado; os serviços de saúde devem ter uma relevância pública; a gestão administrativa deve ter um caráter democrático e permitir a participação da comunidade. Além disso, a rede pública deve estar integrada em um sistema único; o setor privado pode participar, de forma complementar, do sistema público; o financiamento provirá dos orçamentos da seguridade social e demais orçamentos da União, do distrito federal, dos Estados e dos Municípios. Por fim, a participação no custeio da seguridade social deve ser pautada na equidade; a saúde é a resultante de políticas sociais, econômicas e de fatores que condicionam o estado de bem – estar físico mental e social do indivíduo.

Um ponto a se enaltecer é a concepção de saúde que essas disposições legais possibilitaram, a qual passou a ser compreendida como um estado de bem-estar do indivíduo e da coletividade, pressupondo também favoráveis condições econômicas e sociais, fato que proporcionou ao SUS o poder de elaborar políticas de saúde pensadas em conjunto com os âmbitos econômicos e sociais, buscando atender ao princípio da integralidade. Embasado nesse mesmo raciocínio e também nos resultados negativos observados em políticas anteriores, sobretudo no período da ditadura militar, que privilegiaram ações curativas em contratos de serviços particulares e intensa priorização da assistência hospitalar, outra preconização do SUS é não separar ações de assistência e ações de prevenção à saúde, inclusive, dando preferência a essas últimas. (SANTOS, 1995)

Foi no contexto da luta contra a ditadura militar, instaurada em meados da década de 1960 que, em nosso país, instalou-se a versão brasileira da Reforma Sanitária, movimento que visava a transformações na saúde pública e que foi constituído por estudantes universitários, representantes da medicina preventiva e social e por lideranças de diversos movimentos sociais. Naquele momento, a corrente ditatorial era o principal empecilho para a ampliação dessas mudanças e do alcance dos objetivos da Reforma Sanitária. Atualmente, observamos que o governo, a indústria farmacêutica e o empresariado da área da saúde são algumas das barreiras atuais contra a implantação de um sistema de saúde plenamente público, colocando a saúde como mercadoria ao invés de direito, e dividindo a sociedade entre aqueles que podem pagar por planos de saúde e aqueles que não têm outra escolha a não ser se submeter a um SUS precário e sucateado. (PATTO, 2009)

Na lei Federal 8080/90, que instituiu o SUS, apesar dos grandes avanços que apareceram ali pela primeira vez em nosso país - uma vez que, até então, apenas quem trabalhasse e contribuísse financeiramente com a previdência tinha direito ao atendimento na saúde pública - já foi possível notar a tendência de uma supremacia do particular em relação ao público. Isso ficou claro, sobretudo, nos pontos em que, embora a saúde seja abordada como direito de todos e dever do Estado, a lei abriu precedentes ao investimento público na iniciativa privada para que esta também preste esse tipo de serviço. Isso representa resquícios da cultura ditatorial, contexto em que houve um grande aumento de clínicas e hospitais particulares no país. (PATTO, 2009)

Essa marca do privado não foi impressa somente na área da saúde. Nos anos de 1990 ocorreu no Brasil a Reforma do Estado, a qual, ao mesmo tempo em que rebaixou o Estado à qualidade de ineficiente, corrupto e opressor, promoveu o privado ao nível de espaço de liberdade individual, de criação e de produção. Em todos os países em que a Reforma de Estado tomou essa direção, observou-se um acirramento das desigualdades sociais, na medida em que, dentre outras ações guiadas por essa lógica, passou-se a preferir investir os recursos no mercado financeiro, por meio do pagamento dos juros da dívida externa, a destinar recursos para as políticas sociais. Alguns dados numéricos desse fato serão apresentados no item 4.3 dessa dissertação. (PATTO, 2009)

Voltando a falar especificamente sobre as Políticas de Saúde Mental no Brasil, podemos dizer que elas estão baseadas na ideia central de suprimir um modelo de tratamento centrado no hospital psiquiátrico e substituí-lo por uma atenção em saúde disponibilizada por meio de dispositivos comunitários. Uma noção fundamental que está presente na construção desse novo modelo de atenção à saúde mental é a concepção de que esse trabalho deve ser construído com base em uma rede de cuidados desenvolvidos no que o Ministério da Saúde denominou como território, o qual, não é somente o espaço geográfico onde os usuários estão inseridos, mas também as pessoas, com seus conflitos e seus interesses, as instituições, os recursos afetivos, econômicos, culturais, sanitários, educacionais e sociais que permeiam a vida dos sujeitos. (BRASIL, 2004)

Outro conceito importante a ser introduzido nesse contexto, porque nos faz refletir sobre qual tipo de transformação estamos falando, é o conceito de desinstitucionalização. Baseando-se nas ideias de Paulo Amarante (1996), a noção de desinstitucionalização surgiu nos EUA, em decorrência do plano de saúde mental do governo Kennedy (1961-1963), momento em que era entendida como um conjunto de medidas de desospitalização. Segundo

Amarante (1996) a desinstitucionalização deve ser abordada como uma desconstrução, ideia que permeou a trajetória de Franco Basaglia - psiquiatra Italiano, que foi um dos principais militantes do movimento da reforma psiquiátrica, conhecido como Psiquiatria Democrática - abrindo-se espaço para discutir a epistemologia dos saberes da medicina, da psicopatologia da psicologia e das demais disciplinas envolvidas na saúde mental. Quando fala em desconstrução, Amarante (1996) está se referindo ao objetivo de encontrar uma forma de realizar uma psiquiatria que atenda as demandas das pessoas que sofrem de problemas dessa ordem, sem cair na tentação de buscar uma cura definitiva para a doença ou ter algum outro tipo de intervenção higienista.

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico e clínico. Então é a pessoa o objetivo do trabalho e não a doença. Desse modo, a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de invenção de saúde e de reprodução social do sujeito. A desinstitucionalização, nesse contexto, faz com que se veja que o problema da doença não é uma questão exclusivamente científica, mas é também um problema técnico, normativo, social e existencial. Assim, a instituição inventada torna-se o conjunto de possibilidades de produção de vida e de reprodução social. (AMARANTE, pág. 104, 1996).

O autor nos mostrou que entender a desinstitucionalização apenas como medidas de desospitalização não é o caminho adequado porque se opera uma crítica ao sistema psiquiátrico por ser centrado na assistência hospitalar, mas não faz o mesmo com a natureza do saber que o autoriza. Dessa maneira, não se proporia a repensar as bases do saber psiquiátrico, bastaria fazer apenas um rearranjo administrativo, reduzir leitos nos hospitais psiquiátricos, criar serviços comunitários, etc. Outro lugar em que a desinstitucionalização não pode cair é na desassistência; não se pode pensar que esse processo seja a mera retirada dos sujeitos dos hospitais e deixá-los desamparados, abandonados à própria sorte. É preciso que seja implantada, antes, uma infraestrutura na sociedade para que eles e suas famílias sejam atendidos.

A partir da experiência enquanto psicólogo da rede de atenção à saúde mental no município de Campo Grande, MS, emergiram algumas interrogações em relação a um dos principais objetivos das Atuais Políticas de Saúde Mental no Brasil, que é a inclusão social, especificamente, quando essa inclusão se refere a sujeitos psicóticos com internações psiquiátricas recorrentes.

Com o intuito de fazer uma revisão dos trabalhos já realizados no campo das Políticas de Saúde Mental no Brasil e, em seguida, delimitar melhor o objeto de estudo da presente

pesquisa, foram feitas buscas em três bases de dados, das quais os resultados serão descritos logo adiante. Foi realizada uma pesquisa na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) com os descritores “Saúde Mental e Políticas Públicas”, sem delimitação temporal, cujo resultado foi um total de quarenta e três trabalhos; desses, observou-se que poucos autores tiveram como objetivo interrogar determinações das atuais políticas de saúde mental quanto à inclusão social de sujeitos psicóticos. Os trabalhos que mais se aproximaram dos objetivos da presente pesquisa tiveram os seguintes objetos de análise: as concepções dos profissionais que trabalham diretamente com usuário dessas políticas; apontar as potencialidades de pontos específicos da atenção psicossocial como os CAPS, a comunidade e o hospital geral, e analisar alguns programas específicos, como o “De Volta Pra Casa” e empreendimentos solidários. Os principais trabalhos encontrados serão brevemente apresentados nas próximas seis páginas.

Um primeiro trabalho a ser destacado é o de Machado (2006), que elaborou um estudo entrevistando auxiliares de enfermagem que trabalhavam em uma Residência Terapêutica com o objetivo de analisar as possibilidades de inclusão social dos usuários daquele serviço bem como a concepção desses trabalhadores em relação à loucura. Por meio da análise do conteúdo das entrevistas emergiram três categorias: o significado da loucura, o trabalho em saúde mental e o caminho para a inclusão social.

Como conclusão evidenciou-se que a loucura ainda é compreendida dentro do paradigma manicomial da “desrazão”, desequilíbrio e doença, do mesmo modo que o louco é percebido como debilitado e eternamente dependente. Machado (2006) sinalizou que, embora a mudança do modelo hospitalocêntrico para o modelo psicossocial de tratamento represente uma maior humanização em relação aos usuários, faltam projetos terapêuticos intersetoriais individualizados voltados à inclusão social e é necessário superar barreiras governamentais e o que a autora chamou de “manicômios internos” – maior elemento de exclusão - para se efetivar a inclusão social nas Políticas de Saúde Mental.

Em outra pesquisa, Valente (2008) analisou os seguintes documentos: a Declaração de Caracas (1990), que versou sobre a reestruturação da atenção psiquiátrica nos sistemas locais de saúde; o relatório da III Conferência de Saúde Mental e a lei federal nº 10,216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. O objetivo da autora foi verificar se houve um impacto positivo na inclusão social do doente mental. A análise foi feita sob a teoria de Foucault, concluindo que o processo da reforma psiquiátrica não acabou com a exclusão social da qual os sujeitos com transtornos mentais são

vítimas, porém, trouxe uma possibilidade transformadora, principalmente no estabelecimento de relações solidárias entre loucos e não loucos, em que todos os sujeitos podem e devem ser vistos de forma inteira, singular e cidadã.

Barbosa (2010) investigou as redes sociais de um grupo de portadores de esquizofrenia atendidos em um ambulatório de saúde mental do município de Serrana. Como resultado observou que os pontos de apoio desses sujeitos eram o ambulatório, o trabalho e a família, tendo a família um destaque maior do que as outras duas instâncias sociais; esse fato levou o autor a concluir que, apesar dos avanços proporcionados pela reforma psiquiátrica brasileira, o adoecimento acarreta uma limitação ao portador de esquizofrenia gerando uma fragilidade em suas redes de relações sociais, que fica eminentemente apoiada na família.

Azevedo (2010) fez uma pesquisa, no município de Campina Grande, na Paraíba, para avaliar a inclusão social de usuários de serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico daquele município. Entrevistando dezoito profissionais desses serviços observou que as práticas favoreceram a articulação da saúde mental com outros setores da sociedade, tais como educação, economia e cultura, criando redes sociais. Por outro lado, foram destacadas como fragilidades a escassez de recursos financeiros e materiais e o preconceito da sociedade, de profissionais e de instituições em relação ao doente mental. Finalmente, a autora evidenciou os seguintes fatores facilitadores do processo da reforma psiquiátrica: o trabalho interdisciplinar; a colaboração intersetorial; o apoio dos gestores municipais para a capacitação dos profissionais que atuam na atenção psicossocial, na atenção básica e em outros setores da rede de cuidado. (AZEVEDO, 2010).

Salles (2011) se propôs a discutir a efetividade das ações de um CAPS do município de São Paulo quanto à inclusão social dos usuários que lá eram acompanhados, por meio de entrevistas com usuários do CAPS e pessoas da comunidade, utilizando o referencial da teoria de Agnes Heller. Os resultados apontaram as seguintes dificuldades no processo de inclusão social desses sujeitos: a existência de uma concepção alinhada ao modelo manicomial, estigma, preconceito; desvantagens de recursos materiais; dificuldade em exercer a cidadania; pouco contato social fora do CAPS; poucas oportunidades no contexto; falta de uma rede intersetorial articulada de atenção à saúde.

Por outro lado, Salles (2011) observou os seguintes avanços referentes ao processo de inclusão: concepções de inclusão de que todos devem estar integrados na comunidade; experiências de participação em espaços da cidade; aumento da rede social do usuário; participação em grupos religiosos; apoio de associações e de ONGs; e o próprio CAPS

enquanto espaço de inclusão, acolhimento e pertencimento. A autora finalizou o trabalho afirmando que os CAPS favorecem a inclusão social de seus usuários promovendo o acesso e novas opções, projetando um novo paradigma em saúde mental no Brasil; no entanto, apontou que há muitos desafios a serem superados, os quais não se apresentam somente para os CAPS, mas para a sociedade como um todo.

Plantier (2015) fez uma análise da relação das cidades contemporâneas com a loucura fora dos muros do manicômio e compreendeu que apenas o retorno das pessoas com doença mental às cidades não supera a lógica da exclusão social e da reclusão, pois, esse retorno exige debates e o envolvimento de toda a sociedade no processo da reforma psiquiátrica, uma vez que a lógica manicomial ainda perpassa, não só a comunidade, como também os serviços especializados em saúde mental.

Em outra busca, realizada no acervo da revista Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, da Associação Brasileira de Saúde Mental, utilizando os descritores “saúde mental e políticas públicas”, sem delimitação temporal, foram encontrados oitenta e três artigos. Desses trabalhos, apenas doze estavam mais relacionados ao tema da presente dissertação – inclusão social de sujeitos psicóticos - e um deles utilizou algumas categorias da teoria de Castoriadis para analisar aspectos das intervenções em saúde mental.

O estudo que utilizou o referencial de Cornelius Castoriadis foi o de Nunes (2009) que, em seu trabalho, intitulado “O silenciamento da cultura no (con) texto do cuidado em saúde mental”, abordou questões relacionadas ao etnocentrismo predominante em nossa cultura e que também perpassa as intervenções dos profissionais que atuam nos CAPS, ocasionando uma supressão da diversidade cultural existente entre os usuários e impedindo as possibilidades de novas criações e de se melhor efetivar os princípios da reforma psiquiátrica.

A autora limitou-se ao questionamento da maneira como os profissionais intervêm e reafirmou que, apesar dos desafios a serem superados, o novo modelo de atenção em saúde mental, propiciou a produção do que ela chamou de novos elementos socioculturais, tais como, uma maior possibilidade de esses usuários transitarem pelo território; uma intensificação da interatividade social com projeto de ressocialização e integração social; participação dos usuários em atividades que requeiram cidadania e possibilitem suas atitudes em emitir opiniões e escolhas. Nunes (2009) finalizou o trabalho concluindo que uma reforma psiquiátrica deve acontecer rompendo-se com a hegemonia cultural da medicina e dos especialismos e possibilitando o diálogo entre as culturas; deve ser uma intervenção em saúde mental menos institucional e técnica e mais territorial, participativa e cultural.

Um segundo artigo a ser citado é o de Gastal (2009) que, trabalhando com os conceitos do teórico Boaventura de Souza Santos, e com a análise de Foucault sobre o poder psiquiátrico, fez uma investigação sobre a participação popular na Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo como foco as intervenções dos CAPS. O autor concluiu que o movimento social da reforma, ao ser institucionalizado como política pública, passou a trilhar bem mais no caminho da regulação do que da emancipação, o que significa que o louco não está sendo o centro e que o movimento social não está tendo ações técnico-assistenciais diretas como deveria ter. O que acontece é que essas ações estão cada vez mais como propriedade do Estado e distanciadas da comunidade.

Os movimentos sociais deveriam participar da criação dos serviços, assim como os loucos que, de certa forma, seriam os donos do serviço, onde poderiam ser chamados de participantes e não mais de usuários, como preconizam as políticas. A concepção de usuário traz consigo a noção de que o Estado cria um serviço e o louco usufrui dele, porém, de uma forma assujeitada, marcada por uma lógica da necessidade burocrática. Romper com essa lógica seria permitir uma ação criativa do âmbito da racionalidade estético-expressiva, em oposição à que impera atualmente, que é a racionalidade cognitivo-experimental. (GASTAL, 2009)

Em seguida, também sob o referencial da teoria foucaultiana, Soalheiro (2012) trabalhou com o conceito de empoderamento de usuários e familiares no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. A autora concluiu, a partir do relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política nacional vem incorporando, progressivamente, a dimensão do empoderamento de usuários e familiares e o estímulo aos dispositivos associativos, como fortalecer associações e estimular a implantação de cooperativas e empreendimentos solidários em saúde mental; fortalecer os dispositivos institucionais de participação (assembleias, grupos de trabalho e conselho gestor); criar políticas públicas de suporte e assistência aos cuidadores, entre outros.

Em outro trabalho, Marazina (2012), estudando a participação social nas políticas públicas de saúde mental, fez o questionamento sobre a efetividade e a verdadeira existência das políticas de controle social no SUS. A autora afirmou que os mecanismos de controle são essenciais, mas questionou-se até onde esses dispositivos de controle não estão atravessados por uma tendência à burocratização, tendência que, segundo ela, está presente na sociedade como um todo, uma vez que a educação para a cidadania participativa ainda está muito distante de ser um ideal social participativo.

Também trabalhando com o conceito de cidadania, Espírito Santo (2009) o apresenta em um artigo sobre o II Fórum Internacional de Saúde Mental, sob a concepção de uma medida de convivência social que se torna realidade na esfera pública e emerge nas lutas cotidianas. Nessa perspectiva, ela enfatizou que a luta antimanicomial vem conseguindo fazer com que seus participantes compartilhem de uma mesma “economia emocional” e com que os reais interessados se tornem protagonistas de suas próprias lutas.

Ainda que a autora faça essas afirmações, ela concluiu o texto com as seguintes perguntas, as quais, nós consideramos importantes e que são semelhantes com questionamentos que fazemos na presente pesquisa: Será que somos capazes de pensar e discutir em conjunto novas formas de vida pública? É possível a concepção de uma sociedade que conviva com as diferenças? Será que estamos aptos para romper com o domínio neoliberal? Além de lançar essas perguntas, a autora fez a afirmação de que o elo entre essas lutas é o que pode ser criado em conjunto, é uma ação coletiva no espaço público. (ESPÍRITO SANTO, 2009).

A terceira base de dados pesquisada foi o site do SCIELO, utilizando os descritores: “Saúde Mental e Políticas Públicas”, sem delimitação temporal, local em que foram encontrados dezessete artigos. Dentre os trabalhos que mais se relacionam com o tema dessa dissertação encontram-se os seguintes: Jardim (2009) discutiu alguns projetos terapêuticos singulares (PTS) de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para avaliar a efetividade prática dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira. O autor concluiu que em alguns documentos encontravam-se pressupostos alinhados com os princípios da reforma psiquiátrica, ao passo que, em outros, fazia-se presente um discurso autoritário, disciplinador e contrário aos pressupostos reformistas.

Costa e Paulon (2012) se propuseram a analisar, em um CAPS no estado do Rio Grande do Sul, o protagonismo e participação social dos usuários de serviços de saúde mental. Eles trabalharam na perspectiva teórica de Deleuze e Guatarri, utilizando o método cartográfico e trouxeram como conclusão que o conceito de coletivo é uma potência no que se refere a um novo arranjo participativo, capaz de dialogar com as noções de autonomia e protagonismo no plano das ações em saúde mental.

Em 2013, Campos, Onocko Campos e Del Barrio publicaram um artigo criticando as ações do governo brasileiro e suas instituições em direção à elaboração de políticas públicas, enfocando a saúde mental. Os autores apontaram que os estudos e as pesquisas nesse campo são eminentemente baseados em evidências, na cientificidade e no quantitativo, o que produz

um viés no conceito de política pública não considerando a diversidade do público e suas especificidades qualitativas.

Filippon, Kantorski e Saeki (2015) analisaram o processo democrático da construção, implantação e aplicabilidade de uma lei municipal de saúde mental frente às contradições do processo social da reforma psiquiátrica brasileira. Para atingir o objetivo realizaram entrevistas com gestores, trabalhadores e usuários de serviços de saúde mental do município de Alegrete, utilizando como referencial teórico e metodológico o materialismo histórico e dialético. Como conclusão, eles afirmaram que uma lei municipal de saúde mental é um grande avanço em direção à democracia, mas, para que os trabalhadores não reproduzam mecanismos de exclusão, é preciso aproximá-los da história da reforma psiquiátrica como movimento social, o que, conseqüentemente, os farão atribuir sentido ao trabalho deles.

Considerando os trabalhos que já foram realizados na área das Políticas de Saúde Mental e tendo como objeto específico a inclusão social, percebe-se que apenas o trabalho de Nunes (2009) - que abordou a questão da existência de diferentes culturas entre os usuários de CAPS, fator que, segundo a autora, não vem sendo considerado pelos profissionais - utilizou conceitos elucidados por Cornelius Castoriadis. Entretanto, diferentemente da pesquisa que estamos propondo, o objeto desse estudo não foi um questionamento sobre as bases epistemológicas e os objetivos da política de saúde mental no Brasil, saber se a forma como ela está posta possibilita a criação de sujeitos e de uma sociedade autônoma, se é possível efetivar uma inclusão social de sujeitos psicóticos e qual inclusão seria essa.

Outro aspecto que marca um diferencial da proposta dessa dissertação é que vários trabalhos abordaram o fato de que a reforma psiquiátrica brasileira vem propiciando, como benefícios aos seus usuários, a inclusão/participação social, democracia, autonomia, cidadania, empoderamento e protagonismo. Porém em poucos trabalhos - como no de Gastal (2009) e Espírito Santo (2009) - foi observada uma análise crítica sobre as possibilidades desses conceitos se efetivarem e sobre a maneira como estão organizadas essas políticas pelo Ministério da Saúde no contexto da sociedade capitalista, sobretudo, no que se refere aos sujeitos psicóticos.

Diante dos trabalhos já produzidos na área, o objetivo geral da presente pesquisa foi formular interrogações e promover elucidações em relação às atuais Políticas de Saúde Mental no Brasil, como estão sendo postas pelo Ministério da Saúde, sobretudo no que tange à proposta de inclusão social de sujeitos psicóticos, elemento que aparece como um dos principais objetivos das referidas políticas. Já os objetivos específicos foram: fazer um

resgate social-histórico das relações entre a sociedade e a loucura, sobretudo no contexto brasileiro; explicitar a evolução do conceito de psicose da psiquiatria à psicanálise; e vislumbrar caminhos para uma Política de Saúde Mental que possibilite uma atenção adequada aos sujeitos psicóticos propiciando transformações teóricas e práticas nesse campo do conhecimento.

Para atingir esses objetivos nos orientamos pelo caminho metodológico sugerido por Castoriadis (2007), segundo o qual, nas ciências humanas e sociais, sem ignorar a relevância do conceito de verdade - e sem também achar que se pode dizer qualquer coisa ao acaso - mais do que saber se um conhecimento é verdadeiro ou não, importa saber se a afirmação ou a refutação deste conhecimento permite-nos ver algo do nosso objeto de estudo. Utilizamos recursos da pesquisa bibliográfica em relação às elucidações deste autor, de Piera Aulagnier e de autores que trabalharam com o tema da psicose, das relações históricas entre a sociedade e a loucura, do que, atualmente, está sendo chamado de reforma psiquiátrica e com os demais conceitos pertinentes ao nosso objeto de estudo.

Junto com essa revisão bibliográfica, fizemos uma análise dos principais documentos em que se encontram os objetivos e os princípios fundamentais das atuais Políticas de Saúde Mental no Brasil, bem como as significações imaginárias sociais¹ que as perpassam. O conteúdo desses documentos, que começaram a ser publicados no final dos anos de 1980, foi analisado utilizando as elucidações elaboradas por Cornelius Castoriadis e por Piera Aulagnier, bem como as orientações deles a respeito de uma metodologia para se construir conhecimentos nas áreas humanas e sociais, construção essa que, segundo esses autores, nunca pode ser considerada como acabada ou por terminar, como se fosse um edifício pronto, onde podemos entrar e habitá-lo comodamente, pois, o trabalho de reflexão e o processo importam tanto ou mais que o resultado final. Por esse motivo, compreendemos que retirar os andaimes e limpar os arredores, elimina partes essenciais do trabalho de reflexão. (CASTORIADIS, 1982)

Não podemos cair no engodo posto pela ciência moderna e positivista de reduzir a atividade humana mediatizada à autonomização de uma técnica, construindo assim uma

¹ Significações que encarnam as instituições e as animam. Elas não são racionais porque não são construídas logicamente, e nem reais, pois, não são derivadas naturalmente das coisas; essas significações procedem do que nós consideramos como estando relacionado com a criação, ou seja, com a imaginação, que não é a imaginação do âmbito individual, mas sim do social, do que chamamos de imaginário social. Como exemplos nós podemos citar as crenças de uma determinada religião, os conceitos criados pela ciência e as ideologias que sustentam a organização social capitalista. (CASTORIADIS, 2006)

mecânica social calcada numa passividade e numa inércia das relações humanas e sociais. Privilegiar a técnica, selecionar o uso de uma técnica em detrimento de outras possíveis são ações que apareceram no bojo da expansão burguesa, mostrando-nos que uma escolha dessa ordem nunca está isolada do contexto histórico em que ela é feita e sempre está relacionada a determinados interesses. (CASTORIADIS, 1982)

Nessa perspectiva uma posição determinista só pode trazer prejuízos à análise de fatos social-históricos, na medida em que nesse domínio uma relação causal não pode nos trazer uma complexidade dos fatos; o não-causal aparece aqui como um momento essencial. Esse não-causal pode aparecer em dois níveis: o primeiro deles – e o menos relevante – pode ser exemplificado nos “desvios” presentes nos comportamentos reais dos indivíduos em relação aos seus comportamentos “típicos”. A segunda maneira que esse não-causal pode aparecer – e é a maneira que mais nos interessa aqui – é na forma de um comportamento criador, que vai além da imprevisibilidade, que possibilita a criação de indivíduos, de grupos, de novas classes e de sociedades inteiras, promovendo instituições de novas significações sociais. Em suma, podemos afirmar que o social-histórico não pode ser apreendido pelo esquema determinista porque ele é o espaço da criação. (CASTORIADIS, 1982)

Seguindo as orientações de Castoriadis (1982) trabalhamos numa perspectiva dialética, mas uma dialética que não pode se caracterizar nem como idealista e nem como materialista, no sentido em que recusamos a existência de um “Ser” ou uma determinação absoluta; a dialética deve eliminar o fechamento e a totalização do mundo, recusar a ilusão da racionalidade científica, aceitando que sempre há o elemento indefinido, sem renunciar ao trabalho e sem tomar esse indefinido como resíduo, pois, esse resíduo não determinado é tão essencial como o conteúdo que foi analisado.

A “natureza”, fora de nós e em nós, é sempre outra coisa e mais do que a consciência constrói – e que tudo isso não vale somente para o “objeto”, mas também para o sujeito e não somente para o sujeito “empírico”, mas o sujeito “transcendental” posto que toda legislação transcendental da consciência pressupõe o fato bruto de que uma consciência existe em um mundo (ordem e desordem, captável e inesgotável) – fato que a consciência não pode produzir por si mesma, nem real e nem simbolicamente. Somente nessa condição uma dialética pode considerar a história viva, que a dialética racionalista é obrigada a matar para poder deitá-la sobre os enxergões de seu laboratório. (CASTORIADIS, 1982, pág. 70–71)

Apreender a dialética dessa maneira só é possível ultrapassando o pensamento herdado de teoria como conhecimento fechado e contemplação, porquanto, uma teoria que se diz completa coloca necessariamente os homens em uma postura de passividade em relação a tal

verdade teórica, alienado ao que já existe e condenado a uma repetição, matando qualquer possibilidade de transformação radical. A realidade histórica considerada como realidade das ações humanas é o único lugar em que as teorias e os projetos adquirem suas verdadeiras significações. Não existe uma teoria pura, descolada da história e da sociedade. (CASTORIADIS, 1982)

Não é possível uma definição de realidade que não deva nada ao cultural e, no registro da teoria, devemos interrogar indefinidamente os postulados com o objetivo de assegurar que eles continuam de acordo com a realidade. Renunciar a essas interrogações seria esquecer que, em nosso campo de conhecimento, nenhum postulado e nenhuma hipótese pode se tornar dogma e nem pretender a evidência de demonstração matemática. Existem poucos campos em que a renúncia à certeza e, de certa forma, ao saber é tão constante como no nosso, por isso, devemos denunciar como erro qualquer prova de verdade dotada de certeza e que proteja o saber e o trabalho de quaisquer interrogações. (AULAGNIER, 1990a)

Outro cuidado metodológico sobre o qual Castoriadis (2007) nos alertou é o de não tentar buscar relações causais no que tange aos elementos humanos e social-históricos. Essas relações causais, que tem sua importância em outros domínios, aqui só seriam possíveis se admitíssemos a existência de uma hierarquia de elementos, de uma organização conjuntista-identitária rigorosa e de uma determinação rígida dos fatos, o que é contrário a epistemologia que nos embasa. Isso não quer dizer que uma tentativa de explicar o que se refere a esse domínio seja inútil, mas sim que há uma dialética desse tipo de explicação que precisa ser respeitada.

Na história não há explicações, o que há são as compreensões de dois movimentos: de um lado uma inteligibilidade restrita do que há de conídico (conjuntista-identitário) em uma sociedade, já que essa lógica exerce suas influências em diversos campos; e de outro, a compreensão de que é preciso entender, a cada vez, o que é tomado como instrumentalmente racional para aquele sujeito e para aquela sociedade, independente do que é instrumental e racional para o pesquisador, pois, aquilo que pode parecer absurdo para um determinado ponto de vista, pode constituir as significações imaginárias instituídas para outra determinada cultura. (CASTORIADIS, 2007)

Numa pesquisa devemos, então, explorar aspectos da lógica conjuntista-identitária de uma sociedade, como por exemplo, estatísticas, demografia, geografia e, concomitantemente, buscar captar as significações imaginárias sociais daquela sociedade e das sociedades vizinhas com as quais ela teve contato. Para captar essas significações imaginárias temos que nos

distanciar de uma visão matemática, nos aproximando das análises de obras de arte, pois, o que é fundamental está mais no que é indizível e invisível a olho nu do que no que é dito e escancarado. O capitalismo, por exemplo, se expressa muito mais nos movimentos que estão por trás do dinheiro, das fábricas, dos computadores e dos foguetes, impulsionando a produção e o consumo desenfreados, do que nesses objetos em si. (CASTORIADIS, 2007)

No primeiro capítulo (item 2) faremos um resgate da maneira como a sociedade ocidental lida com a loucura, principalmente a partir do advento do capitalismo, momento em que esse fenômeno passou a ser visto como um problema social, algo a ser combatido e apaziguado, pois, os loucos não se adequam à ordem que a sociedade capitalista visa a estabelecer e, por isso mesmo, denunciam as falhas desse tipo de organização social. Nas sociedades anteriores ao capitalismo a loucura era tratada como um problema que dizia respeito mais à ordem privada, não necessitando desenvolver um aparato de controle social para esse fenômeno, sobretudo, porque as formas de produção e manutenção da vida, nesse período social-histórico, eram caracterizadas por atividades mais livres como o artesanato e o trabalho agrícola, os quais não estavam na extrema dependência da racionalidade e da produtividade.

Esse capítulo possui um subitem onde serão trabalhadas as especificidades da relação entre sociedade e loucura no Brasil, em que veremos que a elevação da loucura ao status de problema social - que ocorreu na Europa a partir do século XVIII - também foi perceptível em nosso país, porém, mais tardiamente, a partir do século XIX, apesar de isso ter acontecido por motivos diferentes dos europeus. Foi, sobretudo, a pretensão de promover um “melhoramento” da população brasileira, que começou a imperar após a chegada da família Real ao país, o principal fator que possibilitou a instauração dos ideais alienistas para lidar com os insanos que vagavam pelas ruas. Esse objetivo acabou por favorecer o desenvolvimento de uma psiquiatria eugenista, a partir do início do século XX, a qual deixou suas marcas até os dias atuais.

No segundo capítulo (item 3) deste trabalho serão expostas as principais disposições legais elaboradas pelo Ministério da Saúde sobre saúde mental, desde o início dos anos de 1990 até o ano de 2017 que, de alguma maneira estão relacionadas à inclusão social dos sujeitos psicóticos. Também foram expostos os conteúdos da I Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu no ano de 1987 e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, a qual foi a última a ser realizada, no ano de 2010.

Duas portarias importantes a serem citadas no processo de implantação dos dispositivos comunitários de atendimento a pessoas com transtornos mentais são: a Portaria 221 de 1992, a qual criou oficialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definindo-os como unidades de saúde regionalizadas e com uma população adscrita definida e que têm como objetivo prestar atendimentos de cuidados psicossociais intermediários, ou seja, entre a atenção básica e a atenção hospitalar; e a Portaria 336 de 2002, que ampliou a abrangência e o funcionamento dos CAPS, instituindo-lhes.

(...) a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.(BRASIL, 2004, pág. 12).

Os CAPS passaram a ser então, de acordo com definições do Ministério da Saúde, o principal dispositivo de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, um serviço de saúde qualificado como aberto e comunitário, em regime de atenção diária, que tem como objetivos prestar atendimentos clínicos e efetivar a reinserção social dessas pessoas por meio do trabalho, lazer, exercício da cidadania e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. (BRASIL, 2004)

Por ser um serviço aberto, o usuário busca o CAPS de forma espontânea e lá deve ser acolhido, escutado em sua singularidade, a equipe deve buscar se vincular a ele e estabelecer, em conjunto com o sujeito um programa de tratamento que é chamado de projeto terapêutico singular (PTS). Dentre as atividades executadas por um CAPS estão: atendimentos individuais e em grupos; atendimentos aos familiares; visitas domiciliares; atividades comunitárias articuladas com demais dispositivos existentes no território; assembleias e reuniões com a participação dos usuários visando à promoção da cidadania e a melhor organização do serviço.

Na última década tivemos mais avanços no campo da saúde mental, começando em 2001, quando foi aprovada pelo Parlamento brasileiro a lei 10.216, que assegurou os direitos e a proteção das pessoas acometidas por transtornos mentais e expandiu quantitativamente e em termos de investimentos a rede de CAPS em todo o território nacional. Em 2003 a saúde mental foi eleita pelo Governo Federal como uma das prioridades da área social, ocorrendo o lançamento do Programa De Volta Para Casa, que possibilitou o repasse de recursos financeiros destinados a ações de cuidados e reinserção social de pessoas que passaram

grande parte da vida internadas em hospitais psiquiátricos e que, a partir do momento em que forem inseridas nesse programa, sairiam do hospital e seriam alojadas em uma Residência Terapêutica localizada em algum bairro da cidade.

Mais recentemente, em 2011, com a Portaria 3.088, ficou instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, revogando as Portarias anteriores. Essa determinação governamental se propôs a instituir uma atenção à saúde mental integrada, efetiva e articulada em seus diferentes pontos, que são: unidades básicas de saúde; Centros de Atenção Psicossocial; Unidades de Urgência e Emergência; atenção residencial transitória; atenção hospitalar; residências terapêuticas e estratégias sociais de geração de trabalho e renda. (BRASIL, 2011)

A rede de atenção psicossocial (RAPS), nesse modelo, tem como diretrizes a defesa dos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania; promoção da equidade; garantia do acesso e da qualidade dos serviços; ênfase nos serviços de base territorial e comunitária diversificando as estratégias de cuidado com controle social dos usuários e de seus familiares. A RAPS prioriza ainda organizações de serviços em rede e de ações intersetoriais e o desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2011)

No terceiro capítulo (item 4) apresentaremos os principais conceitos que constituem a base epistemológica da presente pesquisa, explicando qual é a nossa concepção de sociedade e da constituição do psiquismo, enfatizando que compreendemos essas duas categorias como indissociáveis, uma vez que uma determinada sociedade é autoinstituída pelos indivíduos que a constituem, ao mesmo tempo em que ela institui suas significações imaginárias sociais, as quais constituirão a psique de seus membros. Esse processo, que nunca é definitivo, só é possível devido à capacidade de criação do ser humano (imaginário radical) e da sociedade (imaginário social). Essa concepção nos permite entender, por exemplo, que a noção do que é a loucura e de como a sociedade vai lidar com ela são instituídas socialmente e, por isso, são passíveis de interrogações e de alterações.

Esse capítulo está dividido em quatro subitens, sendo que no primeiro apresentaremos ao leitor o que estamos chamando de sujeitos psicóticos fazendo, inicialmente, uma contextualização sobre o surgimento da psiquiatria, bem como sobre a caracterização da psicose pela ciência moderna. Em seguida, iremos explicitar como os principais manuais diagnósticos utilizados pela psiquiatria, atualmente – CID 10 e DSM-IV - concebem a

psicose, engajando, inevitavelmente, nossa crítica a esse modelo. Por fim, chegaremos à concepção psicanalítica sobre essa estrutura clínica, demarcando, nesse momento, o recorte sobre o qual nos debruçaremos nessa pesquisa para estudar a psicose, ou seja, em seus aspectos psicológicos, não ignorando os aparatos orgânicos aos quais as psicopatologias estão relacionadas e nem pensando que a área do conhecimento que estuda esses aparatos é totalmente exterior à nossa.

Nesse ponto se faz necessário esclarecer ao leitor que falar de psicose sob a ótica da psiquiatria - e da ciência moderna – ou sob a ótica da psicanálise não significa falarmos de momentos evolutivos distintos da compreensão desse quadro clínico, ou seja, não quer dizer que, em um primeiro momento, privilegiou-se uma perspectiva e, em seguida, esse entendimento foi abandonado dando lugar às elucidações psicanalíticas. Apesar de a psiquiatria ter surgido primeiro, cronologicamente, com o advento da psicanálise, o que se instaurou foi um cenário de conhecimentos produzidos sobre um mesmo fenômeno, entretanto, a partir de diferentes perspectivas epistemológicas. No presente estudo explanamos as compreensões das duas abordagens para evidenciar as diferenças que há entre elas, porém, é na perspectiva psicanalítica que se encontram as bases do que estamos considerando como sujeitos psicóticos, do início ao fim deste trabalho.

No segundo subitem buscaremos elucidar o conceito de política de acordo com as elucidações de Aristóteles e de Castoriadis, autores para os quais essa categoria tem a ver com uma atividade do cidadão na *pólis*, atividade esta que deve estar sempre voltada para os interesses públicos, jamais tendo a soberania de interesses particulares, ou seja, justamente o oposto do que temos observado em nossa sociedade. Como exemplo de uma sociedade que conseguiu colocar em prática uma política e instaurar uma verdadeira democracia apresentaremos algumas características de Atenas, na Grécia Antiga, enfatizando que esse exemplo não é para ser copiado de maneira anacrônica, mas nos deve servir como um gérmen que nos sinaliza as possibilidades de, atualmente, continuarmos lutando por uma sociedade verdadeiramente autônoma e democrática.

No subitem seguinte fizemos uma discussão sobre a área das chamadas políticas públicas. Sobre esse assunto, Resende (2012) esclareceu-nos que qualquer incursão nesse campo não pode jamais perder de vista o fato de que estamos lidando com uma sociedade radicalmente desigual, desigualdade essa que é o fundamento do capitalismo, resultado de suas determinações estruturais e que serve às exigências de manutenção por parte desse sistema. Devemos considerar também os padrões de sociabilidade que constituem e são

constituídos em nossa coletividade e os seus efeitos nos sujeitos que vivem nessa realidade. Somente sob essa condição é plausível uma investigação acerca das possibilidades das ações do povo.

O quarto subitem do capítulo três foi reservado para abordar a questão da exclusão/inclusão social, trazendo, em primeiro lugar, como o pensamento herdado aborda esse conceito, mostrando que, em geral, ele está sendo utilizado de maneira indiscriminada, descontextualizada e autonomizada, numa perspectiva epistemológica que considera a sociedade como um todo organizado funcionalmente, mas que apresenta falhas em alguns pontos, os quais precisam de “concertos” pontuais. Em seguida mostraremos que vários autores vêm apontando as falácias desse modelo epistemológico, pois, na verdade, os problemas não são pontuais, mas se encontram na estruturação de nossa sociedade.

Como as Políticas de Saúde Mental brasileiras enfatizam que o principal caminho para a inclusão social de sujeitos psicóticos é a inserção deles nas relações de trabalho – como veremos no capítulo dois – no referido subitem faremos uma breve contextualização da categoria trabalho em nossa sociedade para entender o motivo pelo qual ela ganhou centralidade em nossa sociedade e compõe a ideologia disseminada pelas Políticas analisadas nessa dissertação. Por fim, iremos expor o nosso posicionamento sobre a noção de exclusão/inclusão social partindo do pressuposto de que a sociedade é formada por um aglomerado de elementos distintos, os quais estão todos incluídos, importando-nos entender de que forma eles existem dentro de uma sociedade. Para nós, a sociedade e a psique emergem do Caos e dele nunca se livram completamente, conseguindo apenas recobri-lo com as significações imaginárias sociais para tentar garantir a coesão de suas instituições.

2 ASPECTOS SOCIAL-HISTÓRICOS DA RELAÇÃO ENTRE A SOCIEDADE OCIDENTAL E A LOUCURA

“Ninguém poderia fazer o que faz sem a sinergia da sociedade em que está mergulhado, e sem a acumulação em seus gastos e em seu espírito dos efeitos da história precedente” (CASTORIADIS, 2004, pág. 104)

Durante toda a antiguidade e a idade média a loucura tinha uma significação diferente da que ganhou com o advento da modernidade, o louco podia circular livremente pelas ruas e fazer parte do cenário das cidades, pois, esse fenômeno era tomado como um problema mais de ordem privada do que social; o poder público só intervia em questões que envolvia o direito. Na Grécia antiga e em Roma os tratamentos médicos a essas pessoas era uma prática pontual, restrita às famílias mais abastadas que, inclusive, tinham como costume manter seus loucos em casa sob os cuidados de um assistente contratado especialmente para essa função. (RESENDE, 1994)

Aos loucos pobres era permitido vagar pelos campos e pelos mercados, tendo a sobrevivência garantida pela caridade das outras pessoas ou por pequenos trabalhos prestados a particulares. No entanto, apesar dessa relativa liberdade que o insano tinha para circular, justificada pelo modo de organização das sociedades naquele contexto - e também por motivos óbvios, como o número reduzido da população geral e o baixo tempo de vida que as pessoas tinham - ele não ficou isento de sofrer agressões e de ser vítima da intolerância das demais pessoas. (RESENDE, 1994)

É de se destacar também que a concepção de louco naquela época era bem mais restrita do que a que se passou a ter na idade moderna, limitando-se a aspectos exteriores e extravagantes da loucura, principalmente quando essas pessoas se tornavam uma profunda perturbação para a família e para a sociedade. Outro fator que não se fazia presente também na definição do que era ou não era louco é a inaptidão para o trabalho, critério que se tornou fundamental para definir o normal e o anormal na sociedade capitalista. (RESENDE, 1994)

Essa noção de relacionar a concepção de loucura com a organização do trabalho de uma sociedade – que como veremos está presente até os dias atuais - nos fornece uma importante compreensão de um dos motivos pelos quais as diferenças individuais e, conseqüentemente, a loucura, eram menos discriminadas nas sociedades ante-capitalistas, uma vez que, o trabalho agrícola de subsistência e o artesanato para consumo ou troca em

mercados restritos – principais atividades econômicas da época – tinham em comum o fato de serem capazes de acomodar as diferenças individuais das pessoas que as exerciam e de respeitar o tempo e o ritmo de cada trabalhador. No artesanato as pessoas mais diferentes poderiam até confeccionar melhores produtos. Não é à toa que essas duas práticas se mantêm até hoje como as principais ferramentas terapêuticas nas instituições de tratamento aos doentes mentais. (RESENDE, 1994)

É justamente por volta do final do século XV, no momento em que, na Europa, há o declínio do modo de organização feudal devido à emergência da manufatura, uma semente da divisão social do trabalho, que a loucura inicia a constituição de uma significação diferente: a de um problema social. Nesse momento foi necessário substituir o trabalho livre pela submissão da liberdade individual a um trabalho vigiado e rigidamente racionalizado, até então visto somente nas prisões e casas de correção. O grande problema gerado por esse processo de transição se escancarou no recrudescimento do número de mendigos, dos chamados vagabundos e na escassez de mão de obra. (RESENDE, 1994)

Fazendo uma análise de um contexto social-histórico mais recente, baseando-se na sociedade francesa, mas afirmando que podemos expandir as análises para diversos outros países, embora cada país tenha construído suas especificidades na maneira como lidou com a loucura, Castel (1978) nos apontou que, até o final do século XVIII, na vigência do Antigo Regime, os cuidados em relação às pessoas que manifestavam essas perturbações eram repartidos entre o poder real, o judiciário e as famílias, utilizando-se da arbitrariedade e de métodos tidos como tradicionais, até que o rei perdesse sua autoridade, ou melhor, teve-a transferida. A ruptura do equilíbrio entre esses três domínios originou a questão moderna da psiquiatria.

Szasz (1976) fez uma comparação entre a feitiçaria, que teve destaque no período feudal, e a doença mental, que erigiu na idade moderna. Segundo esse autor, tanto a feitiçaria como a doença mental são conceitos imprecisos, sujeitos a adaptações e excessivamente abrangentes. A psiquiatria teria surgido no momento em que houve um declínio da perseguição às feiticeiras, mas não porque a ciência avançou e permitiu uma compreensão de que as pessoas que eram tidas como enfeitiçadas, na verdade eram doentes mentais, mas sim porque houve uma mudança da ideologia religiosa para uma ideologia científica. “No passado, os homens criavam feiticeiras; hoje, criam doentes mentais”. (pág. 21)

Segundo esse autor, a melhor maneira de compreender o conceito de doença mental e considera-lo como parte da mudança ideológica ocorrida da Teologia para a Ciência. Os

comportamentos ou os sintomas que hoje consideramos como sendo típicos das doenças mentais não foram descobertos, como foram as doenças físicas, como a diabetes ou o enfarte, por exemplo; ao contrário, eles eram conhecidos por outros nomes, como heresias, possessão, patifaria, ou eram tidos como naturais e, por isso, não eram o foco das atenções. No século XVIII esses comportamentos passaram a ganhar outros nomes e outras classificações, constituindo uma nova categoria de doenças. Assim como a natureza substituiu Deus, o Estado assumiu o lugar que era da Igreja, a doença mental substituiu a feitiçaria. (SZASZ, 1976)

No início da Idade Moderna passou-se a ter uma preocupação com a reclusão dos loucos em certos estabelecimentos em prol de uma ordem pública, sem ter ainda um caráter de instituição de saúde, com objetivos de tratamento. Os loucos eram contidos em espaços onde também estavam presos os criminosos, mendigos e outras categorias de pessoas que não eram bem vindas à sociedade. Essa internação acontecia de duas maneiras: por ordem judicial, como consequência de um processo de interdição mediado pela família, caminho que era pouco usado devido aos custos elevados e à negatividade que trazia para a imagem da família; ou por determinação do rei, que era emitida após solicitação de membros responsáveis pela segurança pública ou por pessoas da família do insano. (CASTEL, 1978)

Um pouco antes da queda do Antigo Regime houve um movimento em direção a uma preponderância do poder jurisdicional em relação à determinação das internações. No entanto, para que um representante do poder jurisdicional decidisse por uma internação era imprescindível que a pessoa a ser internada fosse interditada, fato que, consequentemente, acarretava em um aumento dos custos desse procedimento. Dessa maneira, houve uma distinção entre a maneira de tratar os loucos que tinham recursos para subsidiar a interdição e os loucos cujas famílias não eram abastadas. Esses últimos deveriam ou ficar sob a responsabilidade de suas famílias, as quais eram penalizadas se deixassem seus insanos causarem problemas à ordem pública, ou serem enviados para outros locais destinados pelo governo. (CASTEL, 1978)

Sob esse acordo entre o poder da justiça e o poder real, no Antigo Regime, a legislação da loucura operou para fazer desse problema, na medida do possível, uma questão de família; somente na ausência ou numa solicitação da família é que alguma instituição exterior intervinha. Importante ressaltar que, apesar da distância temporal, esse é um cuidado a ser tomado na condução das atuais Políticas de Saúde Mental no Brasil, segundo as quais, as famílias devem ter uma responsabilidade dita “compartilhada” com o Estado no cuidado com

os sujeitos psicóticos; porém, diante de uma sociedade mergulhada no neoliberalismo e de um cenário de precariedade nos investimentos em saúde pública, o que será exposto no item 4.2 dessa dissertação, emergem fortes dúvidas se nessa relação entre Estado e famílias de sujeitos psicóticos há um “compartilhamento” ou uma gradativa desresponsabilização do Estado, como uma forma de privatização.

Com a derrubada do poder soberano do rei, as instâncias convocadas a estabilizar novamente esse sistema de poderes foram: a justiça, a administração pública e a medicina. Contudo, esse reequilíbrio não foi encontrado imediatamente; foi necessário um longo processo para que isso fosse possível. Não foi logo de cara que a medicina conseguiu ocupar um lugar central nas intervenções com a loucura, pois, entre 1790 – quando se acentuaram as críticas às intervenções políticas arbitrárias – e 1838 – quando ocorreu a votação da primeira lei sobre o tratamento da loucura – houve, pelo menos, quarenta anos de luta do movimento alienista. (CASTEL, 1978)

A medicina mental surgiu nesse contexto para atender uma exigência política e de governo; ela teve a missão de fazer da loucura um problema administrável, de fazer com que as intervenções autoritárias e coercitivas postas tradicionalmente ganhassem uma justificativa técnica e humanista. É nesse caminho que a medicina mental deu seus primeiros passos, reduzindo a loucura a um problema de ordem técnica e tendo como parceiros a justiça e a polícia para fiscalizar e amparar suas decisões. (CASTEL, 1978)

Como um exemplo dessa maneira de lidar com a loucura, aqui na América, podemos citar a concepção de Benjamim Rush (1746-1813), considerado o pai da psiquiatria americana e para quem as doenças mentais não possuíam nenhuma diferença em relação às doenças físicas. Por sua influência pessoal como amigo dos fundadores da República, ele conseguiu ser o primeiro médico americano a defender a transformação de problemas sociais em problemas médicos, os quais deveriam ser coagidos por meio de medidas “terapêuticas” e não “punitivas”. Por incrível que pareça essa concepção de Rush ainda é muito atual, pois, os problemas sociais que ele tentara resolver por meio de técnicas médicas ainda estão presentes em nossa sociedade e, pior ainda, nós ainda estamos tentando resolvê-los através do discurso médico. (SZASZ, 1976, pág. 171)

Outra semelhança entre o lugar social das feitiçeras e do doente mental é que, em ambos os casos, embora algumas pessoas se declarassem como feiticeira – ou se declarem como doentes mentais – na grande maioria das vezes, elas são, involuntariamente, qualificadas dessa maneira e submetidas a um controle. As feitiçeras eram controladas pela

igreja e a instituição a qual elas eram designadas era a inquisição; já os doentes mentais passaram a ser controlados pelos médicos e a instituição criada para assegurar essa relação de autoridade foi a Psiquiatria Institucional, as prisões e os hospícios. Definimos como psiquiatras institucionais aqueles psiquiatras que são contratados pelo Estado, pelos tribunais, pelos presídios, ou seja, aqueles que exercem uma função burocrática, de controle e que não são pagos pelos seus pacientes, mas sim por uma instituição. (SZASZ, 1976)

Em palavras bem simples, não há nem pode haver abusos da Psiquiatria Institucional, pois esta é, em si mesma, um abuso; de forma semelhante, não havia, e não podia haver, abusos da Inquisição, pois a Inquisição era, em si mesma, um abuso. Na realidade, assim como a Inquisição era o abuso característico do Cristianismo, a Psiquiatria Institucional é o abuso característico da Medicina. (SZASZ, 1976, pág. 25)

A administração da loucura foi uma preocupação característica da sociedade burguesa, pois, em uma sociedade contratual, emergida pela Revolução Francesa, o louco passou a ser considerado como insensato, sem direitos, irresponsável, alguém que é incapaz de trabalhar e de entrar no movimento de livre circulação de mercadorias. Por esses motivos o louco é alguém que precisa ser reprimido, mas com técnicas diferentes daquelas aplicadas a quem transgredia de maneira consciente, e devia ser administrado em locais distintos aos das pessoas consideradas normais, dotadas de uma racionalidade. (CASTEL, 1978)

Na concepção dos psiquiatras dessa época – como Rush – a sanidade mental podia ser definida como a capacidade para julgar as coisas como os demais homens, possuir hábitos regulares, etc. Já a insanidade mental é um distanciamento dessa capacidade, e quem tem a atribuição de julgar se os indivíduos estão mentalmente sãos ou não é o médico. De acordo com Rush *apud* Szasz (1976) a ausência de razão, característica que marca o doente mental, anula o contrato social da pessoa, retira dela seus direitos civis, sua moralidade e autoriza o cerceamento de sua liberdade; nessa concepção o médico deve ter controle total sobre o louco. Um dos tratamentos prediletos propostos por Rush era o terror, o qual, segundo ele, agia, predominantemente, no corpo através da mente; para esse método ser eficaz o louco deveria ser aterrorizado em um local distante de sua casa, de preferência, encarcerado em um hospício. (SZASZ, 1976)

Os manicômios nasceram em um momento em que o mundo estava passando pelas mudanças colocadas pelo avanço do capitalismo, pelo surgimento da ciência moderna e pelos ideais da Revolução Francesa, momento em que a razão foi equiparada à fraternidade e em

que passou a se considerar que uma sociedade, para ser civilizada deve ser racional. Sendo assim, tudo que era irracional deveria ser controlado pela razão; desse modo, surgiu uma instituição tão racional como o manicômio, a qual passou a ser responsável por tentar normalizar os loucos e por se constituir como o habitat natural dessas pessoas, único lugar onde elas passaram a ser aceitas numa sociedade racional. (BASAGLIA, 1982)

Outro detalhe a ser ressaltado é que as pessoas, em geral, não reconhecem a doença mental como uma condição em si mesma, mas, ao contrário, fazem inferências sobre elas ao associar pessoas aos estabelecimentos psiquiátricos pelos quais passaram. Assim como, na Idade Média, não se havia muitos recursos para reconhecer quem eram as feiticeiras, a não ser pelos Inquisidores, no período atual, só se pode saber quem é o louco pelas suas relações com significações imaginárias ligadas à loucura, pelas relações dele com os funcionários da chamada saúde mental ou por ocupar um papel social de doente mental. (SZASZ, 1976)

Surgiu assim, com Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália, Todd e Rush nos Estados Unidos, entre outros no mundo ocidental, o movimento alienista, o qual foi responsável por instaurar um contexto social-histórico em que se começou a considerar os loucos como doentes e, por isso, longe de serem culpados pelas perturbações que os afetavam, deviam ser tratados e não punidos como os criminosos e vagabundos. Apesar dos avanços que o alienismo proporcionou na relação entre sociedade e loucura, devemos apontar que essa transformação não foi motivada por uma benevolência pura e inocente; ela foi marcada também pela instituição de significações imaginárias sociais relacionadas à ciência e por uma relação de dominação do doente pelo médico. Não há contradição nenhuma entre benevolência e autoridade, pois, a filantropia e a piedade aparecem para tampar as lacunas da lei, ou seja, elas têm uma função de regulação estabelecendo uma relação de tutela. (CASTEL, 1978)

Apesar de ser importante a análise da relação entre médico e paciente, Castel (1978) nos apontou que essa relação é secundária. O eixo principal desse momento histórico é a relação medicina-hospitalização, é a tecnologia hospitalar, a internação em estabelecimentos especiais que definiu as práticas adotadas em relação ao louco e o *status* social dele. Surgiu assim uma luta contra instituições governadas pelo absolutismo real e instituições religiosas que também tinham funções de enclausuramento, pois, a ideologia da cientificidade que embasou os tratados médicos e as teorias de importantes alienistas como Pinel e Esquirol, marcaram algumas especificidades no tratamento da loucura - o chamado tratamento moral – que contradisseram os meios tradicionais e religiosos interpostos até então. (CASTEL, 1978)

Basaglia (1982) fez uma alusão à luta de classes que se estabeleceu na sociedade capitalista, na qual a classe burguesa tenta dominar a classe operária que, por sua vez, tenta resistir a essa dominação, para afirmar que, dentro dos manicômios se estabeleceram relações semelhantes entre os médicos, ricos e dominantes de um lado; e os loucos e pobres de outro. A psiquiatria, desde o seu nascimento, constituiu-se como uma técnica altamente repressiva da qual o Estado se utilizou para oprimir os loucos que, em geral, eram parte da classe operária que não produzia.

A cientificidade calcada no discurso do médico elevou esse profissional a uma condição de um *expert*, de alguém que tem competência para lidar com as questões sociais colocadas pela loucura. Mais do que o desenvolvimento da teoria e da prática proporcionados pelo alienismo, é essa qualidade de perito a principal responsável por transformar o médico na figura central de uma problemática que possui aspectos médicos e sociais imbricados. Importante frisar que a função de perito não aparece nesse momento pela primeira vez na história; essa é uma atribuição da medicina geral que já se fazia presente há séculos quando, por exemplo, se apelava à competência dos médicos nos processos de feitiçaria. (CASTEL, 1978)

A medicalização da loucura passou a ser entendida, então, como uma solução para a assistência dos alienados e esses passaram a ser reconhecidos definitivamente como doentes, ocasionando uma reorganização do espaço de internação. Os alienistas se manifestaram contra a presença dos loucos nas casas de detenção e propuseram a criação de um pavilhão especial para eles nos depósitos de mendigos. Embora esse movimento tenha se tornado alvo de diversas críticas em um momento social-histórico posterior, no momento em que ele se estabeleceu pôde ser considerado como um grande avanço, simplesmente por compreender que no campo da loucura há especificidades que devem ser abordadas. (CASTEL, 1978)

Não foi à toa que, por um longo período, loucos e criminosos foram mantidos presos em um mesmo espaço, pois, manicômios e presídios são duas instituições intercambiáveis, ou seja, as duas andam lado a lado. Não seríamos muito criticados pela sociedade se mandarmos um preso para um manicômio ou um louco para o presídio. Ninguém em sã consciência pode realmente acreditar que os manicômios e as prisões conseguem cumprir com a suposta função de reabilitar seus internos para devolvê-los à sociedade, uma vez que, ambas são instituições do Estado que servem para reprimir os “desvios humanos”. (BASAGLIA, 1982, pág. 45)

Um fato interessante é que, também no final do século XVIII, de forma simultânea a essa perspectiva da hospitalização, emergiu um movimento da medicina, com a demanda do

rei, que foi a criação da Academia Real de Medicina, em 1770, e do chamado Comitê de mendicância, instituições que trabalhavam com a ideia de que um tratamento na comunidade e o fortalecimento dos laços familiares seriam o melhor caminho para tratar os diversos casos de desviantes, as epidemias, a higiene nas cidades e a mortalidade infantil. (CASTEL, 1978)

Esse ideal deu origem a um programa de saúde pública que anteciparia uns cento e cinquenta anos o que foi conceituado, após a segunda guerra mundial, de psiquiatria de setor e mais de duzentos anos o que foi a base da Reforma Psiquiátrica. Foi feito inclusive, na época, um projeto que organizou a inscrição de todos aqueles que tinham necessidade de assistência no chamado livro de beneficência pública, para os quais, ao invés da assistência hospitalar, foi designado um corpo de 1500 a 2000 médicos e oficiais de saúde, financiados pelo Estado, que se encarregariam dos problemas de saúde, com o entendimento de que “sempre é melhor tratar *in loco* do que isolar, prevenir do que tentar, posteriormente, reprogramar um indivíduo dessocializado, reforçar os laços com o meio de vida do que recolher os destroços causados pela ruptura”. (CASTEL, 1978, pág. 71)

Apesar da existência desses dois modelos de assistência, a medicina mental virou as costas para essa proposta comunitária e, durante mais de um século, preferiu investir no remendo de uma instituição não democrática. Uma das razões para essa escolha é o fato de que sociedade liberal e instituição autoritária formam um par dialético. Esse fato lança interrogações à ideia de que é possível, em nossa sociedade, dar ao louco um estatuto de cidadão e de sujeito autônomo estabelecendo relações democráticas, pois, na medida em que a loucura aparece como uma falha na sociedade contratual, essa sociedade impõe a rejeição para aqueles que não podem partilhar das regras instituídas como dominantes. (CASTEL, 1978)

Para entender melhor o que está sendo chamado de sociedade contratual nesse contexto temos que nos lembrar dos pressupostos filosóficos e políticos de John Locke (1632-1704), que foi uma das grandes influências da medicina alienista. Para esse filósofo – considerado o pai do liberalismo – o homem passava a viver em sociedade a partir de seu estado natural, passagem que se dava a partir de um contrato, pois, viver em sociedade era a maneira de garantir os direitos naturais, inclusive o direito à propriedade. De acordo com essa concepção, os homens são considerados, naturalmente, livres, iguais e independentes, por isso, ninguém pode ser expulso de suas propriedades. Viver em sociedade significa abdicar de uma liberdade natural para obter segurança, conforto e paz unindo-se com outras pessoas e encontrando proteção contra qualquer pessoa que não faça parte desse contrato. Os loucos

podem ser aqui destacados como uma parcela da população que está fora desse acordo e dos quais a sociedade precisa se proteger. (ANDERY *et. al*, 1994)

Ancorada nesse referencial filosófico, a síntese alienista pode ser caracterizada como uma das grandes realizações dos médicos que compunham esse movimento. Essa síntese foi conseguir juntar três tendências precedentes a ele e aparentemente heterogêneas: classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico das doenças mentais e imposição de uma relação específica de poder entre o médico e o doente, o chamado tratamento moral. O ato fundador de Pinel e dos demais alienistas não foi, então, soltar os alienados, mas sim o ordenamento das práticas hospitalares para atendê-los. (CASTEL, 1978)

Esse ordenamento que a psiquiatria realizou forneceu uma racionalização satisfatória para as exigências administrativas - policiais de sequestração presentes já no Antigo Regime - pois, os loucos continuaram sendo enclausurados, mas agora por motivos de doença, das quais eles precisam ser tratados. Para resumir as operações que fundaram toda essa estratégia do tratamento asilar podemos citar como uma primeira imposição da ordem o isolamento do mundo externo. Uma segunda imposição é que a ordem asilar fosse constituída por uma articulação rigorosa dos lugares, das ocupações, dos empregos de tempo e das hierarquias que permeavam o cotidiano do asilo com regras imutáveis. A terceira operação para reestabelecer a ordem foi a relação de autoridade que uniu o médico e seus assistentes ao doente, no exercício de um poder constantemente aplicado e sem reciprocidade. (CASTEL, 1978)

Essa relação de autoridade se justificou por que a loucura é compreendida pelo pensamento herdado como uma desordem e, conseqüentemente, ela precisa ser combatida a todo custo. A ordem precisa ser imposta novamente; por isso esse autoritarismo era considerado como “uma relação terapêutica”.

O médico é a lei viva do asilo e o asilo é o mundo construído à imagem da racionalidade que ele encarna. O espaço hospitalar concentra seus poderes e, inversamente, a ordem inscrita nas coisas ganha vida como ordem moral por ter como suporte a vontade do médico. O tratamento moral é essa estratégia através da qual o poder do médico se apoia em todas as relações institucionais que, por sua vez, foram articuladas para lhe servir de intermediário. Seria ingênuo surpreender-se com o fato de que essa relação apresenta frequentemente um estilo de luta. Essa violência é de direito, é a violência da razão. (CASTEL, 1978, pág. 88–89).

Percebemos assim, o que Castoriadis (1982) conceituou como heteronomia², permeando toda a história da relação entre o médico e seus assistentes com o louco, É uma relação herdada do absolutismo político em que o doente só pode reconquistar sua liberdade através de um ato de fidelidade a uma potência soberana representada por um homem, uma vez que o louco é considerado como alguém desprovido de tudo, inclusive de razão e não pode ter acesso por si só à ordem contratual.

Castel (1978) enfatizou que essa relação de autoridade coloriu o que se pode chamar de uma política de saúde mental da época, seja na lei de 1838 ou na circular de 1960, sobre a setorização, pois, profissionais e administradores formaram um par funcional – que posteriormente tornou-se um trio, com a entrada dos especialistas das ciências sociais – que foram responsáveis por regular as ações de interesses comuns que objetivamente serviam para melhor controlar a população dita marginal, usando a objetividade científica para ratificar a reprodução de uma relação de forças instauradas em uma estrutura social.

Cooper (1967) trabalhou no contexto da assistência psiquiátrica inglesa e afirmou que a violência que há em psiquiatria é, sobretudo a violência dos sadios em relação ao doente mental; trata-se de uma imposição dos interesses dos profissionais sobre os anseios desses pacientes, os quais, ao serem admitidos em um hospital psiquiátrico, sem ter muita importância o motivo clínico da internação, davam início a um ritual de iniciação no que o autor chamou de “carreira de paciente mental”. Essa carreira, em geral, tornava-se o ponto de partida desse processo, uma vez que, cada colapso adquiria um caráter ritualista limitante devido às repetidas admissões no hospital. (pág. 109)

O que o autor denominou como violência não se refere a agressões físicas, embora elas também possam se fazer presentes. Essa violência, porém, precisa ser compreendida como a ação corrosiva da liberdade de uma pessoa – dos considerados sadios – sobre a liberdade de outra, ou seja, dos chamados pacientes mentais. Olhando mais de perto os que são tidos como “Sadios Mentais”, grupo em que, em geral, incluem-se os familiares do

² Esse conceito será mais bem abordado ao longo deste trabalho, mas, por hora, podemos adiantar que ele se refere a uma forma de relação que caracteriza uma sociedade - ou um indivíduo de uma sociedade - onde os interesses particulares se sobrepõem aos interesses da coletividade, onde os indivíduos não têm as mesmas possibilidades de participar do governo ou das instituições de tal sociedade. Essas instituições, por sua vez, não são submetidas a interrogações e nem a reflexões, pois, nesse tipo de relação o sentido é concebido como algo dado e definitivo, a fim de manter a coesão imposta pela referida sociedade. Em uma relação heterônoma os indivíduos não se percebem como participantes na instituição das significações imaginárias de uma sociedade; elas são compreendidas como imposições de terceiros, sobre as quais, os indivíduos não podem exercer nenhuma interferência. (CASTORIADIS, 1982)

doente, os profissionais responsáveis pelos atendimentos a essas pessoas, policiais, magistrados, entre outros, observamos que, por mais que elas possam ser sinceras e dedicadas ao doente, muitas vezes, é possível observar um componente sutil de violência em relação ao objeto de seus cuidados. (COOPER, 1967, pág. 35)

Como já anunciado em parágrafos anteriores, a lei de 1838 foi a primeira disposição legal referente aos doentes mentais. Pela primeira vez foi previsto um financiamento pelo Estado para as medidas de assistência, as quais deveriam, obrigatoriamente, abarcar os indigentes que necessitavam de tais intervenções, o que caracterizou, de maneira inédita, um direito ao tratamento. Em contrapartida, os alienados que apelavam a esse direito, ficavam desprovidos de quaisquer outros direitos, ou seja, semente nos casos em que o doente era desprovido, humana, civil e financeiramente, que a beneficência pública se encarregava de auxiliá-lo. “Em suma, somente a partir de 1838 é que foi realizado o amálgama: medida de internação + regime interno determinado + incapacidade de gestão dos bens + direito a tratamento, no quadro de uma assistência especial”. (CASTEL, 1978, pág. 211)

Segundo Castel (1978), nesse momento a lógica da tutelarização chegou a seu termo. Essa lógica representa uma vitória do movimento alienista e é uma resposta burguesa em relação à impossibilidade do louco corresponder às exigências de organização social imposta por essa classe. O conceito de alienação mental representa bem essa relação na medida em que estabelece um *status* social ao louco de modo que ele não perturbasse a ordem que a burguesia desejava estabelecer. Basaglia (1982) destacou que um dos grande motivos que levavam uma pessoa ao manicômio era a dificuldade de suportar as relações sociais; “os manicômios não faziam mais do que comprimir essas pessoas nas instituições, numa espécie de morte civil”. (BASAGLIA, 1982, pág. 20).

Szasz (1976) destacou que, assim como acontecia com as feiticeiras europeias do século XV, o doente mental da atualidade é, em geral, uma pessoa pobre, que tem dificuldades de atender a exigências sociais ou que é acusado de criar conflitos e, por isso, é involuntariamente rotulado como doente mental e sujeito a todas as contingências que uma relação de autoridade possibilita. A pessoa pode aceitar esse papel ou tentar se rebelar contra ele, os psiquiatras podem decidir mantê-la encarcerada ou conceder a ela a liberdade após a internação; porém, em qualquer situação, as autoridades psiquiátricas detinham o controle da relação.

Vinte anos após a instituição da lei de 1838 o empreendimento alienista começou a ser seriamente ameaçado, pois, fora atacado em suas diversas frentes, por meio de campanhas

contra as internações arbitrárias, pelo incentivo aos debates sobre as diferentes maneiras possíveis de tratar o alienado, questionando-se assim o modelo asilar. Ao lado disso, uma acentuação das teorias organicistas sobre as doenças mentais - inspiradas nos trabalhos de Morel, Magnan e Esquirol, começaram a por em cheque as teorias sintomatológicas da medicina alienista e, conseqüentemente, o chamado tratamento moral; essas diferentes formas de diagnosticar a loucura serão explicadas mais adiante. (CASTEL, 1978)

O tratamento moral dizia respeito ao conjunto de práticas de cunho pedagógico e autoritário imposto pelos alienistas diante dos loucos na tentativa de normalizá-los. Podemos destacar dois sentidos cabíveis à palavra moral nesse contexto: o primeiro como tudo aquilo que se opõe ao imoral; o segundo advindo da filosofia do século XVIII em que moral se referia às ciências do espírito, um ramo diferente das ciências da natureza. Esse segundo sentido é fundamental de ser destacado porque nos mostra a maneira como os alienistas concebiam a loucura e o quão reformista foi, na época, essa proposta, pois, descartando as lesões cerebrais como causas principais das doenças mentais, suprimiram também alguns métodos invasivos de tratamento antes utilizados, como as sangrias e as purgações. (CASTEL, 1978)

No plano teórico, o desenvolvimento da bacteriologia e da neurologia começou a dar sustentações para teorias organicistas sobre as doenças mentais e para os questionamentos em relação à baixa cientificidade das teorias utilizadas pelos alienistas para diagnosticar essas doenças. A mais organicista das teorias psiquiátricas foi a teoria da degenerescência de Morel e Magnan, com representantes em outros lugares da Europa, como, por exemplo, na Alemanha, por Griesinger e Krafft-Ebing. (SILVA FILHO, 1994)

De acordo com a teoria da degenerescência essas patologias eram transmitidas hereditariamente, constituindo-se como desvios em relação a padrões normais da humanidade, ou poderiam ser adquiridas, precocemente, por intoxicações, por alcoolismo ou por outros males congênitos. Uma vez instalada, a patologia seguiria o seu curso e se estenderia aos descendentes do degenerado até que a linhagem fosse extinta. Nesse sentido, havia uma diferenciação de tipos de degenerados em que os inferiores eram aqueles com lesões cerebrais marcadas e com capacidades morais e intelectuais bastante enfraquecidas; já os superiores apresentavam lesões cerebrais pouco apreciáveis e um desenvolvimento intelectual e moral um pouco menos desarmonioso. (SILVA FILHO, 1994)

Além dessa divergência no plano teórico, a baixa eficácia prática da lei de 1838 foi um disparador fundamental para tais críticas, uma vez que, não se observaram mudanças

significativas da disposição de instrumentos para se concretizar o projeto alienista. Poucos asilos foram construídos, fazendo com que houvesse superlotações; os métodos antigos de tratamento do louco mostravam-se longe de serem extintos; constatou-se um número muito maior de alienados em seus domicílios do que institucionalizados; e preponderaram-se as internações compulsórias no lugar das internações voluntárias, fato que atribuía uma finalidade mais social do que médica a essas internações. Diante desses ataques os alienistas revidaram por meio, principalmente, de propagandas terroristas que enfatizavam a periculosidade do alienado e os riscos que a sociedade corria se mantivesse essas pessoas fora dos asilos. (CASTEL, 1978)

Apesar desses conflitos que emergiram, o sucesso do movimento alienista perdurou por mais de um século. O motivo desse êxito é fácil de ser compreendido quando se percebe que a lei de 1838 tinha duas faces. Se, por um lado, apresentava uma rigidez quanto às intervenções médicas limitando-as ao interior do asilo – minando as possibilidades de tratamento sem a institucionalização; por outro, ela possibilitava uma autoridade singular à figura do médico, dotando-o de poderes sobre o louco. Acabar com a lei seria deixar a medicina mental à deriva. (CASTEL, 1978)

Essa autoridade pode ser observada na afirmação de Cooper (1967), de acordo com a qual, uma vez que o médico rotulava uma pessoa como doente mental, ela se via na obrigação de desempenhar esse papel, que é caracterizado, sobretudo, por uma passividade diante de um autoritarismo. O sujeito é coisificado, transformado em um conjunto de sintomas, dispensado como pessoa e, para o qual, ninguém pode se propor a fazer nada antes que se tenha uma autorização do médico. Tal situação já era pré-estruturada no momento em que a pessoa ingressava na internação psiquiátrica e, nesse ingresso, não só o aguardava o leito na enfermaria, como também um leito de significações imaginárias sociais inundadas pelos preconceitos dos profissionais, dentro das quais os doentes deveriam ser enquadrados a qualquer custo, sem nenhuma possibilidade de questionamentos pelo sujeito.

Minha experiência de enfermarias psiquiátricas convencionais foi a de que eram lugares em que grassavam a alienação, o estranhamento e a violência sutil. Em semelhantes enfermarias os pacientes se defrontam com o reforço maciço do processo de invalidação iniciado antes de sua admissão. (COOPER, 1967, pág. 109)

De acordo com Resende (1994) com a teoria da degenerescência a psiquiatria retornou ao sono profundo do período anterior a Pinel e seus contemporâneos, conseguindo começar a

despertar no final da primeira metade do século XX. Logo após a II Guerra Mundial o povo começou a questionar algumas instituições do Estado e algumas rebeliões importantes começaram a se fazer presentes nos países ocidentais, tais como: a revolta dos estudantes, grandes greves da classe operária, os movimentos comunistas, o feminismo e o movimento negro. Nesse cenário, inseriram-se alguns movimentos que visavam à transformação da assistência psiquiátrica; Castel (1987) nos relatou que, desde 1945, surgiram vários discursos tendendo a recolocar o louco na sociedade e ir além do hospital psiquiátrico; dentre os movimentos mais importantes estiveram: a implantação de comunidades terapêuticas, a psicologia institucional, a psiquiatria de setor, a psiquiatria preventiva, a psiquiatria democrática e a antipsiquiatria.

As comunidades terapêuticas e a psicologia institucional diziam respeito a um conjunto de mudanças que objetivavam democratizar e humanizar a instituição hospitalar, para isso, esses movimentos propuseram a adoção de mudanças técnicas e administrativas para melhorar a dinâmica da instituição asilar e restringia-se ao ambiente interno dos hospitais. A psiquiatria de setor veio para contestar o modelo de atenção asilar e propunha que se constituíssem setores geográficos na sociedade que fossem responsáveis pelo atendimento de um certo número de pessoas com doenças mentais e que tivessem o apoio de profissionais especializados. No entanto, esse modelo não atingiu seus objetivos devido a resistências da população e dos “custos elevados” para se implantar esses serviços comunitários de apoio. (CASTEL, 1987)

A psiquiatria preventiva, que surgiu nos Estados Unidos, trouxe a proposta de fazer uma nova revolução na psiquiatria alegando que havia descoberto uma maneira de localizar as causas das doenças mentais e de preveni-las, bem como de promover a saúde mental da população. Contudo, essa prática acabou resultando na prevalência e na ampliação do discurso médico psiquiátrico, na medicalização da sociedade, ou seja, instaurou outra face do controle social já existente na prática do internamento. (CASTEL, 1987)

Em relação à psiquiatria preventiva e comunitária Szasz (1976) nos fez um alerta que nos serve, inclusive, para não cairmos nesse lugar na hora de propor uma intervenção de acordo com as atuais Políticas brasileiras de Saúde Mental, pois, segundo ele, a ideologia de cruzada da reforma utópica animaram os movimentos de proponentes dos chamados centros comunitários de saúde mental, cujo espírito se caracteriza por uma imensa benevolência, um fanatismo reformista e uma insistente tentativa de tratar os doentes mentais, como se fossem objetos defeituosos que necessitassem de consertos por “tecnocratas onicompetentes”. Desse

modo, o paciente que, supostamente está doente e deveria ser tratado por um médico que ele escolhesse, é transformado em uma coisa, que tem seu mau funcionamento diagnosticado por especialistas pagos pelo Estado. Está formado o contexto em que o médico deve uma lealdade ao Estado moderno assim como o sacerdote devia à igreja medieval. (SZASZ, 1976, pág. 259)

Nessa perspectiva, os serviços de saúde mental não podem esperar apenas pacientes que busquem ajuda, pois, os pacientes em potencial devem ser localizados e atendidos a fim de que se obtenha identificação precoce e tratamento. Szasz (1976) afirmou que essas psicoburocracias modernas estão sendo organizadas com o objetivo expresso de fabricar doentes mentais. Podemos fazer uma associação dessa prática com o que temos visto, na atualidade, com relação à insistência dos profissionais de saúde em caracterizar diversos comportamentos de auto agressividade como tentativa de suicídio, em enquadrar o sujeito que o praticou como alguém que possui um transtorno mental e em oferecer a ele, sem que ele solicite, atendimentos psiquiátricos e psicológicos.

É a psiquiatria e a psicologia dispostas a fazerem “guerra” contra a doença mental e contra a “contaminação emocional”, acreditando que são capazes de “proteger” a sociedade e de ajudar o sujeito na busca pela felicidade por meio de uma psicoterapia imposta pelo Estado. O grande problema dessa ideologia é que nós passamos a compreender como problemas médicos e do âmbito da saúde aspectos que, na verdade, são problemas morais e de âmbito social. Como exemplo disso podemos lembrar a decisão da Suprema Corte, em 1954, sobre a anti-segregação nas escolas, uma vez que, essa medida foi tomada baseada em estudos que mostravam que escolas que segregavam as crianças de acordo com a raça eram prejudiciais à saúde mental das crianças negras. Foi preciso transformar algo, que deveria ser moralmente óbvio, em fator causador de doença mental para que a Suprema Corte pudesse emitir um posicionamento diante do assunto, coisa que a justiça também adora fazer para embasar suas decisões. (SZASZ, 1976, pág. 263)

De acordo com Illich (1975) devemos convencer os profissionais da saúde, mas antes de tudo os seus clientes, de que, acima de um determinado limite, os esforços para prevenir, diagnosticar e oferecer terapias que visam a doenças específicas de uma população ou de um grupo de indivíduo reduzem o nível global de saúde da sociedade inteira na medida em que cerceia justamente o que constitui, eminentemente, a saúde das pessoas, ou seja, a autonomia delas. A promoção da saúde pela redução progressiva dos gastos com a medicina, pela desprofissionalização dos cuidados médicos ainda nos parecem ideias irresponsáveis e

bizarras, mas a razão nos mostra que elas são pertinentes; queremos dizer que somente a ação política pode deter essa calamidade pública e contagiosa que é a medicalização da sociedade.

Um dado importante que nos faz não comprar a ideia de que os problemas sociais são, em geral, problemas de saúde e doença e de que os médicos são os salvadores da humanidade, é sabermos por Illich (1975) que, desde o começo do século XVIII, a criança francesa passou a ter uma expectativa de vida superior a de seus pais, diferença que, de geração em geração, acentuou-se mais dos anos de 1899 a 1920. Durante esse último meio século essa diferença se reduziu, sendo que em algumas populações altamente industrializadas ela desapareceu. Os jovens de hoje possuem motivos de sobra para temer que não durarão tanto quanto seus pais, pois, hoje se morre ao nascer, devido à violência, por causa de acidentes ou, até mesmo, por suicídio.

A psiquiatria democrática e a antipsiquiatria, por sua vez, foram movimentos que, atualmente, são considerados pela maioria dos autores que versam sobre o tema, como os que mais se aproximaram do que deve ser entendido como uma verdadeira reforma da psiquiatria. Franco Basaglia e outros integrantes dessa proposta política começaram a questionar o saber da psiquiatria, a naturalidade do processo que reduz a loucura em doença mental, a relação da produção da loucura e o contexto social, sobre como ocorrem os processos de exclusão, criticando a nosografia e buscando um diálogo entre loucura e razão.

Segundo Amarante (1995), a partir desses dois movimentos, passou-se a ter a noção de que uma reforma psiquiátrica deve ser um movimento político, trazendo as relações econômicas e sociais para o centro das discussões, colocando os movimentos sociais como atores concretos de transformação. Há em comum com os movimentos de reformas propostos anteriormente – como a psicologia institucional e as comunidades terapêuticas - o objetivo de humanizar as relações institucionais, modificar as relações verticalizadas entre médicos e doentes; porém, o diferencial dessa proposta é almejar que essas mudanças possam ir além dos muros das instituições hospitalares.

A experiência de Trieste³ demonstra ser possível a constituição de um “circuito” de atenção que, ao mesmo tempo, oferece e produz cuidados e novas formas de

³ Cidade do Nordeste da Itália em que, em 1970, Franco Basaglia foi nomeado diretor do Hospital Provincial. Nesse momento, esse psiquiatra iniciou um processo de fechamento dos leitos do hospital psiquiátrico e promoveu a instalação de dispositivos extra-manicomiais diluídos na sociedade, tais como: serviços comunitários de atenção, emergência psiquiátrica em hospitais gerais, moradias assistidas e cooperativas de trabalho.

sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam da assistência psiquiátrica (...). O movimento da Psiquiatria Democrática que, muitas vezes, é confundido com a própria tradição teórica de Franco Basaglia é, na verdade, um movimento político constituído, a partir de 1973, com o objetivo de construir bases sociais cada vez mais amplas para a viabilização da reforma psiquiátrica na tradição basagliana. (AMARANTE, 1995, pág. 50)

Localizamos aqui as bases da Reforma Psiquiátrica brasileira e das atuais políticas de saúde mental, as quais, aliás, utilizam frequentemente o conceito de rede, que, como podemos notar, já era pensado no projeto italiano com a denominação de circuito. Nesse sentido as ações de saúde mental devem ir além da lógica terapêutica no tratamento da loucura – que permeou os ideais das reformas propostas anteriormente – a qual concebeu o louco como passível de medicalização e de isolamento social usando o argumento de poder melhor tratá-lo e afastar a sociedade da periculosidade dessas pessoas, perpetuando um movimento de construção de uma identidade fragilizada.

A antipsiquiatria pode ser considerada como um ponto privilegiado no imaginário político da libertação, que foi possível devido a uma exacerbada sensibilização diante da repressão; isso porque a psiquiatria representou muito bem um retrato do exercício do poder, com estratégias arcaicas, rígidas e coercitivas. Essa área do conhecimento cristalizou as formas difusas de revolta contra a autoridade nas diversas instituições, uma vez que a relação de imposição em que ela opera implica – ao menos na sua forma tradicional de exercício – uma desproporcionalidade absoluta entre aquele que age e aquele que sofre a ação, deixando espaço para a arbitrariedade e para a gratuidade, sem poder haver reciprocidade. “É a loucura patética e sem munição, afastada do mundo, mesmo se contém potencialidades enormes, que exemplifica melhor o imperialismo brutal e impessoal da razão instituída”. (CASTEL, 1987, pág. 25)

É fundamental compreender que as experiências de psiquiatria democrática ocorridas em Trieste, Gorizia – pequena cidade na fronteira com a antiga Iugoslávia - e de toda diáspora que aconteceu na Itália estavam ligadas ao contexto social-histórico daquele país após a II Guerra Mundial, momento em que começou a se dar nesse país um processo de industrialização e, conseqüentemente, de uma classe operária muito forte, constituindo as lutas sindicais. Em Gorizia havia um manicômio tradicional com quinhentas camas, onde a miséria, a utilização de choques elétricos e de insulina eram comuns, assim como na grande maioria das instituições manicomiais. Quando Basaglia (1982) iniciou seus trabalhos no manicômio de Gorizia, nos anos de 1963/64, observou uma mudança significativa nos

internos com o simples fato de dizer não à miséria, de conceber as pessoas internadas como seres humanos que tinham necessidades semelhantes às dos médicos e de considerar que eles eram mais do que apenas seres marcados pela loucura. (BASAGLIA, 1982)

Além dessas mudanças na maneira de tratar as pessoas dentro do manicômio começamos a entender que a classe operária esteve, por muito tempo, fadada a entrar num manicômio caso adoecesse, no entanto, se essa classe começasse a se apropriar da responsabilidade de gerir serviços de saúde, a situação poderia mudar. Damos início a um processo de discussão sobre o momento em que um interno teria alta do hospital, mas essa discussão não era entre os médicos, mas tendo a participação dos médicos e das pessoas do bairro onde o doente iria morar, com o objetivo de que a sociedade participasse da administração da doença mental daquele sujeito e o incluísse em sua dinâmica. Pouco a pouco foi se percebendo uma redução dos internos no manicômio e se criando serviços de saúde mental na comunidade. (BASAGLIA, 1982)

De acordo com Castel (1987), o grande desafio que nos aparece é como evitar a projeção, nessas novas formas de lidar com a loucura, do conjunto de representações que marcaram as intervenções passadas, pois, até décadas atrás, a psiquiatria clássica parecia sempre se atualizar, se readaptar, tentando promover, ao mesmo tempo, transformações em suas condições e a continuidade de sua tradição. A transformação se justifica aqui pelo esforço em romper com a solução segregacionista e propor intervenções na comunidade; mas continuidade porque essas “novas” modalidades de trabalho continuavam a visar a um objeto específico – a doença mental – por meio de instituições específicas, por mais que agora diluídas em diversos pontos da sociedade.

Nas tentativas de reformas anteriores essa mesma psiquiatria tinha a pretensão de tomar conta plenamente da população que estava sob sua responsabilidade, desde a prevenção, passando pela terapeutização propriamente dita, até a ressocialização. Quando se implantou na França a política de setor e, nos Estados Unidos, os centros de saúde mental na comunidade, esses dispositivos tornaram-se a nova política oficial de saúde mental; a medicina mental moderna conservava a vocação de serviço público da psiquiatria clássica, defendendo essa concepção de um serviço nacional, impulsionado e financiado pela administração central, o que foi aceito pelo Estado. (CASTEL, 1987).

Nos textos que antecederam a organização da psiquiatria de setor já havia ideias de se deslocar o centro das práticas psiquiátricas do hospício para uma pluralidade de instituições colocadas na sociedade, sendo na época, uma revolução completa do ponto de vista. Podemos

citar como exemplo uma declaração de Bonaffé ⁴, em 1960, que apresenta muitas semelhanças com o que está posto na atual política brasileira, em que ele disse o seguinte:

A instituição psiquiátrica é pensada como uma rede de postos diversos através dos quais o médico assegura ao seu doente seu cuidado tão pessoal quanto possível. O eixo do serviço não está mais no hospício, mas na cidade, no coração do território, no qual se exerce a função do psiquiatra, ampliada à proteção da saúde mental. (BONNAFÉ *apud* CASTEL, 1987, p. 46)

Na França, no entanto, o hospital psiquiátrico permaneceu como preponderante nas intervenções em saúde mental, não havendo uma redução significativa nas internações e nem um aumento considerável de pessoas acompanhadas pelo setor; um dos motivos para esse fato é que, além de ter uma estrutura mais rígida, as tecnologias hospitalares também eram mais claras e mais seguras para os profissionais, seja com a psicoterapia, seja com a medicalização. Não havia tecnologias específicas prontas para os psiquiatras atuarem na lógica de setor. (CASTEL, 1987)

Um ponto interessante que Castel (1987) destacou é que havia duas classes de pacientes que frequentavam os serviços psiquiátricos, sendo uma formada pelos “crônicos”, que eram geralmente pessoas com um baixo *status* social e com os laços rompidos há tempos; e outra formada por pessoas que, devido ao diagnóstico, características sociais e geográficas, conseguiam ser mais preservadas. Somente esses últimos são mantidos, bem ou mal, no circuito da sociabilidade nos dispositivos do setor, ainda que ao preço de frequentes recaídas e readmissões hospitalares. Suspeitamos que esse fato se faça presente também nas Políticas de Saúde Mental brasileiras, vigentes nos dias atuais; foi justamente esse incômodo que motivou essa pesquisa a partir das nossas interrogações sobre os efeitos dessas políticas para os sujeitos psicóticos crônicos, com história e necessidades de recorrentes internações.

Detalhe importante que Castel (1987) destacou foi a questão financeira envolvida e que também justificou a manutenção de um modelo de internação em detrimento de novas práticas, uma vez que os hospitais funcionavam em um regime de diária, tendo um lucro de acordo com a quantidade de ocupações de leitos. Por outro lado, as despesas com as intervenções extra-hospitalares entram como prevenção e são pouco ou nada reembolsáveis. Como sabemos que a questão das despesas financeiras, em geral, ganha destaque nas decisões do Estado em relação às ações a serem efetivadas, levantamos o questionamento sobre o fato

⁴ Psiquiatra francês (1912 a 2003) que desenvolveu e implementou a política da psiquiatria de setor em seu país.

de esse ser um dos principais motivos para se privilegiar, atualmente, os dispositivos ditos comunitários, em detrimento da atenção hospitalar, uma vez que, pelo SUS, o Estado é quem deveria arcar com essas diárias.

Por fim, outro aspecto que levou a psiquiatria de setor ao fracasso, foi que as chamadas equipes médico-sociais diversificadas, ou mesmo pluridisciplinares, que deveriam assegurar o acompanhamento dos pacientes, eram compostas, em sua grande maioria, por médicos e enfermeiros, os quais não tinham uma formação em relação à nova lógica da política de saúde mental e se espantavam ao vislumbrar uma prática sem os benefícios do regime hospitalar. Era preciso que os profissionais adotassem novas posturas, pois, mesmo se há doença, ela não está isolada dos determinantes ambientais; sem essa competência, a tendência que se observou foi uma reprodução de modelos de intervenção da medicina clássica transpostos para a comunidade. (CASTEL, 1987)

Até mesmo em relação à antipsiquiatria, em uma análise posterior feita por Castel (1987), observamos que, apesar de toda originalidade que esse movimento apresentava em termos de reforma psiquiátrica, da possibilidade de, pela primeira vez, restituir uma dimensão humana a algumas categorias de excluídos, no plano da reestruturação os resultados se revelaram decepcionantes. Os que esposaram a ideologia da antipsiquiatria foram acuados, muitos deixaram a profissão depois de terem tentado experiências difíceis e corajosas, mas quase sempre efêmeras, e outros se remeteram à sua insatisfação, pois, os profissionais críticos não conseguiram encontrar estratégias concretas para transformar a situação existente. Isso se deu por várias razões internas e externas ao movimento, mas, sobretudo, porque os modelos e as técnicas que já ocupavam o território eram difíceis de serem atacadas de frente. (CASTEL, 1987)

Não pensamos que essas dificuldades encontradas pelo movimento da psiquiatria democrática possam ser consideradas como um empecilho para que uma transformação das relações entre a sociedade e o louco ocorra; elas devem ser vistas apenas como uma prova de que a sociedade se constitui pelo conflito. Dizer não ao manicômio é confrontar a miséria, não só desta instituição, mas dos diversos tipos de relações que compõem a nossa sociedade; ao fazer isso, nos juntamos aos diversos movimentos que lutam por uma emancipação. Se nós concordamos com o fato de que, para haver uma verdadeira transformação das relações entre a sociedade e o louco, deve haver uma transformação da sociedade, entendemos que essa transformação acontecerá enquanto um processo que se dará nas lutas diárias em meio à

estrutura de uma sociedade capitalista, sociedade na qual não podemos nos isentar dos conflitos. (BASAGLIA, 1982)

Basaglia (1982) afirmou que o manicômio era uma instituição absurda que tinha função apenas para o psiquiatra, que trabalhava ali para ganhar o seu salário no final do mês, e para a sociedade, que tinha onde esconder as pessoas doentes, que não produziam. Na verdade, quando uma doença se torna crônica, a pessoa doente passa a ser considerada, pela nossa sociedade - que se baseia na produtividade - como alguém improdutivo e o manicômio é uma das instituições para supostamente resolver o problema de algumas dessas pessoas. No entanto, o movimento da psiquiatria democrática compreendeu que se trata de um problema estrutural da sociedade capitalista, como por exemplo, o desemprego, que é uma situação que demonstra que, em nossa sociedade, não há espaço para todos produzirem, o que exige uma mudança na forma de perceber o problema.

Nota-se que os ideais da psiquiatria democrática promovem o conflito porque as tradicionais operações em relação à loucura – as quais nunca cessam de tentarem se impor - mantiveram algumas semelhanças se compararmos os períodos antes e depois do Antigo Regime, pois, tratou-se sempre de tentar anular os comportamentos e as manifestações que se distanciam da normalidade dominante, como obrigar ao trabalho os ociosos, readaptar doentes, etc. Os locais de internação sempre desempenharam essa função, mas também a de reenviar o louco ao circuito da normalidade quando as técnicas aplicadas fossem vitoriosas.

Ao interrogarmos as Políticas de Saúde de nosso país, trazemos um alerta de Illich (1975), segundo o qual, nós temos que tomar enormes cuidados, principalmente no campo da saúde mental, para não colocarmos o médico no lugar de alguém que será o tratador de pacientes durante uma vida inteira, como o professor se transformou em educador trabalhando em formações intermináveis para alunos perpétuos. Uma medicalização da vida – que é um movimento que temos observado em nossos tempos, é prejudicial por três motivos: em primeiro lugar, porque intervenções técnicas em nosso organismo, acima de determinado nível, retira de nós características que comumente são qualificadas como saudáveis; um segundo motivo é que, para sustentar uma organização médica, a sociedade cria “máscaras sanitárias” destrutivas. Por fim, ao tomar o indivíduo para si, o aparelho biomédico retira dele toda a sua autonomia e cidadania para controlar esse sistema; a medicina se transforma em uma oficina de reparos responsável por manter o homem em funcionamento, mas como um produto não humano. (pág. 06)

Nessa linha de raciocínio, um aspecto da relação entre a nossa sociedade e a loucura que não pode deixar de ser interrogado é o grande destaque que se passou a dar às medicações psiquiátricas após a década de 1950, anos que ficaram conhecidos como a época em que ocorreu uma revolução psicofarmacológica no mundo ocidental, pois, em 1952 foi produzido o primeiro neuroléptico – a clorpromazina – fato que abriu caminho para um novo direcionamento dos tratamentos no campo da psiquiatria, caminho este, que foi consolidado anos depois com outros dois eventos; a produção da fluoxetina e a publicação da terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-III) pela Associação Psiquiátrica Americana. (RODRIGUES, 2003)

A fluoxetina é um antidepressivo fabricado no final da década de 1980, que se disseminou em larga escala, tendo sua prescrição banalizada de tal modo que o medicamento passou a ser conhecido como a pílula da felicidade. A DSM-III, publicada no início da década de 1980, elevou à condição de doença fenômenos que antes eram reconhecidos como manifestações da personalidade, para os quais passaram a se produzir remédios. Esse é o movimento que se intensifica cada vez mais até os dias atuais, promovendo um alívio para os psiquiatras, pois, finalmente, eles puderam se enquadrar na lógica da medicina como um todo, preconizando intervenções rápidas, localizadas e generalizáveis. (RODRIGUES, 2003)

Rodrigues (2003) realçou o quanto os psiquiatras são assediados pela mídia que promove os produtos da indústria farmacêutica por meio de propagandas que destacam muito mais uma promessa de assegurar a consolidação das significações imaginárias sociais do capitalismo neoliberal do que os verdadeiros efeitos dessas drogas no organismo de seus consumidores. Para ilustrar esse fato, o autor elencou algumas propagandas de psicofármacos que foram estampadas em um periódico psiquiátrico e disponibilizadas para os médicos, geralmente associando a medicação com uma tranquilidade, uma harmonia, imagens de elementos da natureza ou de uma família feliz.

Ansiolíticos: Lexotan – “Equilíbrio reestabelecido, atividade preservada”; Tranxilene – “A dose única da tranquilidade. Plena atividade sem ansiedade”; Lorax – “Um instrumento do médico para devolver a harmonia ao paciente”; Lorium – “Tomou um ansiolítico, caiu no rio”; Olcadil – “Mantém ativo o homem moderno”.
Antidepressivos: Pamelor – “Dias produtivos...Noites Repousantes e Pamelor”; Pondera – “Dá sentido à vida”; Anafranil – “Olhando o mundo sem medo”; Aurorix – “A vida começa aos 300 (dose inicial da medicação); Hipericin – “Uma luz para guiar seus pacientes”; Tolrest – “A alegria da forma mais pura”.
Antipsicóticos: Leponex – “De volta à vida”; Risperdal – “Dose diária de harmonia”.
Estabilizadores de humor: Tegretol – “Equilibra e reintegra. Equilíbrio perfeito”;

Carbolitium – “Possibilidade de retorno à vida ativa e útil” (...) (RODRIGUES, 2003, pág. 19)

Elola (2016), em entrevista com o pesquisador e jornalista Robert Whitaker, expôs que, de acordo com estudos feitos pelo autor citado, do ano de 1955 até o ano de 2007 a população dos Estados Unidos considerada inválida devido a algum transtorno mental aumentou de 355 mil para 4 bilhões. Para ele esse aumento não foi causado somente pelo aumento geral da população, mas sua tese é a de que associações médicas e a indústria farmacêutica tenham trabalhado com o objetivo de produzir pacientes para consumir suas medicações. O autor endossou sua crítica afirmando também que pacientes com esquizofrenia de países onde as medicações são menos utilizadas, como na Índia e na Nigéria, evoluem melhor do que os que são medicados em nossa sociedade atualmente.

Elola (2016) nos mostrou ainda que, na opinião deste estudioso, os remédios vieram para cumprir uma função de conferir maiores poderes ao médico e isso foi facilmente incorporado pela indústria farmacêutica, que se utilizou disso para obter lucros imensuráveis. Pereira (2017) fez uma matéria mostrando como os médicos são assediados por representantes da indústria farmacêutica para prescreverem os remédios das marcas vendidas por determinada empresa. Na linha de frente dessas indústrias atuam grandes propagandistas treinados para fornecer explicações técnicas e científicas aos médicos, as quais nem sempre são verdadeiras. Por mais que seja proibido pelo Código de ética Médica e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, os representantes de marcas de remédios, muitas vezes, compram os médicos oferecendo viagens, jantares e inscrições em Congressos.

Freitas e Amarante (2015) destacaram que, desde a segunda metade do século XX, milhões de pessoas passaram a utilizar remédios psiquiátricos para uma lista cada vez maior de problemas, classificados como psiquiátricos pelos manuais de diagnósticos, CID e DSM. Esse fenômeno se tornou possível devido a um movimento da ciência de instituir que as formas humanas de viver, de sentir e de pensar têm causalidades localizáveis no cérebro e que, portanto, os desvios dessas áreas são causados por alterações cerebrais e bioquímicas, as quais podem ser corrigidas com o uso de determinados medicamentos. Formou-se assim o território perfeito para a constituição da aliança entre a medicina e a indústria farmacêutica.

Essa parceria entre quem fabrica drogas e quem tem o poder de prescrevê-las criou um contexto de uma epidemia das drogas psiquiátricas, pois, utilizando-se de um aparato formado por profissionais da comunicação, pela mídia e pela ideologia de uma suposta melhor qualidade de vida, a indústria farmacêutica se constituiu, a partir do avanço das políticas

neoliberais, como um dos ramos que mais tem obtido lucros. Ao mesmo tempo em que há uma expansão econômica desse mercado, há também um aumento do poder do Estado na manutenção de uma homeostase na sociedade, uma vez que os desequilíbrios e as revoltas que possam aparecer por parte de determinadas pessoas ou grupos sociais, podem ficar sujeitas a explicações patologizantes. É a psiquiatria desempenhando o clássico papel de controle social e o projeto de autonomia individual e coletiva sendo atacados de frente. (FREITAS e AMARANTE, 2015)

A influência dos princípios neoliberais no campo da medicalização da saúde mental fica clara quando sabemos que, ao contrário do que geralmente se pensa, a maior parte das pesquisas para desenvolvimento de medicamentos psicotrópicos não é bancada exclusivamente pela indústria farmacêutica, mas sim realizada por laboratórios de universidades públicas, com financiamento conjunto dessa indústria. Sendo assim, não é verdade que o preço dos medicamentos se justifique pelo investimento em pesquisas relacionadas a eles; o que ocorre é que no valor do produto estão embutidos os custos a serem repassados para uma rede de atores responsáveis por formar uma cadeia de produção, distribuição e propaganda desses medicamentos, assim como vimos nas reportagens acima citadas. (FREITAS e AMARANTE, 2015)

Illich (1975) nos apontou que, se as despesas médicas na França aumentaram em cerca de 14% ao ano nos anos de 1960, as despesas farmacêuticas aumentaram a uma taxa de 17%, pois, as consultas médicas que não resultavam em uma prescrição farmacêutica quase desapareceram, promovendo um aumento de receitas prescritas em cerca de 6% ao ano. Grande parte do estoque farmacêutico francês foi renovada durante esses anos, de modo que o novo medicamento era, em geral, mais caro do que o que havia sido substituído; além disso, o espaço de tempo que separava duas saídas de um medicamento de uma mesma categoria terapêutica foi reduzido. O mal produzido pelo consumo elevado de medicamentos não se restringe aos prejuízos ao nosso organismo; ele provoca prejuízos sociais e psicológicos que se refletem nas atitudes do médico e do doente. “O médico pesquisa a eficácia do ato técnico, ainda que à custa da saúde do doente e este submete seu organismo à regulação heteronômica, o que quer dizer que ele se transforma em paciente”. (ILLICH, 1975, pág. 39)

Nesse contexto não é de se surpreender que, nos Estados Unidos, os remédios que atuam sobre o sistema nervoso central têm o mais rápido crescimento no mercado farmacêutico e representam 31% das vendas globais. O consumo de substâncias prescritas que causam dependência aumentou de 290% do ano de 1962 para cá, período em que o consumo

de bebidas alcoólicas aumentou apenas 23% *per capita*, e o uso ilegal de opiáceos, cerca de 50%. Observem que o vício medicalizado é muito maior que o vício festivo, fenômeno que se explica por movimentos similares ao que foi, por exemplo, o primeiro grande contrato entre a China e a indústria farmacêutica ocidental, em 1974, em que os chamados tranquilizantes ocuparam a primeira colocação.

Ainda sobre a maneira como as drogas psiquiátricas são introduzidas no mercado, Angell (2007) nos apontou que grande parte dos medicamentos tidos como inovadores não passam de sobras minimamente modificadas de drogas antigas. De 1998 a 2002, um total de 415 drogas novas foram aprovadas pela *Food and Drug Administration* (FDA). No entanto, apenas 14% foram consideradas realmente drogas novas; 9% eram drogas antigas com pequenas mudanças em suas composições e o restante, 77%, eram simplesmente drogas antigas que tiveram seu nome comercial alterado. Além disso, é alarmante o fato de a indústria farmacêutica se apropriar de resultados de pesquisas desenvolvidas por universidades públicas visando a ampliar seus lucros, inclusive, remunerando cientistas para divulgar dados em favor de suas marcas.

A explicação para a causa dos transtornos mentais que hoje é qualificada como uma verdade atestada cientificamente, assim como diversos saberes científicos que foram destruídos após serem submetidos a provas, não pode ficar ileso a interrogações, afinal de contas, a teoria do desequilíbrio da dopamina como causa das psicoses esquizofrênicas, por exemplo, surgiu após o aparecimento da clorpromazina e a consequente constatação de que essa droga tinha o efeito de bloquear o sistema dopaminérgico. A psiquiatria biológica fez a seguinte associação lógica: se as drogas psicotrópicas curam a esquizofrenia e se elas também bloqueiam o sistema dopaminérgico, logo, a causa da esquizofrenia é a hiperatividade desse sistema. (FREITAS e AMARANTE, 2015)

Essa premissa é tão lógica quanto dizer que as dores de cabeça são causadas pela falta de dipirona no corpo; o problema é que muitas significações imaginárias sociais foram criadas baseadas nesse tipo de conclusão, como por exemplo, as que instituíram que, em curto prazo, as drogas reduzem os sintomas psicóticos agudos e que esses pacientes não podem, então, ficar sem tomar esses remédios porque senão terão recaídas quase sempre piores do que o surto anterior. Mas o que está por traz dessa afirmação? As evidências de que os sujeitos têm recaídas quando param de tomar os remédios são realmente por causa da doença ou são por causa das alterações sofridas pelo cérebro em decorrência do uso da própria droga? Afinal, as pesquisas que disseminaram essas informações não tiveram como comparar a evolução do

sujeito usando a medicação com uma evolução do mesmo sujeito sem nem iniciar o uso do remédio. (FREITAS e AMARANTE, 2015)

Em 1966 o neurocientista Hyman, que foi diretor do *National Institute of Mental Health*, do ano de 1996 até 2001, publicou um artigo sintetizando tudo o que ele aprendeu sobre as drogas psicotrópicas. Ele concluiu, em suma, que: essas drogas atuam causando perturbações nos neurotransmissores; em resposta a essas perturbações o cérebro promove uma série de adaptações compensatórias a fim de manter um equilíbrio. Por fim, que o uso da droga, em longo prazo, causa significativas alterações na função neural. (FREITAS e AMARANTE, 2015)

Por sua vez, os médicos que começaram a usar a clorpromazina constataram que os melhores efeitos da droga eram observados nos sintomas agudos da esquizofrenia e não nas pessoas que tinham um quadro de esquizofrenia crônica, além de observarem algumas desvantagens relatadas pelos pacientes que eram submetidos ao uso dessa droga, como mudanças óculo-cutâneas, movimentos involuntários e persistentes do corpo e morte súbita. Esses fatos alertaram para os possíveis perigos causados pelo uso prolongado desse medicamento. (FREITAS e AMARANTE, 2015)

Em paralelo a essas observações clínicas, algumas pesquisas de *follow-up* – que acompanham os sujeitos por um determinado período – começaram a demonstrar resultados surpreendentes. Schooler *apud* Freitas e Amarante (2015) acompanhou um grupo de 209 pacientes com alta hospitalar, após serem tratados com antipsicóticos, avaliando o ajustamento dos pacientes na comunidade e aspectos da história pré-mórbida. Como resultados da pesquisa o autor destacou que os pacientes que foram submetidos ao uso de placebos tinham menores probabilidades de serem rehospitalizados do que os que haviam recebido antipsicóticos.

Em outro estudo, que também recebeu o suporte do *National Institute of Mental Health*, buscou-se investigar o que acontecia com os sujeitos quando interrompiam o uso de antipsicóticos. Sete hospitais psiquiátricos públicos participaram desse estudo, que foi composto por aproximadamente 120 pacientes esquizofrênicos de cada hospital. Entre os resultados observou-se que quanto maior a dose que tomavam antes da interrupção do tratamento medicamentoso, maiores foram as probabilidades de recaídas, o que, aparentemente, reforça a ideia de que a medicação não pode ser suspensa. Entretanto, as atenções começaram a se voltar também para o fato de que, com o passar do tempo, havia

uma intensificação dos sintomas negativos da doença, ou seja, isolamento social, embotamento afetivo e prejuízos na comunicação. (FREITAS e AMARANTE, 2015)

Tentando responder ao questionamento sobre o que acontece com pacientes psicóticos que não são tratados com antipsicóticos durante a fase aguda da doença, um terceiro estudo comparou o desenvolvimento da esquizofrenia em 49 pacientes tratados com intervenções psicossociais, os quais foram acompanhados por um período de um ano, com o rumo da doença em 73 pacientes que receberam o tratamento medicamentoso convencional, os quais foram acompanhados por dois anos. Como resultado observou-se que os pacientes tratados com intervenções psicossociais tiveram uma melhora superior à melhora conquistada pelas pessoas submetidas aos medicamentos, fato que sugere que, no tratamento da esquizofrenia, as medicações podem não ser indispensáveis, além de levantar a hipótese de que o uso delas, em longo prazo, pode aumentar a dependência social de muitos sujeitos após a alta hospitalar. (FREITAS e AMARANTE, 2015)

Essas hipóteses se fortalecem quando abordamos outra pesquisa, realizada por Harrow e Thomas, publicada no ano de 2013, em que foram comparados, durante vinte anos, três grupos: um era formado por pacientes esquizofrênicos que tomaram medicações durante todos esses anos; o outro constituído por pessoas com esquizofrenia, mas que fizeram uso intermitente dos remédios; e o terceiro grupo continha apenas pacientes esquizofrênicos que nunca fizeram uso de antipsicóticos. (FREITAS e AMARANTE, 2015)

Para a surpresa dos pesquisadores, o grupo de pacientes que não tomaram antipsicóticos ou outras drogas psiquiátricas apresentou uma melhora significativamente maior do que os pacientes que tomaram os referidos remédios. Os resultados podem ser observados com detalhes nas tabelas abaixo, as quais revelam, respectivamente, o aparecimento de surtos psicóticos durante os anos de avaliação dos sujeitos da pesquisa, e a necessidade de novas internações psiquiátricas no mesmo espaço de tempo.

Tabela 1: Ocorrência de surtos psicóticos ao longo dos vinte anos.

Grupo de Pacientes	4,5°ano	10°ano	15°ano	20° ano
Com medicação	86%	79%	71%	68%
Com Intervenções				
psicossociais	23%	08%	08%	08%

Fonte: (HARROW e THOMAS *apud* FREITAS e AMARANTE, 2015, pág. 91).

Tabela 02: Ocorrência de novas internações psiquiátricas ao longo dos vinte anos.

Grupo de Pacientes	4,5°ano	10°ano	15°ano	20° ano
Com medicação	54%	57%	43%	68%
Com Intervenções				
psicossociais	13%	0%	08%	08%

Fonte: (HARROW e THOMAS *apud* FREITAS e AMARANTE, 2015, pág. 91).

Não estamos afirmando que as medicações psiquiátricas não são necessárias, aliás, nem é esse o objeto do nosso estudo. No entanto, como os psicofármacos assumiram um papel de destaque nas intervenções com os transtornos mentais em nossa sociedade, não podemos deixar de interrogar até que ponto eles são utilizados de acordo com a necessidade do sujeito que apresenta uma doença mental ou se eles também podem estar satisfazendo uma necessidade do capital, colocando o doente mental na posição de objeto ao invés de considerá-lo como um sujeito.

2.1 As Significações Imaginárias Sociais ligadas à loucura no Brasil

A realidade política e econômica do Brasil no início do século XVIII, período em que o país era colônia de Portugal, permite-nos afirmar que as condições que elevaram a loucura ao status de problema social no século XVII na Europa trouxeram reflexos apenas parciais para a intervenção sobre a loucura no nosso país no momento social-histórico citado acima. Em ambos os casos, o louco, que até então podia circular livremente, teve sua liberdade cerceada e foi enclausurado; porém, as razões que levaram a essa atitude foram distintas.

Enquanto na Europa a transição do período feudal para uma organização capitalista mercantil da sociedade trouxe uma exigência de modificação do modo de vida das pessoas e um acelerado aumento da urbanização, produzindo homens que não conseguiam atender muitas dessas novas necessidades – incluindo aqui os loucos - o Brasil ainda não estava vivenciando esse contexto no século XIX, mas também se deparou com a necessidade de administrar a grande quantidade de insanos que vagavam por suas ruas. Como explicar esse movimento no nosso país?

No Brasil colônia a loucura parece ter tido uma existência silenciosa, em que era permitido aos loucos pobres e calmos vagar pelas ruas e pelos campos, recebendo roupas e comidas de pessoas caridosas em troca de pequenos serviços, ainda que sendo alvos de chacota das pessoas. Quando esse louco pobre era agressivo ficava recluso em prisões ou nas Santas Casas de Misericórdia, podendo ou não sofrer maus tratos, ressaltando que essas reclusões não costumavam ser por longos períodos e que não havia uma grande quantidade de loucos reclusos. Os loucos cujas famílias tinham melhores condições de vida eram escondidos em casa ou em construções anexas próprias para eles; quando ficavam agressivos, eram contidos e amarrados. (RESENDE, 1994)

No final do século XVIII as cidades brasileiras se encontravam ainda pouco povoadas; o Rio de Janeiro, que era a capital, não contava com mais de 50.000 habitantes, as cidades ainda podiam ser consideradas como prolongamentos da vida rural e as grandes propriedades rurais eram organizações econômicas praticamente auto-suficientes, chegando à produção doméstica de seus próprios implementos agrícolas, tecidos e outros bens de consumo. Além disso, nas cidades, a indústria era menos que ínfima e os ofícios artesanais, geralmente, destinados ao consumo próprio ou a abastecer as fazendas. (RESENDE, 1994)

Até a chegada da família real no Brasil, em 1808, o Brasil ficara três séculos praticamente fechado ao mundo; para ter uma ideia da mudança ocorrida após esse período, a

cidade do Rio de Janeiro, que fora considerada pela família como uma cidade suja e malcheirosa, começou a passar pelo que foi considerado pelos europeus como uma missão civilizatória para poder se transformar na sede de um reinado. Uma representação desse processo de melhoramento da cidade e da grande influência da cultura francesa em nosso país foi a realização, por Dom João VI, da Missão Francesa, movimento que trouxe de Paris para o Rio de Janeiro pintores, escultores, gravadores e arquitetos franceses, que apoiaram Napoleão Bonaparte e, portanto, com a queda desse imperador, estavam em decadência em seu país de origem, ficando, então, com a incumbência de modificar a cultura daquela cidade brasileira. (BUENO, 2012)

Uma possível resposta à interrogação feita acima sobre o motivo do aparecimento da intolerância social em relação à loucura pode ser dada a partir dessa pretensão de melhorar o Brasil, deixando-o com uma aparência europeia e também entendendo que um fator central da vida econômica do país, naquele momento, era o trabalho escravo, aspecto que condicionou fortemente as significações sociais imaginárias brasileiras, delimitou preconceitos e determinou consequências que exigiram providências concretas. A presença do escravo tanto na vida produtiva como na vida doméstica e a utilização do negro nos vários setores da vida econômica e social colocou o trabalho como sendo uma atividade pejorativa e, conseqüentemente, pessoas que não eram escravas não queriam realizá-los para não serem julgados como indignas. (RESENDE, 1994)

A vida social da época apresentava-se fortemente polarizada: de um lado uma minoria de senhores e proprietários, e de outro, uma maioria de escravos trabalhadores; entre esses dois extremos não parava de crescer uma massa indefinida de pessoas desadaptadas, com trabalhos indefinidos ou totalmente sem trabalho. Em sua maioria, essa massa era constituída por negros, mulatos ou mestiços de diversas variações que, não podendo ser proprietários e não sendo mais escravos, se depararam com uma situação de instabilidade e discriminação. Estava formada assim a população de desocupados, vadios, mendigos e desordeiros, no meio da qual a loucura também passou a ser notada. Apesar das diferenças estruturais, estavam estabelecidas no Brasil as mesmas condições que fizeram com que a loucura fosse reprimida na Europa: desordem, ociosidade, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico. (RESENDE, 1994)

Essas condições ficam ainda mais expostas quando compreendemos que o movimento pela independência do Brasil fora uma revolução conservadora cujos principais beneficiários – e não por acaso os maiores investidores nesse movimento – foram os grandes proprietários

de terra e os senhores de engenho. Após a independência, a lei, a ordem, a propriedade e a hierarquia foram estabelecidas e respeitadas consistentemente em uma sociedade caracterizada pela discriminação racial e a desigualdade social extrema. (BUENO, 2012)

A partir de então as Santas Casas de Misericórdia incluíam os doidos como seus hóspedes e davam a eles tratamento diferenciado, amontoando-os nos porões e colocando-os sob os cuidados de um carcereiro, o qual era encarregado de reprimir seus delírios e suas agitações com espancamentos ou contenção em troncos, chegando, em muitos casos, a levá-los à morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas. Como a quantidade de leitos nessas casas eram inferiores ao número de insanos que vagavam pelas ruas, as prisões também eram usadas para reprimi-los, onde os maus tratos também se faziam presentes de forma escancarada. (RESENDE, 1994)

Em 1830, um grupo de médicos predominantemente higienista e influenciado pelo movimento alienista europeu, chamado Sociedade de Medicina, começou a buscar que se construísse um hospital psiquiátrico para tratar dos loucos, usando como argumentos os maus tratos que eles sofriam nos hospitais gerais, nas Santas Casas e nas prisões, e alegando que os doentes mereciam ser isolados em um lugar mais salubre. Esses argumentos eram, na realidade, para institucionalizar a doença mental pela medicina, para transformar essa área em um problema administrável e dominado pelo campo do conhecimento. (COSTA, 2006)

Segundo Costa (2006), em 1841, no Rio de Janeiro, o Imperador D. Pedro II assinou o decreto de fundação do primeiro hospital psiquiátrico, que foi inaugurado somente em 1852. Um detalhe importante é que, apenas tardiamente, em 1881, o hospital passou a ser dirigido por um médico, pois, em todos esses anos, quem geria o hospital eram os religiosos da Santa Casa de Misericórdia. Um pouco mais de um ano após a abertura desse hospício não se encontrava mais vaga disponível e essa superlotação em um curto espaço de tempo era lugar comum das instituições psiquiátricas desse período. Seguindo o exemplo do Rio de Janeiro, devido à grande necessidade de tais estabelecimentos, outros estados como São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Paraíba e Ceará, também se empenharam em construir hospitais psiquiátricos.

Vale ressaltar que nesse período, entre 1830 e 1850, o Brasil estava vivendo uma série de revoltas em quase todas as suas províncias, as quais foram embaladas pela desorganização política e social do Período Regencial. Dentre essas rebeliões podemos citar a Cabanagem, ocorrida na região norte, a Sabinada e a Praieira, na região nordeste e a Balaiada, no Maranhão e no Piauí. O que houve em comum entre esses movimentos foi uma manifestação

das classes mais pobres diante das precárias condições sociais a que elas estavam submetidas, encontrando fácil apoio dos negros, indígenas, ex-escravos, jagunços e desvalidos de uma forma geral. Guiados pela noção de que os manicômios surgiram, no início, para cumprir uma função social, uma interrogação que emerge nesse ponto é saber se grande parte dessas vagas não foram ocupadas para reprimir os manifestantes dessas rebeliões ou para abrigar os que realmente enlouqueceram em função dessas batalhas, uma vez que esses movimentos foram contra atacados com uma repressão sangrenta por parte do Império.

Uma peculiaridade do nascimento das instituições psiquiátricas e saneadoras brasileiras é o fato de elas terem surgido antes mesmo da psiquiatria, enquanto um saber médico especializado, se constituir no país. No início esses hospitais eram geridos por provedores – muitas vezes religiosos - as classificações nosológicas e a seleção da clientela para conter a superlotação eram feitas a partir de conhecimentos práticos como alienados comuns, perigosos e criminosos. Os médicos não eram chamados para realizar suas tarefas e, em alguns hospícios, o cirurgião da Santa Casa era apenas quem visitava os insanos, esporadicamente, e somente em casos de intercorrências clínicas. (RESENDE, 1994)

A expansão das exportações de café, o declínio do modelo escravista de produção e a intensificação do comércio e da industrialização no Brasil foram fatores que trouxeram novos problemas para o país, principalmente o agravamento da questão da marginalidade, o que exigia uma intensificação do processo de exclusão, a tentativa de recuperação do material excluído - em nome da sobrevivência da exploração e da reprodução de mão de obra - e um saber especializado que justificasse e legitimasse esses dois processos. No Rio de Janeiro, por exemplo, essa mudança da organização social e o aumento da chegada de imigrantes provocou um crescimento exorbitante da população – 266.000 em 1872 para 522.000 habitantes em 1890. (RESENDE, 1994)

A abolição da escravatura, da maneira como foi realizada, caracterizou-se como outro fator crucial para a produção de loucura em nosso país. Os escravos libertos, que somaram cerca de oitocentos mil, foram impulsionados para uma condição de extrema miséria e fragilidade social, sem direito a terra para morar ou cultivar, educação formal e saúde, restando-lhes discriminação, repressão, trabalhar em troca de baixíssimos salários ou ir para grandes cidades como Rio de Janeiro e Salvador, onde levantaram os chamados bairros africanos, origem das favelas modernas. (RESENDE, 1994)

Nesse novo cenário das cidades brasileiras onde se observava uma urbanização acelerada, precárias condições de higiene e saneamento, deterioração das condições de vida

dos trabalhadores, disseminação de doenças epidêmicas ou infecciosas, aglomeração de mendigos nas ruas sem perspectivas de trabalho e a proliferação de favelas, as intervenções em saúde mental das freiras nos asilos desprovidos de médicos eram medidas extremamente incipientes para lidar com o problema. (RESENDE, 1994)

A Proclamação da República, em 1889, foi um marco não só para a história do país como também para a maneira de lidar com os loucos; em razão do sólido apoio da burguesia cafeeira de São Paulo, da ala conservadora e do Partido Republicano Paulista. O movimento republicano, enfim, obtivera êxito, sob a liderança de seguidores do positivismo, como Benjamin Constant, um dos fundadores da Sociedade Positivista do Brasil e quem entrou para o magistério da Escola Militar da Praia Vermelha, instituição que ficou conhecida como o centro científico do Brasil, cujos membros eram defensores do positivismo e dos ideais republicanos. (BUENO, 2012)

Pode-se definir o período imediatamente após a Proclamação da República como o momento do surgimento da psiquiatria científica no país, rompendo com a psiquiatria empírica do Brasil Império e fazendo com que os médicos adentrassem nos hospitais psiquiátricos e chamassem para si a responsabilidade de lidar com os doentes mentais. Um exemplo brasileiro do acordo entre necessidade social e um saber médico especializado que a atendesse foi o estado de São Paulo que, devido ao dinamismo de sua economia e o interesse de remover os empecilhos para a vinda de imigrantes estrangeiros, chegou a destinar ao setor da saúde mental, em 1892, 46% do seu orçamento. Em 1898 foi construído o Hospício Colônia de Juqueri. (RESENDE, 1994)

A primeira década da República em nosso país fora marcada por um caos político e econômico, com direito a arrocho salarial, aumento de impostos, regime oligárquico, coronelismo, repressão aos movimentos populares, fraude eleitoral, estado de sítio, fechamento do Congresso, confronto entre governos civis e militares, alternância no poder de modo que o governo do presente destruía tudo o que havia sido feito pelo governo passado. Em meio a esse cenário o Brasil ainda fora abalado pelas duas maiores guerras civis de sua história: a Revolução Federalista, em 1893, ocorrida no sul do país; e a batalha de Canudos, que aconteceu no sertão da Bahia, tão devastadora que ficou conhecida como a guerra do fim do mundo. (BUENO, 2012)

No início do século XX o Brasil se encontrava em turbulência e foram inúmeras as denúncias de que no Hospital Nacional de Alienados (nova denominação do Hospício Pedro II, o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro) não havia nenhum tipo de tratamento e nem

fiscalização, funcionando apenas como depósito de loucos. Essas denúncias contribuíram para que o então Presidente do Brasil, Rodrigues Alves – que ficou conhecido como o homem que civilizara o país - nomeasse Julianio Moreira como novo diretor do hospital e promulgasse, em 1903, a primeira Lei Federal de Assistência aos alienados. Em 1912, com a autonomização da psiquiatria como disciplina, aumentou significativamente a quantidade de hospitais psiquiátricos no país. (COSTA, 2006)

Nesse mesmo período consolidou-se a entrega do país às mãos de uma República Oligárquica liderada pelos fazendeiros e submissa à Inglaterra, devido, especialmente, aos empréstimos financeiros que esse país concedia ao Brasil. Referente ao relacionamento da sociedade com os insanos via-se uma psiquiatria que se limitava a reproduzir o discurso da psiquiatria francesa. Julianio Moreira – médico baiano considerado um dos precursores da psiquiatria brasileira – e seus discípulos tentaram dar um novo estatuto a essa prática. O almejado empreendimento tomou caminhos um tanto quanto obscuros, pois, esses psiquiatras eram marcados por uma tendência biologizante, que reduzia todos os aspectos da vida do homem e da sociedade a esse âmbito do conhecimento. Essa tendência foi levada ao extremo por seus sucessores e deu origem a uma psiquiatria eugenista, marcada por ideais nazistas, os quais foram, por muitos anos, a base da psiquiatria brasileira. (COSTA, 2006)

Esse rumo tomado pela psiquiatria não estava dissociado dos rumos que o país tinha tomado durante, principalmente, o governo de Rodrigues Alves que, com um empréstimo de oito milhões de libras conseguido da Inglaterra, começou a por em prática sua pretensão desenvolvimentista para o país. Em menos de seis meses o referido Presidente colocou abaixo mais de seiscentos imóveis do centro do Rio de Janeiro, deixando muitas pessoas sem suas propriedades, construiu outros com preços elevadíssimos e expulsou o povo de má aparência para a periferia, qualificando sua ação como uma verdadeira limpeza social. (BUENO, 2012)

Nesse contexto de reurbanização também houve um investimento na ideologia sanitarista, promovendo a conciliação das propostas de Oswaldo Cruz – médico bacteriologista, sanitarista e epidemiologista do final do século XIX e início do século XX – com a medicina mental de Julianio Moreira, cabendo a esse encerrar as sobras humanas nos asilos como atividade complementar das práticas e das ideologias de Cruz. Um retrato dessa situação era a estatística de cerca 31% de estrangeiros entre os internos do Hospital Nacional de Alienados, de 1905 a 1914. Esse dado refletia as bases hereditárias – que enfatizam as causas biológicas e a hereditariedade das doenças - da medicina científica da época e o seu equivalente social, que eram as práticas eugenistas. Eugenia foi um termo criado na década de

1880 que se referia ao estudo de agentes biológicos, sob o controle social, com vistas a melhorar as características raciais das gerações futuras, seja no âmbito físico ou mental. (RESENDE, 1994)

O protesto que ficou conhecido como Revolta da Vacina ilustra bem a concepção higienista que imperava naquele momento histórico. O estopim dessa insurreição popular ocorrida no Rio de Janeiro, em novembro de 1904, impulsionada, principalmente, pela classe trabalhadora em função da imposição a ela de uma precária situação social, foi a aprovação da lei que obrigava a vacinação da população contra a varíola. O grande problema é que a vacina era desconhecida no Brasil - apesar de já ter sido testada na Europa - e a sua aplicação era feita à força, por meio da visita em casa da chamada Brigada Sanitária, acompanhada da polícia. Quando falamos de precária situação social estamos nos referindo ao projeto discriminatório e elitista do então Presidente, marcado pela intensa desvalorização do salário, aumento abusivo de impostos e de aluguéis e praticamente inexistência de assistência ao povo. (BUENO, 2012)

Completando o cenário de descaso diante da condição social da população, no dia seguinte ao ápice da revolta da vacina, Rodrigues Alves decretou estado de sítio por um mês e ordenou que a polícia e as tropas militares aliadas ao governo invadissem favelas e cortiços prendendo tanto as pessoas que participaram do movimento como desempregados e desvalidos em geral, colocando centenas delas em porões de navios e despachando-as para o Acre, território recém - tomado da Bolívia. Após o controle da situação a vacinação foi retomada se concretizando, muito provavelmente, como mais um episódio produtor de loucos para os hospícios.

Esse recurso de prender rebeldes nos porões de navios e exilá-los para o Acre também foi utilizado pelo governo Hermes da Fonseca como uma resposta reacionária à Revolta da Chibata, um levante ocorrido dentro da marinha, em 1910, contra os castigos corporais a que os marinheiros eram submetidos. O governo prendeu diversos marinheiros, fuzilou uma parte, matou 17 prisioneiros asfixiados ao jogar cal virgem misturado com água dentro do cubículo em que estavam presos; uma personagem importante para o nosso trabalho foi João Cândido Felisberto, almirante negro que, após 118 meses numa masmorra subterrânea, fora internado num hospício por três médicos da marinha, mesmo que os psiquiatras do Hospital de Alienados tenham afirmado que ele não era e nem estava louco. Após o cargueiro com os marinheiros presos aportar no Acre, os que não foram mortos, foram incorporados como mão

de obra à Comissão Rondon, que instalava linhas teleféricas na região, ou para trabalhar com os seringueiros. (BUENO, 2012)

Enaltecendo o fato de o Brasil – seguindo a lógica do capitalismo - ser uma nação que tem, na grande maioria das vezes, governantes que não lidam bem com movimentos sociais ou qualquer forma de manifestação que desvele as mazelas sociais que assolam o país, citamos o caso de Lima Barreto, um grande jornalista e escritor, que apresentou seus trabalhos no período da Primeira República, como os livros “Recordações do Escrivão Isaias Caminha” (1909), “Triste Fim de Policarpo Quaresma” (1915) e “Vida e Morte de M. J. Gonzaga de Sá” (1919). Em razão de seus textos ásperos, amargos e cínicos, que abordavam temas nacionais com a utilização de um linguajar popular, sem se preocupar com regras gramaticais, esse artista nunca foi reconhecido como tal em vida, também passou por períodos de internação no Hospital Nacional de Alienados e morreu em 1922.

Outro aspecto importante que nos ajuda a entender a relação entre contexto social-histórico e concepção de loucura são os tratamentos aplicados aos loucos como ideologias que se impuseram ao novo arranjo dos hospícios brasileiros fantasiadas de práticas terapêuticas. Estamos falando das chamadas praxiterapias e o open-door, as quais nada mais eram do que a tentativa de reprodução do trabalho agrícola, desempenhado em espaço fechados ou abertos, respectivamente. Como o estímulo e a glorificação do trabalho se incorporaram às ideologias do sistema capitalista, colocando os ociosos e os que não conseguem se adaptar a essa nova ordem como passíveis de exclusão e de repressão, as instituições psiquiátricas exerciam, ao mesmo tempo, as funções de excluí-los e de recuperá-los para o trabalho; o trabalho passou a ser o meio e o fim do tratamento. (RESENDE, 1994)

Nesse ambiente política, econômica e ideologicamente propício, uma vez que a economia do Brasil girava em torno do meio rural, assistiu-se a um aumento da construção de colônias agrícolas, as quais sempre fizeram parte da assistência psiquiátrica no país, seja como dispositivo predominante ou auxiliar. Essa prática veio ao encontro dos discursos e concepções que colocavam o Brasil como terra de ociosos, onde se devia reverter a moleza que pairava sobre sua população em satisfação da necessidade de assegurar mão de obra. (RESENDE, 1994)

De acordo com Resende (1994), a contradição desse sistema era que quando os doentes saíam das colônias para tentar uma reinserção social, não encontravam mais um contexto de trabalho favorável para eles, pois, a evolução da lavoura cafeeira paulista, por exemplo, que constituía uma atividade exportadora, necessitava de mão de obra sim, mas o

hospício dificilmente conseguiria fornecê-la com a eficiência e a disciplina que os empregadores demandavam. Diante desse fracasso da reinserção social do louco, restava a essas instituições a única função que exerceu desde que a assistência psiquiátrica foi criada, que é a de exclusão dessas pessoas. Não restaram, assim, muitas diferenças entre as intervenções da psiquiatria empírica e as da psiquiatria científica, recém-surgida no país.

Uma passagem fundamental para apreendermos as significações imaginárias sociais que compõem as representações da loucura em nosso país é o que já foi anunciado acima como a incursão de uma psiquiatria eugenista e nazista nas primeiras três décadas do século XX no Brasil, que culminou com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) no ano de 1923. Os psiquiatras que coadunavam com essa linha de pensamento explicavam os fenômenos culturais e psíquicos unicamente pelos seus aspectos biológicos, justificando assim uma intervenção médica em todos os níveis da sociedade. Para Juliano Moreira, por exemplo, a doença mental, a questão dos imigrantes que chegavam ao país e a constituição étnica da população brasileira, eram problemas passíveis das mesmas explicações biológicas propostas pela psiquiatria alemã. (COSTA, 2006)

A LBHM transformou esse pensamento biologista em um dogma disseminando uma ideologia que se fortaleceu, pois, veio ao encontro dos preconceitos da época. Isso significa que essas explicações biológicas que a psiquiatria promovia – aliás, não só a psiquiatria, mas a política, a moral, a antropologia, a sociologia, etc – não eram as explicações biológicas coerentes com a composição das doenças mentais, mas sim as ideias que iriam favorecer o planejamento eugenista que vinha se destacando na época. (COSTA, 2006)

A LBHM foi fundada no Rio de Janeiro, pelo psiquiatra Gustavo Riedel e um grupo de filantropos. O objetivo inicial dessa instituição – assim como o dos precursores do tratamento moral e como o dos médicos que lutaram para que se construísse o Hospício Pedro II - era o de melhorar a assistência aos doentes mentais por meio de mudanças no quadro de profissionais e dos estabelecimentos de tratamento psiquiátrico. No entanto, a partir de 1926, os programas dessa instituição passaram a tomar outros rumos, visando à prevenção, que foi assimilada à prevenção da medicina orgânica em geral, à educação dos indivíduos e à eugenia. (COSTA, 2006)

Para entender por que a psiquiatria brasileira tomou esse caminho é preciso lembrar que, no início do século XX, o país, que era tido como exclusivista e afrancesado, foi fortemente influenciado por concepções eugenistas e naturalizantes. Alguns intelectuais da época diziam que as revoltas sociais e a crise econômica que sacudiam o Brasil republicano

eram decorrência do clima tropical e da mestiçagem que constituía o povo brasileiro, ignorando qualquer fator histórico e cultural. (COSTA, 2006)

Como no clima não se podia dar muito jeito, as ações se voltaram à população, por meio de ideologias que apregoavam que o país não podia seguir os passos da democracia europeia ou norte-americana, que a república não podia mais aceitar a intrusão de negros e mestiços na sociedade de homens livres, uma vez que aqueles eram seres biologicamente inferiores e iriam emperrar o desenvolvimento da nação. A hierarquia das raças na república substituiu a hierarquia de sangue na nobreza para ajudar a perpetuar a desigualdade social. (COSTA, 2006)

De acordo com Costa (2006), a partir de 1931 houve uma clara modificação na concepção e na aplicação das medidas eugênicas, onde os atributos psíquicos dos indivíduos não brancos eram, a priori, considerados patológicos. Essas mudanças podem ser relacionadas a, pelo menos, três acontecimentos: o primeiro seria a Revolução Política de 1930, na qual o governo passou a demonstrar apoio à LBHM, sobretudo, no que se referia ao combate do alcoolismo, por meio de uma vigilância policial mais severa e da criação do Departamento Nacional de Saúde, que fortaleceu os ideais da LBHM gerando nesta a expectativa de poder concretizar o seu plano de higiene social.

Apesar de não ter sido um movimento militar propriamente dito, a Revolução de 1930 pode ser caracterizada como uma revolução burguesa, sustentada por militares positivistas, que colocaram Getúlio Vargas a frente do país promovendo o fim da República Velha e o retorno do conservadorismo e do poder centralizador do Estado, começando pela suspensão da Constituição, uma semana depois que assumiu o governo. Em 1934, Getúlio Vargas, que até então estava no poder provisoriamente, assumiu o país de fato, instaurando uma ditadura, que denominou de Estado Novo – nome inspirado na ditadura portuguesa iniciada em 1933 – e incluindo o Brasil na lista dos países governados por ditaduras nazifascistas, a qual perdurou por aqui até 1945. (BUENO, 2012)

O segundo acontecimento foi a intensificação das propagandas eugênicas no Brasil que, até 1929, ano em que foi realizado o Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia - eram feitas de maneira desordenada, sem muita consistência. Já em 1931, com a criação da Comissão Central Brasileira de Eugenia, pelo psiquiatra Renato Kehl, essas propagandas passaram a ocorrer de maneira sistemática, juntamente com a solidificação da noção de eugenia propagada pela psiquiatria alemã, que expôs o seu posicionamento no Primeiro Congresso Internacional de Higiene Mental em 1931. (COSTA, 2006)

O terceiro acontecimento seria justamente essa influência maciça da psiquiatria alemã no país que, banhada pelos ideais nazistas, propunha a instauração de uma moral diferente da moral católica, liberal e individualista. A moral pretendida era uma moral da raça, de coletividade, antiliberal; por conseguinte deveriam ser criadas instituições que aceitassem aplicar essas concepções, momento em que surgem pedidos para se implantar, no Brasil, instrumentos jurídicos que foram criados por Hitler para aperfeiçoar a raça alemã. (COSTA, 2006)

Importante enfatizar que essas concepções não podem ser confundidas com a totalidade das teorias psiquiátricas da época, pois, ao mesmo tempo, alguns psiquiatras, que eram reconhecidos pela própria LBHM como representantes legítimos da psiquiatria no Brasil, direcionavam seus trabalhos na direção oposta da eugenia social e tentavam colocar em prática os objetivos iniciais de melhora da assistência ao doente mental. O que possibilitou que a ideologia eugenista se sobressaísse não foram os psiquiatras, mas sim o cenário ideológico em que o país se encontrava nas décadas de 1920 e 1930, que foi um perfeito receptáculo para tais concepções nazistas. (COSTA, 2006)

Para finalizar a descrição da psiquiatria nesse momento social-histórico no país devemos citar quatro elementos que compuseram as ações dessa instituição social: o antiliberalismo, o moralismo puritano, o racismo e a xenofobia. O antiliberalismo era claramente percebido nas intervenções da Liga na medida em que pretendiam criar uma nova sociedade, à imagem e semelhança dos psiquiatras que a compunham; eles planejavam aplicar suas técnicas eugênicas - como a esterilização sexual e a purificação racial dos indivíduos - à sociedade de maneira arbitrária, sem se importar com as opiniões das pessoas afetadas. Se olharmos essa situação do ponto de vista da epistemologia com que estamos trabalhando, novamente temos provas de um processo de heteronomia.

O antiliberalismo estava intimamente ligado ao moralismo dos psiquiatras que trabalhavam nessa perspectiva, afinal, o objetivo central da proposta da Liga era a higiene mental como educação física e moral dos indivíduos, tornando-os fortes, saudáveis e aptos para o trabalho. A verdade moral dos eugenistas, que representava os interesses da classe burguesa, foi concebida como uma verdade inquestionável, pois, era natural e garantia a lei da preservação da raça. Devemos ressaltar que a expressão antiliberalismo utilizada aqui se refere a uma oposição ao liberalismo social e não ao liberalismo econômico; o liberalismo social é um movimento que se desenvolveu no início do século XX e que concebe a liberdade individual como um objetivo central, compreendendo essa liberdade como a oportunidade de

o indivíduo e a sociedade usufruir de bens e serviços essenciais como alimentação, saúde, educação, moradia e lazer, os quais devem ser bancados pelo Estado. Observem que essa concepção se difere do liberalismo econômico e, não por acaso, embasa as lutas pelos direitos humanos. (COSTA, 2006)

Esse discurso, agora sustentado também pela medicina, possibilitou a manutenção do preconceito racial e da supremacia dos brancos, fatores que, no período colonial e antes da proclamação da república não eram questionados, todavia, após o abolicionismo, essas crenças passaram a ser contestadas. Nesse momento, a tese da superioridade biológica foi a arma usada, para manter a exclusão dos negros e garantir que eles pudessem continuar sendo explorados de diversas formas. Levantamentos estatísticos da época eram interpretados equivocadamente, afirmando que características biológicas dos não brancos eram causadoras de doenças mentais, desconsiderando os aspectos socioculturais que levavam um grande número dessas pessoas à internação. (COSTA, 2006)

Na mesma direção abordamos um quarto componente da sociedade brasileira nesse período que influenciou a relação da população com os loucos, que foi a xenofobia. Com a crise econômica nos anos 1920 cresceu um movimento de repulsa aos imigrantes, pois, entre os anos de 1920 e 1930, chegaram ao país cerca de 840 mil imigrantes, número inferior apenas à imigração na década de 1890 a 1900, período em que vieram para o país mais de um milhão de estrangeiros. Como essas pessoas estavam ocupando os poucos postos de trabalho que havia, o ódio dos brasileiros aos imigrantes chegou ao ponto de, em 1926, a Lei de Expulsão aos Estrangeiros ser incorporada à Constituição Brasileira no Governo Arthur Bernardes. (COSTA, 2006)

No que se refere às intervenções psiquiátricas para com os imigrantes disseminava-se a ideia de que havia uma grande quantidade de estrangeiros internados nos hospícios fato que, ideologicamente, era justificado com as características inerentes a eles, como se os outros países mandassem a escória de sua população para o Brasil. Assim como fizeram com os não brancos, desconsideraram os efeitos psíquicos do processo de imigração e a pressão social que os estrangeiros sofreram; alarmante foi o aumento do número de suicídios dos estrangeiros aqui no Brasil, se comparado com o número de suicídio nos países de origem deles. (COSTA, 2006)

É ainda nesse contexto que, em 1934, foi promulgada a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais que dispunha sobre a profilaxia mental, a assistência aos chamados psicopatas e a fiscalização dos estabelecimentos psiquiátricos. Interessante notar

que, apesar da promulgação dessa lei, os protestos contra a situação do tratamento dado aos doentes mentais no Brasil começaram somente em décadas depois, diante da situação caótica em que se encontrava a assistência psiquiátrica no país. Nesse momento a inexistência de manifestações contra o modelo de assistência à saúde mental no país pode ser explicada pela manutenção de um governo ditatorial até o ano de 1945. Ainda nesse período, no bojo do desenrolar da segunda guerra mundial, o Brasil, em função de empréstimos financeiros adquiridos, assumiu a posição de aliado dos Estados Unidos autorizando, inclusive, que esse país construísse uma base norte-americana em Natal; essa aliança deu início à maciça influência das ideologias dos Estados Unidos em nosso país, a qual é claramente perceptível até os dias de hoje. (COSTA, 2006)

No fim da década de 1950, vários hospícios pelo país se encontravam superlotados, alguns, chegando a abolir as camas, por falta de espaço, deixando os doentes dormindo no chão. Também se faziam presentes nesses locais os maus tratos, estrutura física pior que a de prisões e um alto índice de mortalidade entre os internos. As colônias agrícolas abandonaram o objetivo de usar o trabalho rural para fins terapêuticos, mesmo porque, diante da intensa industrialização que o país vivenciava, o trabalho no campo havia se tornado um anacronismo. De acordo com Resende (1994), até esse momento, a psiquiatria se restringiu a cumprir com algumas funções básicas em suas intervenções com a loucura. Essas funções podem ser descritas como: estabelecer um ideal de cura; recuperar forças de trabalho; criar novos postos de trabalho para os profissionais de saúde mental; auto-reproduzir o sistema de assistência e os setores da economia a ele relacionados, como os hospitais e a indústria farmacêutica; conferir racionalidade às irracionalidades do sistema capitalista; dar um lugar aos desviantes; e ideologizar padrões de comportamentos.

O autor foi mais longe e ratificou o que destacaremos no capítulo quatro dessa dissertação; afirmou que preservar a força de trabalho e atenuar os aspectos disfuncionais inerentes ao desenvolvimento capitalista – o desemprego e as desigualdades de distribuição de renda, por exemplo - vem sendo essencialmente as funções das políticas sociais no capitalismo moderno, sem as quais o Estado se veria em maus lençóis, com uma crise de legitimidade e sem o apoio da sociedade em geral. (RESENDE, 1994)

O ano de 1964 foi um marco na assistência psiquiátrica brasileira, pois, a partir desse período a psiquiatria passou a atender à grande massa de trabalhadores, deixando de ser somente uma intervenção predominantemente para indigentes, como vinha sendo até então. Isso aconteceu devido à ideologia privatizadora do governo militar que, por meio das políticas

previdenciárias, estabeleceu convênios com hospitais particulares e promoveu a formação de uma indústria da loucura, que foi concretizada ao se notar o aumento significativo de internações psiquiátricas em hospitais particulares de 1965 a 1970, saltando de 14.000 para 30.000. (RESENDE, 1994)

Desde então começaram a surgir várias críticas em relação a essa tendência, com argumentos de que essas intervenções eram muito dispendiosas e cronificadoras, posto que, uma outra característica da hospitalização privada era que o tempo de internação também não sofria um controle, mantendo os indivíduos reclusos por longos períodos. Nesse sentido, nos primeiros anos da década de 1970, emergiram um grande número de novas propostas de intervenções, tanto do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e do INPS. Vale destacar que essas críticas só foram bem recebidas devido à conjuntura política e econômica desse período – em que se presenciava um aquecimento da economia do país – não sendo coincidência observar que, dentre outros, um dos principais objetivos dessas novas propostas era manter o doente na comunidade e não romper o seu vínculo com o trabalho. (RESENDE, 1994)

Logo em seguida, nos diversos estados brasileiros era possível perceber ações como uma maior supervisão nos hospícios, feita pelos médicos do INPS; um acordo de redução dos encaminhamentos para internação, que diminuíram de 36% dos casos atendidos nos ambulatorios de 1965 a 1970, para 12% nos primeiros cinco anos da década de 1970. No estado de São Paulo o então coordenador de saúde mental, Luiz Cerqueira, proibiu a internação no Hospício Colônia de Juqueri criando um pronto-socorro para internações de curta duração. Em todo o país começaram a ser desenvolvidos programas regionalizados de atenção psiquiátrica tirando do centro a internação nos macro hospitais. (RESENDE, 1994)

Em 1972, incorporando como seu o discurso dos críticos, o Ministério da Saúde elaborou um documento em conjunto com ministros da saúde de outros países latino-americanos, contendo princípios básicos que deveriam nortear a assistência psiquiátrica no país, sendo eles: a diversificação e a regionalização da oferta de serviços; propostas alternativas para contrapor a internação integral; assistência aos egressos de internações psiquiátricas; estratégias de reabilitação e reinserção social dos crônicos. Ao lado desse movimento, observou-se que, na segunda metade dessa década, a saúde mental perdeu importância diante das outras áreas de atenção à saúde devido ao aumento da incidência dos agravos clínicos em geral. Consequentemente, foi notável a redução dos gastos com

assistência à saúde mental se compararmos ao dispêndio com a atenção médica geral. (RESENDE, 1994)

Não achamos que seja coincidência a imposição de diminuir as internações psiquiátricas a partir da década de 1970, momento em que, como veremos mais detalhadamente nos capítulos seguintes, a economia mundial entrou em colapso devido à crise do petróleo. Um questionamento que não podemos deixar de expor é o seguinte: se nesse período a redução das internações psiquiátricas ocorreu, sobretudo, devido a razões financeiras, o que garante que a mesma redução que está sendo imposta atualmente pelo Ministério da Saúde, não tenha também como motivação ideologias política e econômica, uma vez que, a partir do início década de 1990, o Brasil aderiu completamente à ideologia neoliberal?

Ao abordar a questão da institucionalização da loucura vemos que, de acordo com Castoriadis (2007), o imaginário social como instituinte cria significações imaginárias sociais, como por exemplo, vagabundos, doentes, médicos, prisões, asilos, manicômios, etc. Essas significações são encarnadas pelas instituições – de poder, econômicas, familiares, de saúde, pela linguagem, entre outras - e são instrumentalizadas por elas. Todas essas instituições estão organizadas dentro das dimensões da lógica conjuntista-identitária (conídica), forma de organização que agrupa elementos em conjuntos, imputando rigorosamente características a esses elementos, ao mesmo tempo em que nega tais características a outros, possibilitando uma classificação estática dos elementos e dos conjuntos. Aqui se encontra um complicador, pois, apesar de necessitar de alguns aspectos dessa lógica, o que se refere ao ser humano e ao social-histórico não pode ser abordado em sua totalidade operando-se apenas com essa lógica.

Se esses aspectos social-históricos expostos acima foram as bases das significações imaginárias e sociais criadas em relação à loucura, os quais são visíveis até os dias de hoje, uma das interrogações dessa pesquisa recai justamente sobre esse ponto, ou seja, será que as atuais políticas de saúde mental no Brasil possibilitam a quebra de algumas e a criação de outras significações imaginárias sociais em relação aos loucos? Quais são essas significações que podem ser criadas? Como ir além de uma lógica conjuntista-identitária no campo das políticas de saúde mental?

3 PRINCIPAIS DOCUMENTOS QUE EXPRESSAM OS CONTEÚDOS DAS ATUAIS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A partir do início da década de 1990 a Política de Saúde Mental no Brasil vem passando por um processo de transformação que visa a sair de um modelo centrado na atenção hospitalar indo em direção ao que os gestores denominaram de um modelo de atenção diversificada de base territorial e comunitária. No ano de 2004, o então Ministro da Saúde, Humberto Costa, em um material de autoria do Ministério da Saúde, afirmou que esse processo está em andamento e que se tem clareza de que muito há que ser feito, uma vez que, o país ainda está “dispendendo parcela significativa de seus recursos com a área hospitalar”, mas que o rumo da referida política é inequívoco e aponta para a expansão de uma rede de atenção extra-hospitalar. (BRASIL, 2004, pág. 07).

Antes de iniciar a apresentação da legislação sobre saúde mental é fundamental lembrarmos que, para compreendermos as mudanças no desenvolvimento das políticas públicas no mundo ocidental, devemos nos atentar para o fato de que o auge do desenvolvimento dessas políticas ocorreu no período da Grande Depressão, logo após o *Crash* da Bolsa de Valores dos Estados Unidos, em 1929, momento em que o Estado do Bem-Estar Social ou *Welfare State* foi idealizado, principalmente por John Maynard Keynes. De acordo com essa ideologia, diante da crise, que o capitalismo não tinha uma capacidade inerente de resolver, o Estado deveria assumir algumas importantes funções para fortalecer o sistema, como: planejamento do desenvolvimento econômico, contribuindo para a reorganização e racionalização do sistema capitalista; garantir investimentos em atividades estratégicas; e providenciar investimentos em áreas sociais via o terceiro setor. (TAURO e SILVA, 2005)

Tais medidas possibilitaram um revigoramento das atividades produtivas do capitalismo, auxiliaram a reestruturar a economia e permitiram intervenções até então excluídas devido ao alto custo e o baixo rendimento que proporcionavam. Além disso consolidaram uma situação de pleno emprego e de sustentação da qualidade de vida de grande parcela da população fornecendo uma série de serviços a preços irrisórios ou até gratuitamente. Por essas razões, esse modelo de governo foi adotado em vários países europeus e também pelos Estados Unidos, guardadas as respectivas especificidades. (TAURO e SILVA, 2005)

No período pós–segunda guerra mundial, sobretudo, entre os anos de 1944 e 1973, a maioria dos países do mundo ocidental tinham como consenso a necessidade de o Estado ter suma importância nas tomadas de decisões sobre as questões políticas e sociais, que o mercado não deveria ter grandes relevâncias nessas questões, que os cidadãos deveriam ter uma proteção social garantida, que os sindicatos deveriam ser livres e que as grandes empresas deveriam ser monitoradas. Essa concepção gerou um aumento de funcionários públicos trabalhando no setor terciário de serviços públicos de educação, saúde, segurança, habitação, um aumento do poder de consumo e uma alta taxa de empregabilidade. (TAURO, 2004)

Durante esses trinta anos, os Estados Unidos lutaram por sua hegemonia como uma potência capitalista, tendo como adversário os ideais do comunismo; para isso, esse país alavancou guerras contra diversos países gerando enormes déficits devido a despesas militares, o que ocasionou a derrocada do dólar como moeda internacional. Frente à perda de valor do dólar, os países produtores de petróleo decidiram elevar o preço do barril, originando uma crise econômica cujos reflexos são percebidos até os dias de hoje, especialmente porque os Estados Unidos, passando por uma crise fiscal, agiram primeiro pela via da política externa, com planos fajutos de paz no Oriente Médio, golpes nas Américas Central e Latina, saídas diplomáticas tentando mascarar as derrotas no Vietnã e, em seguida, atacando pela economia ao instituir a chamada Política do Estado Mínimo. (TAURO, 2004)

Com a economia mundial em crise, os países que tinham sua economia baseada no dólar não conseguiram manter as conquistas obtidas pelo Estado do Bem–Estar Social, fato que gerou uma política de corte de gastos, acarretando redução de investimentos nas áreas sociais, de empregos no serviço público, privatizações de empresas e setores públicos, queda significativa do investimento da educação pública, entre outros. Como resposta a essa crise, começou-se a retomar as teorias liberais, propostas no século XVIII por Adam Smith e David Ricardo, ganhando o novo nome de “neoliberalismo” e tendo como principais ideólogos Frederick Von Hayek e Milton Friedman. Os pressupostos fundamentais dessa ideologia são: o enfraquecimento do papel social do Estado; descentralização, saneamento das finanças públicas por meio de privatizações e a precarização de programas sociais e serviços públicos como previdência social, saúde, educação. (TAURO e SILVA, 2005)

A partir do final da década de 1970, com o discurso de outra precursora famosa dos ideais neoliberais, Margaret Thatcher, líder do partido conservador da Grã Bretanha, a qual enfatizava que a mão invisível do livre mercado deveria substituir o intervencionismo estatal e

que a prioridade seria a extinção dos entraves estatais para que as pessoas, as famílias, as empresas, as cidades e os negócios de todas as espécies fossem submetidos apenas à lei da concorrência. Junto com o então presidente norte-americano Ronald Reagan, Thatcher ajudou a instituir as significações imaginárias sociais predominantes do neoliberalismo – que Tauro (2004) preferiu denominar de “paleo selvageria”- sendo elas “a sobrevivência é dos mais aptos”, “a desigualdade natural entre as pessoas não deveria ser combatida com políticas públicas, pois, é necessário deixar a natureza operar fortalecendo quem tem mais mérito, sendo que a pobreza é culpa dos pobres e não da sociedade”. Por incrível que pareça, a partir de então, vários países do mundo ocidental, incluindo o Brasil, começaram a desenvolver políticas nessa perspectiva. (TAURO, 2004, pág. 16)

No Brasil, dos anos de 1968 a 1973, período em que o país estava sob o regime militar, vivemos um momento de explosão econômica em razão do bom momento do petróleo, observando-se um desenvolvimento industrial, aumento do empréstimo por parte do governo militar, principalmente, dos Estados Unidos, concentração da renda nas mãos das elites agrárias e urbanas e consequente acirramento da desigualdade social. No ano de 1974, a emergência da crise do petróleo, não foi motivo para os militares diminuírem o impulso desenvolvimentista, o que gerou um grande endividamento do país e um aumento da inflação. No início do governo militar o país tinha uma dívida externa de cerca de dois bilhões de reais; no fim da ditadura esse valor estava em torno de cento e dezenove bilhões, escancarando a crise econômica do país. (SILVA e SIMIONATTO, 2016)

O período da ditadura militar no Brasil teve seu início oficial no ano de 1964, com um golpe protagonizado pelos militares, membros da sociedade civil e pelo Congresso. Esse golpe já vinha sendo planejado há um tempo, justificado, sobretudo, pela possibilidade da instauração de um Regime Comunista em nosso país. Foi um movimento com apoio financeiro, logístico e militar dos Estados Unidos e saudado pela classe dominante, características que nos revelam os objetivos conservadores que foram almejados durante os vinte anos em que esse momento histórico perdurou no Brasil. (BUENO, 2012)

Quando falamos que o golpe militar já vinha sendo planejado há algum tempo estamos nos referindo a, pelo menos, o início da década de 1950, quando Getúlio Vargas retornou ao poder – dessa vez por meio de eleições – e escancarou a sua pretensão de fazer um governo marcado por um populismo reformista. Esse fantasma, que assombrava a ala conservadora da nação, ficou mais acentuado com o governo do Presidente João Goulart, o qual, em seus discursos anunciara uma série de reformas, como a nacionalização de empresas estrangeiras,

reforma agrária no campo e em imóveis desapropriados na área urbana, mudanças na organização bancária, direito de voto para os analfabetos e elegibilidade para os sargentos, fato que desnortearia os generais e coronéis devido a ir contra a hierarquia militar. Corroborando a concepção de que houve grande participação da população civil no golpe, sobretudo da burguesia, menos de uma semana após o chamado Comício das Reformas, protagonizado pelo Presidente acima citado, um movimento social chamado Marcha da Família com Deus pela Liberdade saiu em manifestação às ruas de São Paulo contra a suposta instauração de um comunismo no país. (BUENO, 2012)

A Marcha da Família foi patrocinada por outro grupo que também comprova a participação da burguesia no Golpe, que foi o Instituto de Pesquisa e Estudos Sociais (IPES), uma entidade civil, dirigida por um militar, criada por empresários do Rio de Janeiro e de São Paulo, em 1961. Portanto, logo após a posse de João Goulart; esse Instituto foi capaz de investir mais de quinhentos mil dólares em dois anos, captados graças ao apoio de empresas americanas, o que possibilitou realizar o grampo em cerca de três mil telefones de simpatizantes e aliados do então presidente. Em razão da direção do general Golbery do Couto e Silva o IPES passou a ter uma forte ligação com a Escola Superior de Guerra, onde surgiu uma doutrina chamada “desenvolvimento e segurança”, completamente compatível com os ideais do IPES já que preconizavam a concentração de renda e o arrocho salarial como meios de expansão do capitalismo. (BUENO, 2012)

A Escola Superior de Guerra foi criada pelo Presidente Dutra, tendo como inspiração os *war colleges* norte-americanas, sendo, portanto, a materialização da aliança entre Brasil e Estados Unidos iniciada por volta de 1946, em plena guerra fria; essa escola era destinada ao ensinamento da elite do exército brasileiro. No governo de Juscelino Kubitschek, a partir de 1955, porém, iniciaram-se algumas ações que desagradaram aos norte-americanos, as quais foram intensificadas com a posse de João Goulart. (BUENO, 2012)

Como exemplos dessas ações podemos citar uma homenagem feita por esse presidente ao líder cubano Fidel Castro; a recusa a adotar sanções contra Cuba, em 1962; a estatização da Companhia Telefônica do Rio Grande do Sul, que pertencia a uma empresa norte-americana; e, em setembro de 1962, a aprovação pelo Congresso da Lei de Remessas de Lucros, que prejudicaria os interesses dos Estados Unidos em nosso país, já que eles tinham grande parte do dinheiro e das empresas investidas aqui. Em 1964, quando João Goulart anunciou a referida Lei, os Estados Unidos declararam que não puniriam mais as organizações militares que derrubassem governos democráticos, sendo a permissão que faltava para a instauração do

golpe e a aliança definitiva do novo regime à política econômica dos Estados Unidos. (BUENO, 2012)

É certo que desde a Proclamação da República os militares passaram a ser convocados para intervir como um mediador em tempos de crise e, logo que a situação voltasse a certa estabilidade, os militares se retiravam. No entanto, a especificidade da intervenção militar a partir de 1964 foi que, em nome do objetivo de colocar em prática o binômio fechamento político e furor desenvolvimentista, os militares se impuseram à sociedade civil por vinte anos. Uma das ações mais representativas desse fechamento político foi a instauração do Ato Institucional número 5 (AI-5), em 1968, o qual derrubou inúmeras prerrogativas constitucionais, dentre elas, obrigou o fechamento do Congresso Nacional permitindo ao executivo legislar em todas as matérias, concentrando todo o poder nas mãos do General Presidente Costa e Silva e transformando-o em um típico ditador. (BUENO, 2012)

O elevado crescimento econômico observado nesse período, em conjunto com baixos índices inflacionários e um significativo aumento do Produto Interno Bruto (PIB), propiciaram altos investimentos no país, construção de grandes obras e a disponibilidade de dinheiro do exterior a juros baixos. Entretanto, com a crise do petróleo foi possível perceber a verdadeira face deste “desenvolvimento” que o Brasil estava vivendo, uma vez que, com a retração do capitalismo, ficou claro que o que ocorreu no Brasil foi um intenso processo de concentração de renda, a dilatação da diferença social entre ricos e pobres e da dívida externa. (BUENO, 2012)

Nesse contexto, a partir de 1975, os sindicatos começaram a se manifestar, os trabalhadores a se mobilizarem, como na famosa greve do ABC paulista em 1978, mas essas reações foram reprimidas pelo governo. No início da década de 1980, com o declínio do regime militar e o início de uma abertura política – ainda que lenta – sendo feita, em 1983, a proposta de emenda constitucional em prol das eleições diretas, a qual foi reprovada naquele momento, a repressão começou a diminuir, fato que fez com que as manifestações populares ganhassem mais espaços. (SILVA e SIMIONATTO, 2016)

Em 1985, por meio de eleições indiretas, o Brasil teve Tancredo Neves eleito o primeiro presidente civil, após a ditadura militar. No entanto, como Tancredo faleceu antes de assumir o cargo, foi o seu vice, José Sarney, que passou a ser o presidente do país. Apesar dos temores do povo, devido ao fato de Sarney ter mantido relações com o governo militar e, embora no plano econômico a inflação só ter aumentado – após a instalação do Plano

Cruzado⁵ – no âmbito político, ele conseguiu dar início ao que ficou conhecido como um processo de redemocratização do país, processo que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que ficou conhecida como a Constituição Cidadã em razão dos conteúdos de inspiração social–democrata que ela trouxe, apesar de nunca terem sido concretizados de fato. (SILVA e SIMIONATTO, 2016)

Com a saída de Sarney, em 1989, e a eleição de Fernando Collor de Mello, o primeiro presidente eleito diretamente após a ditadura, candidato que até então era desconhecido, mas que obteve o apoio da mídia dominante e das elites agrárias e urbanas, as políticas neoliberais começaram a ser implementadas no Brasil, tomando rumos diversos nas gestões seguintes. Uma das principais medidas de Collor foi a abertura do país às empresas estrangeiras, sem nenhum protecionismo para as empresas nacionais; como os Estados Unidos tinham recém vencido a guerra fria e se consolidado como a principal potência mundial, o Brasil, assim como toda a América e a África passavam a se submeter às exigências daquele país. (SILVA e SIMIONATTO, 2016)

As medidas tomadas pelo então presidente, incluindo o Plano Collor, que se caracterizou pelo congelamento das finanças como uma tentativa de controlar a inflação, levaram o país a uma intensificação do desemprego e, a mídia que o havia apoiado em sua campanha, passou a apoiar o seu processo de impeachment, o qual se efetivou no ano de 1992. Após esse fato o país passou a ser comandado pelo vice-presidente Itamar Franco, conhecido por ser um nacionalista, causando temor nos países estrangeiros em relação aos investimentos no país; com Fernando Henrique Cardoso como Ministro da Fazenda o governo desenvolveu o Plano Real, o qual conseguiu controlar a inflação a custas da intensificação dos ideais neoliberais. (SILVA e SIMIONATTO, 2016)

Quando falamos de intensificação dos ideais neoliberais estamos falando de práticas como: cortes severos nos gastos públicos, redução drástica dos servidores públicos, privatizações de empresas e instituições estatais, como serviços de fornecimento de energia elétrica, água, telecomunicações, transporte e coleta de lixo. Em seguida houve a liberalização das fronteiras comerciais e mercantis, e a reforma da previdência. Tauro (2004) já anunciava

⁵ O Plano Cruzado foi o primeiro plano econômico brasileiro em larga escala desde o fim da ditadura militar; caracterizando-se por um conjunto de medidas econômicas, como o congelamento dos preços de bens e serviços nos níveis do dia 27 de fevereiro de 1986 e o congelamento da taxa de câmbio por um ano. Foi lançado pelo governo brasileiro em 28 de fevereiro de 1986, período em que José Sarney era o Presidente da República e Dilson Funaro o Ministro da Fazenda.

que, dentre as mudanças seguintes, viriam transformações na educação e na saúde, apoiadas por órgão como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), devido a legislações que permitiam a participação do capital privado na prestação desses serviços, não sendo à toa as desastrosas mudanças que estamos vivenciando na atualidade, as quais serão especificadas mais adiante. (TAURO, 2004)

As principais consequências que observamos da concepção neoliberal de sociedade foi um aumento da distância entre os países mais pobres e os países mais ricos e a ampliação das diferenças dentro da maioria dos países do mundo ocidental. No Brasil, por exemplo, de acordo com dados do IBGE de 2002, houve uma perda de renda de mais de vinte por cento, um aumento excessivo na taxa de desemprego, retração da atividade econômica, e a elevação da repetência e da evasão escolar, associadas a fatores como a falta de perspectiva de se ter um emprego em um futuro próximo. (TAURO, 2004)

No governo de Fernando Henrique Cardoso, de 1994 a 2002, presidente que tinha como base aliada a mídia dominante, empresários e latifundiários, fazendo, portanto, um governo mais voltado para a burguesia e para o capital financeiro, as privatizações se intensificaram, imperou a instabilidade no serviço público, iniciou-se a Reforma da Previdência, as taxas de lucros eram altíssimas para os bancos e para as empresas, ou seja, vivenciamos a verdadeira instauração da Política do Estado Mínimo. Fundamental destacar que nesse momento a Europa estava vivendo a queda da social democracia e a expansão do neoliberalismo. (SILVA e SIMIONATTO, 2016)

Para acentuar a situação, de acordo com Tauro (2004) o governo do Partido dos Trabalhadores, apesar de ter se caracterizado como um marco para o país, por ter eleito um representante da classe trabalhadora e ter proporcionado melhorias na renda e na condição de existência de grande parcela da população, que vivia em situação de miséria, ou seja, por ter trazidos inegáveis avanços, não teve grandes diferenças estruturais dos governos anteriores e manteve uma postura adotada pela direita, representada, principalmente pelo PSDB.

No início dos anos 2000, os Estados Unidos estavam no auge de seus envolvimento nas guerras com o Afeganistão e com o Iraque, fato que contribuiu para que o mercado mundial, incluindo o Brasil, estivesse em ascensão e, conseqüentemente, possibilitou que o governo de Lula beneficiasse tanto à burguesia como a camada mais pobre da população. Esse jogo político funcionou até os anos de 2006 e 2007, pois, no ano de 2008, irrompeu a crise imobiliária nos Estados Unidos, afetando também grandes países da Europa. No entanto, o Brasil só começou a sentir os efeitos dessa crise no ano de 2010, momento em que a

desigualdade social em nosso país não pôde ser mais mascarada, dando início a um processo de crise política. (SILVA e SIMIONATTO, 2016)

Devemos lembrar que a eleição de Lula não foi um fato isolado, pois, os órgãos internacionais que dominam o sistema capitalista favoreceram as eleições de candidatos populares em alguns países onde as manifestações populares estavam em voga desde o declínio da ditadura, assim como foi na Bolívia e na Venezuela, por exemplo. Por esse motivo também, os ideais social-democratas que permeavam os representantes do Partido dos Trabalhadores, os quais eram, em sua maioria, trabalhadores fabris, foram sendo enfraquecidos após a eleição de Lula, que tinha como vice-presidente José de Alencar, empresário e representante do PMDB. Essa postura do Presidente provocou uma cisão entre ele e os intelectuais que compunham o partido e, após a crise de 2008, observou-se um distanciamento da chamada classe média em relação ao governo também. (SILVA, 2016)

Após a crise de 2008, sentida no Brasil a partir de 2010, as cisões em relação ao Partido dos Trabalhadores, a oposição da mídia dominante, da burguesia e dos partidos da direita, possibilitou a emergência de manifestações populares por um lado e as ações reacionárias por parte do governo por outro, como por exemplo, a criação da Força Nacional para garantir a segurança dos pilares do governo, fazendo com que as manifestações ocorridas no ano de 2013, por exemplo, sofressem violenta repressão policial. (SILVA, 2016)

Em resumo, o que se tornou claro é um alinhamento entre as exigências de fundo neoliberal de órgãos como o FMI e o Banco Mundial, e as intervenções dos governos brasileiros, principalmente no que se refere às implantações das chamadas políticas públicas, ocasionando uma derrocada cada vez maior das conquistas em direção a uma transformação estrutural de nossa sociedade, favorecendo ações assistencialistas com função de apaziguamento dos conflitos e manutenção do *status quo*. (TAURO, 2004)

É nesse contexto social-histórico que, para atingir os objetivos dessa pesquisa, iremos fazer uma apresentação dos principais documentos oficiais que permitem ao leitor visualizar a maneira como as atuais políticas de saúde mental vêm sendo pensadas em nosso país. Podemos afirmar que esse caminho começou a ser formalizado no ano de 1987, quando foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental – como um desdobramento da oitava Conferência Nacional de Saúde - a qual contou com a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais e outros segmentos representativos da sociedade, tendo como fundamento para os seus debates os seguintes temas: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência em

Saúde Mental; Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. (BRASIL, 1988)

O contexto político do país no final da década de 1980 justificou o teor do relatório dessa primeira conferência, pois, como foi escrito acima, era um momento em que se findava um período de mais de vinte anos de governo militar e, portanto, em que se observava uma efervescência dos movimentos sociais, das lideranças sindicais e de representantes esquerdistas, em prol do retorno de um governo civil - o que pôde ser claramente percebido no movimento que ficou conhecido como “Diretas Já”, cuja constituição se deu por representantes de diversos setores da sociedade visando à volta das eleições diretas e a democratização do país. Aliás, não foi à toa que no final dessa década foi promulgada a atual Constituição Federal, recheada de princípios da social-democracia.

Quando dizemos que o contexto político justificou o conteúdo do relatório final da Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental estamos nos referindo ao fato de que podemos observar nele uma concepção crítica em relação à sociedade, mostrando uma clareza sobre a presença de um conflito de classes e do domínio de uma classe sobre outra. É possível notar também sinais de um entendimento de que uma política de saúde mental deve ser realmente construída e gerida com a participação efetiva da comunidade.

Logo no início do relatório destaca-se a relação entre a dinâmica do capitalismo, marcado pela desigualdade social, a exploração de mão de obra e pela concentração de riquezas nas mãos de uma pequena parcela da população, com a questão saúde geral e saúde mental especificamente. Essa relação é possível porque, principalmente após o início do regime militar essa situação se acentuou provocando a evasão de uma grande quantidade de pessoas da zona rural para a periferia das grandes cidades e, conseqüentemente, uma precarização das condições materiais da vida da maioria das pessoas. Com uma grande disponibilidade de mão de obra ficou difícil garantir remuneração e condições de trabalho adequadas para as pessoas que conseguiam emprego, fato que intensificou de maneira alarmante os índices de morbidade e de acidentes de trabalho nesse período. Segundo dados do IBGE de 1980, foram registrados mais de três mil acidentes e doze mortes por dia em virtude do trabalho, (BRASIL, 1988)

Baseado nessa constatação o relatório anuncia que uma política de saúde mental deve se referenciar a essa conjuntura, não bastando apenas a reformulação do setor saúde, mas, uma noção ampliada de saúde deve permear todas as políticas sociais do Estado. Para os autores deste relatório o setor da saúde mental é um espelho das contradições sociais

brasileiras, onde o Estado capitalista estabelece políticas sociais que o legitime sem responder às verdadeiras necessidades da população, pensa as políticas sociais como um controle da insatisfação popular, sem pensar numa real transformação. (BRASIL, 1988)

No que se refere à saúde mental o documento aponta que, no bojo de uma sociedade capitalista, as atuações nessa área tem se limitado à classificação e exclusão das pessoas incapacitadas para o emprego e para o convívio social. Segundo o texto, os profissionais dessa área cumpriam - por ingenuidade ou por identificação de interesses - o papel de dominação do povo favorecendo a manutenção do *status quo*. O documento denunciava ainda que era urgente que os trabalhadores criticassem essa postura e rompessem com um ciclo vicioso onde se trabalha mal, ganha mal e tem péssimas condições de trabalho, que era preciso tomar o trabalho em saúde mental como uma prática revolucionária. (BRASIL, 1988)

Ao abordar a questão da Reforma Sanitária e da reorganização da assistência em saúde mental, chama a atenção a maneira como o documento clamava pela participação direta da população, fato que ficou visível na passagem em que afirma a necessidade de uma discussão exaustiva do significado da Reforma Sanitária atribuído pelos diversos segmentos da população, de modo que ela não fosse instituída por decretos que desconsiderassem o papel dos movimentos sociais na concretização das transformações necessárias no setor saúde geral e, especialmente, em saúde mental. Naquele momento ratificava-se a necessidade da participação da população em nível decisório, na elaboração, implementação e controle da política de saúde mental, assim como dos estabelecimentos que fossem prestar esses serviços. (BRASIL, 1988)

Outro aspecto que precisa ser destacado é que, naquele momento, preconizava-se uma estatização dos serviços de saúde autorizando o poder público a intervir, expropriar e desapropriar os serviços de natureza privada, a fim de atingir os objetivos do Sistema Único de Saúde. Enquanto a estatização total não era possível, os serviços privados seriam plenamente controlados pelos usuários do SUS por meio de seus segmentos organizados. Haveria a permissão de implantação de estabelecimentos de prestação de serviços de saúde de cunho liberal, mas sem qualquer subsídio, convênio, contrato ou isenção por parte dos recursos públicos. (BRASIL, 1988)

A priorização do público em relação ao privado também se fazia presente no tocante à necessidade de parcerias com as universidades públicas visando à constante capacitação dos profissionais de saúde mental, os quais deveriam ser definidos, exclusivamente, por meio de concurso público. Os profissionais deveriam ter garantia de, dentro da carga horária de

trabalho, ter espaço para pesquisa, supervisão técnica e capacitação em geral, de modo a romper com o trabalho alienado e com a priorização da burocratização. A gestão dos estabelecimentos que prestariam serviços de saúde mental deveria ser ocupada por um profissional com conhecimento na área, tendo a participação efetiva de representantes da população atendida. (BRASIL, 1988)

No que tange ao último tema debatido nessa Conferência, que foi “Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental”, há um aspecto a ser destacado, o qual implicará na concepção que as Políticas de Saúde Mental irão adotar em relação ao conceito de inserção social. Referimo-nos a uma noção neoliberal do conceito de cidadania, uma vez que a considera como “a participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico”. No decorrer deste trabalho desenvolveremos elucidações sobre essa problemática que, de uma forma geral, aborda as noções de cidadania e de autonomia como atributos ligados a liberdades individuais, fazendo um contraponto com a concepção castoriadiana. (BRASIL, 1988, pág. 21)

O documento ratifica a ideia de que os doentes mentais são uma parcela da população excluída da sociedade e que a doença mental também pode ser entendida, então, como resultante desse processo de exclusão, no qual, a medicalização e a psiquiatrização servem para mascarar problemas sociais e contribuir para a alienação dos indivíduos e para o despojamento de seus direitos políticos e sociais. Pensamos que essa proposição deve ser feita com muito cuidado, pois, corre-se um grande risco de cair em uma postura que nega os aspectos biológicos da doença mental, promovendo a sociologização e a psicologização desse fato e, conseqüentemente, dando brechas para concepções puramente idealistas servirem de justificativas para uma precarização de recursos necessários a essa forma de assistência.

Diante disso colocou-se a urgência de se assegurar constitucionalmente uma condição de cidadania plena a todos os indivíduos considerados doentes mentais, bem como de se revisar toda a legislação em vigor. Nesse sentido também foram pontuadas as seguintes necessidades: de se investir em dispositivos extra-hospitalares na assistência em saúde mental, efetuando, inclusive, a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos; de se revisar as legislações sobre interdição e sobre a condenação penal do doente mental; de se reconhecer que as relações de trabalho podem ser um elemento gerador de doença mental, promovendo estratégias para intervenção nessa área; e de se elaborar uma política de saúde mental especificamente voltada para crianças e adolescentes. (BRASIL, 1988)

Outro marco a ser destacado no processo de reforma da assistência à saúde mental nas Américas é um documento divulgado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que foi elaborado por organizações e associações ligadas à problemática da saúde mental, autoridades e profissionais dessa área, legisladores e juristas, na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), convocada pela OMS, na cidade de Caracas, na Venezuela, em 1990. Esse documento foi intitulado como “A Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de saúde mental”, mas ficou conhecido como Declaração de Caracas, cujas significações imaginárias sociais veiculadas ressoaram por diversos países desse continente. (BRASIL, 2004)

Sendo um documento que concretizou a ideologia que permeava os movimentos reformistas ele apontou que a atenção psiquiátrica convencional não possibilitava atingir os objetivos de uma atenção comunitária, preventiva, participativa, descentralizada, contínuo e integral; justificou essa impossibilidade argumentando que uma assistência eminentemente hospitalar isola o doente mental o incapacitando ainda mais para a vida social, que o hospital demanda uma maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados à saúde mental, e que essa instituição fornece serviços que são distintos das necessidades de saúde mental da população. (BRASIL, 2004)

A Declaração de Caracas argumentava ainda que, se a atenção primária foi adotada pela OPAS e pela OMS - e referendada pelos países membros - como principal estratégia para atingir a meta de Saúde para Todos, no ano 2000, elegendo os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) para facilitar a conquista dessa meta, calcada em uma perspectiva preventiva e – contraditoriamente – participativa e comunitária, a assistência psiquiátrica deveria adaptar-se a esses novos modelos de atenção. (BRASIL, 2004)

Para tanto, convocando o apoio dos Ministérios da Saúde e Justiça, os Parlamentos, a Seguridade Social, as organizações profissionais, as associações de usuários, as universidades, organizações de defesa dos direitos humanos e os meios de comunicação, o documento declarou que os recursos, os cuidados e os tratamentos direcionados à saúde mental devem defender a dignidade pessoal e os direitos humanos, ser baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados, e propiciar a permanência do doente em seu ambiente comunitário, preconizando a criação de serviços na comunidade e as necessárias internações psiquiátricas sendo realizadas em hospitais gerais. (BRASIL, 2004)

No ano seguinte, a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) divulgaram a Portaria 189/91, estabelecendo o financiamento para novas modalidades de atenção às pessoas com transtornos mentais, tais como a internação psiquiátrica em hospitais gerais, tratamento psiquiátrico em hospital-dia, dispositivo intermediário entre a internação e o tratamento ambulatorial, em que se realizam atividades terapêuticas, e o tratamento em ambulatórios. Nessa Portaria ficaram estabelecidos um período limite para a internação psiquiátrica a ser custeado pelo SUS, uma quantidade limite de leitos psiquiátricos em hospitais gerais ou em hospital psiquiátrico, e uma quantidade mínima e máxima de pessoas atendidas nas atividades de grupo realizadas por profissionais de níveis superior e médio nas unidades ambulatoriais. (BRASIL, 2004)

Em 1992, baseado na Portaria 189/90, a SNAS e o INAMPS, em conjunto com a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, expuseram a Portaria 224/92, que estabeleceu diretrizes e normas para o tratamento em saúde mental fundamentados nos princípios da universalidade, integralidade, regionalização e hierarquização das ações; em uma diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade da assistência; na multiprofissionalidade na prestação dos serviços; e na participação social tanto na elaboração das políticas de saúde mental como na sua execução. (BRASIL, 2004)

De acordo com essa portaria, o tratamento ambulatorial em psiquiatria deveria ocorrer em unidades básicas, centros de saúde ou em ambulatórios especializados, compreendendo as seguintes atividades: atendimentos individuais, como consultas, psicoterapias e orientações, atendimentos em grupos, operativos ou terapêuticos, visitas domiciliares e atividades comunitárias, principalmente na área de abrangência do serviço de saúde, visando à integração e à inserção social de pessoas com transtorno mental na comunidade. É nessa Portaria que ficaram instituídos os Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) – já citados na introdução – como uma unidade de atenção intermediária e especializada em saúde mental. (BRASIL, 2004)

Os NAPS/CAPS têm a atribuição de desenvolver atividades individuais, em grupo, visitas domiciliares, atividades comunitárias e atendimento às famílias de seus usuários; podem tanto servir como porta de entrada para atender as demandas referentes aos transtornos mentais quanto atender pessoas referenciadas por outros serviços. A equipe para atender trinta pacientes por cada turno de quatro horas deve ser composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro, quatro outros profissionais de nível superior, podendo ser psicólogo, assistente

social, terapeuta ocupacional ou profissional de outra categoria necessário para a realização das atividades, e profissionais de nível médio e elementar. (BRASIL, 2004)

No que se refere à atenção hospitalar, a Portaria 224/92 instituiu o serviço de urgência psiquiátrica, que se concretizaria com a presença de leitos psiquiátricos em pronto-socorros de hospitais gerais, onde deveria haver uma equipe multiprofissional para atender pessoas em momentos de crises, as quais poderiam permanecer até, no máximo, setenta e duas horas. O documento ressalta que esse dispositivo tem como objetivo oferecer um atendimento resolutivo e com qualidade, evitando as internações psiquiátricas e possibilitando a pessoa a retornar para o seu convívio social em um curto período de tempo. Pensamos, porém, que esse apelo por uma resolutividade em um curto período de tempo deve ser interrogado na presente pesquisa.

Após ter alta do serviço de urgência psiquiátrica o cliente – termo utilizado no documento – deve ser encaminhado a um serviço de atenção extra-hospitalar, como hospitais-dia, ambulatorios ou NAPS/CAPS. No, entanto, se ainda assim a internação for necessária, o “cliente” deve ser direcionado a hospitais gerais com leitos psiquiátricos ou a hospitais especializados. Importante ressaltar que essa Portaria limitou a quantidade de leitos em hospitais gerais em dez por cento da capacidade total do hospital, não podendo ultrapassar trinta leitos. Além dos leitos psiquiátricos, era previsto que os hospitais gerais disponibilizassem salas para atividades terapêuticas multiprofissionais e área externa para lazer, educação física e atividades sócio-terapêuticas. (BRASIL, 2004)

Já os hospitais especializados caracterizam-se por ter a maioria de seus leitos destinados a pessoas com transtornos mentais, as quais devem ser acompanhadas por uma equipe multiprofissional especializada para desenvolver as atividades terapêuticas descritas acima, ficando proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes), assegurando a inviolabilidade da cidadania e das correspondências das pessoas internadas, e sendo obrigatório o registro correto de todos os procedimentos realizados durante a internação.

Na Resolução 93/1993, o Conselho Nacional de Saúde, baseado em disposições citadas na Lei 8080/1990, que diz respeito ao SUS, e nas resoluções constantes no relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano anterior, resolveu criar uma Comissão de Reforma Psiquiátrica visando a colocar em prática esse projeto e fiscalizar as ações referentes a ele. Tal comissão deveria ser formada pelos seguintes representantes: um do Ministério da Saúde; um do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; um do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; dois do segmento de prestadores de

serviços de saúde privados; um do Ministério da Educação e de Desporto; dois de Associações de usuários de serviços de saúde mental e familiares; um do Fórum de Entidades das Profissões da Área da Saúde; um da Associação Brasileira de Psiquiatria; e um do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. (BRASIL, 2004)

No ano de 1994 a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) estabeleceu a Portaria 145/94 para instituir um subsistema de supervisão, controle e avaliação, grupos de avaliação dos hospitais psiquiátricos a fim de garantir que eles estejam enquadrados nas normatizações dispostas. Esse subsistema se constituiria por grupos, os quais deveriam ser formados nas três esferas do governo e serem integrados por: um representante do nível de gestão do SUS que institui o grupo, um representante das Associações de Usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares, um técnico de vigilância sanitária da secretaria de saúde, um representante de cada conselho regional de profissional na área de saúde, e um representante dos prestadores de serviços. Nesse momento insere-se um questionamento sobre a autonomia ou heteronomia das pessoas com transtornos mentais e seus familiares em relação à instituição e fiscalização dessas políticas, uma vez que, além das determinações para a construção dessas políticas virem dos chamados gestores, há apenas uma minoria de representantes do povo constituindo uma comissão que irá supervisionar essas determinações. (BRASIL, 2004)

Ainda no ano de 1994, marcando a adesão do Brasil à celebração do dia dez de outubro como o Dia Mundial da Saúde Mental, o Ministério da Saúde lançou a Portaria 1720/94, que tinha a pretensão de reafirmar a relevância da saúde mental para o campo da saúde, trazendo, para tanto, as seguintes determinações, as quais o país deveria seguir: os direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais devem ser respeitados como os direitos das demais pessoas; ampliar os programas de prevenção de transtornos mentais nos grupos vulneráveis; fornecer serviços terapêuticos aos que deles necessitam; melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental; e promover a saúde mental em todos os povos. No decorrer deste trabalho iremos elucidar quais são as possibilidades de promover saúde mental a todos os povos considerando o modo de produção capitalista, em sua vertente neoliberal, com todas as suas consequências para as relações sociais e constituição das subjetividades.

Pouco tempo após a divulgação dos documentos acima citados foi possível observar uma apropriação pelo sistema político e econômico vigente em nosso país das demandas criadas pelos movimentos sociais em favor da reforma psiquiátrica. Afirmamos isso baseados na associação que se fez da ideia de permanência do doente mental em sua comunidade à noção de que ele deve ser aproveitado como mão de obra, como se viu, por exemplo, na Lei

Federal 9.867 de 1999, sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, dispendo sobre a implantação do que ele denominou de Cooperativas Sociais, cujo objetivo principal era “inserir pessoas em desvantagem no mercado econômico por meio do trabalho”, alegando que esse objetivo estava fundamentado em um interesse geral da comunidade em “promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos”. (BRASIL, 2004, pág. 15)

Considerou-se como pessoas em desvantagens os deficientes, pessoas dependentes de tratamento psiquiátrico permanente ou egressos de hospitais psiquiátricos, dependentes químicos, egressos de prisões, os condenados a penas alternativas à detenção e os adolescentes em idade para o trabalho e com situação familiar difícil em relação a aspectos econômicos, sociais ou afetivos. Como atividades a serem desenvolvidas por essas pessoas elegeram-se a organização e gestão de serviços socio sanitários e educativos e o desenvolvimento de atividades agrícolas, industriais, comerciais e de serviços; essas atividades deveriam ser geridas por essas Cooperativas, as quais tinham como dever reduzir as dificuldades dessas pessoas e as tornar produtivas e independentes econômica e socialmente. (BRASIL, 2004)

No ano 2000, por meio da Portaria 106/2000, considerando as seguintes necessidades: de reestruturação do modelo de atenção aos portadores de transtornos mentais pelo SUS, objetivando reduzir as internações em hospitais psiquiátricos; de garantir uma assistência integral e eficaz no que se refere à reabilitação psicossocial; e de oferecer um atendimento psiquiátrico humanizado, visando à reinserção social dos portadores de transtornos mentais, o Ministério da Saúde instituiu a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS. Esses serviços caracterizam-se por serem moradias instaladas, preferencialmente, na comunidade e que têm o objetivo de viabilizar a reinserção social de seus moradores na vida comunitária, os quais devem ser portadores de transtornos mentais egressos de hospitais psiquiátricos, onde tiveram longo período de internação, e não possuem vínculos familiares ou suporte social. (BRASIL, 2004)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) constituem uma modalidade substitutiva à internação psiquiátrica, dessa maneira, a cada usuário transferido do hospital psiquiátrico para um SRT, deverá haver igual redução de leitos no referido hospital, realocando o respectivo recurso destinado àquela internação aos tetos orçamentários do Estado ou município que se responsabilizará pelos cuidados a esse paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental. Os profissionais que atuam nos SRTs devem elaborar projetos

terapêuticos baseados nas necessidades de cada usuário, focando a construção progressiva de sua autonomia nas atividades cotidianas e a sua reinserção social. (BRASIL, 2004)

A reintegração social, de acordo com essa Portaria, deve ocorrer por meio de alfabetização, reinserção no trabalho, mobilização de recursos da comunidade, atividades que promovam a sua autonomia e estimulem a constituição de associação de usuários, familiares e voluntários. O projeto terapêutico deve respeitar os direitos do usuário como cidadão e como um sujeito com condições de ter uma vida com qualidade e integrado no ambiente comunitário. Esses serviços deveriam ser de natureza exclusivamente pública, podendo ser estabelecidas parcerias com organizações não-governamentais de saúde, de trabalhos sociais ou de pessoas físicas, devendo, em qualquer hipótese, estar ligados a um serviço ambulatorial especializado em saúde mental e sendo supervisionado por ele. (BRASIL, 2004)

Em relação às qualidades físicas desses serviços a Portaria definiu que as moradias referidas aqui devem estar localizadas fora das dependências de hospitais psiquiátricos ou gerais e ter as mínimas condições para disponibilizar uma estadia com conforto aos, no máximo, oito moradores por residência, tais como: sala, banheiro, copa e cozinha - onde seja possível a eles garantirem, no mínimo, as três refeições diárias - e dormitórios, cada um com capacidade para, no máximo, três pessoas. Os cômodos devem ser mobiliados e ter os utensílios necessários aos afazeres domésticos diários. (BRASIL, 2004)

No mesmo ano, considerando todas as necessidades relativas à assistência em saúde mental pelo SUS já citadas no enunciado justificando a Portaria 106/00 e acrescentando a relevância de, nos dez anos anteriores, ter ocorrido uma extinção de cinquenta e sete hospitais psiquiátricos no país, com consequente redução de cerca de trinta mil leitos, substituídos por mais de cem serviços extra – hospitalares e dois mil leitos para a assistência em saúde mental em hospitais gerais, o Ministério da Saúde criou o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento de Ações Assistenciais em Saúde Mental, tendo como objetivo principal avaliar, fiscalizar e supervisionar os serviços de assistência à saúde mental no país, órgão, exclusivamente, formado por técnicos e gestores em saúde mental. (BRASIL, 2004)

Em seis de abril de 2001, após doze anos decorrentes da entrada no Congresso do projeto de Lei que dispunha sobre a atenção à saúde mental e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, foi sancionada a Lei 10216/2001 instituindo normativamente a proteção aos direitos das pessoas com transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Esse período de tempo em que o projeto de lei ficou em

discussão antes de ser aprovado – início do governo Collor e final do segundo mandato do FHC - ilustra bem o estatuto da saúde mental em um contexto político neoliberal.

De acordo com essa lei, instituiu-se como direitos de todas as pessoas acometidas por transtornos mentais, sem qualquer forma de discriminação: ter acesso ao melhor tratamento de saúde, de acordo com a sua necessidade; ser tratada com humanidade e respeito e com o único interesse de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ter a presença médica a qualquer momento para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; acesso à informação e aos meios de comunicação disponíveis; tratamento pelos meios menos invasivos possíveis; e receber tratamento, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2004)

Além de estabelecer os direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais, essa lei definiu que é responsabilidade do Estado, com a devida participação da sociedade e da família, desenvolver a política de saúde mental, a promoção e a assistência a essas pessoas, as quais devem ser oferecidas em estabelecimentos de saúde mental; esse tratamento deve visar, permanentemente, “a reinserção social do paciente ao seu meio”. No que se refere à internação é importante destacar que no texto da lei ela não aparece como desnecessária, mas que deve ser indicada somente em casos em que os dispositivos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e que “o paciente deve ter uma assistência integral durante todo o seu período de duração incluindo atendimentos médicos, psicológicos, de assistência social, ocupacionais, de lazer e outros”, ficando proibidas as internações em instituições asilares, que não ofereçam essa assistência. (BRASIL, 2004, pág. 18)

A internação psiquiátrica só poderá ser efetuada mediante laudo médico que justifique a sua aplicação e pode se concretizar nas seguintes modalidades: internação voluntária, quando se tem o consentimento do usuário; internação involuntária, aquela em que não há o consentimento do usuário, mas sim um pedido de um terceiro; e internação compulsória, que é quando a internação é determinada pela justiça. A internação voluntária se dará após, uma declaração escrita pelo usuário – e no caso da involuntária, por quem fez o pedido – dizendo que optou por essa modalidade de tratamento, assim, como o término dessa internação pode se dar por determinação do médico ou por uma solicitação escrita feita pelo usuário. (BRASIL, 2004)

Ainda abordando a questão da internação a lei também permite que, na internação involuntária, o procedimento seja suspenso por uma solicitação escrita do familiar ou responsável que fez o pedido da internação, além é claro, da possibilidade de a alta ser

justificada por determinação médica. Nos três tipos de internações, qualquer eventualidade ocorrida com o paciente, como evasão, acidente, intercorrência clínica grave, transferência ou falecimento deve ser comunicada, no prazo máximo de vinte e quatro horas, aos familiares ou responsáveis, bem como à autoridade sanitária responsável pelo estabelecimento em que ocorreu a internação. Quanto às pessoas que estão hospitalizadas há um longo período ou apresentam uma dependência do hospital devido ao quadro clínico ou à ausência de suporte social será elaborada uma política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida sob a responsabilidade da autoridade sanitária competente e assegurando a continuidade do tratamento, quando necessário. (BRASIL, 2004)

No ano de 2002 temos a Portaria 336, que definiu diretrizes para o funcionamento dos CAPS, determinando que eles devem atender prioritariamente pessoas com transtornos mentais severos e persistentes que residem no seu território de abrangência, e caracterizando-os, de acordo com o porte e a clientela a ser atendida, nas modalidades de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad e CAPS i. Os CAPS só podem ser constituídos por serviços de natureza pública, todos têm a função de prestar atendimentos diários em saúde mental e devem ter espaço físico e recursos humanos independentes de ambientes de hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2004)

Os CAPS I se caracterizam por ser um serviço de atenção psicossocial com capacidade de atendimento a municípios com população entre vinte mil e setenta mil habitantes, devendo se responsabilizar pelas seguintes tarefas: organizar a demanda e a rede de atenção em saúde mental em seu território; supervisionar as unidades de internação psiquiátrica no âmbito de seu território; supervisionar e capacitar as equipes da atenção básica, de demais serviços e programas de saúde mental presentes em seu território; realizar e manter atualizado o cadastro dos usuários que fazem uso de medicação psicotrópica; funcionar das 08 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias da semana; e oferecer refeições diárias às pessoas atendidas. As atividades a serem realizadas neste serviço compreendem atendimentos individuais, atendimentos em grupos, oficinas terapêuticas realizadas por profissionais de nível superior ou médio, visitas domiciliares, atendimento às famílias e atividades comunitárias, visando à reinserção familiar e social do usuário. (BRASIL, 2004)

Os CAPS II possuem as mesmas características e as mesmas atribuições de um CAPS I, com a diferença de que ele tem capacidade para prestar atendimentos em municípios que têm um quantitativo populacional entre setenta mil e duzentos mil habitantes. Consequentemente, está previsto um quadro de profissionais maior, contando com um médico

psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro outros profissionais de nível superior, podendo ser psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, pedagogo ou outra categoria profissional que seja necessária para o desenvolvimento das atividades; e seis profissionais de nível médio, entre técnico ou auxiliar de enfermagem e profissionais administrativos. Nos CAPS I estão previstas as mesmas categorias profissionais, porém, com apenas três trabalhadores de nível superior e quatro de nível médio. (BRASIL, 2004)

Sobre os CAPS III, suas peculiaridades são que ele deve ter capacidade para atender municípios com mais de duzentos mil habitantes, funcionar vinte e quatro por dia, incluindo finais de semanas e feriados, oferecer, além das atividades descritas para os CAPS I e II, acolhimento noturno, com, no máximo cinco leitos, para observação e/ou repouso de usuários, que podem ficar nesses leitos por não mais que sete dias consecutivos ou dez dias intercalados em um intervalo de tempo de trinta dias. Além disso, estão previstas a presença de dois médicos psiquiatras, um enfermeiro, cinco outros profissionais de nível superior e oito de nível médio. (BRASIL, 2004)

Os CAPS i possuem as mesmas características dos CAPS II, com a diferença de ter a capacidade para atender um território de duzentas mil pessoas e de serem serviços para atender crianças e adolescentes com transtornos mentais. Além das atividades previstas para os CAPS II, os CAPS i devem realizar ações intersetoriais envolvendo, principalmente, os serviços de assistência social, educação e justiça. Já os CAPS ad se destinam ao atendimento de pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, estando previsto para municípios com contingente populacional maior do que setenta mil habitantes e tendo a possibilidade de manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso. (BRASIL, 2004)

Importante ressaltar que essa Portaria revogou todas as outras com disposições contrárias, criou mecanismos de financiamentos além dos tetos financeiros municipais para a rede CAPS, ampliou os serviços de atenção à saúde mental que foram estabelecidos pela Portaria 224/92, determinando que todos os antigos NAPS e CAPS deveriam se enquadrar nessas novas modalidades de CAPS e criou serviços específicos para o atendimento de crianças, adolescentes e de usuários de substâncias psicoativas. Além disso, estabeleceu uma diferença entre as seguintes modalidades de tratamento: intensivo (para pacientes que precisam frequentar o serviço diariamente), semi-intensivo (destinado para pacientes que precisam de atendimento frequente, sem necessariamente ser diário) e não-intensivo (para aqueles usuários que precisam de atendimentos menos frequentes); os quantitativos de

usuários de cada modalidade que cada CAPS deveria ter seria definido pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2004)

Em relação à ampliação dos investimentos à rede CAPS, por meio da Portaria 1455 de 2003, o Ministério da Saúde determinou o repasse dos seguintes recursos para compra de equipamentos para esses serviços: vinte mil reais para cada CAPS I; trinta mil reais para cada CAPS II; cinquenta mil reais para cada CAPS III; e trinta mil reais para cada CAPS I cadastrados e habilitados pelo Ministério da Saúde no âmbito do Distrito Federal, dos estados e dos municípios nos anos de 2002 e 2003. (BRASIL, 2004)

Ainda no ano de 2003 a Lei Federal 10708/03 instituiu o auxílio–reabilitação psicossocial para pacientes acometidos por transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longo prazo, visando à assistência, ao acompanhamento e à reintegração social deles. Esse auxílio é parte integrante de um Programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais psiquiátricos, chamado “De Volta Para Casa”; o valor a ser pago, mensalmente, durante um ano, podendo ser renovado se for necessário para os objetivos da reintegração social, para o próprio beneficiário – ou para o representante legal, em caso de pessoas que não possuem condições de exercer pessoalmente os atos da vida civil – foi fixado em duzentos e quarenta reais, podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária. (BRASIL, 2004)

Para ter direito a receber o referido benefício o usuário deve preencher os seguintes requisitos cumulativamente: ser egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, igual ou superior a dois anos, considerando também o tempo de permanência em SRTs; ter situação clínica e social que não justifique a permanência em ambiente hospitalar e indique a possibilidade de reintegração em programa de reabilitação psicossocial e a necessidade do recebimento de auxílio financeiro; haver o consentimento do paciente ou de seu representante legal em se submeter às regras do Programa; ter garantida ao beneficiado a assistência continuada em dispositivos de saúde mental local ou regional. (BRASIL, 2004)

Além dos requisitos acima, ainda há as seguintes exigências: o gestor local deve incluir as pessoas a serem beneficiadas em um cadastro de potenciais beneficiários e enviar esse cadastro ao Ministério da Saúde; a área de controle e avaliação deve emitir um relatório atestando a legitimidade dos dados constantes no referido cadastro e o município deve preencher os critérios para ser habilitado pelo Ministério da Saúde para fazer parte do Programa De Volta Para a Casa. (BRASIL, 2004)

Após todo o trâmite burocrático para conseguir o benefício, o usuário pode perdê-lo diante das seguintes situações: óbito, reinternação em hospital psiquiátrico; alcance dos objetivos de reintegração social e autonomia do beneficiário; quando, de acordo com relatório trimestral emitido pela coordenação de saúde mental local, o beneficiário não apresentar mais condições de permanecer inserido no Programa; quando o representante legal – se houver – descumprir as exigências contidas no termo de compromisso; se o gestor local deixar de cumprir exigências do termo de adesão municipal; ou quando o paradeiro do beneficiário for desconhecido por mais de quarenta dias. (BRASIL, 2004)

Na Portaria 2077/2003 um dado que denota a heteronomia que perpassa essa política é o seguinte: cabe ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Saúde Mental, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, após ouvir a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa” as seguintes decisões: de conceder ou não o auxílio-reabilitação psicossocial; incluir ou excluir um beneficiário no Programa; renovar ou não o benefício, após o prazo de um ano, por igual período; habilitar ou não um município para ser incluído no Programa. (BRASIL, 2004)

Nesse momento é imprescindível ratificar a interrogação a respeito de como o Ministério da Saúde está concebendo a reintegração social e autonomia de sujeitos com internações psiquiátricas de longa permanência, uma vez que, prevê um auxílio financeiro de um salário mínimo, por um período de um ano, não podendo ser submetido a nova internação e tendo que se adequar a um aparato burocrático de um sistema – do Estado - de atendimento em saúde. Importante destacar que o benefício era de um salário mínimo naquela época, pois, em seguida, passou a ficar defasado; no ano de 2008, por exemplo, o salário mínimo era de quatrocentos e quinze reais, mas o benefício foi reajustado para trezentos e vinte reais, de acordo com a Portaria 1954/08. Atualmente o valor desse benefício mensal é de quatrocentos e doze reais. Diante dessa situação interrogamos o que, para o Ministério da Saúde, significa ser integrado socialmente e autônomo? Será que as pessoas que não tem transtornos mentais e recebem a mesma quantia por mês são autônomas e integradas socialmente? Quais as possibilidades de autonomia e integração social – de acordo com a concepção do Estado - aos sujeitos psicóticos?

Dando sequência à descrição dos documentos, no ano de 2004, a Portaria 52/2004, instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, justificando esse ato em razão: das Leis 10216/01 e 10708/03; da necessidade de estabelecer critérios técnicos para a redução progressiva de leitos, em especial em hospitais de maior

porte, visando a garantir uma adequada assistência extra-hospitalar; da necessidade de “estabelecer uma planificação racional dos investimentos financeiros do SUS nos hospitais psiquiátricos e da rede de atenção psicossocial, para garantir uma transição adequada do modelo assistencial”; e da urgência de estabelecer critérios racionais para reestruturação do financiamento e da remuneração dos procedimentos de atendimento em hospitais psiquiátricos, com recomposição das diárias hospitalares. (BRASIL, 2010, pág. 57)

O documento estabeleceu que essa redução progressiva de leitos faz parte da política de saúde mental do SUS, cujo objetivo é a consolidação do processo da reforma psiquiátrica e a implantação de planos municipais, micro-regionais de desinstitucionalização e da implantação da rede de atenção comunitária. Sendo assim, os recursos deixados de serem aplicados no sistema hospitalar devem ser plenamente deslocados para a implementação dessa rede constituída por atenção à saúde mental em hospital geral, saúde mental na atenção básica, estruturação dos CAPS I, II, III, i e ad, construção de residências terapêuticas e outros dispositivos que venham ser objetos de normas e documentos específicos. (BRASIL, 2010)

Complementando esse Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, no mesmo ano, o Ministério da Saúde lançou a Portaria 358 disponibilizando recursos a serem incorporados no limite financeiro anual para a assistência ambulatorial e hospitalar aos estados, municípios e Distrito Federal, habilitados pelo Ministério, acumulando um montante de R\$ 44.175.224.04 (quarenta e quatro milhões, cento e setenta e cinco mil, duzentos e vinte e quatro reais, quatro centavos). Um dado importante, que demonstra como decisões do governo não levam em consideração necessidades clínicas individuais, refere-se a uma extensão dessa intervenção, pois, no ano de 2009, a Portaria 2629 disponibilizou um reajuste para diárias de leitos destinados ao tratamento psiquiátrico em hospitais gerais, desde que a internação não passe de vinte dias, para o valor de trinta e seis reais. (BRASIL, 2010)

No ano seguinte, a Portaria 1169/2005, resolveu destinar recursos financeiros aos municípios que se habilitassem junto ao Ministério da Saúde para desenvolver atividades de inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Essa Portaria enfatizou que estava se baseando nas recomendações da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu no ano de 2001; e nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, que busca:

(...) construir um efetivo lugar social para os portadores de transtornos mentais, por intermédio de ações que ampliem sua autonomia e melhorem suas condições

concretas de vida, entendendo que as ações de inclusão social pelo trabalho são atividades laborais de geração de renda, inserção econômica na sociedade e emancipação do usuário. (BRASIL, 2010, pág. 105)

Em 2006, o Ministério da Saúde divulgou um material reunindo um conteúdo que foi debatido em uma Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho organizada em parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego em novembro de 2004. Na apresentação deste documento, o então Ministro da Saúde, Humberto Costa, divulgou as informações de que, do início de 2003 até o ano de 2006, havia sido extintos cinco mil e quatrocentos leitos em hospitais psiquiátricos, “de forma cuidadosa, sem produzir desassistência, e substituindo-os por uma rede de serviços comunitários, onde os pacientes são atendidos com mais humanidade e eficácia”. (BRASIL, 2006, pág. 07)

O Ministro afirmou ainda que até abril de 2006 o Brasil tinha seiscentos e vinte e dois CAPS e duzentos e sessenta SRTs; segundo ele, até mais ou menos o ano de 2001, noventa e um por cento dos recursos da saúde mental no SUS eram aplicados em hospitais psiquiátricos; já no ano de 2004, esse quantitativo caiu para sessenta e oito por cento, sendo, por outro lado, ampliado o financiamento da área extra-hospitalar. O Ministro ratificou que para atingir os objetivos de inclusão social e de promoção da cidadania, é imprescindível uma participação efetiva da sociedade e, por isso, o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Emprego se articularam e elaboraram o projeto da Economia Solidária. (BRASIL, 2006)

A correlação entre Reforma Psiquiátrica e Economia solidária se materializa em ações como criações de cooperativas, de oficinas de geração de renda, projetos de trabalho protegido, entre outras ações, das quais, as associações de usuários de serviços de saúde mental e seus familiares solicitaram a existência, para que pudessem promover com mais eficácia a inserção social e a autonomia deles, mostrando e vendendo à sociedade o produto de seus trabalhos. O próprio manual afirmou haver uma semelhança entre as antigas propostas de reabilitação pelo trabalho, tão famosas no modelo asilar, porém, sendo aos poucos modificadas pela compreensão obtida por meio das exigências do mercado capitalista e de uma sociedade excludente. (BRASIL, 2006)

Ao final dos debates foram encaminhadas as três seguintes propostas sínteses: criação e consolidação da Rede Nacional de Experiências e Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental; criação de um mecanismo de articulação entre as áreas técnicas de saúde mental e de Economia Solidária, com suas respectivas políticas; criação e manutenção de incubadoras

para apoio, capacitação e fomento de iniciativas de Geração de Renda e Trabalho em Saúde Mental. (BRASIL, 2006)

Apesar de ter sua relevância para alguns sujeitos, essa associação entre inclusão social e capacidade para gerar renda, que terá alguns de seus aspectos elucidados no decorrer da pesquisa, permite-nos uma observação acerca de como as significações imaginárias sociais de uma sociedade inundam nossas práticas e nossos pensamentos como se fossem elementos dados na natureza, pois, como podemos pensar que sujeitos com quadros psicóticos graves só podem ser integrados na sociedade caso se enquadrem em uma lógica criada pela sociedade capitalista, a qual se instituiu em um determinado – e recente – período social-histórico, e ainda concebendo que esse enquadramento seria bom para aqueles sujeitos? Por que uma pessoa precisa gerar renda e consumir para ser incluída socialmente? Uma atividade humana deve necessariamente gerar renda e alimentar o ciclo produção e consumo?

Indo para o ano de 2008, temos um importante fato que irá endossar as políticas e a assistência em saúde mental extra-hospitalar, que foi, através da Portaria 154/2008, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa ferramenta caracteriza-se por ser uma equipe constituída por profissionais de diversas áreas do saber, como psicólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico e educador físico, que têm a principal atribuição de desenvolver intervenções compartilhadas com determinadas equipes de unidades básicas de saúde da família (ESF) – que é formada por agentes comunitários de saúde, profissionais de enfermagem, assistente social, servidores administrativos e médicos. Dentre essas ações, as estratégias de intervenção em saúde mental estão entre as principais a serem desenvolvidas por essas equipes. (BRASIL, 2010)

Todos os profissionais do NASF devem ser responsáveis por: identificar, em conjunto com a equipe de saúde da família (ESF) e a comunidade, as ações a serem tomadas e o público prioritário em cada território de atuação; acolher os usuários e humanizar a atenção; participar integradamente das ações desenvolvidas pela ESF, realizando atendimentos a casos específicos; desenvolver ações que se integrem com outras políticas sociais, como educação, assistência social, emprego, lazer, entre outras; promover a comunicação entre a ESF e os usuários; possibilitar a participação dos usuários nas decisões relativas às questões sociais e de saúde, por meio, por exemplo da formação de Conselhos. Essas ações devem ser desenvolvidas sempre com o foco na ampliação dos escopos e da potencialidade da atenção básica, não devendo servir como porta de entrada para as demandas do território em que atua, mas sim ter uma atividade compartilhada com a equipe de saúde da família a partir das

demandas trazidas por esta, e agindo de maneira articulada com a rede de assistência à saúde. (BRASIL, 2006)

No que se refere especificamente às ações em saúde mental, os NASF devem desenvolver estratégias compartilhadas com a ESF visando ao cuidado dos usuários em situação de risco psicossocial, de abuso de álcool e outras drogas ou de doença mental, bem como de seus familiares. Precisam construir intervenções coletivas no próprio território de abrangência da unidade básica de saúde da família ou propiciar o acesso deles aos demais dispositivos de saúde mental, aos instrumentos de políticas de outros setores ou até mesmo a recursos disponíveis na comunidade, como escolas, igrejas e centros comunitários trabalhando com de maneira articulada e na lógica de uma rede de cuidados. (BRASIL, 2010)

Desse modo, em relação aos usuários com transtornos mentais e seus familiares, os NASF devem desenvolver as seguintes ações: realizar atividades clínicas pertinentes às respectivas áreas profissionais; apoiar as ESF no processo de trabalho em relação aos usuários com transtornos mentais severos e persistentes, que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, que sejam egressos de internações psiquiátricas, que tenham tentado suicídio, sido vítima de violência ou que fazem tratamento nos dispositivos de saúde mental, como CAPS. Devem ainda discutir com a ESF casos que necessitem de um apoio mais intensificado, construindo em conjunto um projeto terapêutico singular (PTS); criar estratégias, junto com a ESF, para abordar problemas relacionados à violência ou a grupos com maior vulnerabilidade social, visando à melhoria do cuidado com estes; evitar práticas que levem à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais comuns ao cotidiano. Por fim, fomentar ações visando a uma cultura de atenção não manicomial diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura; ampliar os vínculos entre os usuários e suas famílias; priorizar ações coletivas, intersetoriais e comunitárias. (BRASIL, 2010)

Além de desenvolver atividades específicas para os usuários com transtornos mentais e seus familiares citados acima, o NASF deve possibilitar que eles sejam, inseridos nas outras ações que devem ser desenvolvidas para toda a população de abrangência, como: atividades físicas e práticas corporais; ações de práticas integrativas e complementares, como acupuntura e homeopatia; ações de reabilitação, visando à redução de incapacidades e deficiências, combate à discriminação e consequente reinserção social; ações de alimentação e nutrição; ações de serviço social; ações de saúde da criança; ações de saúde da mulher; e ações de assistência farmacêutica. (BRASIL, 2010)

No ano de 2010, temos mais um importante marco para o desenvolvimento das atuais políticas de saúde mental no Brasil, por ser um instrumento que deve orientar os usuários e os demais atores das políticas de saúde mental e áreas ligadas a esse campo, que foi a quarta – e, por enquanto a última – Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (IV CNSM-I), cujo relatório final foi dividido em três eixos: Políticas Sociais e Políticas de Estado. Pactuar caminhos intersetoriais; Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais; Direitos Humanos e Cidadania como Desafio Ético Intersetorial. (BRASIL, 2010)

Essa Conferência, que pela primeira vez foi intersetorial, foi convocada em abril de 2010, por meio de decreto presidencial e, teve sua etapa nacional realizada no final do mês de junho. Mesmo com esse estreito período de tempo, observou-se uma grande participação de usuários, familiares, trabalhadores e gestores das políticas de saúde e de outros setores, estimando-se que cerca de quarenta e seis mil pessoas tenham participado do processo em suas três etapas, municipal, regional e nacional. (BRASIL, 2010)

É fundamental destacar que não houve uma vontade espontânea do Governo para decretar a realização dessa Conferência. Em um contexto em que as Conferências com temáticas específicas no campo da saúde estavam sendo excluídas, foi o movimento social constituído por usuários, familiares e trabalhadores de serviços de saúde mental, que ficou conhecido como “A Marcha dos Usuários de Saúde Mental a Brasília”, ocorrido em 2009, que lutou em defesa da realização da presente Conferência. Os debates desse evento, que teve como tema: Saúde Mental Direito e Compromisso de Todos: consolidar avanços e enfrentar desafios, foram focados, de um lado, no reconhecimento dos avanços concretos obtidos na rede de assistência comunitária à saúde mental, e de outro, no reconhecimento de lacunas, da complexidade, do caráter interprofissional e intersetorial dos problemas relacionados a essa área. (BRASIL, 2010)

Alguns fatores, que merecem destaque, enriqueceram as discussões dessa Conferência, como a necessidade de ampliar o quadro de trabalhadores em saúde mental, denunciando um contexto de terceirização e precarização das relações de trabalho que vinham assolando esse setor, o que é um ponto que pode contradizer o discurso do, na época, Ministro da Saúde, Humberto Costa, proferido em 2006 na oficina de saúde mental e economia solidária, segundo o qual, a extinção de um modelo hospitalocêntrico estava sendo, ao mesmo tempo, acompanhada por uma estruturação de uma rede extra-hospitalar, sem produzir desassistência.

Outro aspecto que emergiu e que demonstra que a Reforma Psiquiátrica no Brasil não é um processo linear e sem conflitos, foi o movimento de médicos que se posicionam contra a reforma, criticando a expansão de serviços de saúde mental sem oferta e capacitação compatível de médicos psiquiatras, sendo favoráveis ao modelo biomédico. O conflito não se deu somente pela oposição de psiquiatras à reforma, mas, sobretudo, por um posicionamento contrário de gestores à realização da Conferência, como ocorreu, por exemplo, no estado de São Paulo, onde a Secretaria do Estado de Saúde vetou a decisão do Conselho Estadual de Saúde pela realização da Conferência Estadual, ações que limitaram a participação popular na etapa nacional. (BRASIL, 2010)

Por outro lado, apesar da tensão entre representantes da população e o Governo, é possível notar no relatório final dessa Conferência um apaziguamento da crítica à estruturação da sociedade, esquecendo a presença de conflitos como principais constituintes dela, o que marcou uma diferença marcante em relação ao relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida no final da década de 1980. No relatório da IV Conferência percebe-se uma prevalência de discursos ressaltando o empoderamento e o protagonismo do usuário com transtorno mental, o controle social e enfatizando propostas de geração de renda e economia solidária. (BRASIL, 2010)

No que se refere ao primeiro eixo, Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais, foi elaborado um primeiro subtema, denominado de “Organização e Consolidação da Rede”, que teve como princípios e diretrizes gerais a ênfase na necessidade de se garantir um caráter efetivamente público da Política de Saúde Mental, recusando qualquer forma de terceirização da gestão de seus serviços e responsabilizando os gestores dos três níveis do governo pelo seu desenvolvimento e sua sustentação. Dentro desse subtema foi enfatizado também o dever do Estado de implantar, implementar, consolidar, ampliar e fortalecer, em todo o país, a rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, sendo prestados atendimentos a todas as pessoas com transtornos mentais, em todos os níveis da atenção à saúde, com os dispositivos de CAPS I, II, III, ad, I, Residências Terapêuticas, equipes de saúde mental na atenção básica, Centros de Convivência, emergências psiquiátricas, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, equipe móvel de urgência e demais serviços substitutivos necessários para garantir uma assistência comunitária e em completa substituição das internações em hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2010)

Dando continuidade aos referidos princípios do Eixo I deste relatório, verificamos ainda a exigência de se realizar ações intersetoriais com a educação, assistência social,

habitação e justiça e o desenvolvimento de cooperativas sociais e projetos de inclusão produtiva, visando à desinstitucionalização de pessoas em longo período de internação psiquiátrica. Foram reafirmadas as necessidades de a rede de saúde mental trabalhar na lógica do território e de forma integrada com os demais serviços de saúde e de se garantir atendimento à população de rua que apresenta transtorno mental respeitando a especificidade dessa população e possibilitando o controle social dessas ações;; feita a solicitação de que o Ministério da Saúde promova a educação permanente dos profissionais e a qualificação dos serviços já existentes. Em relação à participação popular, essa conferência clamou pela reativação dos conselhos gestores nas unidades de saúde e pela intensificação da participação popular nos conselhos fiscalizadores e no processo de construção da rede de saúde. (BRASIL, 2010)

Além desses princípios gerais, relacionados ao primeiro subtema do eixo I, emergiram propostas relacionadas ao fortalecimento de ações de saúde mental na atenção básica; ampliação do quantitativo de serviços substitutivos específicos de saúde mental; redefinir critérios para o direito a ser inserido no Programa de Volta Para Casa; e melhorar o protocolo e a disponibilidade de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para atender os casos de urgência e emergência psiquiátrica. (BRASIL, 2010)

O segundo subtema do eixo I foi dedicado ao financiamento, onde basicamente as propostas giraram em torno do aumento, da clareza e da regulamentação dos recursos para implementação da rede de serviços substitutivos de saúde mental e para ações intersetoriais, proibindo a União, os estados e os municípios de disponibilizarem recursos financeiros aos hospitais psiquiátricos. O documento pactuou a necessidade de se pautar em critérios epidemiológicos e demográficos para calcular o financiamento a ser repassado – incluindo aqui necessidades de serviços de saúde mental em municípios de pequeno porte - extinguindo a lógica de receber recursos de acordo com a produção assistencial. Dentre as demais propostas relativas ao financiamento podemos destacar as duas seguintes: uma referente à criação de um Fundo de Assistência à Pessoa em Sofrimento Mental, nos moldes do Fundo de Assistência ao Trabalhador; e a outra relacionada à garantia da gratuidade do transporte público para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes por meio dos impostos extraídos da venda de bebidas e de cigarro. (BRASIL, 2010)

Outro subtema do eixo I a ser destacado foi o da “participação popular, formulação de políticas e o controle social”, no qual o princípio geral é a garantia de que os serviços substitutivos em saúde mental sejam de caráter exclusivamente público/estatal, ampliando a

participação da sociedade de maneira institucional, como por exemplo, em forma de Conselhos e Comissões - na formulação, efetivação das políticas de saúde mental, para só assim, realizar a inclusão das pessoas com transtornos mentais no convívio social, no mercado de trabalho e na educação. Essa participação da sociedade nas políticas de saúde mental implica que, mesmo com mudanças de gestão, as ações deliberadas popularmente devem ser preservadas, assim como devem ser preservadas a transparência e o acesso à informação para que a população tenha ciência de todas as ações dos gestores em relação a esse campo. (BRASIL, 2010)

Dentro dessa proposta há deliberações para que o governo faça campanhas sobre a importância da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica para redução do estigma sobre os transtornos mentais, sensibilizando a população e resgatando sua cidadania, promovendo a inclusão social. Se é preciso que o governo – concebido como instância separada da sociedade como um todo - desempenhe esse papel diante da população, está aí um indício de que não estamos lidando com uma sociedade autônoma e nem democrática.

Os demais subtemas do eixo I foram: Gestão do Trabalho em Saúde Mental, no qual couberam exigências em relação à necessidade de os trabalhadores serem admitidos por meio de concurso público, tendo garantidos um plano de cargos e carreiras, espaços para capacitações contínuas, remuneração adequada e equipes completas nas unidades de saúde; Política de Assistência Farmacêutica; Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental; Políticas Sociais e Gestão Intersectorial, no qual se destaca e solicitação de inserção de pessoas com transtornos mentais em Programas como Minha Casa, Minha Vida, Pró-Jovem e demais programas de geração de emprego e renda garantindo a inclusão desses usuários no mercado de trabalho. Outros subtemas foram: Formação, Educação Permanente e Pesquisa em Saúde Mental; e Reforma Psiquiátrica; Reforma Sanitária e o SUS, a fim de se fortalecer os princípios do SUS e se promover a desinstitucionalização e a inclusão social de pessoas com transtornos mentais reconhecendo-os como “sujeitos de direitos, desejos, cidadãos singulares e que protagonizam seus modos de fazer a vida andar”. (BRASIL, 2010, pág. 56)

Um aspecto enfatizado foi o repúdio a qualquer forma de terceirização ou privatização, decorrente do modelo neoliberal, dos serviços de saúde mental em qualquer forma que esse processo pode tomar, como Organizações Sociais (OS), Organizações não Governamentais (ONGs), Cooperativas, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), entre outras. Importante lembrar que, no atual contexto político e

econômico do país, é justamente essa tendência, a qual se tentava combater nesse evento, que vem se sobressaindo cada vez mais nos discursos e nas práticas, não somente no campo da saúde, mas também em outros setores da sociedade.

Abordando agora o eixo II, “Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais”, destacamos como seus princípios gerais a promoção de uma relação entre trabalhadores, usuários e familiares pautada no acolhimento, no vínculo, na adoção de uma postura humanizada por parte dos profissionais, no fortalecimento do protagonismo social, no desenvolvimento da autonomia, na recusa de se reproduzir a lógica manicomial dentro dos serviços substitutivos e na participação efetiva dos usuários, inclusive, na elaboração de seus Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). No que se refere ao PTS, devem ser priorizadas ações que busquem um cuidado integral, que sejam intersetoriais, e articuladas com demais dispositivos de saúde e comunitárias. (BRASIL, 2010)

Também foi deliberada a necessidade de eleições diretas pelos trabalhadores, usuários e familiares para todos os cargos de direção; de identificar e valorizar o saber popular para agregar conhecimento no tratamento em saúde mental; de promover atividades que visem a informar e esclarecer os usuários, familiares e a comunidade como um todo sobre assuntos relativos à saúde mental, incentivando a constituição de movimentos sociais; de trazer a família como corresponsável pelo PTS e pelo tratamento do usuário. (BRASIL, 2010)

Para não repetir aspectos que já foram ditos e termos uma visão geral das discussões citamos que esse eixo teve os seguintes subtemas: Cotidiano dos Serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado; Práticas Clínicas no Território; Centros de Atenção Psicossocial como Dispositivo Estratégico na Reforma Psiquiátrica; Atenção às Pessoas em Crise na Diversidade dos Serviços; Desinstitucionalização, Inclusão e Proteção Social; Residências Terapêuticas, Programa De Volta Para Casa e Articulação Intersetorial no Território. (BRASIL, 2010)

Além desses temas também foi abordada a questão da Saúde Mental, Atenção Primária e Promoção da Saúde; Álcool e Outras Drogas como Desafio para a Saúde e as Políticas Intersetoriais; Saúde Mental na Infância, Adolescência e Juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorialidade; Garantia de Acesso Universal em Saúde Mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça, etnia, gênero, orientação sexual, população em situação de rua, em privação de liberdade e outros condicionantes sociais na determinação da saúde mental. (BRASIL, 2010)

Sobre o eixo III, “Direitos Humanos e Cidadania como Desafio ético e intersetorial”, um primeiro subtema foi intitulado “Direitos humanos e cidadania”, dentro do qual se destacou a necessidade de garantir o acesso ao tratamento psiquiátrico sem qualquer violação dos direitos humanos, impedindo práticas cruéis ou degradantes, entre elas: lobotomia, psicocirurgia, eletroconvulsoterapia, contenções físicas e químicas permanentes e as internações prolongadas em hospitais psiquiátricos, além de coibir maus tratos físicos e estabelecer sanções a políticas e serviços e políticas que excluam cidadãos em sofrimento psíquico. Foi enfatizada ainda a urgência de se fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância acerca dos casos de violência, cárcere privado e morte em hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia, unidades prisionais ou domicílios, possibilitando a notificação compulsória. (BRASIL, 2010)

A Conferência aprovou também a efetivação da Política Nacional de Humanização nos Serviços de Saúde Mental, fazendo a qualificação dos profissionais, inclusive, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), dos profissionais responsáveis pela segurança pública como policiais e bombeiros, pensando em oferecer um atendimento adequado em situações de urgência e emergência em saúde mental. Pensando na intersetorialidade, o documento trouxe a importância de se promover a inserção da temática “Direitos Humanos e Saúde Mental” na Política Nacional de Educação, promover ações educativas sobre esse tema para a sociedade para que essa possa lidar de uma maneira melhor tanto com o tema da saúde mental como das diversidades de uma forma geral. (BRASIL, 2010)

Segundo o documento, é essencial a criação de políticas que garantam os Direitos Universais às pessoas com transtorno mentais, inclusive àquelas em situação de rua, como moradia, transporte, lazer, esporte, educação, cultura e inclusão digital. Nesse sentido, o documento salientou a importância de possibilitar a inserção da pessoa com transtorno mental pelo trabalho, estimulando a sua autonomia e a sua auto-estima, e de se criar espaços de lazer e cultura abertos, localizados nos bairros, como os Centros de Convivência, em parceria com instituições de outros setores, como assistência social, educação, esporte, cultura, movimentos sociais, associações de usuários, entre outros. Outros pontos importantes desse primeiro subtema foram garantir a presença de acompanhantes em todas as internações por motivos de transtorno mental e a criação de uma Declaração dos Direitos Humanos específica para essas pessoas. (BRASIL, 2010).

O segundo subtema foi “Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária”, em que se destacou que são necessárias ações intersetoriais para desenvolver programas de geração de

emprego e renda, economia solidária e sustentabilidade capazes de garantir a melhoria da renda familiar, o direito ao trabalho, a dignidade de ser sujeito, o exercício da cidadania e o sentimento de inclusão nos diversos meios sociais. Para tanto, lançou a seguinte afirmação:

O aprofundamento da Reforma Psiquiátrica, na perspectiva da integralidade e da intersetorialidade implica em criar e implantar, nas três esferas do governo (federal, estadual e municipal/distrital) uma política de inclusão produtiva no mercado de trabalho formal e de criação de projetos de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais, com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas e ainda para presidiários ou egressos do sistema prisional com transtornos mentais. (BRASIL, 2010, pág. 111)

Mais uma vez podemos observar com clareza a extinção da crítica à estrutura social, que estava minimamente presente na I Conferência Nacional de Saúde Mental, pois, não se questiona a organização das relações de emprego em uma sociedade neoliberal como a nossa, não se formulam interrogações sobre as razões pelas quais a sociedade atual instituiu as relações de trabalho que temos hoje, nem sobre os impactos da inserção de um sujeito psicótico nessa dinâmica, concebendo essa inclusão como algo ideal de maneira a priori, desconsiderando, inclusive, que muitas pessoas desencadeiam ou desenvolvem transtornos mentais devido a essas relações de trabalho empregado.

Os demais subtemas do eixo III tiveram os seguintes títulos: Cultura e Diversidade Cultural; Justiça e Sistema de Garantia de Direitos; Educação, Inclusão e Cidadania; Seguridade Social: previdência, assistência social e saúde; Organização e Mobilização de Usuários e Familiares em Saúde Mental; Comunicação, Informação e Relação com a Mídia, em que não se percebe uma concepção crítica sobre a função e organização da mídia em nossa sociedade; Violência e Saúde Mental. Dentre as várias deliberações feitas nessa conferência que não foram atendidas até hoje pelo governo está a exigência de que as Conferências de Saúde Mental ocorressem a cada quatro anos, porém, já se passaram sete anos da realização da última e não há nem sinal da possibilidade de uma quinta Conferência.

No final do documento foram apresentadas algumas moções, das quais destacamos as que mais têm relevância para a presente pesquisa: moção pela revogação da Lei 9634/98 que institui as Organizações Sociais (OS); moção pelo cumprimento da decisão judicial contra a terceirização da saúde pública; moção de repúdio ao Senado Federal e à Câmara dos Deputados pela tramitação do projeto de lei do Ato Médico (PL 7703/06); moção de repúdio à decisão do STF que autoriza a cobrança e o pagamento de médicos e hospitais no SUS. Houve ainda moção de reivindicação de que recursos oriundos do fechamento de leitos hospitalares

sejam repassados a Residências Terapêuticas, pois, de acordo com o censo psicossocial de 2008, mais de quarenta e três por cento dos moradores de hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo foram transferidos de um hospital para outro e não alocados em SRT; moção de repúdio a empresas e entidades pelo descaso com a saúde mental; moção de repúdio ao estado do Espírito Santo por não custear a participação de delegados na presente Conferência. (BRASIL, 2010)

Moções de repúdio: ao Governo do estado do Ceará e demais Secretarias estaduais por não terem custeado a hospedagem dos delegados para essa Conferência; ao Governo do Distrito Federal devido a não implantação da Política Nacional de Saúde Mental; moção em defesa da redução progressiva do número de pacientes e de moradores em hospitais psiquiátricos, estabelecendo como meta a redução para 787 leitos no ano de 2010, 585 em 2011 e 283 em 2012; moção de repúdio à Secretaria de Saúde do município de Serra/RS pela exoneração sumária da coordenadora de saúde mental; aos gestores municipais de Dourados/MS pela falta de compromisso com os serviços, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental; à atual política de precarização e privatização dos serviços de saúde mental de Natal/RN. (BRASIL, 2010)

Em relação à privatização, terceirização e precarização dos serviços de saúde mental o documento nos trouxe a informação de que, assim como vêm acontecendo em vários municípios brasileiros, em Natal/RN, há uma situação de precarização instalada, de ineficiência deliberada da gestão em que, aqueles profissionais que resistem, são exonerados, como aconteceu com a coordenadora de saúde mental e a do CAPS i. Outro dado importante é que, naquele contexto, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Pajuçara foi instituída para a gestão de uma Organização Social (OS), com um contrato de seis milhões de reais, sem que o tema tivesse sido discutido com o Conselho Municipal de Saúde e sem licitação pública, sendo estes alguns dos exemplos que denotam a heteronomia que impera em nossa sociedade. (BRASIL, 2010)

Após essas demonstrações – por meio das moções acima citadas - de que há uma incompatibilidade entre o que está nos documentos e o que ocorre na prática, daremos sequência à exposição da legislação em saúde mental instituída pelo Ministério da Saúde. Partindo para o ano de 2011, temos a Portaria 3088, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, delimitando quais os dispositivos necessários que um município deve conter no âmbito do SUS para oferecer uma assistência em saúde mental substitutiva e adequada para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e

outras drogas. Importante destacar que essa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é o sistema de atenção à saúde mental pelo SUS vigente até os dias de hoje. (BRASIL, 2011)

As diretrizes que norteiam o funcionamento da RAPS são: respeito aos direitos humanos garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia de acesso a serviços de qualidade, ofertando cuidado integral sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; desenvolvimento de ações no território que favoreçam a inclusão social, a promoção da autonomia e da cidadania; participação e controle social dos usuários e de seus familiares; estabelecimento de ações intersetoriais que garantam a integralidade do cuidado. Além disso, a RAPS estabelece o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como eixo central do cuidado integral às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2011)

São os principais objetivos da RAPS: promover cuidados em saúde, especialmente aos grupos mais vulneráveis, como crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas; prevenir o consumo de álcool e outras drogas, bem como reduzir os danos de quem já consome tais substâncias; promover a reabilitação e a reinserção social das pessoas com transtornos mentais por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; ampliar o acesso da atenção psicossocial à população em geral; promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e seus familiares com os pontos de atenção; garantir que os pontos de atenção trabalhem integrados e articulados. (BRASIL, 2011)

Para atingir tais objetivos, a RAPS deve ser constituída pelos seguintes pontos de assistência: atenção básica em saúde, a qual deve ser composta de unidades básicas de saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipes do consultório na rua e Centros de Convivência; equipes de atenção psicossocial especializada, formadas pelos CAPS em suas diversas modalidades, já expostas anteriormente; pontos de atenção de urgência e emergência materializados, pelas UPA, SAMU, salas de estabilização em pronto socorro. (BRASIL, 2011)

Uma novidade nessa Portaria é a implantação de unidades residenciais de caráter transitório, como: as Unidades de Acolhimento (UA), que oferecem moradia, por prazo máximo de seis meses, a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e que estejam em situação de vulnerabilidade, necessitando de tratamento e proteção. Prevê ainda o Serviço de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais estão as Comunidades Terapêuticas, unidades que se destinam a oferecer tratamento para pessoas com

necessidades psicossociais decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esses serviços sempre devem estar vinculados à atenção básica e a um CAPS ad de referência. (BRASIL, 2011)

Outros dispositivos da RAPS são a atenção Hospitalar, representada por leitos destinados a pessoas com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em hospitais gerais, para internações de curta duração; e as Estratégias de Desinstitucionalização, que basicamente são aquelas voltadas para a reinserção social de pessoas com internação psiquiátrica de longa duração, por meio da inclusão delas nas Residências Terapêuticas e nos demais pontos estratégicos da RAPS. (BRASIL, 2011)

Além disso, o Ministério da Saúde definiu que os hospitais psiquiátricos ainda poderão ser acionados nas regiões para auxiliar no atendimento a essas pessoas enquanto a RAPS não está constituída de maneira suficiente, comprovando que o discurso, segundo o qual, a rede substitutiva estava sendo construída concomitantemente com a destruição da rede hospitalar não condiz com a realidade. Outra ênfase dada foi às ações intersetoriais visando à inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho, iniciativas de geração de trabalho e renda, cooperativas sociais e empreendimentos solidários. Um último ponto a se destacar nessa Portaria, foi a exclusão dos ambulatorios de saúde mental como uma possibilidade de atenção às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2011)

Por meio da Portaria 3089 de dezembro de 2011, ficou definido um repasse financeiro fixo mensal aos CAPS, de acordo com a sua modalidade, da maneira como mostra a tabela abaixo:

Tabela 3: Repasse financeiro mensal fixo, em reais, para as respectivas modalidades de CAPS definidos a partir da Portaria 3089/2011 do Ministério da Saúde

Modalidade de CAPS	Valor em R\$
CAPS I	28.305.00
CAPS II	33.086.25
CAPS III	84.134.00
CAPS i	32.130.00
CAPS ad	39.780.00
CAPS ad III	105.000.00

Fonte: Ministério da Saúde, Brasília, 2011.

Esse repasse fixo foi importante porque, ao contrário do sistema antigo de repasse, que era por consulta ou atendimento realizado, focado em um modelo clínico e na patologia, esse repasse fixo passou a ser destinado para custear as ações de atenção psicossocial que o CAPS achar necessário, claro que na condição de que o recurso seja realmente aplicado para os fins a que teoricamente se destina. (BRASIL, 2011)

No ano de 2012, a Portaria 148 instituiu a organização do Serviço Hospitalar de Referência como um dos pontos de atenção da RAPS para atender pessoas com transtornos mentais ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Tal serviço deve funcionar dentro de Hospitais Gerais, preferencialmente em instituições públicas, em ambiente físico adequado, com o apoio de uma equipe multiprofissional e deve trabalhar de maneira integrada com os demais pontos de atenção da Rede e com os outros setores do hospital, de modo que seja possível a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular para cada sujeito, garantindo a continuidade do tratamento após a internação – que deve servir apenas para estabilizar a crise, bem como o encaminhamento para outras especialidades do Hospital, caso necessário.

Os Serviços Hospitalares de Referência constituídos por até dez leitos podem funcionar em leitos de clínica médica qualificados para atender tal demanda. Os Serviços com mais de dez leitos devem ser constituídos em espaço próprio, assim como os destinados ao atendimento de crianças e adolescentes, em qualquer hipótese. Importante ressaltar que, de acordo com a Portaria 1615, o número de leitos dos Serviços Hospitalares de Referência não pode exceder quinze por cento da quantidade total de leitos disponíveis no Hospital Geral e não pode ultrapassar vinte e cinco leitos. Em relação ao incentivo financeiro, ficou definido o repasse de R\$ 4,000 por leito implantado nesses serviços hospitalares para pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2012)

Aprovado pela Portaria 2488 de 2011, que determinou a Política Nacional da Atenção Básica, e organizado pelas Portarias 122 e 123 de janeiro de 2012, as Equipes de Consultório na Rua constituíram-se como um importante ponto de intervenção da RAPS, tendo os objetivos principais de: realizar busca ativa e o cuidado aos usuários com transtornos mentais ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; desenvolver atividades in loco, de forma itinerante e integrada às unidades básicas de saúde, aos CAPS, às unidades de urgência e emergência e aos demais pontos da RAPS; oferecer

intervenções relacionadas à atenção básica de saúde à população em situação de rua. Essas equipes devem ser formadas por profissionais de nível superior, como psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional e médico; e de nível médio, como auxiliar ou técnico em enfermagem e técnico em saúde bucal. (BRASIL, 2012)

No ano de 2013 observamos a instituição de dois importantes marcos legais que são: a Portaria 615 de 2013, que dispôs sobre o repasse de recursos financeiros para a construção de CAPS – em todas as suas modalidades – e de Unidades de Acolhimento, nas duas modalidades, adulto e infanto-juvenil. O outro documento a que estamos nos referindo é o Decreto 8163 de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social (Pronacoop Social), com a finalidade de planejar, monitorar e executar ações voltadas para o desenvolvimento de cooperativas sociais e empreendimentos econômicos solidários sociais. (BRASIL, 2013)

O Pronacoop será desenvolvido pela União em parceria com Estados, Municípios, Distrito Federal, iniciativa privada, e pessoas em situação de desvantagem – incluindo pessoas com transtornos mentais ou necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas - seus familiares e entidades de representação. Para os fins deste Decreto, as cooperativas sociais são compreendidas como cooperativas cujo objetivo é promover a inserção social, laboral e econômica dessas pessoas. Os empreendimentos solidários são organizações associativas, que realizam atividade econômica cujos participantes são pessoas em desvantagem e exerçam democraticamente a gestão das atividades e a alocação dos resultados (BRASIL, 2013)

Os objetivos desse Programa são: incentivar a formalização dos empreendimentos econômicos solidários e das cooperativas sociais; promover o fortalecimento institucional dessas organizações, bem como a qualificação dos cooperados; promover o acesso ao crédito, a mercados e à comercialização da produção dessas instituições; incentivar a formação de redes e cadeias produtivas; monitorar e avaliar os resultados e alcances sociais e econômicos das políticas de apoio ao cooperativismo e ao associativismo social. (BRASIL, 2013)

Com essas ações o governo afirmou que pretende proporcionar independência da pessoa, autonomia individual e coletiva, igualdade de oportunidades, inclusão das pessoas em desvantagem na sociedade, respeito pela diferença como parte da diversidade humana, geração de trabalho e renda e articulação das políticas públicas almejando o desenvolvimento local e regional. Nota-se que os ideais neoliberais e os componentes ideológicos de seus discursos se fazem presentes claramente nessas proposições de inclusão social pelo trabalho,

desconsiderando qualquer outra forma de atividade humana que não seja o trabalho, tratando como sinônimos os conceitos de trabalho e emprego, fatos que são próprios das significações imaginárias e sociais do capitalismo e da modernidade.

Por fim, abordaremos um documento divulgado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2015, intitulado “Saúde Mental em Dados”, décima segunda edição, por meio do qual podemos observar uma expansão na quantidade de CAPS, passando de 148 no ano de 1998 para 2209 no ano de 2014. Houve também um aumento de cobertura de saúde mental na atenção básica por meio das Equipes de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e por Equipes de Consultório na Rua. Em 2014 havia 1705 municípios com população abaixo de 15 mil habitantes e que não possuíam NASF, porém, desses municípios, 1596 tinham mais de cinquenta por cento de cobertura de ESF. Até o final do ano de 2014 havia 111 Equipes de Consultório na Rua habilitadas pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2015)

Outro dado importante que esse documento apontou foi a contínua redução dos recursos financeiros destinados ao sistema hospitalar e o crescente aumento desse repasse para os serviços de base comunitária/territorial, uma vez que, no ano de 2002, 24,76% dos recursos federais destinados à saúde mental eram para os serviços abertos e 75,24% para os serviços hospitalares; já no ano de 2013, 79,39% foram para a atenção extra-hospitalar e 20,61% para os dispositivos de internação. (BRASIL, 2015)

Tabela 4: Porcentagem de investimentos federais, nos anos de 2002 e de 2013, em serviços hospitalares e em serviços extra-hospitalares da atenção à saúde mental.

Ano	% de investimentos em serviços hospitalares	% de investimentos em serviços extra-hospitalares
2002	75,24%	24,76%
2013	20,61%	79.39%

Fonte: Ministério da Saúde, Brasília, 2015.

Uma ressalva fundamental a ser feita é a respeito do fato de que aumentar recursos para serviços de base territorial e reduzir os dos serviços hospitalares, não é um dado que, necessariamente, denota uma substituição simétrica da assistência em saúde mental, sem gerar desassistência. Uma das razões para essa afirmação é que, de acordo com a nossa experiência, o apoio hospitalar, em alguns casos, é necessário. Sendo assim, pode-se levantar o seguinte

questionamento: esses casos, ainda que sejam produzidos pelo fato de que a nossa RAPS está em construção, estão sendo atendidos no prazo e com a qualidade que precisam por exemplo? Outro questionamento a ser feito é em relação a como estão sendo aplicados esses recursos, afinal, apenas criar serviços comunitários não significa que eles funcionem de acordo com uma lógica antimanicomial.

O questionamento sobre como estão sendo atendidos os casos em que se faz necessária uma internação ganha respostas parciais quando notamos que, até o ano de 2014, havia 888 leitos de saúde mental em hospital geral em todo país, sendo que alguns estados não possuíam nenhum, como era o caso de Mato Grosso e de Mato Grosso do Sul. Em paralelo, observamos que de 2002 a 2014 foram fechados mais de 25 mil leitos em hospitais psiquiátricos no país. Em relação às estratégias de desinstitucionalização, nesse mesmo período, o Brasil contava com 289 Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados pelo Ministério da Saúde, com um total de 2031 moradores. Outro dado importante é que, em 2002, existiam 206 beneficiários cadastrados no Programa De Volta Para Casa, no ano de 2014 esse número saltou para 4.349. (BRASIL, 2015)

Os dados acima - e a experiência enquanto trabalhador inserido nas Políticas de Saúde Mental – mostram-nos que a substituição de um modelo hospitalocêntrico para uma atenção comunitária e territorial, não está sendo feita em uma mesma proporção, fato que se escancara quando falamos de sujeitos psicóticos crônicos que apresentam recorrentes necessidades de internação, diante das quais, eles e suas famílias não encontram locais facilmente disponíveis para receberem esse tipo de assistência pelo SUS, tendo que vagar em Unidades de Pronto Atendimento - onde não há uma estrutura adequada e nem profissionais devidamente capacitados para lidar com essas situações e/ou tentar vaga nos poucos leitos que existem em CAPS III, onde, ainda assim, é imposta a ordem da internação por um curto período de tempo.

Ao saírem dessa internação por um curto período de tempo, esses sujeitos deveriam ser acompanhados pelo CAPS e pelos dispositivos de saúde mental na atenção básica; porém, em muitos casos, a dinâmica em que eles funcionam não os possibilita a se enquadrarem em uma lógica minimamente organizada para frequentar diariamente uma unidade de saúde burocraticamente organizada. Sendo assim, para que se possa haver uma possibilidade de cuidado, é imprescindível que os profissionais entendam que são eles que devem se adequar a esses sujeitos, e não o contrário. Aqui outro problema estrutural se impõe, uma vez que a quantidade de CAPS, dos demais dispositivos de saúde mental na atenção básica, de profissionais e de qualificações para esses profissionais estão sempre aquém da quantidade

necessária. Esse déficit, muito provavelmente, ocasiona um grande risco de possibilitar outro surto, gerar nova necessidade de internação e uma repetição do ciclo exposto acima.

Não estamos aqui defendendo o retorno dos leitos em Hospitais Psiquiátricos e, tampouco, o modelo manicomial de atenção à saúde mental;. Ao contrário, assumimos um posicionamento totalmente favorável a um modelo de gestão coletiva das demandas geradas pelos doentes mentais de – e em razão de – uma determinada sociedade. Isso, porém, é bem diferente de se conceber a política de saúde mental como uma instituição dominada pelo Estado e de um Estado que, segundo Castoriadis (2002), continua a encarnar a figura de um poder de direito divino. A maneira como o Estado vem promovendo e financiando a chamada desinstitucionalização é que deve ser alvo de interrogações e de elucidações.

As críticas a que nos referimos devem ter a função de nos fazer avançar em direção à construção de uma RAPS cada vez mais abrangente e que não esteja, em sua maior parte, determinada por uma ideologia neoliberal. Não pretendemos, de modo algum, retroceder a um modelo hospitalocêntrico. É importante fazer esse destaque porque, nesse campo, há uma coexistência dos três seguintes movimentos: um que busca uma transformação radical da assistência em saúde mental; outro que visa à efetivação dos ideais de um Estado neoliberal; e de um terceiro que almeja um retorno ao modelo tradicional de assistência psiquiátrica, aquele centrado no saber e nos dispositivos médicos.

Um exemplo disso foi que, diante da morte de um profissional de enfermagem, em julho de 2016, provocada por golpes de faca dados por um usuário de um CAPS de Sorocaba (SP), durante um atendimento domiciliar que visava a injeção de uma medicação para esquizofrenia, instituições que almejam o retorno de um modelo tradicional da assistência psiquiátrica se aproveitaram desse caso isolado para criticar um modelo de atenção à saúde mental feita fora do hospital psiquiátrico.

No entanto, apesar de caber sim interrogações sobre a maneira como o Estado vem promovendo essa rede substitutiva de cuidados, ou seja, retirando um modelo sem que outro estivesse satisfatoriamente implantado, não podemos achar que a solução seja retornar ao ponto em que a atenção em saúde mental era centralizada em hospitais psiquiátricos e ambulatórios especializados. Isso porque não devemos nos esquecer de que diversas pessoas foram dizimadas em Hospitais Psiquiátricos e, muitas delas foram, inclusive, enterradas em valas como indigentes. De 2006 a 2009 foi registrada a média de uma morte a cada três dias nos manicômios da região de Sorocaba (SP), o que, espantosamente, despertou poucas indignações na época. (ABRASCO, 2016)

Essa fatalidade nos permite uma justificativa do porquê que nós afirmamos que, apesar dos grandes avanços, a maneira como o Estado vem gerenciando as Políticas de Saúde Mental no Brasil deve ser alvo de interrogações, pois, esse fato nos possibilita refletir sobre a baixa qualidade do processo de desinstitucionalização que vem sendo implantado naquela cidade, representado por: equipes profissionais esfaceladas, com baixa qualificação em saúde mental e sem a supervisão clínica-institucional necessária para oferecer o cuidado adequado a sujeitos psicóticos crônicos; terceirização dos serviços, reprodução de uma relação manicomial e a predominância de uma resposta medicamentosa para o sofrimento psíquico. (ABRASCO, 2016)

Demonstrando que realmente está havendo um baixo investimento para o setor de saúde, de uma maneira geral, e servindo como um indício de resposta aos questionamentos levantados nessa pesquisa, no dia 19 de dezembro de 2016, o jornal Folha de São Paulo divulgou uma matéria expondo que, cada vez mais, prefeituras e hospitais filantrópicos estão tendo que apelar ao Congresso para pagar despesas de materiais de saúde utilizados no cotidiano, como luvas, agulhas e bisturi, com Emendas Parlamentares, que são inclusões feitas por Deputados e Senadores no orçamento Federal. Essas emendas, em geral eram utilizadas para construções de novas unidades de saúde e demais benfeitorias estruturais, fato que era interessante tanto para o prefeito como para o parlamentar porque resultavam em autopromoção por meio dos eventos de inauguração. (PINHO, 2016)

Até o ano de 2014, a utilização de Emendas Parlamentares para custeio de materiais diários era uma exceção, representavam apenas oito por cento do gasto total do Ministério da Saúde nessa área. Já no ano de 2016, esse número passou para vinte e oito por cento e, para 2017, a previsão é de que quarenta e oito por cento dos recursos do Ministério da Saúde destinados ao custeio de materiais provenha das emendas parlamentares. Um fator que agrava ainda mais a situação é que, de dezembro de dois mil e quatorze até junho de 2016, quase dois milhões de pessoas perderam seus planos de saúde e migraram para o SUS. (PINHO, 2016)

As perspectivas ficam ainda piores quando lembramos que o Governo Federal aprovou a Proposta de Emenda Constitucional – que limita os gastos públicos à inflação dos doze meses anteriores, durante vinte anos, podendo esse teto ter alguma alteração a partir do décimo ano. As áreas da saúde e da educação que, depois da área da previdência, necessitam dos maiores investimentos do governo e que, atualmente, possuem uma quantia fixa dos recursos, também ficam sujeitas ao teto.

Voltando aos documentos legais, também chama a atenção o aumento do repasse de recursos federais para iniciativas de reabilitação psicossocial por meio da geração de trabalho e renda. No ano de 2005 o investimento nessas ações foi de 70 mil reais, já no ano de 2013 esse valor passou de 7 milhões de reais, reiterando a importância que o governo dá para o que ele chama de inclusão social das pessoas com transtornos mentais por meio do trabalho. Junto com essas implementações de serviços e de iniciativas, o Ministério da Saúde promoveu cursos de formação para os profissionais, como: “Os caminhos do Cuidado”, destinados a agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem das estratégias saúde da família, visando qualificá-los para o atendimento, principalmente, de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com ênfase na redução de danos; “Percursos Formativos na RAPS” que visou a integrar saberes e experiências de diversos profissionais da RAPS; e cursos à distância em saúde mental. (BRASIL, 2015)

Nos anos de 2016 e 2017 não encontramos nenhum documento legal elaborado pelo Ministério da Saúde referente às Políticas de Saúde Mental que tenham relevância para o objeto de nossa pesquisa. Aliás, devemos nos lembrar de que, não por coincidência, a partir do ano 2013 o Brasil vem vivendo um momento de retrocesso no campo das políticas sociais e dos direitos adquiridos pelo povo a partir de um movimento organizado por partidos políticos conservadores que culminaram em um golpe que derrubou a Presidente filiada ao Partido dos Trabalhadores, eleita por duas vezes, dando origem a uma sequência de decisões e de atos que enaltecem o conservadorismo e trazem novamente à tona o conhecido lema Ordem e Progresso.

Uma ação do governo que deve ser ressaltada como um exemplo dos reflexos nas Políticas de Saúde Mental brasileiras do atual contexto social-histórico foi a nomeação, no dia onze de dezembro de dois mil e quinze, pelo então Ministro da Saúde, Marcelo Castro, do psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho para assumir a Coordenação Nacional de Saúde Mental em substituição a Roberto Tykanori. O coordenador substituído é militante da Luta Antimanicomial desde o início dos anos de 1980 e estava à frente dessa Coordenação desde o início do primeiro mandato de Dilma Rousseff.

Valencius, por sua vez, é um opositor do processo da Reforma Psiquiátrica e, durante dez anos foi Diretor do manicômio “Casa de Saúde Dr. Eiras”, o maior da América Latina, instituição cujo dono era Leonel Miranda, Ministro da Saúde da ditadura durante o governo de Costa e Silva. Essa “Casa de Saúde” foi utilizada como local de prisão e tortura de perseguidos políticos sob o pretexto de estarem “loucos”. Devido aos maus tratos aos quais os

internos eram submetidos durante a gestão de Valencius e a auditorias do Ministério da Saúde e da Comissão de Direitos Humanos da Câmara, essa instituição foi proibida de receber novos internos a partir do ano de 2001 e, em 2012, foi definitivamente fechada.

Demonstrando o risco que as Políticas de Saúde Mental no Brasil estão correndo, diante do atual contexto social–histórico que estamos vivenciando, citamos um documento elaborado por gestores, trabalhadores e militantes da Política Pública de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, constituindo a representação de dez estados do país denominado “Carta de Curitiba – Mobilização pelo SUS e a Reforma Psiquiátrica”, elaborado aos dias vinte e cinco e vinte e seis de novembro de 2016. Essa carta foi iniciada destacando a preocupação com os evidentes riscos de suspensão de direitos constitucionais, com os avanços do projeto de encolhimento de políticas públicas, que, aliás, já está em andamento, e com o grande processo de privatização de estruturas que deviam garantir os direitos sociais. (GESTORES, TRABALHADORES E USUÁRIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2016)

Em decorrência dos riscos acima descritos o grupo levantou a necessidade de diferentes frentes de articulação e mobilização, dentre as quais: a possibilidade de ocupação e fortalecimento de espaços e dispositivos importantes para essa política. Esse documento repudiou os seguintes atos, que denotam a fragilização e o retrocesso da presente política: publicação da Portaria 1482 de outubro de 2016, reconhecendo as Comunidades Terapêuticas como dispositivo de tratamento para pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas; criação do grupo de trabalho, no âmbito do Ministério da Saúde, em parceria com a Associação Brasileira de Psiquiatria, para revisão das diárias de hospitais psiquiátricos; criação, por meio da Portaria 1482 de agosto de 2016, do grupo de trabalho para construção do “Plano de Saúde Acessível”, por iniciativa do setor privado e com financiamento público. (GESTORES, TRABALHADORES E USUÁRIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2016)

No dia 07 de fevereiro de 2017 o jornal Folha de São Paulo divulgou que o Ministro da Saúde, Ricardo Barros, com o apoio dos gestores estaduais e municipais, está defendendo e colocando em debate uma proposta que altera a forma de repasse financeiro para o SUS sob a justificativa de que esse repasse deve ser desburocratizado para que os gestores utilizem esses recursos da melhor maneira possível. Para entender essa mudança, de uma forma resumida, e compreender os riscos que ela acarreta, basta saber que, atualmente, o repasse financeiro que o governo federal faz aos estados e aos municípios são divididos em seis áreas, sendo elas:

gestão, investimento, vigilância, assistência farmacêutica, atenção básica e atenção de média/alta complexidade. Cada área possui várias subdivisões e uma porcentagem definida a ser gasta com cada uma delas. (CANCIAN, 2017)

De acordo com a nova proposta, o repasse seria feito apenas em dois blocos (custeio e capital/investimento), extinguindo todas as subdivisões existentes atualmente, e a aplicação ficaria a cargo das decisões dos gestores estaduais e municipais. O grande problema dessa proposta – que nos mostra o verdadeiro rumo da assistência à saúde mental - é que há um risco iminente de se privilegiar investimentos em áreas tidas como mais visíveis, como é o caso da atenção de média e de alta complexidade que, em geral tem a participação do capital privado, em detrimento de áreas importantes, mas com menor visibilidade, como é o caso da atenção básica, vigilância e saúde mental. (CANCIAN, 2017)

Como exemplo do movimento que visa ao retorno de um modelo tradicional da assistência à saúde mental, organizado, eminentemente, em torno do saber e da autoridade médica, citamos uma nota técnica emitida no dia 25 de abril de 2017, pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Neste documento, tais instituições fizeram diversas críticas às políticas de saúde mental definidas pelo Ministério da Saúde. Dentre essas críticas foi enfatizado que está havendo um descumprimento da lei 10216/2001, criticaram o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e a extinção de ambulatórios de saúde mental, afirmando que tais dispositivos não podem ser substituídos por estratégias de assistência comunitária, como vem sendo proposto.

O problema dessas críticas é que elas estão envoltas na clássica ideologia de que é a medicina que detém o saber sobre a doença mental e de que os médicos são os experts que devem definir como será ou não será o tratamento. Observa-se ali, claramente, um ataque de uma categoria profissional que está lutando para que esse campo de atuação volte a ficar centralizado em suas mãos. Afirmamos isso, sobretudo, porque em determinadas partes do documento foi ressaltado o fato de que as portarias do Ministério da Saúde “desobedecem” as resoluções emitidas pelo Conselho Federal de Medicina, como por exemplo, a resolução 2057/2013. (CFM, 2017, pág. 03)

De acordo com a resolução acima citada, dentre as diversas disposições centralizadoras, encontramos deliberações como as que afirmam ser de competência exclusiva do médico a realização de diagnósticos e indicações de conduta terapêutica, devendo esse profissional aceitar colaborações de outros profissionais da equipe. O médico deve gozar da

mais ampla liberdade durante todo o processo terapêutico, apesar de estar sujeito à fiscalizações e sanções previstas no Código de Ética Médica. (CFM, 2013)

Para finalizar a nossa explanação sobre documentos referentes às Políticas de Saúde Mental no Brasil lançamos, nesse ponto, a seguinte interrogação: será que o que esse documento reivindica é a estruturação de um modelo de atendimento que será melhor para os sujeitos atendidos ou é o retorno a um contexto autoritário que se manteve durante séculos, a uma postura diante da doença mental, de acordo com a qual se privilegiava uma hierarquização entre médico e paciente e todas as consequências que esse tipo de relação possibilita, as quais já foram expostas no capítulo anterior?

4 CONCEITOS E CATEGORIAS FUNDAMENTAIS DE NOSSA EPISTEMOLOGIA

Quando falamos de sujeito, de sociedade, de política e de processos de inclusão e exclusão social temos que ter clareza de qual perspectiva epistemológica nós estamos partindo. Para fazer a análise do problema que está sendo estudado uma noção fundamental a ser exposta é a de que a sociedade e a história só podem ser entendidos como uma mesma e única questão, formando o conceito de social-histórico.

Na concepção de Castoriadis (1982) a sociedade se dá imediatamente como coexistência de termos ou de entidades de diferentes ordens dos quais, o pensamento herdado apropria-se de dois modos diferentes: ou essa coexistência é tomada dentro de um sistema lógico; ou ela é considerada como um sistema real, onde há possibilidades de dividir esse sistema em subsistemas e os elementos se ligam entre eles por relações de determinação causal, linear ou cíclica. Nos dois casos a sociedade é pensada como um conjunto de elementos distintos e definidos, referindo-se uns aos outros por relações bem determinadas, nos dois casos o que está em jogo é a lógica conjuntista-identitária, onde toda sociedade se apresenta como uma coleção de indivíduos.

Pensar e falar em conjuntos pressupõe que se pense, como se pudesse reunir em um todo, uma diversidade de objetos distintos. Como coleção em um todo, o conjunto pode ser caracterizado como uma unidade idêntica a si e composta por diferentes elementos, fato que não elimina a diversidade dos elementos que lhe pertencem, mas coexiste com ela ou se sobrepõe a ela. No entanto, as diferenças internas do elemento são provisoriamente abolidas ou consideradas indiferentes. “(...) a lógica conjuntista implica que realmente se dispõe da equivalência operacional propriedade-conjunto ou predicado-classe; um conjunto define uma propriedade de seus elementos e um predicado define o conjunto”. (CASTORIADIS, 1982, pág. 263)

Aulagnier (1979) - psicanalista italiana, com formação na França, que viveu de 1923 a 1991 e que trabalhou com uma perspectiva teórica que em muitos pontos é comum à de Castoriadis, sendo, inclusive, casada com ele por dezesseis anos – trouxe-nos uma afirmação que nos auxilia a compreender o porquê, em nossa cultura, o pensamento herdado tende a operar nessa lógica conjuntista-identitária. Para a autora, o Eu – ou o sujeito - para elaborar uma representação do mundo, visa a estabelecer entre os elementos uma ordem de causalidade que torne inteligível para si a existência do mundo e as relações entre os

elementos que o compõem. A atividade de representação se constitui assim como um exercício de interpretação que impõe aos elementos presentes em suas representações – de si ou do mundo – uma ordem conforme a ordem de causalidade imposta pela lógica do discurso.

No entanto, Castoriadis (1982) afirmou que a sociedade é outra coisa que não uma hierarquia de conjuntos, não é um sujeito, nem uma ideia e nem um sistema de conjuntos, sujeitos e ideias. Na própria linguagem corrente e na lógica que ela traz só nos referimos ao que sabemos designar, e nós só sabemos designar coisas, sujeitos, conceitos e seus conjuntos, relações, características, estados, etc. Não obstante, a unidade de uma sociedade, com suas individualidades, só podem ser analisadas em relações entre sujeitos mediatizados por coisas, uma vez que toda relação entre sujeitos ou entre sujeitos e objetos são relações sociais instituídas pela sociedade considerada.

Nenhum esquema disponível nos permite captar verdadeiramente as relações entre economia, direito, política, religião, por um lado, e da sociedade, por outro; e tampouco a relação entre esses próprios setores. Porque todo esquema conhecido de relação pressupõe que o esquema de separação é aplicável no campo considerado e permite constituir as entidades que são postas em relação. Tal não é aqui o caso, porque os domínios da atividade social não são verdadeiramente separáveis, só o são vazia e nominalmente (...). Nada no pensamento herdado, nos permite dizer o que são e de que maneira são enquanto entidades particulares. Certamente, não se trata de aspectos abstratos, correlativos ao lugar escolhido para observar o objeto ou as categorias postas em ação para captá-lo; e isso já pela razão de que esses lugares e essas categorias só existem a partir e em função de uma instituição social-histórica particular, e absolutamente não privilegiada, que os faz ser em e por uma realidade social particular. (CASTORIADIS, 1982, pág. 215).

Não podemos considerar os setores da vida social como sistemas parciais coordenados, como uma engrenagem, numa concepção funcionalista, uma vez que, frequentemente, há a predominância ou autonomização de um desses setores em detrimento de outros em uma determinada sociedade. A articulação do social nunca está dada de uma maneira definitiva; essa articulação, seja ela entre a sociedade e as partes que ela coloca, entre as partes que a compõem ou entre as partes e o todo é, de cada vez, criação da sociedade considerada.

E essa criação é gênese ontológica, é posição de um eidos; porque o que é assim colocado, estabelecido, instituído, cada vez, certamente sempre trazido pela materialidade concreta dos atos e das coisas, ultrapassa essa materialidade concreta e todo isso particular, é tipo que permite uma reprodução indefinida de suas instâncias, as quais só são em geral e só são o que são, enquanto instâncias desse tipo. Um instrumento determinado (*theukos*) – faca, machado, martelo, roda, barco – é um tipo ou *eidos* criado; também o é uma palavra (*lexis*) como o são o casamento, a compra, a venda, a empresa, o templo, a escola, o livro, a herança, a eleição, o quadro. (CASTORIADIS, 1982, pág. 215-216).

A sociedade se institui como modo e tipo de coexistência particular sem análogo e precedente, criação específica da sociedade considerada, da mesma maneira como ela se institui como temporalidade social-histórica. A articulação do social em seus vários setores como técnico, econômico, político, jurídico, religioso, artístico, etc, que nos parece óbvio e dado, é apenas um modo de instituição do social particular a uma sequência de sociedades, inclusive a nossa. (CASTORIADIS, 1982)

A reflexão acerca do social pelo pensamento herdado esbarra no limite da lógica conjuntista-identitária, dentro do qual, não há nenhum meio de pensar a colocação de novos termos e de novas relações entre esses termos, portanto, o surgimento de novas organizações. Isso porque não há nenhum meio, numa ontologia da repetição, de uma criação, algo que não seja simplesmente devir, engendramento pelo mesmo tomando o mesmo como exemplar do diferente, mas uma alteridade, outra maneira e outro tipo de ser. (CASTORIADIS, 1982)

Outra impossibilidade dentro do limite da lógica identitária é não conseguir pensar a sociedade como coexistência ou como unidade de uma diversidade; essa é uma exigência da reflexão sobre a sociedade que não pode ser atendida pela lógica herdada, ou seja, considerar termos que não sejam entidades separadas, individualizáveis, que não sejam elementos de um conjunto e nem redutíveis a tais elementos. O que está em questão não é obter uma lógica mais complexa tendo como base as lógicas tradicionais, mas sim a criação uma situação ontológica inédita. (CASTORIADIS, 1982)

Não se pode pensar o social, enquanto coexistência, dentro da lógica herdada, ou seja, não podemos pensá-lo como uma unidade de uma pluralidade no sentido habitual desses termos, não se pode pensá-lo como um conjunto determinável de elementos bem distintos e definidos. O autor enfatizou que temos que pensá-lo como o que ele chamou de um magma, conceito que se refere a um modo de organização de uma diversidade não conjuntizável, o que se dá em um modo de ser antes da imposição da lógica identitária ou conjuntista, aquilo de onde se pode extrair ou construir organizações conjuntistas em número indefinido, mas que não pode jamais ser reconstituído por composição conjuntista dessas organizações. (CASTORIADIS, 1982)

A lógica herdada está intrinsecamente ancorada na própria instituição da vida social-histórica, enraizando-se às necessidades impostas por essa instituição e seu núcleo é a lógica identitária ou conjuntista, uma lógica que, em linhas gerais, opera considerando que os elementos são separáveis, individualizáveis, definíveis e passíveis de agrupamento ou de conjuntização. A realização mais completa da lógica identitária é a elaboração da matemática,

e os rudimentos lógicos da teoria dos conjuntos condensam, explicitam e exemplificam de maneira pura aquilo que esteve sempre subjacente à lógica identitária e que constituiu uma dimensão essencial de toda atividade e de toda a vida social. (CASTORIADIS, 1982)

A crítica que estamos fazendo à concepção de sociedade - e de psiquismo - como uma estrutura de elementos finitos, que pode ser organizadas de acordo com elementos semelhantes ou elementos opostos, de maneira bem definida, justifica-se pela compreensão de que o mundo humano, desde o início, cria um abismo em relação ao que é natural e ao que é animal devido a dois aspectos: a imaginação, no nível do ser humano singular; o imaginário instituído e o imaginário instituinte, no nível social, A especificidade do ser humano em relação aos outros seres não é o fato de ser racional, mas, ao contrário, é o fato de apresentar a imaginação radical, capacidade que permite criações que rompem com a racionalidade funcional de um mero vivente. (CASTORIADIS, 2007).

A predominância da imaginação leva a não funcionalidade do aparelho psíquico e, uma das provas de sua existência são os lactantes anoréxicos, que podem até morrer recusando a presença real do seio – que se apresenta a ele como uma perturbação – em favor de suas satisfações alucinatórias. Aqui também se insere o funcionamento psíquico do psicótico o qual, prioriza o delírio em detrimento de oferecer respostas funcionais às demandas sociais. Há, portanto, uma confluência da imaginação radical do ser humano com as significações imaginárias e sociais instituídas, que são o que é definido como certo e errado, justo e injusto e os demais princípios e valores. Essa instituição da sociedade, porém, não está dada de uma vez por todas, a cada vez ela é outra, não só no espaço, mas também no tempo, pois, na sua auto-alteração, que é a história, encontra-se uma capacidade auto-criadora e destruidora. (CASTORIADIS, 2007).

A importância das significações imaginárias sociais se evidencia ao examinarmos a dinâmica de todas as sociedades – inclusive a nossa – e observarmos que elas submetem as suas instituições funcionais a finalidades não funcionais, a finalidades imaginárias, às significações sociais relacionadas à instituição considerada e às significações nucleares daquela sociedade. São essas significações que mantêm uma sociedade coesa e por elas se vive e se morre, como é o caso, por exemplo, das crenças religiosas, das disputas territoriais e da segregação de pessoas e de grupos que ameaçam o ideal de coesão. (CASTORIADIS, 2007).

Compartilhando desse mesmo posicionamento epistemológico, Aulagnier (1979) nos mostrou que, por registro sócio-cultural devemos compreender o conjunto de instituições cujo

funcionamento possui como traço característico o fato de ser acompanhado por um discurso sobre a instituição que afirma seu fundamento e sua necessidade; tal discurso designa para os sujeitos um discurso ideológico. Em 1990, a mesma autora complementou esse raciocínio enunciando que o discurso cultural, que é o porta-voz da instituição social, visa sempre a subordinar o saber, por mais revolucionário que ele seja, à consolidação de instituição que ele tem a função de sustentar,

Esse registro sócio-cultural é indissociável da constituição da psique de um sujeito que nasce devido aos seguintes fatos: a relação entre o casal parental e a criança carrega sempre a marca da relação do casal com o meio social que o cerca, considerando como meio social a sociedade no sentido amplo ou o subgrupo cujos ideais são partilhados pelo casal. O discurso social se impõe sobre o bebê depositando sobre ele expectativas em relação ao lugar que ele irá ocupar e às suas possibilidades de reproduzir as significações do meio; por sua vez, o sujeito busca nesse meio, nesse discurso, referências que lhe possibilitem se projetar em um futuro. Esses aspectos nos permitem afirmar que no contexto analítico tanto o analista quanto o sujeito analisado não podem se excluir de um discurso cultural e de um modelo de civilização que lhes fornecem o estatuto de seres sociais. (AULAGNIER, 1979).

As reflexões expostas no parágrafo acima são fundamentais para a nossa pesquisa devido a uma outra consequência da indissociabilidade entre psique e social-histórico, que é a evidência de que o conflito que pode haver entre o casal parental e o meio social corre o risco de ratificar, para a psique da criança, a similaridade entre o que ocorre no meio exterior e suas representações fantasmáticas de exclusão, de rejeição, de agressão, etc. Uma condição de opressão social ou de um papel dominante tendo como objeto o casal parental produzirá efeitos na maneira pela qual a criança elaborará suas identificações. Não é à toa que boa parte de sujeitos psicóticos repete, com frequência, um drama social vivenciado pela família. “esta realidade, que quebra todo parêntese, tem um papel, no destino destas crianças, que a sociedade, num segundo tempo, envia às diferentes instituições, para que elas reparem os estragos pelos quais ela é responsável”. (AULAGNIER, 1979, pág. 147)

4.1 Para Delimitar o que Estamos Considerando como Sujeitos Psicóticos

“De certa maneira, nós imputamos a nossos loucos sua loucura, não somente no sentido de que é a deles, mas porque eles teriam podido não produzi-la”
(CASTORIADIS, 1982, pág. 194)

Antes de tratarmos especificamente da questão do diagnóstico da psicose é preciso fazer uma contextualização a partir de elucidações em relação à instituição da ciência moderna como uma forma de estabelecer conhecimento, a qual foi constituída junto com o desenvolvimento do capitalismo como modo de produção e organização da sociedade, e do liberalismo econômico como ideologia que direcionou as concepções sobre o ser humano e as relações sociais nesse momento histórico.

No início do século XVI, momento em que houve a ruptura da organização feudal e a criação de uma sociedade capitalista, após um longo período de transição - o qual pode ser delimitado entre os séculos XII e XV – o capitalismo se firmou como um sistema que tem como principal característica a intensa produção de mercadorias baseada na exploração da mão de obra de quem não possuía outros meios de garantir sua sobrevivência - e, portanto, tornou-se assalariado - por parte de quem detém meios de produção elevados à categoria de capital. Essa maneira de organizar as relações sociais possibilitou a instituição de outras características essenciais desse sistema, que são: a propriedade privada, as trocas envolvendo dinheiro, a necessidade de uma produção de mercadorias excedentes, e a divisão social do trabalho. (ANDERY *et. al*, 1994)

Com essa afirmação fica claro que o capitalismo não foi formado naturalmente, mas é uma criação social-histórica feita pelos indivíduos que compõem a sociedade; para isso, é importante lembrar que no feudalismo - sistema de produção e organização social do mundo ocidental que imperou a partir da queda do império romano, no século III, até o século XV - a unidade política e econômica era o feudo, uma extensão territorial onde as pessoas que ali viviam e produziam os bens necessários para a manutenção de suas vidas; dentre as atividades praticadas estavam o cultivo de produtos agrícolas, a criação de animais e a indústria caseira. A produção era eminentemente para a subsistência, caracterizando o feudo como praticamente auto-suficiente, e as trocas eram realizadas principalmente entre os seus habitantes, sem envolvimento de dinheiro; as riquezas da época eram concentradas pelos nobres feudais e pela igreja.

Na segunda metade da idade média começaram a produção de excedentes agrícolas e artesanais e as cruzadas, movimento que levou os europeus a explorarem outros continentes e, conseqüentemente, à expansão das cidades, do comércio, da colonização e da escravidão. Esses foram os principais fatores que constituíram a crise do sistema feudal e a sua ruptura em favor da criação do capitalismo, uma vez que, por um lado, o grupo de pessoas que se apropriou da atividade comercial, constituiu a burguesia como classe social; por outro lado, as pessoas que foram afetadas com a decadência das terras e ficaram sem condições de sobrevivência, submeteram-se à exploração. Conflito de classes que persiste até hoje em nossa sociedade. (ANDERY *et. al*, 1994)

Acompanhando essa mudança da organização da sociedade houve também uma mudança ideológica, de acordo com a qual, a preocupação teocêntrica, que caracterizava a idade média, deu lugar ao antropocentrismo, ou seja, o homem no seu sentido mais geral passou a ser o centro das preocupações epistêmicas. Essa mudança possibilitou a dedicação à compreensão da relação entre o homem e a natureza, de como pode se dar o domínio desta por aquele, tirando do foco a relação entre Deus e o homem e dando origem às chamadas ciências naturais, uma ciência mais prática e menos contemplativa, que pudesse servir ao homem. No período moderno a ciência passou a ter exigências mais rigorosas e que deram a ela uma maior amplitude, uma vez que ela passou a trabalhar a serviço da ascensão da burguesia. (ANDERY *et. al*, 1994)

Foi nesse contexto que se instituiu a chamada ciência moderna, marcada por uma concepção mecanicista do homem e da sociedade, expressa em leis - baseadas em conceitos da matemática - criadas pelos principais pensadores dos séculos XVI, XVII e XVIII como Descartes, Galileu e Newton. Como essa ciência fez um rompimento com as ideias e os conceitos medievais, a fé e a contemplação passaram a não serem mais métodos seguros para se chegar à verdade. Por isso, emergiram dois movimentos que se constituíram como marcas essenciais do pensamento científico moderno, sendo eles o empirismo, que valorizava os dados sensíveis e os provindos da experiência; e o racionalismo, que priorizava o uso da razão. (ANDERY *et. al*, 1994)

As principais características da ciência moderna, como a objetividade, a racionalidade, a experimentação e a possibilidade de replicação do processo percorrido para se chegar ao conhecimento, permearam os pensamentos dos diversos teóricos desse período e foram enaltecidos pelo positivismo, corrente filosófica que se destacou a partir do século XIX e que teve como um de seus principais representantes Auguste Comte. De acordo com Andery

(1994), esse autor viveu na França no período pós-revolução, momento em que a burguesia já havia tomado o poder; nesse contexto de lutas sociais, ele tomou o partido da ala mais conservadora da burguesia e assumiu como função defender os interesses dessa classe e combater qualquer tipo de ameaça a ela. Ao contrário do que podia parecer, as influências de sua filosofia não ficaram restritas à França e nem ao continente europeu, pois, os lemas positivistas se fizeram presentes na política e na sociedade de países com situação social histórica bem diferente, como foi o caso do Brasil, onde os reflexos dos ideais de Comte puderam ser observados com destaque, desde o lema escrito em sua bandeira.

As preocupações centrais dessa concepção foram mostrar que o universo e a sociedade são submetidos a leis invariáveis, são ordenados hierarquicamente e que suas finalidades já estavam pré-determinadas. Por conseguinte, nessa perspectiva epistemológica a história é considerada apenas como uma sucessão de fatos, onde um acontecimento leva ao outro e o seu fim já está também pré-estabelecido. Outra elaboração de Comte que nos ajuda a compreender as bases do pensamento positivista é a noção de que o pensamento humano se desenvolve necessária e sequencialmente em três estados, sendo eles o estado teológico, o estado metafísico e o estado positivo, que seria o mais avançado. No estado positivo, o espírito humano admite a impossibilidade de se obter um conhecimento absoluto e, portanto, renuncia à busca da origem e do destino do universo e das causas dos fenômenos, passando a se preocupar em descobrir as leis que os regem e as relações invariáveis de sucessão entre eles; esse empreendimento é possível graças ao bom uso do raciocínio e da observação. (ANDERY *et. al*, 1994)

Dois princípios básicos norteiam essa corrente filosófica: a ordem, segundo o qual as mudanças devem ser ordeiras e obedecer a um contínuo, sem transformações bruscas e sem saltos; e o progresso, as mudanças que ocorrem no desenvolvimento histórico levam a uma melhora de uma maneira linear e cumulativa. De acordo com esses princípios, então, o desenvolvimento histórico segue uma ordem de fases sucessivas, para atingir, indubitavelmente, uma melhora, contexto em que resta ao homem aguardar esse desenvolvimento respeitando sua ordem e o seu tempo natural. (ANDERY *et. al*, 1994)

De acordo com o positivismo o conhecimento científico é o conhecimento real, útil, preciso e certo, é o conhecimento que o homem deve buscar para conhecer a ordem da natureza e para também nela intervir em favor de seus interesses; esse conhecimento é real porque ele parte do real, dos fatos como eles são, importando apenas a observação dos fatos e a relação entre eles estabelecida pelo raciocínio, descobrir quais métodos devem ser utilizados

para chegar ao conhecimento do que é real. Descartam-se os aspectos subjetivos que permeiam esses métodos ou que permitem o sujeito obter o conhecimento. (ANDERY *et. al*, 1994)

Observaremos mais adiante que a concepção dominante sobre a loucura em nossa sociedade, a qual é disseminada pelos manuais de psiquiatria está baseada nessa estrutura de pensamento, acarretando importantes reflexos na organização das políticas de saúde mental, no que se refere, por exemplo, à separação das pessoas que podem ser atendidas em um determinado dispositivo ou das que possuem direitos a benefícios sociais se dá de acordo com o diagnóstico estabelecido pela Classificação Internacional de Doenças (CID).

Comte dizia que a filosofia positiva deveria ser aplicada em todos os ramos da ciência, uma vez que, para ele, o conhecimento científico é um conhecimento certo, em que não se admite elucidações e conjecturas, e sempre com um grau de precisão. Importante ressaltar que, apesar de afirmar que esse conhecimento é certo, afirma também que ele é relativo, devido ao fato de que sempre vai estar limitado às possibilidades sensoriais do homem e de que, pela sua utilidade, esse conhecimento está em constante desenvolvimento, permitindo uma maior utilização dele pelo homem e uma melhor descrição dos fatos, ainda que não seja possível abranger tudo o que existe. (ANDERY *et. al*, 1994)

Essa introdução foi necessária para dizer que nesse contexto a psiquiatria surgiu como um campo de saber e de práticas inaugurados por Pinel no século XIX, o qual, pela primeira vez, atribuiu à loucura o estatuto de um quadro clínico, de uma patologia. Começaremos por aí as considerações sobre o diagnóstico da psicose que, como veremos, passou por diversas mudanças desde a psiquiatria clássica até a psicanálise, passando é claro, pelas descrições dos manuais trazidos pela psiquiatria moderna.

De acordo com Barreto (2015) a psiquiatria clássica compreende o período que vai de Pinel a Clérambault (1872–1934), na escola francesa, e de Griesinger (1817–1868) a Kraepelin (1856–1925), na escola alemã; o autor destacou que essa diferença de escolas se dava apenas pela língua, pois, as concepções teóricas e epistemológicas eram iguais. No início vigoravam o método clínico, a hipótese funcionalista, a nosologia eminentemente sindrômica e o tratamento moral. Após os trabalhos de Bayle (1799–1858), que relacionaram o quadro clínico com achados anátomo-patológicos, os psiquiatras trocaram a disfunção pela lesão e priorizaram o critério evolutivo para delimitar a nosologia, perspectiva que encontrou o seu apogeu com Kraepelin.

A implantação de uma ciência da alienação mental foi uma reprodução do método classificatório adotado pela medicina geral que, por sua vez, copiou um modelo advindo das ciências naturais. De acordo com orientações de Pinel, tratava-se, então, de observar o curso natural dos distúrbios mórbidos, fazendo a descrição de seus sintomas e cuidando para que não houvesse perturbações de forças estranhas. Esse estudioso se orgulhava por ter marcado uma diferença em relação às concepções precedentes sobre alienação mental, uma vez que ele refutava elucubrações obscuras sobre o processo do adoecimento e preconizava uma observação minuciosa dos sinais da doença na ordem de seus aparecimentos, a maneira de seu desenvolvimento e de seu desaparecimento natural, limitando-se ao que a experiência poderia lhe oferecer como essencial, descartando os elementos tidos como acidentais. (CASTEL, 1978)

Apesar dos méritos de Pinel em relação ao conhecimento sobre as doenças mentais e, conseqüentemente, em relação às suas formas de tratamento, não podemos deixar de observar uma predominância do interesse em descrever os sinais aparentes da doença sem se preocupar com as possíveis causas ou suas relações com fatores orgânicos. Configurou-se assim o uso de uma racionalidade classificatória em relação às doenças mentais, cabendo ao médico o agrupamento de sintomas e a classificação, uma operação em que há claramente uma imposição da lógica conjuntista-identitária.

Desde 1820, foram lançadas duras críticas às teorias de Pinel e Esquirol, sobretudo, à noção de que a alienação mental era uma doença da alma; os críticos investiam na concepção de que a doença mental tinha sim uma ligação com o corpo e que era preciso atribuir uma preponderância em pesquisas sobre a origem da loucura. Uma das consequências práticas dessa perspectiva foi atribuir ao delírio um *status* de uma das manifestações da doença e não a natureza desta. O tratamento da loucura passaria a ser subordinado à constituição de um saber sobre o organismo e a medicina empírica dos sintomas perdeu sua credibilidade, passando-se a apostar mais na cientificidade de conhecer a sede orgânica das perturbações mentais e entender que não se pode dar remédios sem conhecer os efeitos que eles podem causar tanto na origem da doença quanto ao resto do organismo. (CASTEL, 1978)

Um pouco mais adiante, nos textos escritos pelos psiquiatras clássicos podemos encontrar uma análise detalhada das queixas dos sujeitos e uma preocupação com todo o contexto em que os sintomas se apresentavam. Esse fato é observado, por exemplo, em uma passagem de um texto de Kahlbaum *in* Alberti (1999) em que ele afirmou que:

Para minhas conferências e demonstrações junto aos leitos foi fundamental que eu me abstivesse da referência a um manual e desenvolvesse os quadros clínicos para meus ouvintes com um método clínico, sendo valoradas todas as experiências da vida de cada um dos pacientes, visando a um diagnóstico que levasse em conta todo o processo da doença. (KAHLBAUM *in* ALBERTI, 1999, pág. 17)

Para explicar melhor o que ele chamou de método clínico o autor se remeteu à clínica da medicina somática, de acordo com a qual, em uma patologia, não se estuda a doença em si, mas o homem doente em todas as suas funções vitais; nenhum fenômeno sintomático é descartado, mesmo quando de início não parece estar ligado ao órgão adoecido ou quando fisiologia normal não o explica. Da mesma forma, na psiquiatria, todos os fenômenos da vida do doente, de forma individual, devem se tornar objeto de estudo patológico, tanto no aspecto somático como no psíquico, pois, o erro de derivar todos os fenômenos de um único princípio pode ser feito tanto num contexto quanto no outro.

Esse mesmo psiquiatra conceituou um fenômeno importante e específico do quadro da catatonia, que ele denominou de verbigeração, fenômeno que se caracteriza como palavras ou frases aparentemente sem sentido ou sem relação ditas pelo doente. As palavras são retiradas da vida cotidiana, do acaso ou de um campo particular do interesse humano e são marcadas por uma repetição; o autor enfatizou que é importante diferenciá-lo dos seguintes quadros: mania da fala, que mantém um conteúdo que pode ser compreendido de acordo com o ânimo do doente; da fuga de ideias, que têm um caráter progressivo no conteúdo da fala; e da confabulação, que é diferente da verbigeração em razão de seu conteúdo fantástico produtivo. (KAHLBAUM, *in* ALBERTI, 1999, pág. 18).

Outro psiquiatra importante a ser citado foi Emil Kraepelin, que, na quarta edição de seu *Compêndio de Psiquiatria*, influenciado pelo pensamento de Kahlbaum, criou a denominação “demência precoce” para se referir ao que era chamado antes de “processos de demenciação” e que, posteriormente, Eugen Bleuler definiu como esquizofrenia. Um detalhe importante dessa conceituação é que, para esse autor, havia a ideia de que era o estado terminal da doença que caracterizava o estado mórbido, por isso, na sexta edição de seu compêndio, a demência precoce foi inserida no grupo dos processos demenciais. Esse estado terminal, porém, poderia ser previsto desde a sua origem. (QUINET *in* ALBERTI, 1999)

Kraepelin (1899) afirmava que sob o nome de demência precoce era possível englobar uma série de quadros clínicos que apresentavam como prognóstico um estado de enfraquecimento peculiar e, como característica anatômica, graves prejuízos do córtex cerebral; do ponto de vista clínico, o autor diferenciou três tipos de quadros dentro da

demência precoce, sendo eles a hebefrênica, a catatônica e a paranoide. De acordo com esse autor, havia uma grande variação nos estados da demência precoce, de modo que a observação superficial tem dificuldades de conhecer sua correlação intrínseca, porém, sempre nos deparamos com distúrbios básicos de maneira mais frequente, que se sobrepõem à fenomenologia acidental e passageira. Em geral, os doentes se dão conta do que acontece ao redor deles sem maiores problemas, o que significa que, exceto em estados de estupor ou de forte angústia, a orientação desses pacientes se mostra preservada, apesar de poder ser influenciada por formações delirantes. Mesmo que a orientação sofra influência do delírio, não podemos dizer que há problemas na orientação, mas sim que o pensamento delirante tem uma força muito maior do que a percepção, trazendo também prejuízos significativos na capacidade de juízo crítico. (*in* ALBERTI, 1999).

Por outro lado, é comum observar graves distúrbios da atenção, mesmo quando conseguimos apreendê-la de forma passageira. É muito difícil a permanência longa em um mesmo assunto; falta-lhes o interesse de dirigir a atenção para os acontecimentos do ambiente a partir de um movimento voluntário, por mais que percebam o que acontece em torno deles, pois, não há interesse em apreender e compreender tais acontecimentos. Outra alteração percebida, de certa forma associada ao prejuízo da atenção é a do curso do pensamento, trazendo distração, incoerência entre as palavras, passagens repentinas de um assunto para outro, imissão de formas supérfluas de discurso, perde de coerência na fala e formações de palavras novas ou neologismos. (KRAEPELIN *in* ALBERTI, 1999).

Saltam aos olhos profundas alterações na afetividade e na volição, que constituem um dos traços fundamentais de todo o processo da doença e se apresentam como uma indiferença e um desinteresse para com aqueles com os quais convivem afetivamente, para com as atividades ou profissões que exercem, bem como para com o lazer ou o prazer. Além das perturbações psíquicas, percebe-se também perturbação no campo corporal como desmaios ou contrações musculares epileptiformes na face ou nos braços, que não raramente aparecem como sinais do início da doença. Dentre as alterações descritas por Kraepelin, é interessante notar que os delírios e as alucinações, tão enfatizados pelas descrições modernas feitas pela Organização Mundial de Saúde e pelo sistema norte-americano, são enquadrados como sintomas secundários, assim como os automatismos gestuais e as crises depressivas ou de excitação. (*in* ALBERTI, 1999).

Em 1911, mesmo ano em que Freud publicou o caso Schreber, Bleuler publicou sua monografia “Demência Precoce ou o Grupo das Esquizofrenias”, que foi escrita em 1908, e

que levou ao abandono do termo demência precoce e ao prevalecimento da denominação esquizofrenia. Uma característica importante desse psiquiatra foi ter introduzido a causalidade psíquica na psiquiatria, pois, todos aqueles fenômenos que, para os autores precedentes, tinham uma relação com o acaso ou com uma lesão, como as perturbações no fluxo e no conteúdo dos pensamentos, as perturbações da afetividade e da volição, os delírios e as alucinações, passaram a ser resultados de um movimento psicológico específico. (BERCHERIE, 1980 *apud* QUINET, *in* ALBERTI, 1999)

A mudança do nome da doença não foi só uma mudança de palavra, uma vez que marcava uma diferenciação de concepção sobre o quadro clínico. Bleuler não concordava com a ideia de que esses casos caminhavam sempre para uma demenciação e utilizou o termo, que poderia ser traduzido por “mente cindida”, por considerar que a dissociação ou a cisão das funções psíquicas, a *esquize* do sujeito em relação à realidade é uma das mais importantes características desse quadro nosológico. (QUINET *in* ALBERTI, 1999)

Para Bleuler, na esquizofrenia, todo funcionamento psíquico está sujeito a uma dispersão, ao desaparecimento de um ordenamento, que deixa o sujeito exposto a um estado análogo ao da associação livre. Encontramos nesse ponto uma analogia com a teoria psicanalítica de Freud, que nos propôs que esse ordenamento das representações é mantido por um encadeamento de significantes, pelo que Lacan chamou, posteriormente, de significante-mestre (S_1) cuja ausência dá origem a uma desagregação psíquica catastrófica. (QUINET, *in* ALBERTI, 1999)

As principais alterações da esquizofrenia para esse autor foram sintetizadas no que ficou conhecido como os quatro “A” bleulerianos, sendo: os distúrbios da associação, da afetividade, autismo e ambivalência. O primeiro é considerado o mais importante e traz uma relação com a ideia da psicanálise de que a linguagem é estruturante do psiquismo, pois, tomando de empréstimo os mecanismos descritos por Freud como deslocamento e condensação para falar da falta de coesão entre palavras de uma frase, interrupção do pensamento, o descarrilhamento das ideias do sujeito e a formação de neologismos, tanto na construção de novas palavras como na capacidade de tomar um conceito por outro. (QUINET, *in* ALBERTI, 1999)

A perturbação da afetividade, assim como era para Kraepelin, é considerada outro sinal importante da doença, sendo apresentada como uma rigidez afetiva, uma indiferença em relação às pessoas e às coisas, associando-se também a uma abolia, uma falta de perseverança da vontade, apontada pela psicanálise como uma abolição do desejo. Em seguida, o autismo,

caracteriza-se por um mundo particular criado pelo sujeito; para Bleuler, não há um total rompimento com a realidade, mas o sujeito vive dois mundos, o autista e o das relações com os outros seres humanos, podendo em certos momentos, haver a prevalência de um sobre o outro. (QUINET, *in* ALBERTI, 1999)

Por fim, a ambivalência é destacada como a capacidade do sujeito de manifestar dois sentimentos opostos ao mesmo tempo, rir e chorar, amar e odiar um objeto com a mesma intensidade, ao mesmo tempo querer comer e se recusar a comer. A psicanálise lacaniana falou desse fenômeno também o correlacionando com a estruturação do psiquismo pela linguagem, pois, no neurótico, há uma afirmação primordial instaurada pela entrada do significante-mestre, sobre a qual a negação pode se fazer existir; sem esse significante, um não ou um sim não tem uma consistência, os significantes se equivalem, sem uma hierarquia ou oposição entre eles, resultando em uma ambivalência. (QUINET, *in* ALBERTI, 1999)

No final dos anos de 1970 observou-se um cenário de mudanças que não significou desaparecimento total de antigos dispositivos, mas que é uma ruptura com uma época dominada pela psiquiatria clássica e pela psicanálise. Essas mudanças foram impulsionadas por concepções ideológicas que permitiram um retorno forte da “objetividade” e do positivismo, promovendo uma banalização da especificidade psiquiátrica, das instituições e de técnicas da psiquiatria no bojo da medicina geral, bem como autorizando uma dissociação do diagnóstico e do tratamento. (CASTEL, 1987)

Desde a sua origem a psiquiatria foi imersa em uma dissociação em relação à medicina geral, pois, no início do século XIX, em que houve uma imposição da medicina científica moderna, o alienismo buscou na medicina do século XVIII o modelo para sua nosografia e abordagem prática. Um dos motivos para isso ter ocorrido é a especificidade do seu objeto, uma vez que, tendo ou não bases orgânicas, as doenças mentais se apresentam com uma desorganização no convívio social, cabendo ao psiquiatra a função de conter essas perturbações. Essa especialidade ficou estabelecida então menos como uma medicina orgânica do que como uma medicina social. (CASTEL, 1987)

O grande sonho do positivismo era transformar a psiquiatria em uma especialidade “verdadeiramente” médica, marcada pela cientificidade, limpar as particularidades da prática e da formação que encerravam a psiquiatria em um gueto em relação às outras especialidades médicas. A concretização desse fato foi possibilitada pelo desenvolvimento de pesquisas acerca das alterações bioquímicas das doenças mentais e, conseqüentemente, da elaboração dos medicamentos que comprovaram reduzir os sintomas de quadros depressivos e psicóticos.

outras pesquisas promovidas no campo biológico foram as que pretendiam estabelecer a hereditariedade como fator determinante dessas doenças. (CASTEL, 1987)

Como já foi exposto em capítulos anteriores, não podemos deixar de destacar os interesses econômicos e ideológicos dessas pesquisas, uma vez que, mesmo que esses resultados sejam válidos, dão à hereditariedade e ao aspecto biológico o estatuto de predisposições, cuja ação deve ser complementada por outros fatores, sobretudo os ambientais. Os sustentadores dessa tendência ocupavam altos cargos de pesquisa nos institutos responsáveis por esse trabalho e colocaram a psicofarmacologia como prioridade por muitos anos, antes mesmo dos trabalhos sobre o câncer. (CASTEL, 1987)

O progresso da medicina mental é assim assimilado ao conhecimento das únicas condições que sejam cientificamente instrumentalizáveis. São remetidos para o esquecimento da história todos os esforços para alcançar a pessoa sofredora em sua relação problemática no sentido, na linguagem, no simbolismo e outras. Para o objetivismo médico, a psiquiatria, especialidade médica como outra, se deixou distanciar por causa desses investimentos ideológicos (quer dizer, psicanalíticos e/ou políticos), mas atualmente está retomando seu atraso graças aos progressos do pensamento científico. (CASTEL, 1987, p. 95)

É o positivismo livre para visar à eficácia, para seguir a lógica do capital. Em vez da pesquisa de uma totalidade crítica, buscando ir além do episódio patológico, estabelecendo relações com uma história individual e um contexto social, percebe-se uma nova perspectiva, a qual não vai muito além da soma de diversos pontos de vistas sobre o homem, dos diferentes saberes positivos que o recortam; a singularidade humana é suprimida em favor de uma generalização calcada em aspectos biológicos. Consolidando essa vertente positivista encontramos atualmente – a partir da década de 1980 - os manuais de classificações como os principais norteadores para diagnosticar os chamados transtornos mentais. Neste trabalho iremos nos ater à Classificação Internacional das Doenças em seu décimo volume (CID-10) e ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), que são os mais utilizados atualmente.

Vemos que a CID-10, que foi elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no início da década de 1990, não teve como objetivo uma discussão teórica e conceitual sobre os transtornos mentais, mas sim fazer uma descrição dos aspectos clínicos principais e de aspectos associados importantes. A distinção entre neurose e psicose, que existia na CID-9, foi suprimida nessa versão, pois, optou-se por agrupar os transtornos em categorias de acordo com temas comuns ou as semelhanças descritivas; o termo “psicótico”, porém, foi mantido,

mas aparece apenas para indicar a presença de sintomas como alucinações, delírios, excitação e hiperatividade intensas, retardo psicomotor significativo ou catatonia, não se atendo a aspectos dinâmicos da subjetividade do sujeito. (OMS, 1993)

Neste manual as psicoses estão descritas como esquizofrenias e seus subtipos (paranoide, catatônica, hebefrênica, indiferenciada, residual, simples, não especificada, outra esquizofrenia e depressão pós-esquizofrênica), transtornos esquizotípicos, transtornos delirantes e persistentes, transtornos psicóticos agudos e transitórios, transtorno delirante induzido, transtornos esquizoafetivos, outros transtornos psicóticos não orgânicos e psicose não orgânica não especificada. (OMS, 1993)

Um detalhe que ressalta, ao mesmo tempo, a insuficiência de um diagnóstico baseado apenas em critérios classificatórios e a importância da avaliação mais complexa proposta pela psicanálise, é o fato de o próprio manual afirmar a impossibilidade de saber se os sintomas pródrômicos – que são aqueles que podem aparecer antes de um quadro de esquizofrenia ser desencadeado, como isolamento social, irritabilidade, sintomas obsessivos, humor deprimido, ansiedade - são realmente de um quadro inicial de esquizofrenia ou de outros quadros clínicos possíveis. Restringindo-se à identificação de sintomas, o clínico pode se confundir no diagnóstico e, conseqüentemente, no tratamento, uma vez que o presente manual afirma que, por não haver informações sistematizadas sobre os sintomas acima citados, eles não podem ser considerados como critérios diagnósticos.

Começando pela esquizofrenia, observa-se que esse é o principal transtorno psicótico e deve ser diagnosticado somente se aparecer um sintoma explicitamente, ou a partir de dois sintomas, de forma menos clara, pela maior parte do tempo durante um mês, dos seguintes descritos a seguir: a) eco, inserção, roubo ou irradiação do pensamento; b) delírios ou percepções delirantes relacionados ao corpo ou aos movimentos dos membros; c) vozes alucinatórias em geral ou especificamente discutindo sobre aspectos relacionados ao indivíduo; d) delírios persistentes e que são culturalmente inapropriados ou impossíveis; e) alucinações persistentes de qualquer modalidade; f) alterações no curso do pensamento resultando em discurso incoerente ou irrelevante ou neologismos; g) comportamento catatônico, podendo ser mutismo, flexibilidade cêrea, excitação, negativismo, estupor ou posturas inadequadas; h) sintomas negativos que claramente não são em decorrência de depressão ou de efeito colateral de medicação, tais como, embotamento afetivo, pobreza do discurso, redução intensa do desempenho social. (OMS, 1993)

Alguns detalhes são importantes de serem enfatizados. O primeiro é que, essa contagem de um mês serve para esses sintomas descritos acima, mesmo que, olhando retrospectivamente, perceber que sintomas pródrômicos estavam presentes há semanas ou meses. O segundo detalhe é que um diagnóstico de esquizofrenia não pode ser estabelecido se junto com os sintomas psicóticos houver a presença de alterações do humor, como depressão ou episódio de mania, pois, nesse caso, a menos que se tenha certeza de que os sintomas esquizofrênicos apareceram antes, deve ser dado o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo. Por último, a esquizofrenia não pode ser diagnosticada na presença de doença cerebral ou de um quadro de intoxicação ou abstinência de drogas. (OMS,1993)

Falando dos subtipos da esquizofrenia, o primeiro a ser apresentado é a esquizofrenia paranoide, que é o mais comum de se encontrar e se caracteriza pela presença de delírios paranoides relativamente estáveis (perseguição, referência, ascendência importante, missão especial, ciúmes ou alterações corporais), geralmente acompanhados de alucinações auditivas (vozes autoritárias ou ameaçadoras, risos ou sons inespecíficos), ou até mesmo de outras esferas, como olfativas, gustativas, de sensações corporais em geral. Nesse subtipo, alucinações visuais, perturbações do afeto ou do discurso e sintomas catatônicos podem aparecer, mas não são proeminentes. (OMS, 1993)

A esquizofrenia hebefrênica deve ser diagnosticada pela primeira vez em adolescentes ou em adultos jovens – geralmente costuma aparecer em indivíduos que tenham entre 15 e 25 anos – e se caracteriza por uma eminência nas perturbações do afeto (embotamento e superficialidade), da volição (perda de objetivos e da determinação) e do curso do pensamento (desorganização do pensamento, divagações e frases reiteradas que dificultam a compreensão do discurso). Também é comum a presença de comportamentos irresponsáveis ou imprevisíveis, risos descontextualizados e maneirismos. Nesse subtipo os delírios e as alucinações podem aparecer, mas não são proeminentes, geralmente se apresentando fragmentários e sem uma estruturação. (OMS, 1993)

Em seguida vem a esquizofrenia catatônica, a qual tem sua identidade marcada por perturbações psicomotoras que podem variar entre a hipercinesia e o estupor e entre a obediência automática e um acentuado negativismo. Como perturbações psicomotoras podem, eventualmente, aparecer em outros subtipos da esquizofrenia, a esquizofrenia catatônica deve ser diagnosticada apenas na presença de um ou mais dos seguintes comportamentos: estupor ou mutismo; excitação; postura física inadequada; negativismo; rigidez de posturas físicas;

flexibilidade c rea, que é a manutenção de membros conforme ordens impostas externamente; obediência automática e perseveração de palavras ou frases. (OMS, 1993)

A esquizofrenia indiferenciada é uma categoria com sintomas que satisfazem os critérios para esquizofrenia, mas não se encaixa em nenhum dos subtipos descritos acima, ou apresentam características comuns a mais de um subtipo sem poder definir um em particular. Para estabelecer esse diagnóstico a depressão pós-esquizofrênica e a esquizofrenia residual também devem ser excluídas. A depressão pós-esquizofrênica é um quadro depressivo, muitas vezes extenso e prolongado, que aparece após uma doença esquizofrênica.   difícil determinar se esse quadro depressivo   uma reação psicológica   resolução dos sintomas psicóticos ou se   uma extensão da esquizofrenia, aparecendo como uma decorrência dos sintomas negativos da esquizofrenia ou das medicações neurolépticas. No entanto, essa diferenciação é irrelevante para o diagnóstico; o importante é compreender que é um quadro mais intenso e mais duradouro do que os critérios para diagnosticar um episódio depressivo grave, e que sintomas da esquizofrenia ainda podem estar presentes. (OMS, 1993)

J  a esquizofrenia residual é um subtipo que deve atender aos seguintes critérios diagnósticos: proeminência dos sintomas negativos da esquizofrenia; evidência de que, no passado, houve a manifestação de pelo menos um episódio de esquizofrenia bem definido; um período de pelo menos um ano em que a intensidade dos sintomas esquizofrênicos foi mínima ou substancialmente reduzida. Nesse quadro os comprometimentos negativos não são melhores explicados por demência, doença cerebral orgânica, depressão cr nica ou pelo longo período em que foi institucionalizado em um hospital psiquiátrico. (OMS, 1993)

Por último o manual nos traz como subtipo desse transtorno psicótico a esquizofrenia simples, que é uma categoria em que os sintomas negativos se desenvolvem sem a precedência de sintomas francamente psicóticos, como delírios e alucinação, ainda que eles possam estar presentes não claramente. É marcado por um desenvolvimento insidioso e progressivo dos sintomas negativos, levando ao isolamento social, perda de interesse marcante e   incapacidade de atender exigências sociais. Para estabelecer esse diagnóstico de forma confiável é preciso descartar a possibilidade de uma esquizofrenia residual, ou seja, se os sintomas negativos que se intensificaram não foram precedidos por pelo menos um episódio de esquizofrenia no passado. (OMS, 1993)

Indo agora para os outros transtornos psicóticos, o manual aborda primeiro o transtorno esquizot pico, que é qualificado como um transtorno com perturbações semelhantes a da esquizofrenia, mas que não se enquadra definitivamente nos critérios desta. As

perturbações comuns de aparecer aqui são: distúrbios do afeto; pobreza nas relações interpessoais, comportamentos excêntricos e estranhos; pensamentos mágicos ou crenças estranhas, não compatíveis com a cultura e que influenciam os comportamentos do indivíduo. Aparecem ainda suspeita ou ideias paranoides; ruminações obsessivas sem resistências internas; alterações em experiências perceptivas; alterações sutis no conteúdo e curso do pensamento e do discurso; episódios quase psicóticos eventuais e transitórios. Para definição desse diagnóstico três ou quatro desses sintomas devem estar presentes por pelo menos dois anos e devem-se descartar os diagnósticos de esquizofrenia e de transtornos de personalidade esquizoide e paranoide. (OMS, 1993)

Os transtornos delirantes persistentes são quadros clínicos caracterizados exclusivamente – ou predominantemente - pela presença de delírios prolongados (por pelo menos três meses) e não explicados por fatores culturais, transtornos orgânicos, esquizofrenia ou transtornos afetivos. O quarto transtorno é chamado de transtornos psicóticos agudos e transitórios, que são fenômenos psicóticos com início agudo (dentro de duas semanas) e a presença de fator estressor agudo associado. Para confirmar esse diagnóstico devem ser descartados o diagnóstico de episódio maníaco ou depressivo, outro transtorno psicótico ou doenças orgânicas que possam ser a causa dos sintomas psicóticos. (OMS, 1993)

Há também os transtornos delirantes induzidos, nos quais, duas ou mais pessoas, que mantém relações íntimas, partilham de um delírio (raramente acompanhado de alucinações induzidas), sendo que apenas uma pessoa apresenta um transtorno psicótico genuíno; esse fenômeno não pode ser explicado por aspectos culturais. Na sequência aparecem os transtornos esquizoafetivos, que têm como principais características a presença simultânea – ou quase simultânea - e proeminente de sintomas esquizofrênicos e afetivos no mesmo episódio da doença; essa classificação deve ser aplicada somente quando os sintomas não possibilitam um diagnóstico de esquizofrenia, de episódio depressivo e nem de episódio maníaco. (OMS, 1993)

Para finalizar o livro aponta mais duas categorias de transtornos psicóticos, que são: outros transtornos psicóticos não orgânicos, assim chamados por abarcarem sintomas psicóticos que não satisfazem os critérios para esquizofrenia, os outros transtornos psicóticos descritos acima e nem para tipos psicóticos de transtornos de humor; e psicose não orgânica não especificada, sobre a qual o manual não fornece descrições. (OMS 1993)

Já no DSM-IV, que é um manual produzido pela Associação Psiquiátrica Americana, as psicoses estão na parte de “Esquizofrenias e outros transtornos psicóticos”, que engloba a

esquizofrenia e seus subtipos (paranoide, indiferenciada, desorganizada, catatônica e residual), transtorno esquizofreniforme, transtorno esquizoafetivo, transtorno delirante, transtorno psicótico breve, transtorno psicótico induzido, transtorno psicótico devido a uma condição clínica geral, transtorno psicótico devido ao uso de substâncias e transtorno psicótico não especificado. (DSM IV-TR, 2002)

De acordo com este manual, a esquizofrenia é uma perturbação com duração mínima de seis meses, incluindo, no mínimo, um mês de sintomas de fase ativa, a qual é caracterizada pela presença de dois ou mais dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento significativamente desorganizado ou catatônico e sintomas negativos, como embotamento afetivo e prejuízos na volição. Além desses, outros critérios diagnósticos são que esses sinais e sintomas estejam associados com acentuada disfunção social e ocupacional; não se expliquem por outros quadros clínicos e nem pelo uso de substâncias psicoativas. (DSM IV-TR, 2002)

Importante destacar que os sintomas de esquizofrenia envolvem uma série de disfunções cognitivas e emocionais que acometem a percepção, a linguagem, a comunicação, o raciocínio lógico, o afeto, o controle dos comportamentos, o curso e a coerência dos pensamentos, a volição e a atenção. Essa constelação de sintomas deve estar associada a prejuízos funcionais e ocupacionais, sem eleger um sintoma isolado como patognomônico desse transtorno mental. (DSM IV-TR, 2002)

Os subtipos da esquizofrenia são: Paranoide, cuja característica principal é a presença de delírios ou alucinações auditivas proeminentes num contexto de relativa preservação do funcionamento cognitivo, do afeto e do comportamento; desorganizado, que tem como característica em destaque a desorganização do discurso – que pode vir acompanhada de risos imotivados - e do comportamento, o embotamento ou inadequação afetiva e a não proeminência de delírios e alucinações estruturados. Tem ainda a esquizofrenia catatônica, cuja especificidade é uma acentuada perturbação psicomotora, que pode aparecer como imobilidade motora, atividade motora excessiva, extremo negativismo, mutismo, peculiaridade dos movimentos voluntários, ecolalia ou ecopraxia. (DSM IV-TR, 2002)

Os dois últimos subtipos são: indiferenciado, caracterizado por uma esquizofrenia expressa pelos sintomas típicos como delírios, alucinações, discurso e comportamento desorganizado e sintomas negativos, mas não se enquadra em nenhum dos três subtipos anteriores; e o residual, que é marcado pela ocorrência de pelo menos um episódio de esquizofrenia e, no quadro clínico atual, o indivíduo não apresenta nenhum sintoma psicótico

positivo de forma proeminente, ainda que sintomas psicóticos positivos ou negativos possam se fazer presentes de forma atenuada. (DSM IV-TR, 2002)

Além da esquizofrenia o manual traz outros transtornos englobados no conjunto das psicoses. O primeiro deles é o transtorno esquizofreniforme, que apresenta características diagnósticas idênticas às da esquizofrenia, sendo diferente somente porque a duração total da doença é apenas de um mês (inferior aos seis meses da esquizofrenia), e não é exigida a presença de prejuízos funcionais e ocupacionais, embora possam aparecer. Em seguida apresenta o transtorno esquizoafetivo, que tem como característica essencial um período ininterrupto da doença, no qual, em algum momento, existe, de forma substancial, um episódio depressivo maior, maníaco ou misto. Além disso, ocorrem delírios ou alucinações por duas semanas, na ausência de sintomas proeminentes de humor. Esses sinais não devem estar relacionados com o uso de substâncias psicoativas ou com uma condição clínica geral. (DSM IV-TR, 2002)

O terceiro transtorno psicótico diferente da esquizofrenia é trazido como transtorno delirante, o qual deve ser diagnosticado quando houver a presença de um ou mais delírios não bizarros persistindo por pelo menos um mês, sem que os critérios para esquizofrenia sejam satisfeitos. Esses delírios podem ser dos tipos erotomaníacos, persecutórios, ciumentos, grandiosos, somáticos, com uma mistura de temas ou, até mesmo, sem um tema específico. O transtorno psicótico breve é outro tipo de transtorno psicótico; nele percebemos aparecimento súbito de pelo menos um sintoma psicótico positivo (delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico). Essa perturbação dura, no mínimo, um dia, e não pode passar de um mês; as características dessa perturbação não satisfazem os critérios diagnósticos para outros transtornos psicóticos e nem podem ser mais bem explicadas pela relação com a ação de substâncias psicoativas ou uma condição clínica geral. (DSM IV-TR, 2002)

Na sequência temos o transtorno psicótico induzido ou *folie à deux*, no qual o indivíduo desenvolve um delírio devido ao fato de estar se relacionando estreitamente com outro indivíduo que apresenta claramente um transtorno psicótico com delírios proeminentes; o indivíduo afetado pela pessoa francamente psicótica compartilha das crenças dessa de forma total ou parcial. Tal situação não é associada a uma condição média geral e nem ao uso de substâncias psicoativas, não sendo também melhor explicada por outro transtorno psicótico. (DSM IV-TR, 2002)

Por fim, vem a classificação dos transtornos psicóticos devido a uma condição médica geral, em que os sintomas psicóticos estão claramente relacionados com uma condição médica geral comprovada e não são melhor explicados por outros transtornos psicóticos e nem pelo uso de substâncias psicoativas. A classe dos transtornos psicóticos induzidos por substâncias tem uma definição semelhante da classe anterior, com a diferença de que os delírios ou alucinações estão diretamente ligados ao uso de substâncias (como drogas de abuso, medicamentos ou exposição a agentes tóxicos); neste caso, os sintomas não estão relacionados com uma condição médica geral e nem pode se enquadrar nos critérios diagnósticos para os demais transtornos psicóticos. (DSM IV-TR, 2002)

A perspectiva epistemológica adotada neste trabalho reserva algumas críticas ao pensamento positivista, às quais irão refletir, necessariamente, na maneira como a ciência moderna se apropriou da questão da loucura e em alguns aspectos das Políticas de Saúde Mental brasileiras estão estruturadas. Castoriadis (1987) destacou que a época contemporânea – incerta de tudo – gosta de afirmar como uma de suas principais certezas a questão do saber científico. Porém, é necessário retomar as interrogações teóricas e filosóficas deste pretensão saber, uma vez que ele também está ligado a destruições irreparáveis, como as ocorridas, em apenas poucos séculos, no equilíbrio de uma biosfera de bilhões de anos; os acontecimentos em Hiroshima e Nagasaki e, mais recentemente, podemos citar o rompimento das barragens de uma mineradora no estado de Minas Gerais, sem que a natureza, o valor, o modo de produção e os produtos da ciência moderna sejam colocados em questionamento, concebendo-os como dogmas nada diferentes das crenças religiosas que ela tanto combateu anos atrás.

Um primeiro aspecto a ser apresentado é que é impossível considerar o processo do desenvolvimento histórico da ciência como uma acumulação, um melhoramento linear em que os novos conhecimentos adquiridos deixam intactos os conhecimentos que já existiam. Esse processo é marcado por uma série de rupturas, as quais abrem espaço para uma porção de questionamentos, tais como: o que é que em cada momento social-histórico constitui o fundamento do conhecimento científico aceito? Quais os fatores que em cada momento conduzem à ruptura? Qual a relação entre as etapas distinguidas e os conhecimentos sucessivamente produzidos? (CASTORIADIS, 1987)

É evidente que essas interrogações tratam da essência do conhecimento, da sua historicidade e da natureza de seu objeto. Por isso mesmo, observamos que, frequentemente, elas são ignoradas, causando uma pulverização no fazer teórico dos homens e de seu objeto,

criando um contexto em que o mundo pode – e deve – ser analisado, descrito e explicado conforme os métodos da física clássica. Nossa tarefa, no entanto, é construir uma ponte entre essa concepção e uma perspectiva que considere os questionamentos sobre a organização e o conteúdo da ciência em cada etapa, pois, se eles não forem postas, não estaremos fazendo uma verdadeira ciência. (CASTORIADIS, 1987)

Dessa noção decorre o fato de que não é possível aceitar a ideia - imposta pelo positivismo lógico – de que há uma demarcação rígida entre ciência e filosofia, separação que talvez possa ser válida apenas para dados empíricos do mais baixo nível, pois, quando se estabelece como critério de cientificidade de uma teoria a possibilidade de que ela seja eventualmente rejeitada por uma experiência, desconsidera-se a complexidade filosófica que há por trás dos termos experiência e rejeição. (CASTORIADIS, 1987)

Uma teoria científica digna desse nome jamais é puramente rejeitada por um dado da experiência, pelo simples fato de que as experiências que são alvos das teorias científicas não têm a capacidade de ser totalmente determinadas e unívocas em si, como o positivismo supunha ingenuamente. Apesar de não poder se privar do mundo empírico, esse mundo se apresenta já sob um quadro conceitual, passa por uma interpretação a partir de uma determinada teoria, o que é bem diferente de achar que os fatos existem em si e as teorias são aplicadas a eles para sabermos se elas são verdadeiras ou falsas. (CASTORIADIS, 1987)

Reafirmando os equívocos causados pela proposição de Galileu, tentam-se aplicar nos domínios da antropologia, da sociologia e da psicologia, por simples deslocamentos de formalizações que, aparentemente, tiveram êxitos em outras áreas do conhecimento, como na física e na matemática, sem levar em conta sequer os problemas que essas formalizações já provocam em suas áreas de origem. É inconcebível pensar, por exemplo, que a matemática poderia nos fornecer as bases para o amplo conhecimento do que diz respeito ao cérebro, ao psíquico e ao social-histórico, uma vez que, apesar de todo fazer social necessitar de aspectos da lógica conjuntista-identitária, é um erro supor que essa lógica esgota todas as possibilidades de existência e de acontecimento do que é da ordem do humano, do psíquico e do social. (CASTORIADIS, 1987)

Aulagnier (1979), sobre o discurso da ciência positivista e do sagrado, apontou-nos que a primeira característica desse discurso é a de que ele comporta sempre enunciados que falam a origem do modelo, sendo que tal origem implica uma definição de qual deveria ser a finalidade para que tende o modelo. Se o modelo da origem carrega o modelo da finalidade à qual ele se propõe, decorre que qualquer mudança na finalidade visada acarreta mudança na

origem do modelo. Dessa maneira, apesar das diferenças entre esses discursos, é possível identificar os seguintes traços comuns entre eles: ambos visam a preservar uma certeza sobre a origem; a idealização de um saber que permitiria uma ação sobre o desenrolar de uma suposta evolução; há uma voz originária que enuncia o eternamente verdadeiro; permitem ao Eu que repita um discurso que lhe outorga o direito de reivindicar o reconhecimento de sua verdade pelo grupo e de excluir quem ficar contra. “Os enunciados do fundamento sob a égide do sagrado mostram, claramente, o que o discurso da ciência vela, para preservá-lo”. (pág. 148)

A lógica conjuntista-identitária, que permeia toda a construção da ciência moderna, é uma lógica que estabelece categorias universais e que toma o universal como uma forte determinação do que existe. Nesse sentido, ela se esfacela quando se depara com o social-histórico e com o psíquico, fato que é percebido simplesmente se pararmos para refletir sobre os seguintes fatos: as diferenças entre o que é instituído nas diversas sociedades; a capacidade de o inconsciente ser uma instância que admite a coexistência de contraditórios; e até as lógicas diversas que podemos encontrar nos conteúdos das representações conscientes cotidianas. Por conseguinte, devemos delimitar muito bem a lógica conídica e irmos além dela, elaborando uma nova maneira de pensar o que se refere a essas áreas do conhecimento; essa nova forma de pensar não pretende superar a lógica conjuntista, nem contê-la e tampouco se adicionar a ela, mas manter com essa lógica uma relação de circularidade, de coexistência. (CASTORIADIS, 1987)

A questão do social-histórico nos ensina que pensar uma relação que pertence a esse domínio é pensá-la como ela mesma e como não pertencente a nenhum outro tipo de relação; a partir dela, podemos gerar novos pensamentos porque ela é tão originária e fundamental quanto os vários outros elementos originários e fundamentais. Não podem ser impostos a ela outros tipos de lógicas senão a que organiza ela mesma. Não podemos ainda reduzi-la a outra coisa, pois, se assim o fizermos, corremos o grande risco de imputarmos a uma área conceitos e esquemas que só possuem validade em outras. (CASTORIADIS, 1987)

Castoriadis (1987) afirmou que a ciência moderna é claramente uma instituição social da época contemporânea e, como tal, é caracterizada pelos aspectos materiais, pela organização e pelas ideias que toma desse mundo, ao mesmo tempo em que os dá a ele. Por isso, o que estamos querendo enfatizar nesse trabalho é que os conhecimentos que são produzidos pela ciência - assim como as Políticas de Saúde Mental - não podem ser analisados sem se considerar os seus fatores social-históricos, não podem ser admitidas de

uma maneira acrítica, sem levar em conta os vieses que perpassam as pesquisas e a apresentação de seus resultados no capitalismo. Os fundamentos da ciência, a sua instituição social e, mais especificamente, o que se refere a essa pesquisa, a conceituação e a categorização das doenças mentais precisam ser permanentemente interrogadas.

4.1.1 A Psicose pela Psicanálise

Para esclarecer o que estamos considerando como sujeitos psicóticos, primeiro, faz-se necessário destacar alguns apontamentos sobre como a psicanálise construiu uma ontologia do sujeito. O ponto de partida é saber que o sujeito de que se trata aqui é determinado pelo social-histórico e pelo psiquismo, sendo que este elemento também contém o inconsciente, uma instância psíquica que está em constante transformação e, mais ainda, em construção pelo próprio sujeito a partir de suas relações com os outros, com o mundo, com seus afetos, com suas pulsões, suas representações e com a linguagem.

A psicanálise elegeu como objeto de estudo o funcionamento do aparelho psíquico e a sua especificidade consiste em que, tanto para o analista como para o analisado, o saber que ela possibilita deve ser, a cada vez, encontrado. Essa particularidade a diferencia daquilo que seria, por exemplo, o saber da matemática, em que, frente a um triângulo retângulo, é possível sempre afirmar que o quadrado da hipotenusa é igual à soma dos quadrados dos catetos; Diante de um sujeito que apresenta um desejo de se analisar não é possível sustentar nenhuma regra a priori, a única coisa que sabemos é o caminho que devemos percorrer para ajudar o sujeito a chegar ao conhecimento que a psicanálise possibilita. (AULAGNIER, 1990a)

Sobre esse caminho a ser percorrido é fundamental compreender que não se deve visar à cura, a uma condição antes da doença ou a um bom estado natural da psique; o objetivo deve ser justamente o oposto, ou seja, buscar aquilo que nunca seria naturalmente possibilitado à psique, aquilo que transgride o funcionamento normal de sua estrutura. Independente do ponto de partida, se estamos falando de neurose, psicose ou perversão, o projeto da psicanálise deve sempre ser o de conduzir o sujeito, o mais longe possível, na luta contra a alienação. (AULAGNIER, 1990a)

Aulagnier (1990a), retomando as conceituações freudianas, destacou que, diferente do aparato biológico, onde pareceria um absurdo pensar em um problema de funcionamento em razão de conflitos entre as metas de dois sistemas distintos – o sistema digestivo se opondo ao

sistema respiratório, por exemplo – a principal característica do aparelho psíquico é a de ser constituído pelo conflito. Se pudéssemos ignorar a interação entre psíquico e somático – fato que é impossível -, poderíamos dizer que o destino natural do corpo é a auto-preservação e o desenvolvimento, com toda a complexidade que o conhecimento acumulado sobre anatomia e fisiologia pode nos mostrar. No que tange ao aparelho psíquico, observamos uma complexidade igualmente encantadora, porém, sua organização é marcada por funções, espaços e instâncias com metas imediatamente distintas e, não raro, opostas.

Em nossa concepção o início da vida coincide com o início do conflito, o qual persiste até a morte do sujeito. Essa antítese estrutural entre Eros e Tanatos (pulsão de vida e pulsão de morte), amor e ódio, investimento e desinvestimento é a matriz conflitual que compõe o pano de fundo sobre o qual acontece toda a vida psíquica. Toda nova função e toda instância resultam de um trabalho de separação nunca linear e pacífico, e assim acontece quando: o ego se diferencia do id e tenta lutar contra as estratégias expansionistas desse último; quando o superego, que resulta do complexo de Édipo, se distingue das instâncias das quais interiorizou as injunções para formar os ideais, que ele almeja ser autônomos, com o risco de entrar em embate com essas mesmas instâncias. Até mesmo dentro de uma única instância o conflito se faz presente, como, por exemplo, a luta entre princípio do prazer e princípio da realidade. (AULAGNIER, 1990a)

Abordando o inconsciente, principal objeto de estudo da psicanálise, em uma rápida passagem sobre a sua dinâmica, é importante lembrar que Freud construiu seu conhecimento sobre esse construto percebendo que os sintomas neuróticos têm um sentido, ou seja, têm uma conexão com a vida de quem os produz. Corroborando a compreensão de que há no psiquismo um conflito inerente. Freud (1915-1917/1996) mostrou-nos isso fazendo uma análise da neurose obsessiva, a qual:

(...) manifesta-se no fato de o paciente se ocupar de pensamentos em que realmente não está interessado, de estar cômico de impulsos dentro de si mesmo que lhe parecem muito estranhos e de ser compelido a ações cuja realização não há satisfação alguma, mas lhe é totalmente impossível omitir. (pág.266)

A partir das experiências de análise de seus pacientes, o autor atentou-se para o fato de que a existência dos sintomas está ligada a uma situação passada da vida do sujeito e, assim como os delírios, gritam acerca da constituição psíquica dele. Assim, através de seus sintomas ou das consequências deste, os sujeitos são marcados por um determinado período de sua

vida, característica que está por trás das neuroses. Segundo Freud (1915-1917/1996) os sujeitos são afetados por situações traumáticas infantis e repetem regularmente tais situações em seus sonhos, em seus sintomas e em suas relações. Por isso o termo traumático está intimamente ligado com um sentido econômico, pois, durante certo período de tempo, tal experiência provoca um acréscimo de energia que provoca intensas perturbações psíquicas devido à dificuldade de ser manejada e elaborada.

O sintoma emerge, então, de processos interrompidos, que de alguma forma foram perturbados e obrigados a se manterem inconscientes; quando esse processo de troca puder ser invertido, o objetivo do tratamento das neuroses será alcançado.

Ideias obsessivas e impulsos obsessivos naturalmente não são em si mesmos inconscientes, algo mais do que a realização de atos obsessivos escapa à percepção consciente. Não se teriam tornado sintomas, se não tivessem forçado o caminho à consciência. Mas seus motivos predeterminantes que inferimos por meio da análise, as conexões em que o inserimos, pela interpretação são inconscientes, pelo menos enquanto não o tivermos tornado consciente para o paciente, através do trabalho da análise. (Freud, 1915-1917/1996 pág.286).

Relacionar um sintoma inconsciente a sua causa consciente não é uma tarefa fácil por vários motivos, dentre os quais, os principais são os fenômenos da resistência e de repressão. Freud (1915-1917/1996) afirmou que a resistência pode aparecer de diversas formas, desde as mais sutis às mais denunciadoras e, por isso, detectá-las é uma tarefa difícil. Esse fenômeno representa um interessante paradoxo, pois, ao mesmo tempo em que só aparece quando o analisante está se aproximando do núcleo do seu sintoma, ele se apresenta para nós como uma barreira para chegarmos a tal núcleo.

Entre os fenômenos inconscientes e os que se tornam conscientes encontra-se uma censura chamada repressão ou recalque, a qual, de uma maneira geral, constitui-se como uma força que impede que algo referente a uma situação traumática passe do sistema inconsciente para vir à tona no sistema consciente, a despeito da existência do movimento oposto – o material inconsciente esforçar-se para se tornar consciente. O sintoma surge, então, como substituto de algo que foi afastado pela repressão e, uma das ações mais comuns em favor dela é a repetição, cuja existência visa a impedir a recordação e a elaboração do material recalcado.

Freud (1915-1917/1996) considerou como causa principal dos sintomas – mais especificamente das neuroses – a sexualidade, em seu sentido mais amplo, sobretudo, dando grande ênfase à sexualidade infantil, que surge ligada à satisfação das principais necessidades

orgânicas e se comporta, no início, de maneira auto-erótica, isto é, procura seus objetos no próprio corpo. Com esse conceito de sexualidade, há um rompimento com a relação direta que existia entre esse aspecto da vida com a reprodução da espécie; o autor ratificou que a criança já possui sexualidade, desde o autoerotismo e do ato de sugar o leite materno.

Quanto ao desenvolvimento da libido, devemos ter em mente que a vida sexual não emerge como algo pronto e nem tem seu desenvolvimento ulterior ditado pelo seu próprio aspecto inicial, mas passa por uma série de vicissitudes. Nesse ponto podemos inserir conceituações formuladas por Piera Aulagnier (1990a), que em muitos pontos, coincidiram com a epistemologia freudiana - e lançaram interrogações a esta – para explicar como se dá o desenvolvimento do psiquismo, trabalho para o qual, o conceito de representação é fundamental, pois, a partir dele, a autora ampliou o modelo de aparelho psíquico descrito por Freud.

Antes de abordar os pontos referentes à representação é importante expor o que essa autora considerou como o inconsciente. Para ela, o Eu se constitui pelo conjunto das posições e enunciados identificatórios, nos quais ele se reconheceu e esses enunciados poderão ser mantidos ou rejeitados. O efeito do projeto identificatório é, ao mesmo tempo, oferecer ao Eu uma imagem na qual ele se projeta e preservar na memória os enunciados passados, que não deixam de ser uma referência materializada enquanto relato. Por outro lado, há partes do enunciado que são excluídas do Eu, com o objetivo de que essa instância possa funcionar adequadamente de acordo com o projeto.

Essas partes dos enunciados excluídas pelo Eu permanecem inconscientes para ele, ou seja, o que representa o Eu inconsciente é a ação repressora por ele exercida e que leva à repressão de uma parte de sua estória, isto é, os enunciados tornados contraditórios a um relato que ele reconstrói incessantemente e os enunciados que exigiram uma posição libidinal recusada ou considerada proibida por ele. Emerge, então, uma clivagem entre o Eu, como saber identificatório inteligível através dos enunciados adequados às leis do discurso, e uma parte do conjunto dos enunciados que representam momentos da estória libidinal do Eu; é essa última parte, que pela ação repressora do Eu, forma o seu inconsciente. (AULAGNIER, 1990a)

Aulagnier (2007) colocou à prova as explicações sobre a psique que privilegiam alguns elementos em detrimentos de outros e, partindo dessa crítica, iniciou a elaboração de sua teoria. Começou conceituando o que denominou de atividade de representação, afirmando que poderíamos comparar esse processo com o trabalho de metabolização característico do

mundo orgânico, em que, ou se repele um elemento heterogêneo à estrutura celular, ou se transforma esse elemento em algo homogêneo e o absorve a tal estrutura. Na psique a diferença está no fato de que o elemento absorvido não é um corpo físico, mas sim informações marcadas por uma carga libidinal. Esses elementos que se apresentam em forma de informações podem se referir tanto a objetos cuja contribuição é necessária para o funcionamento do sistema, quanto àqueles que se impõem ao sistema não tendo como serem ignorados; podem vir tanto do campo somático do sujeito quanto do mundo externo, sendo metabolizadas pelo psiquismo em representações.

Esse modelo de aparelho psíquico traz consigo a hipótese de que o psiquismo se constitui pelo conjunto de três modos de funcionamento ou de processos de metabolização, sendo eles: o processo originário, no qual se produz a representação pictográfica ou o pictograma; o processo primário, onde se originam as representações fantasmáticas ou as fantasias; e o processo secundário, onde se formam as representações ideativas ou o enunciado. Os espaços originários, primários e secundários são, respectivamente, os “lugares” hipotéticos em que essas atividades de representações se desenvolvem. Por fim, as instâncias que produzem essas representações são: o representante, o fantasiante e o enunciante - ou o Eu - respectivamente. (AULAGNIER, 2007)

Esses processos não estão presentes desde o início no psiquismo, eles se constituem sucessivamente a partir das necessidades de conhecer o mundo exterior, apresentadas pelo Eu. A diferença temporal entre eles não é algo que possa ser mensurada e, sabe-se que o surgimento de um novo processo - por exemplo, o primário - não apaga a existência do anterior, que seria o originário. Os três processos, uma vez constituídos, continuam operando em espaços diferentes até o fim da vida e, cada processo impõe sua estrutura aos objetos para poder representá-los. (AULAGNIER, 2007)

Para explicar o que seria cada um desses processos é preciso primeiro saber que essa autora compartilhou com Freud o entendimento de que o Eu, enquanto unidade, não está formado já no nascimento da criança, ele precisa ser constituído na relação que a criança estabelece com o outro. Começando pelo processo originário, ele foi caracterizado como um processo inaugural do psiquismo, um modo arcaico de funcionamento; sua aparição se dá nos primeiros encontros da criança com a mãe - ou quem quer que exerça essa função. Esse encontro acontece, por exemplo, na relação boca-seio, em que a boca, enquanto aparato sensorial, é estimulada pelo seio (objeto externo), formando uma ligação indissociável, podendo causar prazer ou desprazer, gerando um pictograma ou uma representação

pictográfica. Segundo a autora, o postulado que caracterizaria esse processo seria o do auto-engendramento. “Todo o existente é auto-engendrado pela atividade do sistema que o representa”. (AULAGNIER, 2007, pág. 27)

Aulagnier (1990b) destacou que o pictograma, assim como as fantasias, é a representação de um ato, de um objetivo pulsional se realizando, a alucinação de uma satisfação. Essa é uma alucinação concomitante da presença do objeto e de um ato fonte de prazer erógeno. Importante enfatizar que essa analogia demonstra que pictograma e fantasias são capacidades criativas do sujeito ou do Eu e, portanto, não são estáticos, mas estão sempre em movimento. Para explicar a sua definição de atividade pictográfica.

Aulagnier (1979) retomou a definição freudiana de pulsão, afirmando que uma coincide com a outra ponto a ponto, devido à inseparabilidade entre excitação dos estímulos corporais e atividade do aparelho psíquico, sendo a representação pictográfica a manifestação de uma ligação e de uma heterogeneidade entre vivência corporal e afeto psíquico e da coextensividade entre afeto, desejo e representação, fazendo-a imprescindível para a existência psíquica de um objeto. Em nossa concepção o originário se constitui como uma capacidade de criação, que se repete indefinidamente ao longo de toda existência, implicando uma interação incessante e enigmática entre o fundo representativo sobre o qual funciona todo sujeito e as funções orgânicas.

O Eu tem como principal finalidade forjar uma imagem do mundo que o cerca que seja coerente com sua própria estrutura, enfatizando que o termo estrutura aqui nos remete a uma organização e não a uma composição fechada. Por isso dizemos que, para o sujeito, a realidade nada mais é do que o conjunto de definições sobre elas formuladas pela cultura, e a representação dessa realidade é a representação da relação entre os elementos que ocupam o espaço do sujeito e a representação da relação entre esses elementos e o próprio Eu. Ainda sobre as representações podemos afirmar que toda atividade representativa implica uma vivência de prazer – ou de investimento – pois, o investimento da atividade de representação é a condição necessária para que exista a vida. Pode-se dizer que esta é a mínima condição, o prazer mínimo para que exista vida psíquica, atividade representativa e, conseqüentemente, representantes psíquicos do mundo. (AULAGNIER, 1979)

A primeira representação que a criança faz de si mesma se dá pelo estabelecimento da relação dos efeitos que são resultados do duplo encontro, com o corpo e com as produções psíquicas da mãe. Aqui as únicas qualidades sobre as quais o processo originário pode ser informado diz respeito à qualidade prazer e desprazer do afeto, a qual se fará presente nesse

encontro. A necessidade imposta à atividade psíquica de ter que reconhecer dois outros aspectos particulares do objeto, que são o seu caráter de extra-territorialidade e a propriedade de significação, possibilitarão o estabelecimento dos processos primário e secundário.

A noção da separação entre o eu e o outro, entre dois corpos e entre dois espaços psíquicos, reconhecimento imposto pela experiência de ausência e de retorno, que rompe com o que era auto engendramento, dará visibilidade ao processo primário, representação que é, ao mesmo tempo, reconhecimento e negação dessa separação. Essa conjunção de opostos se dá porque, ainda que a criança seja obrigada a reconhecer que o seio é um objeto separado do próprio corpo e que a sua posse não é assegurada, ela se nega a aceitar que isso é um efeito do seu próprio desejo, já que é insuportável para o processo primário reconhecer que há um desejo carente de poder. Assim, a criança concebe essa separação como sendo fruto do desejo do Outro, justificando o postulado desse processo, que é: “Todo existente é um efeito da onipotência do desejo do Outro”. (AULAGNIER, 1979, pág. 30)

Esse reconhecimento possibilita ao sujeito uma interpretação que exige que tudo o que for vivenciado possa encontrar sua causa na intencionalidade de um desejo inicialmente localizado como desejo do Outro em relação a ele. O postulado do processo primário traz, então, duas consequências fundamentais: uma que diz respeito à possibilidade de dar uma interpretação ao mundo; e a outra que é a de causar desprazer, o qual, pode se transformar em uma vivência de prazer na medida em que o sujeito se assegura de estar de acordo com o desejo do Outro, já que “a existência do desejo do Outro é, para a psique, o que o conceito de Deus é para o sistema teológico”. (AULAGNIER, 1979, pág. 75)

Colocando às claras o que foi dito em parágrafos acima em relação à permanência do processo de representação anterior quando surge o posterior, Aulagnier (2007) nos mostrou que, desde o início, o processo primário apresenta protótipos do processo secundário, sem os quais, não haveria possibilidade da psique ter acesso ao que se transformará na terceira representação de sua relação com o mundo. Esses elementos prototípicos do processo secundário são a realidade, o Eu, a castração e o Édipo. Em outras palavras, a constatação da existência e do poder dos desejos é para a atividade fantasmática o que possibilitará o reconhecimento da realidade e, a partir daí, elaborar uma situação em que a psique se perceba também como desejante e não mais como efeito passivo de um outro, momento em que ela se confrontará com as categorias que fundam a ordem do humano, que são o interdito, a culpabilidade, a inveja e o desejo de domínio. (AULAGNIER, 1979).

Para compreender o que a autora chamou de realidade é preciso fixar a atenção na diferença entre o desejo da mãe (em geral o primeiro representante do Outro) e o desejo da criança, o que é um primeiro corte sofrido pelo princípio do prazer e, com certeza, o mais difícil de ser superado, pois, a existência do desejo do Outro é para a psique o ponto nodal e o postulado a partir do qual pode se instaurar todo o seu funcionamento. Se por real considerarmos o incognoscível de uma coisa em si, devemos saber que o que o primário e a psicose remodelam não é o real, mas a realidade do e pelo discurso do Outro. A certeza da existência e do poder do desejo embutido nesse discurso constitui uma necessidade lógica para a atividade da fantasia e o único caminho possível para a emergência desse Outro, dos outros, da realidade e, mais tarde, da noção de que o sujeito não é só passivo diante do desejo do Outro, mas também é alguém que deseja. (AULAGNIER, 2007)

O reconhecimento de que a relação entre os elementos que ocupam o espaço exterior é instituída pela relação entre as significações que o discurso confere a esses elementos não é metabolizável pelo processo primário, servindo para a inauguração do processo secundário. O qual permite uma atribuição de sentido ao mundo. O processo secundário, terceiro momento do desenvolvimento do psiquismo da criança, surge na aproximação dela com uma série de acontecimentos sociais, formando, então, o que a autora chamou de representações ideativas ou enunciado, onde os desenvolvimentos da linguagem e do pensamento aparecem como elementos primordiais. O espaço secundário é a sede da atividade do Eu, pois, o processo secundário e o Eu possuem uma relação de criação recíproca com o discurso. (AULAGNIER, 2007)

O discurso impõe um corte entre o representado e o enunciado; possibilita a expressão do que, sem o recurso das palavras, era indizível, permitindo a emergência de um enunciante. O início da compreensão e da apropriação da linguagem obriga o sujeito a estabelecer relações com o afeto sentido, o qual, enquanto era só afeto, era inapreensível; devido a esses enunciados linguísticos que nomeiam os afetos, transformando-os em sentimento, aparecem na cena psíquica os enunciados identificatórios, o que quer dizer que os signos linguísticos vão identificar os afetos ao que o discurso cultural define como tal e que o sujeito é conduzido a aceitar como prova da verdade do enunciado o que o discurso cultural instaura, como por exemplo: ser louco é ver objetos que outras pessoas não estão vendo e guiar seus comportamentos em razão deles. (AULAGNIER, 1979)

Os modelos de realidade que cada cultura fornece são diferentes, ocorrendo o mesmo com as referências identificatórias do Eu. Por outro lado, pode ser visto como universal a

relação que se deve estabelecer entre o Eu e o modelo que o discurso cultural lhe propõe, pois, esse último, tem como função propor ao Eu critérios de verificação que lhe possibilitem assegurar-se de um ponto de certeza imprescindível para que o sujeito possa assumir o questionamento e a dúvida como inerentes ao discurso. Sem esse ponto, observamos um sujeito apavorado diante de qualquer questionamento radical de sua verificação. (AULAGNIER, 1990a)

(...) não está ao alcance da atividade reflexiva prescindir da referência a um modelo que jamais pode ser autônomo sem se tornar autista, e que deve se oferecer ao Eu como instrumento que lhe permita verificar a pertinência desses enunciados. O modelo de realidade psíquica, que é a construção genial de Freud, se define por aquilo que o diferencia de um modelo de realidade que Freud encontra e aceita, não por ingenuidade ou conformismo, mas porque reconhece nele a *ananké*⁶ à qual a atividade do processo secundário está submetida. Nenhum sujeito pode escapar dessa *ananké* sem cair do lado da loucura. (AULAGNIER, 1990a, pág. 246)

Em outras palavras, quando o processo secundário catexiza o discurso apreendido e imposto, cujo porta-voz deve ser o mediador, faz retornar sobre a cena psíquica os seus enunciados. Esses enunciados devem ser pensados, duvidados e reanalisados pelo Eu, processos dos quais ele não tem como se esquivar e que formam o tributo pago por essa instância pela possibilidade de se tornar um sujeito que compartilha os elementos da cultura. O postulado que marca esse processo é o seguinte: Todo existente tem uma causa inteligível, tornada acessível pelo discurso. (AULAGNIER, 2007)

O termo “porta-voz” refere-se a uma função atribuída ao discurso da mãe na estruturação da psique da criança; foi escolhido tanto pelo sentido literal do termo, pois, é a voz da mãe que o bebê deve o fato de ter sido incluído em um discurso que comenta, prediz e acolhe suas manifestações, como pelo sentido de delegado, de representante de uma ordem exterior cujo discurso nuncia ao bebê suas leis e suas exigências. (AULAGNIER, 1979)

Nessa relação entre a criança e a mãe – lembrando que o termo mãe está sendo abordado aqui num sentido amplo – surge também um elemento fundamental trazido por Aulagnier que é a noção de que a oferta vem antes da demanda, o seio se apresenta para a boca da criança antes que ela o busque, assim como o discurso da mãe, carregado de sentido, invade a criança antes que ela tenha condições de abranger tais significações. Esse processo

⁶ No grego, *Ananké* se refere a uma personificação da inevitabilidade, da necessidade; nesse contexto, o termo está relacionado mais especificamente à concepção freudiana de um veredito imposto pela realidade de que é impossível a equivalência entre o mundo e as representações fantasmáticas que o sujeito faz daquele.

traz uma atribuição primordial a essa mãe, a de ser a porta-voz, tanto no sentido de portar a voz e levar a linguagem até a criança, como no sentido de ser o primeiro representante da cultura. Esse porta-voz instaura o que a autora denominou de violência primária, que é uma violência necessária imposta ao psiquismo, a partir do outro, em prol da constituição do Eu da criança. (AULAGNIER, 2007)

É possível acrescentar que uma das características mais marcantes e mais frustrantes da demanda que a mãe dirige à criança, dessa antecipação conceituada como violência primária, é a de fazê-la supor que a mãe espera dela uma resposta que ela ainda não pode dar, a qual será, portanto, decepcionante, assim como todo pedido da mãe é vivenciado como a prova de uma frustração que a mãe quer lhe impor. O dizer e o fazer maternos sempre vêm antes do conhecimento que o bebê pode ter; esse déficit é ainda maior no domínio do sentido, uma vez que, como anunciado em linhas acima, a mãe é um ser falante, que descarrega sobre o bebê um fluxo portador e criador de sentido sem que ele tenha capacidade de reconhecer tais significações. (AULAGNIER, 1979)

A violência primária assegura o alcance de seus objetivos unindo o desejo de um com a necessidade do outro, constituindo uma relação indissociável entre três registros fundamentais, que são a necessidade o desejo e a demanda, uma vez que o desejo de quem a exerce camufla-se como o objeto de desejo demandado pelo bebê, o que faz com que essa violência aconteça de maneira despercebida, manifestando-se, essencialmente, pela oferta de significação e colocando em jogo a normalidade do funcionamento do Eu da criança. No primeiro momento, que é o encontro entre boca e seio, representado pelo originário, afeto e cultura são o tempero responsável pelo gosto do leite que o bebê ingere. (AULAGNIER, 1979)

O efeito antecipador da resposta materna está presente desde o início; o efeito antecipador de sua palavra e do sentido que ela veicula, deverá ser, posteriormente, apreendido pela criança. Antes de qualquer análise do que se passa nos dois espaços psíquicos, esclarecemos que, separar de um lado os fatores próprios ao representante e do outro, os que pertencem ao enunciante (mãe), é uma necessidade didática, mas na realidade a interação é constante. O esquecimento disto pode levar a uma biologização do desenvolvimento psíquico ou, ao contrário, a uma teoria da cadeia significante que não considera o papel do corpo e os modelos somáticos por ele fornecidos. Para que o psiquismo infantil entre em ação, é preciso que ao seu trabalho se acrescente o da função de prótese do psiquismo materno, comparável à prótese que representa o seio enquanto extensão do próprio corpo, objeto cuja junção com a boca é, não só uma necessidade vital, como também objeto de um prazer erógeno indispensável para o funcionamento psíquico. (AULAGNIER, 1979, pág. 38–39)

Essa violência é, então, o resultado da diferença entre a psique da mãe, que já sofreu as influências do recalque e do processo secundário, e a psique do bebê. Essa ação é necessária, é um tributo pago pela atividade psíquica para ter acesso a um modo de organização que se constituirá em detrimento do prazer e em favor da formação da instância futura denominada Eu. É no registro dessa violência primária que nos situaremos para definir o que designa o conjunto das condições necessárias e indispensáveis para que a vida psíquica e física possa atingir e preservar um limite de autonomia, abaixo do qual a vida só se mantém as expensas de uma dependência ou heteronomia absoluta. (AULAGNIER, 1979)

Como é um dos conceitos centrais abordados por essa pesquisa, é importante deixar claro que, no que se refere à vida psíquica, o momento em que se pode consolidar a aquisição de certa autonomia do pensamento e do comportamento coincide com o declínio do complexo de Édipo e com a repressão. Por isso, existe um limite abaixo do qual o Eu se percebe impossibilitado de adquirir, no registro da significação, o grau de autonomia indispensável para que ele se aproprie da atividade de pensar, atividade que permite uma relação entre sujeitos, fundada na linguagem e no saber sobre a significação, em relação aos quais se reconhecem direitos iguais. (AULAGNIER, 1979)

Segundo Aulagnier (1999), se esse limite não for atingido, observamos a prevalência da vontade e da decisão de um terceiro – sujeito ou instituição – e a expropriação do direito de existir, podendo o sujeito funcionar somente se no exterior houver um Outro real, que lhe sirva de prótese. Essa relação se manifesta de forma evidente na psicose, fato que nos possibilita interrogar se o conceito de autonomia pode ser relacionado a um sujeito psicótico da maneira como as Políticas de Saúde Mental fazem, desconsiderando as especificidades dessa estrutura clínica, preocupando-se em inseri-los na dinâmica de uma sociedade neoliberal onde impera a máxima competitividade e o dilaceramento dos vínculos sociais, sem compreender que para esses sujeitos – muito mais do eu para os outros – é fundamental a existência de um Outro real que o sustente.

É próprio do Eu, ao invés de simplesmente esperar que o façam ser, ter que advir em uma situação em que o conflito nunca estará ausente, uma vez que, seja na sua relação com um outro, com os outros ou com áreas de seu próprio psiquismo, o estado de paz é apenas transitório. Nesse sentido, a autonomia também deve ser obtida como uma conquista do Eu, como o resultado de uma luta que opõe o desejo de autonomia da criança e a força do desejo materno em relação ao sujeito; uma das expressões dessa autonomia é a liberdade de pensamento e a liberdade de poder manter uma parte deles em segredo, não por vergonha ou

por culpa, mas simplesmente por confirmar ao sujeito o seu direito a uma autonomia psíquica cuja preservação lhe é vital. (AULAGNIER, 1990b)

Desde que o Eu surge na cena psíquica ele passa a ter que pensar o seu corpo, seu estatuto de desejante, a realidade que lhe faz exigências que devem ser aceitas de maneira a protegê-las de qualquer risco de desinvestimento definitivo, opondo-se a tudo o que possa ameaçar de desaparecimento suas representações psíquicas, sem as quais, para ele, não existiriam nem corpo, nem realidade e nem objeto. Se uma única dessas representações desaparecesse de sua cena, observaríamos um Eu privado dessas referências identificatórias necessárias para que ele possa reconhecer e faça reconhecer pelo outro sua qualidade de existente. (AULAGNIER, 1990b)

De acordo com Aulagnier (1990b), nesse processo de constituição do Eu, outro fator indispensável para o alcance do limiar de autonomia exigido para o seu funcionamento e também necessário para o processo identificatório é que o discurso do meio ofereça ao sujeito um saber sobre a origem, o que é fundamental para que ele constitua uma historicidade, não ficando assim, totalmente dependente de um saber materno ou paterno – ou de um outro real - como garantia exaustiva e suficiente de seu passado. Se na psicose há o prejuízo na capacidade de manter um pensamento em segredo, de responder ao sofrimento de um lugar minimamente seguro e de portar um discurso cultural que sustente o seu saber sobre a historicidade sem amparo de um outro que funcione como prótese, voltamos a interrogar, que tipo de autonomia é possível para esses sujeitos?

Partindo agora para as concepções de Castoriadis (1987) em relação à psicanálise, observamos que o autor marcou muito claramente um contraponto entre os pressupostos dessa área do conhecimento e os da ciência moderna e positiva. Os fundamentos da referida ciência encontram-se na produção de fenômenos por meio da experimentação e da observação, o que constitui os seus resultados como verificáveis e acessíveis. Já a psicanálise, só pode funcionar escapando às regras comuns da experimentação e da verificação, apesar de seu objeto também ser observável, como os sonhos, os lapsos, as angústias, a loucura, enfim, tudo o que se refere aos homens. Como falar em comprovação científica da psicanálise se, despejar o nosso conhecimento teórico sobre o analisando, não têm efeito algum, uma vez que essa comprovação só pode se dar na relação analítica, por meio da transferência que, por sua vez, é uma não verdade?

Não se trata aqui de explicar uma afirmação vazia de que a verdade se encontra nas determinações do inconsciente, mas sim de romper com a ideia falaciosa de que os dados da

consciência são verdades absolutas, basta aceitar que o número um é diferente do número zero e está resolvido o problema. Não quer dizer que na consciência não haja dados importantes, mas que as certezas mais absolutas devem ser alvo de questionamento e que uma resposta afirmativa não pode conformar o psicanalista, como tampouco uma negativa deve ser imediatamente descartada. “Para os “cientistas” as evidências estão no centro e as interrogações na fronteira. Para o profissional da psicanálise é o inverso”. (CASTORIADIS, 1987, pág. 34)

Outra peculiaridade da psicanálise é que a sua prática não é uma simples formulação teórica em relação ao seu objeto, mas é fazer com que esse objeto fale e se coloque, afinal, em seus estudos, Freud encontrou um sentido no que os médicos de sua época caracterizavam como desorganizações patológicas; esse sentido era constituidor do sujeito que apresentava tal quebra em relação ao funcionamento normal. O que isso significa senão que a psicanálise tem como foco o sujeito, mesmo onde ele se apaga, mesmo onde ele não é, em geral, visto como tal? A revolução aqui se faz presente porque a lógica segundo a qual a razão está do lado do médico e a falta da razão está do lado do doente é rompida, fazendo emergir a noção de que no psiquismo existem outras lógicas. (CASTORIADIS, 1987)

As intervenções psicanalíticas e a própria análise em si, devem ser compreendidas como uma relação entre um sujeito e outro sujeito, não como uma relação entre um sujeito e um objeto, como preconiza a medicina calcada em seu tecnicismo. O objetivo desse processo não pode ser outro que não a auto-transformação do sujeito por meio de uma atividade prático-*poiética* (de criação). Para atingir esse objetivo entendemos que não é possível uma formalização, do sentido e das significações, como tenta fazer a ciência moderna e o estruturalismo. O melhor caminho para se chegar ao sujeito é compreender suas representações singulares, as quais, não estão separadas das significações imaginárias sociais. (CASTORIADIS, 1987)

Nesse ponto insere-se uma crítica de Castoriadis (1987) às concepções estruturalistas da psicanálise – como a desenvolvida por Jaques Lacan, pois, aquele autor afirmou que o que está em questão é que as significações não podem ser seguímentadas, exauridas por uma estrutura; as significações não constituem uma estrutura de conjuntos bem definidos e delimitados. É próprio do inconsciente, que é formado por representações, ignorar a lógica comum e não se submeter à lógica conídica. Na representação encontra-se um momento de criação, a partir do nada – processo que é irreduzível a toda combinatória e formalização. (CASTORIADIS, 1987)

Fica clara a impossibilidade de se caracterizar a psicanálise como ciência positiva; quem tentar enquadrá-la no discurso da cientificidade não vai alcançar nenhum objetivo senão o soterramento da psicanálise. Mas isso não a invalida como área de conhecimento e, tampouco como um projeto político, pois, aquilo que não se submete ao cálculo, ao matematizável, permite uma maior elaboração pelo pensamento e a construção de elucidações. A teorização elaborada pela psicanálise surge dos eternos e constantemente renovados problemas que lhe aparecem, para os quais, ela não se atreve a dar respostas diretas e objetivas. (CASTORIADIS, 1987)

Castoriadis (1982) trouxe a nós a compreensão de que a psique, assim como o social-histórico, instâncias inseparáveis, não pode ser apreendida corretamente pela lógica conjuntista-identitária, uma vez que, ratificando o pensamento de Freud, o inconsciente é um lugar onde o tempo identitário é ignorado, as contradições não se anulam, seu material essencial são as representações; e, aliás, não podemos nem chamá-lo de um lugar, já que um lugar implica ordem e distinção. O inconsciente só pode ser entendido como um fluxo indissociável de representações, afetos e intenções e se o vislumbrarmos por meio de outra lógica.

Um conceito fundamental instaurado por esse autor foi a noção de mônoda psíquica, que se caracteriza como o primeiro estado do sujeito. Nesse momento a criança só refere-se a si mesmo, sem haver uma distinção entre ela e o resto do mundo; um estado de puro prazer em que o seio materno ou seu substituto faz parte, sem ser parte distinta daquilo que será depois o corpo. O autor afirmou que é um momento que é mais bem caracterizado pelo termo autismo, sugerido por Bleuler, do que por narcisismo primário, “já que o narcisismo liga-se a uma libido fixada sobre si com exclusão de todo o resto, quando se trata aqui de inclusão totalitária”. (CASTORIADIS, 1982, pág. 337).

Como o sujeito nasce inserido em um meio social, há uma imposição do social-histórico sobre ele; uma imposição de se relacionar com os outros e com o mundo, a qual promove uma série de rupturas – apoiadas também pelas necessidades - a esse estado monádico construindo o indivíduo social, não de uma forma passiva, mas o sujeito constrói aí sua psicogênese e sua sociogênese por meio de seu trabalho e de sua criatividade. O resultado desse processo é uma coexistência de um âmbito privado e um âmbito público nesse indivíduo social, que são indissociáveis.

Importante enfatizar que, segundo Castoriadis (1982), só na minoria dos casos, o sujeito pode não sair desse estado de completo fechamento, recusar as instituições sociais que

o afeta, e morrer, como é o caso da anorexia infantil. O que faz essa separação ocorrer é um grande enigma; a ruptura da mônada psíquica é certamente apoiada pela necessidade biológica, mas esta é só um apoio e somente ela não é suficiente para que isso ocorra. Aulagnier (1989) fez uma afirmação que complementa a ideia exposta acima, pois, de acordo com essa autora, a exigência da presença de um outro junto ao bebê não se justifica somente pelas necessidades das funções vitais que devem ser atendidas e que o bebê não consegue suprir de maneira autônoma; as necessidades psíquicas exigem igualmente respostas, sem as quais o bebê - apesar de sua pouca idade - pode perfeitamente decidir recusar a vida.

A realidade, materializada pelas necessidades do corpo, pelas necessidades narcisistas e pelas condições do meio físico e psíquico que o bebê vai encontrar no meio em que está inserido, mostrando-se distinta da representação pictográfica que o desejo forjava dela, exigirá que se reconheça a sua existência fora da psique. Porém, essas exigências poderiam ser recusadas pelo bebê se as consequências dessa recusa não se manifestassem rapidamente por meio de uma experiência de sofrimento que desmente a onipotência da fantasia, fazendo com que o bebê renuncie à satisfação alucinada, exigindo que o princípio da realidade promova uma nova organização; prova de sofrimento e prova de realidade nascem juntos na atividade psíquica, sofrimento que é ao mesmo tempo risco e necessário para a evolução do Eu. (AULAGNIER, 1990b)

À ruptura da mônada o sujeito responde reconstituindo interminavelmente, na fantasia, esse mundo primitivo e, para o autor, esse momento é o que faltará para sempre ao sujeito, o objeto que falta é a irrepresentabilidade desse momento primário, o antes da separação e da diferenciação, que a psique já não é capaz de produzir. Esse momento reinará para sempre no inconsciente, e o fará num grau diferente de toda repressão, aquilo que não pode chegar à palavra, porque seu sentido está num outro lugar perdido para sempre. “A psique é seu próprio objeto perdido”. (CASTORIADIS, 1982, pág. 339)

Outra crítica importante feita por Castoriadis a concepções psicanalíticas precedentes é em relação à noção de que o inconsciente é estruturado como linguagem. O autor, em 1982, afirmou que assimilar o inconsciente com operações da linguagem como metonímia e metáfora, por exemplo, diminui a genial descoberta de Freud, pois, no máximo, podemos dizer que as operações da linguagem tomam alguma parte das operações do inconsciente, sem, no entanto, conseguir abranger sua abundância e sua riqueza.

A realidade psíquica é feita de representações, nada pode existir para a psique que não seja sob forma de representação, e só parcial e tardiamente os processos de pensamento são

ligados a e mediatizados por representações de palavras. Dessa forma, não há pensamento sem representações, pois ao mesmo tempo em que se pensa, coloca-se em movimento representações, ou seja, figuras, esquemas e imagens de palavras.

A representação é imaginação radical. O fluxo representativo é, faz-se, como auto-alteração, emergência incessante do outro na e pela posição de imagens ou figuras, colocação em imagens que desenvolve, faz ser e atualiza constantemente o que aparece retrospectivamente à análise reflexiva, como as condições de possibilidade preexistentes: temporalização, espacialização, diferenciação e alteração. (CASTORIADIS, 1982, pág. 373)

A imaginação radical preexiste a e preside toda organização da pulsão e ela é a condição de acesso desta à existência psíquica, e não há nenhuma possibilidade de sucesso se nós procurarmos a origem da representação fora da representação, sem considerar que há um primeiro produtor de um primeiro produto, pois, não obstante a psique seja afetada por impressões exteriores e interiores, ela é, sobretudo, capaz de uma emergência de representações, “ela é um formante que só existe em e por aquilo que ele forma e como aquilo que ele forma; ela é formação e imaginação, ela é imaginação radical que faz surgir já uma “primeira” representação a partir do nada”. (CASTORIADIS, 1982, pág. 325)

Abordando mais profundamente a questão da psicose, afirmamos que, para a psicanálise, falar desse funcionamento psíquico, da neurose ou da perversão é falar de um modo particular do sujeito de se relacionar com o mundo, com a linguagem e com suas representações. No início de seus trabalhos Freud já pontuou esse aspecto da seguinte maneira:

Existem também razões diagnósticas para começar um tratamento por um período de experiência deste tipo, a durar uma ou duas semanas. Com bastante frequência, quando se vê uma neurose com sintomas histéricos ou obsessivos, que não é excessivamente acentuada e não existe há muito tempo – isto é, exatamente o tipo de caso que se consideraria apropriado para tratamento – tem-se que levar em conta a possibilidade de que ela possa ser um estágio preliminar do que é conhecido por demência precoce (“esquizofrenia”, na terminologia de Bleuler; “parafrenia”, como propus chamá-la) o que, mais cedo ou mais tarde, apresentará um quadro bem pronunciado dessa afecção. Não concordo que seja sempre possível fazer a distinção tão facilmente. (FREUD, 1895/1996, pág. 140)

A primeira vez que Freud abordou a psicose foi em seu texto denominado Rascunho H, no qual afirmou que os delírios devem ser concebidos como consequência de distúrbios afetivos, com raízes em processos psicológicos. Sendo assim, a paranoia – tal como a histeria e a neurose obsessiva – é uma forma patológica de defesa, tendo como base um abuso do mecanismo de projeção, desde que para isso o sujeito tenha uma predisposição psíquica

característica. O propósito da paranoia é rechaçar uma ideia incompatível com o ego, projetando-a para o mundo externo; dessa forma, a ideia delirante se intensifica na mesma proporção em que outra ideia penosa é rejeitada pelo ego. “Assim, essas pessoas amam seus delírios como amam a si mesmos”. (FREUD, 1895/1996, pág. 257)

Quando abordou as declarações de Schreber, em 1911, o autor destacou que uma pessoa outrora importante na vida emocional do sujeito, antes do adoecimento, pode passar a ser reconhecida pelo delírio como alguém com poderes e influências maléficas, pois, a intensidade da emoção é projetada sob a forma de poder externo e sua qualidade é transformada no oposto. A pessoa que antes era amada e honrada, agora é odiada e temida, por ser uma perseguidora do sujeito. (FREUD, 1911/1996)

Em páginas adiante o autor trabalhou o conceito de projeção trazendo-o como a característica que mais se destaca na formação do sintoma na paranoia, apesar de não ser um processo exclusivo dessa estrutura clínica, explicando que uma percepção interna é suprimida e seu conteúdo, após sofrer uma deformação, ingressa na consciência sob a forma de percepção externa. Nos delírios persecutórios, por exemplo, há uma transformação do afeto, na qual, o que deveria ter sido sentido internamente como amor é sentido externamente como ódio. (FREUD, 1911/1996)

Nesse caso Freud exemplificou a função de cura que tem a construção delirante quando descreveu que, sendo a causa ativadora da enfermidade o aparecimento de uma fantasia homossexual passiva em relação á figura de seu médico, fazendo deste um perseguidor, Schreber o substitui pela figura de Deus, pois era mais confortável para seu ego aceitar servir às exigências divinas, ajudando assim na recriação da humanidade, após a extinção da existente, do que resignar-se a desempenhar o papel de uma devassa para seu médico.

O conflito foi amenizado pelo delírio porque, por um lado, seu ego encontrava satisfação na megalomania e sua fantasia feminina avançava e tornava-se aceitável; por outro lado, o senso de realidade do sujeito tornou-se mais forte, compelindo-o a adiar a solução do presente para um futuro remoto, “contentando-se com uma realização do desejo assintótica”. “A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução. Tal reconstrução após a catástrofe é bem sucedida em maior ou menor grau, mas nunca inteiramente”. (FREUD, 1911/1996, pág. 78)

Em 1914, no texto sobre o narcisismo, Freud se ateu à situação da libido na psicose – e de certa forma retoma o exposto no parágrafo acima - afirmando que os sujeitos com essa estrutura exibem duas características essenciais, que são a megalomania e a o desvio de seus interesses do mundo externo - das coisas e das pessoas. Uma perda de interesse no mundo externo também ocorre com pacientes neuróticos, porém, nesses casos, não há um corte das suas relações eróticas com as pessoas e as coisas, o sujeito ainda as retém na fantasia. Já os parafrênicos fazem realmente uma retirada da libido do mundo externo sem substituí-las por outras na fantasia; quando elas parecem ser substituídas, constitui-se como um processo secundário, numa tentativa de recuperação, de reconduzir a libido aos objetos. A libido retirada dos objetos é investida no ego, dando origem ao narcisismo secundário e caracterizando a megalomania. (FREUD, 1914/1996)

Um ano depois, quando escreveu o texto intitulado “O Inconsciente”, o autor destacou que grande parte dos conteúdos que aparecem como conscientes na esquizofrenia, nas neuroses de transferência só revelam sua presença no inconsciente, denunciando que na psicose há uma falha no processo de recalque. Nesse mesmo texto, o autor apontou ainda a importância das alterações da linguagem nessa estrutura clínica, expondo que as palavras são banhadas por uma literalidade e estão sujeitas ao processo psíquico primário, transferindo integralmente suas catexias de umas para as outras, podendo chegar ao ponto de uma única palavra assumir a representação de toda uma cadeia de pensamento.

Se perguntarmos o que é que empresta o caráter de estranheza à formação substitutiva e ao sintoma na esquizofrenia, compreenderemos finalmente que é a predominância do que tem a ver com as palavras sobre o que tem a ver com as coisas. (...) O que dita a substituição não é a semelhança entre as coisas denotadas, mas a uniformidade das palavras empregadas para expressá-las. Onde as duas – palavras e coisas – não coincidem, a formação de substitutos na esquizofrenia diverge do que ocorre nas neuroses de transferência. (FREUD, 1915/1996, pág. 205)

A atribuição de uma importância da linguagem na estruturação do inconsciente – o que já existia em Freud - foi mais explorada por Lacan em seus seminários, baseando-se no estruturalismo da linguística de Saussure. Os distúrbios da linguagem entram, então, como uma das principais alterações da psicose, tanto que, para Lacan, o que especifica a alucinação psicótica é o fato de ela ser verbal, estar além do registro dos órgãos dos sentidos. Dentre esses distúrbios o autor destacou: os fenômenos de código, caracterizados por neologismos de forma ou de emprego; vazio de significação, em que significantes são empregados monotonamente, sem sentido algum; e a intuição, em que o vazio linguístico da significação é

substituído por uma certeza. Além dos fenômenos de código, o autor descreveu também os fenômenos de mensagem, como por exemplo, mensagens interrompidas ou alucinações de pedaços de frases. (QUINET, 2009)

Ratificando o que já mostramos anteriormente, a psiquiatria clássica já apontava para a importância de se observar os distúrbios de linguagem como um fator diagnóstico para a psicose. Krafft-Ebing, em 1897, em um texto chamado “Distúrbios da Linguagem na loucura” falou das disfrasias, que podem consistir em anomalias do ritmo, da forma e do conteúdo do discurso e na criação de termos novos; o que, segundo ele, ocorre com frequência nos paranoicos. Bleuler, quando nos trouxe, dentro dos quatro “A” da esquizofrenia, os distúrbios da associação como um dos mais importantes sinais dessa doença, onde ele afirmou que há, no esquizofrênico uma insuficiência dos conceitos, o que favorece os processos de condensação e deslocamentos no uso das palavras, fazendo referência a fenômenos como a holófrase e novamente as expressões neológicas. (QUINET, 2009)

Castoriadis (1999) em seu texto intitulado “A Construção do Mundo na psicose” destacou uma questão central, que é a de saber se na psicose trata-se de um amontoado de detritos do funcionamento psíquico, um modo deficiente desse funcionamento em relação ao funcionamento tomado como normal, ou se, ainda, a psicose pertence ao mundo do sentido. O autor respondeu a essa questão afirmando que analisar a psicose por meio do campo psicanalítico é reconhecer que esse quadro clínico pertence sim ao mundo do sentido, o que impõe duas responsabilidades a quem se aventura nesse trabalho, as quais são: dar sentido ao delírio e produzir a causalidade, ou co-determinação psíquica desses fenômenos. Entretanto, no melhor dos casos, só conseguimos cumprir com essas obrigações de maneira imperfeita, posto que as criações psíquicas da psicose são mais excêntricas que as criações oníricas ou dos sintomas neuróticos.

Castoriadis (1999), retomando algumas definições de Piera Aulagnier, ratificou a crítica a uma noção de que a psicose seria o inconsciente em sua mais pura transparência, uma regressão ou uma repetição de uma primeira fase do desenvolvimento psíquico; o autor criticou, inclusive, a teoria da forclusão do nome–do–pai, enfatizando que o delírio é uma produção psíquica altamente elaborada e que na psicose há um complexo trabalho de reinterpretação, uma criação de um novo sentido para o sujeito, que é um não-sentido para os outros. Por esse motivo afirmamos que não podemos tentar imputar, plenamente, a lógica dominante socialmente instituída, aos sujeitos psicóticos, até porque, em grande parte das situações, eles não se interessam por essa lógica instituída.

A psicose que nos importa, essencialmente, do ponto de vista psicanalítico, é a psicose onde há criação delirante – em meus termos, onde há criação e construção de um mundo próprio – que não é essencialmente redução, mutilação ou soma de fragmentos do mundo comum, mas alteração de certos princípios organizadores deste mundo, e desaparecimento ou evanescência do próprio desejo de participação nesse mundo comum. (CASTORIADIS, pág. 122, 1999)

Nota-se nessa concepção uma relação intrínseca entre o sujeito e as significações sociais, pois, na psicose há o conflito tanto entre o que faz sentido para o sujeito e o que faz sentido para o conjunto - conflito este sobre o qual, de alguma maneira, o psicótico tem uma consciência - como também um conflito entre o próprio sujeito e as suas criações, uma vez que, muitas vezes, os pensamentos delirantes lhe infligem sofrimentos. Aulagnier (1990), em relação ao conflito entre o sujeito e o grupo, afirmou que a razão, qualquer que seja o conceito que uma cultura atribui a esse termo, implica que o Eu aceite o que o saber cultural impõe como reconhecimento da realidade do mundo ou do próprio Eu, que aliás, são interdependentes.

Em páginas anteriores foi citado que toda atividade psíquica é composta indissociavelmente pela representação, desejo e afeto, porém, na psicose ocorre uma importante operação, em que o desejo é substituído por uma seca e pura intenção, uma vontade sem desejo que se pode atribuir a um outro desencarnado, como por exemplo a uma voz. Outro traço importante a ser explanado é a supressão da diferença entre o natural ou físico e o humano. O sujeito psicótico promove uma coisificação generalizada dos objetos do mundo, sobretudo de seus elementos persecutórios. (CASTORIADIS, 1999).

Piera Aulagnier (1979), por sua vez, enfatizou que é graças à psicose que podemos ter um saber sobre as vicissitudes do aparelho psíquico, pois, essa estrutura clínica coloca em dúvida o patrimônio que gostamos de nomear como certeza, fazendo-nos, de repente, perceber que este patrimônio é uma condição necessária para que nossas questões façam sentido para nós e não nos deixem em um imenso vazio. Apesar das elucidações que possamos fazer nas páginas dessa dissertação, a dívida que contraímos com o discurso do psicótico está longe de ser liquidada, uma vez que, o que esses sujeitos nos revelam não é apenas uma transparência de seu inconsciente ou um funcionamento psíquico inferior; trata-se de produções psíquicas altamente elaboradas, que tem origens diferentes das produções de sujeitos neuróticos; respondem a demandas distintas e visam a metas diferentes também.

Aulagnier *in* Katz (1991) nos mostrou que os problemas que a psicose nos coloca surgem, eminentemente, no momento em que chamou de fase oral, mais particularmente, no

processo que vai do nascimento ao confronto do ego com seu ego especular; em outras palavras, no estádio do espelho. No entanto, a autora enfatiza que esse estágio é apenas o ponto de chegada, pois, o ponto de partida deve ser buscado no que precede o nascimento do sujeito, uma vez que antes de sua emergência ele já tem uma história no discurso e no desejo de quem o gerou.

Temos aí a primeira ambiguidade fundamental que o discurso impõe ao homem; ele traz um nome escolhido em função desse lugar onde está acorrentada sua subjetividade (falo aqui do nome pelo qual ele é chamado e não do nome legal; nomeando-o, o que se designa é quem é projetado sobre ele enquanto herdeiro significante, é por essa via indireta que lhe é conferido o seu primeiro lugar no plano relacional), mas ao mesmo tempo o discurso, neste começo alienante por definição, esse mal-entendido inicial e original, é testemunha da inserção daquele que é o lugar da palavra numa cadeia significante: primeira condição a toda possibilidade para o sujeito poder, por sua vez, aí se inserir, a fim de se reconhecer outra coisa que não apenas um simples acidente biológico. (AULAGNIER *in* KATZ, 1991, pág. 54)

A análise de sujeitos psicóticos nos remete sempre à investigação do motivo pelo qual o psicótico só pode responder ao Outro, ao lugar da palavra, pela via da alienação, a qual, diferentemente da alienação do neurótico, está calcada numa falha, numa brecha real no Outro, local onde está submergido o ego do sujeito. Nesse sentido, Aulagnier atribuiu uma grande importância à relação entre mãe (no sentido amplo da palavra) e filho que, segundo ela, já existe mesmo antes do nascimento da criança, no que ela chamou de dimensão histórica maternal. (AULAGNIER *in* KATZ, 1991)

Nota-se que a autora enfatizou algumas características do funcionamento psicótico, como a percepção distorcida de seu corpo, a posição de objeto do Outro, e, sobretudo, a relação que esse sujeito estabelece com a linguagem. No que concerne à relação do psicótico com a linguagem Aulagnier enfatizou que essa se torna um instrumento ou uma soma de significantes cuja maneira de se empregar e a sua função deixam de ser de propriedade do sujeito. “(...) a potencialidade esquizofrênica pressupõe que a relação do sujeito com a linguagem permaneça mediatizada pelo poder e saber de uma instância terceira”. (AULAGNIER *in* KATZ, 1991, pág. 54)

A linguagem se apresenta para o esquizofrênico como um corpo morto porque, para ele, poder de nomeação e poder de significação se distanciaram, criando um abismo onde se perdeu o seu direito de ser, para os outros, portador de sentido; toda vez que o sujeito nomeia, o outro decide sobre o sentido do nomeado. O psicótico encontra, assim, três maneiras possíveis para lidar com a linguagem, sendo elas: a fuga pelo mutismo, tomar a palavra ao pé

da letra, onde a palavra é o equivalente da coisa, ou ainda, criando uma linguagem repleta de neologismos. (AULAGNIER *in* KATZ, 1991)

Avançando na teoria dessa autora sobre a psicose e para compreender o porquê, nessa estruturação psíquica impera a possibilidade de agir um impensado – sendo um agir considerado impensável para os outros sujeitos – nós podemos destacar que uma das características específicas da psicose é a de promover uma relação de especularização entre o espaço originário e o espaço do não eu. Como o pictograma não opera no nível da fantasia, não considera a presença de um outro além do sujeito e não tem lugar no que se refere ao processo secundário, o que implica uma não prevalência do sentido simbolizável, o Eu percebe na cena do real, de maneira predominante, uma imagem de si próprio compatível com suas representações pictográficas, fato que o impede de encontrar nessa mesma realidade referências identificatórias que o capacitariam para superar, ir além desse nível do funcionamento psíquico. As relações entre Eu–originário e Eu–mundo, e entre o Eu e o outro não são mais passíveis de diferenciação. (AULAGNIER, 1979)

Por projeto identificatório definimos a contínua autoconstrução do Eu pelo Eu amparado em suportes externos simbolizados, autoconstrução que é necessária para que o sujeito possa se projetar num movimento temporal, o qual é inseparável do acesso a uma historicidade, ambos imprescindíveis para a existência do Eu autônomo. Por esse motivo, a psicose nos permite observar as dramáticas consequências da ausência ou dos desvios dos fatores responsáveis pela organização do espaço onde o Eu pode se constituir. Importante esclarecer que a psicose não significa ausência do Eu - aliás, ela é uma produção dele – mas ela expõe que, neste caso, o Eu só pode sobreviver à custa de algumas expropriações, das quais, uma das mais visíveis é a relação do Eu com uma temporalidade marcada pela desintegração de um futuro, com a predominância de uma mesmice do que é vivenciado, condenando o Eu a uma imagem estanque de si mesmo. (AULAGNIER, 1979)

O acesso pelo Eu a um saber sobre a temporalidade é, então uma das atribuições do Eu constituído, o qual designa também uma capacidade de assumir a experiência de castração, razão pela qual a representação de um Eu futuro se caracterizará pela renúncia ao atributo de certeza, o que justamente não ocorre na psicose. A castração, sendo um acontecimento fora do registro da psicose, pode ser conceituada como a descoberta pela criança, no registro identificatório, de que ela jamais ocupou o lugar que acreditava ser dela e de que os outros investem um lugar a ser ocupado por ela, ainda não encontrado pela criança. Esse momento de confrontação da criança com o discurso do pai e, mais precisamente, com o discurso da

cultura, que possuem papel de mediação, revela que o que a criança pensava da relação entre ela e a mãe era um engano, o que promove o desmoronamento de uma série de certezas. O projeto identificatório tem a finalidade de preservar o investimento do Eu, apesar desse desmoronamento, e conduzir o sujeito da entrada na cena psíquica à dissolução do complexo de Édipo. (AULAGNIER, 1979)

A angústia de castração é o tributo que todo sujeito paga a esta instância que se chama o Eu, e sem a qual ele não poderia ser sujeito de seu discurso. Castração e identificação são as duas faces de uma mesma unidade, e uma vez o Eu constituído, a angústia ressurgirá cada vez que as referências identificatórias oscilam. Nenhuma cultura pode proteger o sujeito contra o perigo dessa oscilação, da mesma forma que nenhuma estrutura pode preservar o sujeito da experiência de angústia. (AULAGNIER, 1979, pág. 159)

O prejuízo no simbólico observado na psicose tem também como consequência a impossibilidade de lidar com conceitos de maneira universalizável, em benefício de uma concepção que leva em consideração um elemento singular, conhecido pelo sujeito, que representaria toda essa classe. Como um exemplo disso, podemos pensar que não é a classe dos pais que fornecerá elementos para o psicótico caracterizar a função paterna, mas o pai singular que esse sujeito tem (ou não tem) é que dará essa definição. O sujeito está preso à coisa material que o captura e, da mesma maneira, não pode responder do lugar de uma função de filho, a não ser pela designação que o nomeia como filho daquele casal. (AULAGNIER, 1979)

Considerando essa falha no simbólico, um traço comum à estrutura psicótica é a representação que o Eu forja de sua relação com o mundo, fundada num enunciado sobre as origens que destoa do enunciado partilhado pela maioria dos sujeitos. Nesse ponto insere-se, então, o conceito de ideia delirante, ou seja, todo enunciado que comprova que o Eu relaciona a presença de algo a uma causa contraditória à lógica segundo a qual funciona o discurso cultural, constituindo-se uma relação ininteligível para esse discurso. Chamamos de pensamento delirante primário o encontro entre o Eu e uma organização específica do meio onde o sujeito advém e do discurso que aí circula, sendo um antecedente necessário para uma futura elaboração das formas de manifestação psicótica. (AULAGNIER, 1979)

Nessa linha de raciocínio chegamos ao conceito de potencialidade psicótica, o qual pode ser considerado um sinônimo da presença do pensamento delirante primário, não se referindo a uma possibilidade latente comum a todos os sujeitos, mas a uma organização específica do aparelho psíquico, que pode não produzir nunca sintomas psicóticos expressos, mas que, sempre que é analisada de perto, observamos a presença de um pensamento delirante

primário encapsulado que, se conseguir se preservar assim, permite que o sujeito funcione de acordo com uma aparente e frágil normalidade, mas se consegue romper as barreiras dessa cápsula e invadir a psique, o sujeito passa da potencialidade para a psicose manifesta. (AULAGNIER, 1979)

Com o conceito de pensamento delirante primário podemos compreender a tamanha importância que tem o Eu para a organização psicótica, pois, longe de estar ausente, ele é o protagonista de uma reorganização da relação que ele terá que manter com os dois outros processos do funcionamento psíquico do sujeito e com os discursos do representante do Outro e da cultura. O Eu é o responsável pelo que está na base da psicose, que é a criação original de uma significação que preenche um vazio no discurso do Outro. Aqui o termo criação é imprescindível para esclarecer que não se trata da substituição de uma significação por outra por ser indesejável ou contraditória ao princípio do prazer, mas sim de uma criação que não seria possível se o enunciado do sujeito estivesse de acordo com a lógica causal própria ao discurso dos outros. (AULAGNIER, 1979)

Se o Eu não pode se deparar, no discurso, com um pensamento do qual ele possa se apropriar para estabelecer sua teorização sobre as origens, só lhe resta criar novas significações, sem as quais ele não conseguirá sustentar um espaço em que o seu funcionamento psíquico seja possível; toda vez que essas criações encontram barreiras, estão dadas as condições para o que conhecemos como passagens ao ato do sujeito psicótico (agressividade, impulsividade, tentativas de suicídio, etc.), perigo contra o qual o pensamento delirante primário está sempre pronto para defender o Eu. O pensamento delirante primário surge, assim, para reconfigurar a realidade de um escutado referente às experiências que foram realmente impostas ao sujeito, tentando reparar o abuso de poder representado pelo discurso materno. (AULAGNIER, 1979)

Nesse ponto devemos destacar que uma Política de Saúde Mental não pode visar apenas à adaptação dos sujeitos psicóticos às instituições sociais dadas; se assim for, ela promoverá obstáculos para essa criação proveniente do imaginário radical, que está sempre presente na forma do social instituinte e priorizando o instituído que, em nossa sociedade, é formado por instituições que não admitem a criação e o questionamento. Quando se ouve, por exemplo, que pessoas criativas possuem maiores possibilidades de conseguirem um espaço no mercado de trabalho, a criatividade a que eles estão se referindo não tem relação com o imaginário radical, mas sim com capacidades de criar algo dentro dos padrões estabelecidos,

deixando de ser uma criação e passando ao estatuto de uma reprodução das significações imaginárias sociais instituídas.

Em 1990, Aulagnier ratificou seu pensamento afirmando que a psicose é o resultado do fracasso que a criança frequentemente encontrou ao tentar interpor uma fantasia, entre si e uma realidade causadora de um excesso de sofrimento, para interpretar essa causalidade, quer ela esteja localizada fora do Eu, em seu psiquismo (pictogramas) ou no próprio corpo. Quanto ao sofrimento a psicanálise nos apresenta as seguintes definições: no campo do consciente, o sofrimento é a manifestação do excesso de trabalho e de conflito que representa para o Eu opor-se a um movimento de desinvestimento libidinal a expensas de um referente real e do objeto pensado; situação em que a persistência de uma necessidade corporal ou erógena apaga da cena psíquica a representação fantasística da satisfação, fazendo emergir a representação de um estado de necessidade psíquica autoengendrado e, conseqüentemente, um desprazer; Outra definição de sofrimento diz respeito a uma falha na principal atribuição do processo primário, que é a de transformar toda causa de uma experiência psíquica de prazer ou de sofrimento numa causa em conformidade com um desejo.

Esse fracasso, que se situa no período da primeira infância, em que as experiências originaram afetos de terror e de sideração não associáveis a uma causalidade que apenas o Eu do porta-voz poderia ter trazido. Confrontado a essa experiência o Eu poderá recorrer a três saídas: associar o sofrimento a um absurdo de sem causa, o que provocaria um perigo à preservação do investimento na realidade; associá-lo a uma causa auto-engendrada, ligada a sua psique, ao seu funcionamento ou a sua condição de ser vivo, colocando em risco o investimento na sua própria atividade psíquica; ou apelar a uma causa delirante, que é uma tentativa de reconstituir a realidade, exterior e psíquica, as tornando aptas ao investimento. (AULAGNIER, 1990b)

Podemos então considerar o pensamento delirante primário como, ao mesmo tempo, uma estratégia de sobrevivência do Eu e um atestado de que essa sobrevivência se dará às custas de um prejuízo de sua autonomia, já que esse pensamento cumpre com a função de se defender de uma relação excessivamente impositiva do discurso e do desejo da mãe para com a criança, imposição que é concebida por nós como um excesso de violência, um abuso de poder, que coloca o sujeito em uma posição de objeto, passivo diante do Outro, interdito a pensar, sendo lançado a uma tendência a, compulsivamente, pensar o que o outro determina. (AULAGNIER, 1979)

Esse tipo de relação entre a mãe e a criança terá reflexo na capacidade de escolha do Eu – está certo que estamos falando de uma escolha relativa, já que o leque de enunciados já está definido pela linguagem, mas ainda é escolha, posto que, em condições não patológicas, o Eu deve ter a possibilidade de privilegiar um enunciado em relação a outros, recusar alguns e substituir os enunciados que acha que deve. Para que seja possível essa escolha o Eu deve ser dotado de um mínimo de autonomia, da qual, a primeira expressão é a capacidade de pensar em segredo, não ter a interdição para um pensamento solitário, apesar de toda a condição de dependência para a satisfação de suas necessidades e a exigência de amor que a criança apresenta em relação à mãe. Descobrir que o poder de adivinhar os pensamentos do seu filho é uma ilusão é um passo fundamental para a autonomia da psique da criança. (AULAGNIER, 1979)

Diante desse excesso de violência imposto pela mãe à criança é possível que esta ganhe a disputa, consiga se afastar daquela que tenta se apropriar de seus pensamentos e encontre outros suportes identificatórios possíveis, salvando-se da potencialidade psicótica e não tendo a necessidade de recorrer aos pensamentos delirantes primários. No entanto, por outro lado, também é possível que a criança não consiga nem o recurso a esses pensamentos delirantes, resultando em um desinvestimento da instância pensante, do mundo, dos outros, um silenciamento do Eu e uma fragmentação dos pensamentos que acedem ao espaço psíquico sem a pretensão de reconstruir; essa condição é o autismo, organização psíquica na qual não nos aprofundaremos nessa pesquisa. (AULAGNIER, 1979)

De acordo com Aulagnier (1990b) a concepção sobre o corpo também se encontra afetada no registro da psicose, pois, fora desse campo, o prazer materno fornece significações sobre o corpo da criança e a faz tomar conhecimento dele, condição fundamental para que a criança apreenda seu corpo sob uma unificação, e que mais tarde, os prazeres parciais possam se submeter a essa unificação e constituir o que designamos como gozo. O sujeito psicótico só pode vivenciar sua experiência corporal sob a égide de uma fragmentação, da procura e da rejeição mútuas de partes do corpo.

Em 1989, inclusive, Aulagnier destacou que um dos primeiros sinais pelos quais a potencialidade psicótica se revela para nós é por meio de uma certeza, muitas vezes pontual, mas absurdamente estranha, sobre seu funcionamento somático, mais do que sobre suas relações de parentesco ou do que sobre os acontecimentos da realidade; sobre essas certezas os sujeitos raramente falam abertamente, em geral, elas constituem um grande segredo a ser escondido. A origem dessas certezas se encontra num discurso familiar que foi ouvido e

apreendido pela criança sem uma crítica, fazendo com que a dimensão metafórica do que, possivelmente, foi dito desapareça, tomando aquelas palavras para si ao pé da letra, como por exemplo, coração apertado, quebrar a cabeça, etc.

O discurso familiar é fundamental para a constituição psíquica do sujeito, tanto que a criança só pode ter uma noção sobre o bebê que ela era por meio desse discurso, sobre o qual ela construirá sua história. O discurso familiar terá a atribuição de substituir as representações pictográficas relacionadas a esse primeiro momento da vida pelas significações que nomearão essas experiências, significações que o Eu irá decodificar a fim de estabelecer um conhecimento sobre qual o lugar que a criança ocupa nessa família, o enredo sobre o qual o seu nascimento foi a culminação. (AULAGNIER, 1989)

Esse discurso, já existente antes do nascimento do sujeito, pode ser um indutor a uma organização psicótica, estrutura psíquica em que toda experiência relacional torna-se uma tentativa de resolver um conflito identificatório, resolução da qual dependem sua existência e sua sobrevivência. O psicótico sempre espera do outro uma significação, uma prova de certas experiências, de certos pensamentos, que lhe permitem ter certeza das referências necessárias para diferenciar a vida da morte, o passado do presente. (AULAGNIER, 1989)

Em uma conclusão preliminar podemos afirmar que o psicótico reconhece sim a separação entre o corpo dele e o corpo do outro, que há uma diferença entre o Eu e o não-Eu; o que ele ignora é o fato de que o Eu pode ser autônomo, estabelecendo como certeza o fato de que o desejo do outro é soberano ao seu, anulando-o, e submetendo o funcionamento do seu psiquismo às decisões do Outro. Ao psicótico é vedado pensar na existência de um si mesmo, que poderia viver enquanto diferente da forma e da palavra que lhe são impostas, só podendo se perceber como alguém que se oferece como uma marionete manipulada pelo outro, operando no campo da heteronomia. (AULAGNIER, 1979)

Ratificando nossa posição ontológica, que vem sendo apresentada desde o início deste trabalho, longe de aceitarmos uma concepção de sociogênese da psicose, e tampouco, de ignorar seus aspectos orgânicos, nós devemos afirmar que nessas relações que resultam em psicose, não se trata apenas de um jogo entre aparelhos psíquicos, mas o espaço real onde o psicótico pode constituir-se tem fundamental importância para nós; o espaço extra-psique com que o bebê se depara e com o qual ele estará sempre em interação é uma contingência da qual nenhuma organização psíquica tem como escapar. Nesse sentido, situações de exclusão e de opressão que um casal parental - ou sua família - pode estar submetido trazem consigo possibilidades de afetar a estruturação psíquica do recém-nascido também; não é à toa que a

tarefa que o Eu executa ao delirar não é nada mais do que criar uma interpretação aceitável de uma determinada violência sofrida. (AULAGNIER, 1979)

Para compreender melhor o que Aulagnier (1979) considerou como o termo extra-psíquico nós devemos lembrar que, apesar de ser fundamental para o desenvolvimento do aparelho psíquico a percepção de que a realidade é diferente das representações que a criança cria dela, a psique também precisa vivenciar situações de concordância entre o prazer representado e o prazer oferecido pela realidade, concordância que possibilitará a separação entre o prazer oferecido pelo objeto e o prazer devido à alucinação.

A relação mãe-criança que tem como resultado uma organização psicótica desta se caracteriza pela ausência ou raridade desses momentos de concordância; faltam à realidade histórica encontrada os traços de um desejo positivo manifesto por signos, colocados em ato ou falados, em basicamente três cenários: tudo que se refere à educação e à aprendizagem da criança; pelo ambiente que a circunda; e pela maneira como a família vai fazer a mediação entre o discurso social e a criança, já que muitas vezes as leis sociais são conflitantes com as da família. (AULAGNIER, 1979)

É digno de destaque o entendimento de que essa realidade histórica encontrada pelo bebê não é um critério suficiente para que se tenha como resultado uma organização psicótica, mas podemos considerá-lo como uma condição necessária, pois, o trabalho do processo primário será a metabolização dessas percepções que a criança tem do não-Eu e das intenções deste em relação a ela. No caso de um sujeito que se organiza pela psicose essas percepções foram marcadas pelo não-desejo e por uma angústia insuportável, fazendo com que as aprendizagens comuns como o desmame, a ausência ou uma eventual doença, sejam vividas como traumáticas. (AULAGNIER, 1979)

O Eu que emerge na psicose é confrontado com uma tríplice negação/violência. Em primeiro lugar é negado a ele se reconhecer como agente de sua função pensante autônoma e de sentir prazer em criar pensamentos; em segundo lugar, a negação imposta a ele é em relação aos seus sentimentos, ou seja, de não ter a liberdade de sentir verdadeiramente algo diferente do que o Outro decida que ele deve sentir. O casal parental lhe outorga um relato histórico carente de fundamento, interditando o sujeito de encontrar no desejo do casal sua significação original e o obrigando a substituir esse relato por um enunciado falso, que é o pensamento delirante primário. (AULAGNIER, 1979)

O campo do secundário ou do espaço do Eu se encontra minado; a cada passo ou bem salta pelos ares o pequeno pedaço de terreno no qual o sujeito acabava de pôr os pés, ou bem salta pelos ares o pedaço em que o sujeito ia em seguida pisar. Ele avança por uma série de pulos ao acaso, através de um caminho reduzido a pobres fragmentos, caminho onde o que acabou de ser percorrido converte-se em buraco e o que há para se percorrer corre sérios riscos de tornar-se. (AULAGNIER, 1979, pág. 282)

Aulagnier (1979) acrescentou que para sobreviver a este caos, além de criar o pensamento delirante primário, para tornar o processo secundário apto ao processo primário, o Eu investe uma parte de sua energia num trabalho constante de autoexclusão, negando o que ele outrora sabia, desconhecendo o que conhecia, inclusive, negando seu ser. Nesse ponto tocamos exatamente na problemática posta pela presente pesquisa, ou seja, interrogar a concepção das Políticas de Saúde Mental no Brasil no que tange à inclusão social de sujeitos psicóticos. Não podemos desconsiderar as especificidades dessa organização psíquica e nos guiar por uma ingenuidade, de acordo com a qual um sujeito psicótico anseia ser incluído nos circuitos de relações impostos por uma sociedade capitalista; que ele necessita seguir à risca as regras burocráticas e hierárquicas de uma sociedade e de repartições públicas; ou que eles precisam se enquadrar nas significações imaginárias sociais instituídas por nós.

A mesma ingenuidade permeia quem concebe o discurso de um psicótico como um discurso que teria atingido um estado de liberdade absoluta, afinal de contas, como pudemos observar nos parágrafos precedentes, não é o excesso de liberdade que explicaria a frequência com que esse conjunto de problemas se impõe ao sujeito sob a forma de vazio ou fuga de pensamento, compulsão a pensar ideias que são fonte de sofrimento, de sua intolerável transparência ao olhar dos outros ou da impossibilidade de conseguir separar aquilo que, em seus pensamentos, é uma fantasia daquilo que não o é. É justamente por não ser dotado de uma liberdade, da liberdade de pensar secretamente e de criar pensamentos apenas pelo prazer dessa criação, é que devemos trabalhar para auxiliá-lo a conquistar esse espaço de criação, e não guiá-lo por caminhos neoliberais. (AULAGNIER, 1990b)

(...) o psicótico só pode viver ao preço de um “sofrimento obrigatório”, que lhe permite crer que a mutilação, o luto, a rejeição não são sacrifícios ou acidentes já consumados, mas sim “em vias” de serem atualizados. Assim, resta ao sujeito a frágil esperança de prosseguir seu combate contra o perseguidor, combate que ele não espera ganhar, mas cujo momento de derrota pensa poder adiar. (AULAGNIER, 1990b, pág. 298)

Segundo Aulagnier (1990b), Independente da forma como a psicose se manifesta, o elemento persecutório está, de maneira suportável, sempre presente na relação entre o sujeito e o mundo, pois, o apelo a um perseguidor fora do Eu, de um perseguidor que se supõe ocupar um lugar na realidade, é um eficiente recurso que o sujeito utiliza para não se deparar com esse perseguidor em si próprio; essa constatação o levaria a uma autodestruição. É preciso esclarecer que há uma potencialidade persecutória latente em todo objeto cujo investimento é uma necessidade vital para o Eu. Por relação persecutória compreendemos uma relação na qual o Eu atribui a um representante presente em sua realidade um poder e uma vontade de morte para consigo. Se para assegurar sua sobrevivência o Eu é obrigado a investir nesse Outro perseguidor, até que ponto podemos pensar em uma autonomia no registro da psicose?

O delírio persecutório, muitas vezes, representa uma invasão violenta do sujeito pelo elemento perseguidor no registro do pensamento e do espaço que o Eu habita. Essa invasão é perceptível quando o sujeito apresenta alguns sinais, tais como: imobilidade repentina do corpo, um silêncio angustiante e um olhar vidrado, que não consegue focar em mais nada ao redor, sinais que muitas vezes precedem uma passagem ao ato concretizada em auto ou heteroagressividade. (AULAGNIER, 1990b)

O perseguidor se constitui no representante metonímico desse outro, que traria ao psicótico uma prova fugaz e precária da realização de um estado de completude, e do qual o sujeito se mostra extremamente dependente, numa relação de heteronomia em que, se o paranoico mantém uma relação particular com o ódio, projetado no perseguidor, o esquizofrênico a mantém com a morte e com o sacrifício. Está pronto o terreno onde o sujeito se dispõe a cortar sua própria carne, a matar sua atividade de pensar, em proveito desse outro, que exige ser reengolido, reabsorvido. (AULAGNIER, 1990b)

Na prática essa relação é claramente perceptível nos fenômenos alucinatórios, os quais estão quase sempre presentes na vivência e no discurso do esquizofrênico, podendo aparecer de maneira discreta ou acentuada, constante ou esporádica. Na maioria das vezes, esses fenômenos se expressam em formas de vozes que acusam o sujeito, que o xingam, que o ameaçam ou o condenam à morte ou ao sofrimento, vozes que podem ser claramente escutadas ou serem frutos de uma interpretação que o sujeito dá a algum olhar ou gesto vindo do outro. Essas alucinações também podem se expressar como visuais, olfativas, gustativas ou de propriocepção. (AULAGNIER, 1990b)

Diante desses apontamentos, Castoriadis (1999), propôs algumas estratégias interventivas com sujeitos psicóticos, quais sejam: criar uma brecha no isolamento psicótico

minimizando o conflito entre o discurso delirante e o discurso comum; mostrar ao sujeito a fonte do sofrimento; mostrar que o mundo pode fazer um outro sentido; e dar sentido ao que, pelo conjunto, é julgado como o não-sentido da história do sujeito. Referindo-se também à condução clínica da psicose, Aulagnier (1990b) nos ensinou que, por reconhecermos que os quadros de psicose são consequências que aparecem num momento posterior, próximo ou distante, dos primeiros encontros entre psique e mundo, nós devemos compreender a maneira singular pela qual cada sujeito, nesse espaço de tempo, pôde remodelar – ou metabolizar – os efeitos dessas experiências, as quais jamais serão encontradas em sua forma original, mas sim na forma em que o sujeito as transformou – e continuará transformando.

Percebam que a singularidade do sujeito, de sua história e de suas experiências está presente tanto no campo da neurose como no da psicose. Nenhum sujeito, nem mesmo o psicótico é redutível a uma sintomatologia, ainda que esses sujeitos só sejam capazes de se sustentarem aceitando que uma instância exterior se institua como co–signatária por toda a sua vida. O prejuízo que se nota não é na sua singularidade, mas sim na sua autonomia, uma vez que o Eu não é capaz de interiorizar, de simbolizar esse aliado externo, transformando-o em um tipo de colonizador ao qual se atribui um poder de decisão em relação ao sujeito. Por essa razão esses aliados, ou co–signatários devem respeitá-lo e saber conduzir essas relações.

Abdicar de uma autonomia no futuro é uma condição, um preço a ser pago pelo Eu para que a psicose se mantenha como potencialidade e não venha a se manifestar, contanto que os aliados do sujeito mantenham e respeitem esse compromisso identificatório do qual ele necessita. Esse é um pressuposto que todos que lidam com a psicose devem saber para não empurrar o sujeito para o abismo, pressuposto que é mais fácil de ser sustentado enquanto se trata de um sujeito infantil. Quando o sujeito psicótico começa a expandir o seu círculo de relações, saindo de um convívio fechado com o grupo familiar esse compromisso vai ficando cada vez mais difícil de ser mantido, pois, ele se depara com a obrigação de descobrir o que separa o seu compromisso do compromisso dos outros, com uma sociedade capitalista marcada por uma intolerância e pela rejeição, mobilizando suas representações conflituais de maneira arriscada. (AULAGNIER, 1990b)

Que nada mude: se o sujeito pudesse, sem o menor desvio, se curvar a essa injunção enunciada primeiramente pela voz materna e interiorizada como um interdito num segundo tempo, a potencialidade psicótica e o compromisso identificatório que a subtende, estariam protegidos de qualquer risco de atualização. Porém, uma tal obediência está fora do poder do sujeito que não pode proteger-se da ação do tempo, desses acontecimentos representados pela morte do outro, dos acidentes que podem

atingir seu próprio corpo modificando-lhe sua representação psíquica, nem tampouco desses acontecimentos que podem perturbar o campo social confrontando-o com a precariedade, a instabilidade, do lugar que ele ocupava aí. (AULAGNIER, 1990b, pág. 192)

É também nos termos de uma ausência de mudança que o meio social poderia acolher os sujeitos psicóticos, mas é claro que essa é uma condição impossível de ser alcançada. Diante das injunções sociais junto a esses sujeitos, podemos observar três possibilidades de respostas: uma robotização de um Eu, que passa a existir graças a uma programação feita pelos outros; uma revolta do Eu diante das imposições, advindo um episódio de surto; um compromisso marcado por simulações de ambas as partes, ou seja, o social mascara uma aceitação desses sujeitos, qualificando-os como marginais, ou incluindo-os em subgrupos que ocupam determinados espaços que funcionam nos limites de suas fronteiras e, ao mesmo tempo, os sujeitos psicóticos simulam tolerar a escala de valorização atribuída pelos outros e submeterem-se às exigências decorrentes desse pacto, fingindo não ver as violências que sofre para não ter que lidar com demandas que não dará conta de responder. (AULAGNIER, 1990b)

Segundo Aulagnier (1990b) a saída que tem mais chances de ser eficaz no que se refere a como o social pode lidar com sujeitos psicóticos consiste no encontro desses sujeitos com um outro, no qual eles possam investir, que tenham sua condição de cidadania preservada e que ocupem uma função socialmente valorizada. Esse outro também deve ter uma economia psíquica e um compromisso identificatório que o possibilitem ser para o sujeito um suporte, uma referência idealizada, graças ao que ele se tornará o protetor e o reparador de um mau compromisso estabelecido até então. Essa relação não protegerá o sujeito de conflitos e das experiências que a vida pode lhe interpor, mas vai lhe permitir encontrar respostas e defesas para que o Eu não seja cruamente confrontado com suas falhas.

Para tentar se proteger da emergência da psicose manifesta o sujeito com uma potencialidade psicótica recorre a duas defesas, que são os fundamentos dessa estrutura psíquica: idealização do poder atribuído a uma instância externa encarnada; e uma auto-proibição que se interpõe ao Eu em relação a qualquer informação que poderia lhe mostrar um abuso de poder sofrido por esse outro todo poderoso. Aqui conseguimos entender melhor a abdicação, por parte do Eu, de uma autonomia para se manter vivo, pois, se houver um fracasso desses dois mecanismos, o sujeito projetará sobre a realidade a imagem de um imperador-perseguidor. (AULAGNIER, 1989)

Diferente da neurose, onde o sofrimento se dá pelo risco de perder um objeto ainda investido, na psicose o sofrimento é em razão de uma mutilação. Utilizamos esse termo porque não é um exagero comparar o sofrimento de um psicótico ao de um mutilado que, contudo, não pode ter nenhuma representação desse membro invisível. Atribuir como causa desse sofrimento a ameaça de mutilação desse membro – o qual ele já não tem há muito tempo - por um perseguidor é um recurso do sujeito para torná-lo mais sensato e suportável, para não pensar nem na mutilação e nem nas condições em que ela se deu. Lembrando que na psicose o recalcado é decidido por um outro, o que é mais uma demonstração de uma heteronomia radical. (AULAGNIER, 1989)

4.2 Considerações acerca da Política

Política é uma categoria - chamamos de categoria e não de conceito porque ela é uma expressão das relações sociais e não apenas o resultado de uma concepção teórica - que é entendida por nós pela maneira como foi abordada por Aristóteles que, como um representante dos filósofos da idade antiga, foi responsável por um grande avanço em relação aos pensadores que os precederam, na medida em que romperam com a divinização da sociedade trazendo a seguinte concepção: o que diz respeito à política deve ser deliberado social e racionalmente e não pelos deuses.

Aristóteles, em sua obra intitulada “Política” afirmou que há diferentes níveis de sociedade começando pela família, grupo que tinha como função principal a garantia da satisfação das necessidades cotidianas e que se daria pela junção de duas associações: de um homem e uma mulher, do senhor e do escravo; a junção de várias famílias dava origem a uma aldeia, a qual tinha a função de ir além das necessidades diárias e estabelecer que necessidades comuns fossem atendidas. Por fim, quando várias aldeias se juntavam davam origem a uma cidade (*polis*), que era originariamente criada para suprir as necessidades da vida da comunidade, bastando-se a si mesma (séc. III a.C./2013)

Para esse autor, o homem e a sociedade são criações naturais – tomando essa palavra no sentido de origem; sendo assim, a cidade também é produto da natureza, e o homem, que a compõe, é, por natureza, um ser político, ou seja, está destinado a viver em sociedade para resolver os problemas da cidade. Nesse contexto, a definição de política está ligada, sobretudo, à capacidade de agir em prol de interesses públicos, que dizem respeito à

comunidade, em detrimento dos interesses individuais. Aliás, aqueles que se preocupavam apenas com seus interesses individuais, nessa sociedade, eram qualificados como idiotas. (ARISTÓTELES, séc. III a.C./2013)

Importante enfatizar que, nessa lógica, a cidade é anterior à família e ao indivíduo, uma vez que o todo antecede as partes e o público é mais importante do que o particular. “Ora, o homem que não consegue viver em sociedade, ou que não necessita viver nela porque se basta a si mesmo, não faz parte da cidade, por conseguinte, deve ser uma besta ou um deus” (pág. 57). Outra característica da cidade é que ela é formada por diferentes e, mesmo que seja possível estabelecer uma unidade entre seus membros, isso não deve ser feito, pois, seria a destruição da cidade. A igualdade que deve ser buscada é a igualdade relativa à qualidade que advém da educação dos cidadãos, e não à simples igualdade, sendo importante que todos os cidadãos participem do governo alternando-se dentro de um espaço de tempo. (ARISTÓTELES, séc. III a.C./2013)

A noção do que é um cidadão ou a cidadania também é fundamental para este trabalho na medida em que este termo está presente sistematicamente nos vários documentos das atuais Políticas de Saúde Mental expostos no capítulo anterior. Aristóteles expunha que os indivíduos que serão abrangidos nessa categoria vão variar de acordo com a forma de governo, como por exemplo, democracia ou oligarquia; nesse período, cidadão não fazia menção a qualquer indivíduo que vivia na cidade, mas apenas aos que tinham direitos de administrar a justiça e de exercer as magistraturas, aqueles que tinham o poder de tomar parte na administração deliberativa ou judicial de uma cidade. Outras especificidades de um cidadão era ser homem, adulto e não desempenhar trabalhos servis; não se enquadravam, então, as mulheres, os escravos, as crianças, os idosos e nem os estrangeiros. O verdadeiro cidadão devia poder usufruir das vantagens comuns de uma cidade. (séc. III a.C./2013)

Todas essas considerações somadas à compreensão de que a virtude e a justiça são as armas que vão orientar a convivência nas cidades para alcançar o bem comum, permitiram a Aristóteles concluir que os governos que têm como objetivo o público, isso que chamou de bem comum, estão constituídos em conformidade com a justiça e estruturados corretamente; por outro lado, aqueles que governam visando apenas aos interesses dos governantes, são falhos e estão em desacordo com as constituições corretas, uma vez que são despóticos e incoerentes com a estrutura de uma cidade, a qual deve ser uma comunidade de homens livres. (séc. III a.C./2013)

Castoriadis (1987), ratificando o pensamento de Aristóteles, expressou que a política deve ser entendida não como disputas entre grupos sociais que defendem seus interesses, mas como uma atividade coletiva que tem como objetivo a instituição da sociedade como tal, e é nessa concepção – segundo a qual o termo “políticas públicas” incorre em uma redundância – que a presente pesquisa está amparada. Aqui há um apontamento a se fazer sobre as Políticas de Saúde Mental em relação ao fato de ela ser pensada e organizada maciçamente pelos chamados “gestores”, com pouca ou nenhuma participação efetiva do povo, afinal, quando se lembram da população é para dar a ela a função de realizar um “controle social” ou ter uma participação minoritária em comissões fiscalizadoras, não dando ao povo a possibilidade de decidir sobre a organização dos serviços, sobre a escolha dos profissionais ou dos coordenadores. No verdadeiro sentido da palavra Política, o povo deveria ser o criador e não apenas fiscalizador de ações criadas pelo Estado, as quais, muitas vezes, são para atender os interesses privados e não público.

Não é sem motivos que Castoriadis (1987) tomou Aristóteles como uma referência, pois, segundo ele, a Grécia antiga pode ser considerada como um gérmen de uma sociedade autônoma, uma vez que nesse contexto social-histórico, ao contrário de outros, os homens discutiam e deliberavam sobre a organização deles, não atribuindo suas leis e seus princípios aos deuses. Isso não significa dizer que a Grécia seja um modelo de sociedade a ser seguido anacrônica e inalteradamente, mas sim que deve ser destacada como um lugar em que se deu a criação da democracia e da filosofia, uma vez que, não só se questionava qual lei era boa ou má, mas levantavam-se interrogações também acerca dos conceitos de bom e mal, manifestações consideradas como as de indivíduos e sociedades autônomas. “Quando digo que os gregos são para nós um gérmen, quero dizer, em primeiro lugar, que eles jamais cessaram de refletir sobre essa questão: o que deve ser realizado pela instituição da sociedade? (...)” (pág. 323).

Sabemos que podem surgir questionamentos sobre o que estamos afirmando devido à restrição que marcava o conceito de cidadão na Grécia antiga, deixando de fora, escravos, mulheres e estrangeiros. Concordamos que esse fato realmente deve ser interrogado, porém, deve também ser compreendido de forma contextualizada, já que, em épocas bem mais recentes, ainda se presenciava trabalho escravo e a impossibilidade de mulheres votarem no Brasil. Apesar desse problema no conceito de cidadão, o que mais nos interessa aqui é a capacidade que essas pessoas tinham de deliberar as questões pertinentes a eles e de se auto-representarem, exercendo o que pode ser denominado de uma democracia direta, a qual era

entendida por Aristóteles como o poder do *dêmos* (pessoas), que não sofre nenhuma limitação no que se refere à legislação, sendo possível a designação de seus magistrados (e não representantes) por sorteio ou rodízio. (CASTORIADIS, 1987)

Arendt (2002) destacou que a coisa política como tal, existiu em apenas poucos e felizes acasos na História; apesar de raros, esses momentos foram decisivos, pois, ali encontramos o original sentido da política. Isso não significa que, por terem sido determinantes, os contextos em que tal organização emergiu devam ser copiados, mas sim que as ideias e os conceitos que possibilitaram o aparecimento da política em um determinado período social-histórico também podem co-determinar outros contextos, nos quais a experiência com a plena coisa política seja negada.

Três aspectos da democracia ateniense merecem ser destacados. O primeiro deles é a concepção de que o povo é soberano, a totalidade das pessoas envolvidas é o foco das decisões e, sempre que for necessária a delegação de alguém, o povo não participa somente da eleição desses delegados, mas deve estar presente em todo o processo e ter a possibilidade de revogar o mandato do delegado em qualquer tempo. Essa concepção é oposta à ideia de se ter representantes e se fez presente na história moderna em todos os momentos em que uma coletividade se empenha em uma tarefa de autoconstituição radical, como foi o caso dos conselhos comunitários durante a Revolução Americana, os Conselhos Operários, os Sovietes e a Comuna de Paris. (CASTORIADIS, 1987)

(...) a representação é um princípio estranho à democracia. E isso dificilmente admite discussão. Uma vez que haja “representantes” permanentes, a autoridade, atividade e iniciativa políticas, são retiradas do corpo de cidadãos e transferidas para o corpo restrito dos “representantes” – que as utilizam de modo a consolidar a sua posição e a criar condições propícias a influenciar, de muitos modos, o resultado das próximas “eleições”. (CASTORIADIS, 1987, pág. 306)

O segundo aspecto de uma verdadeira democracia a ser destacado é uma contraposição ao pensamento moderno - presente também nas Políticas de Saúde Mentais que estamos estudando - de que são os especialistas em política que devem tomar as decisões sobre as questões relativas a esse assunto, ao passo que o povo – que não é *expert*- só é chamado a cada quatro anos para dar sua opinião. Ora, é inadmissível achar que deve haver especialistas em assuntos políticos e de governo, pois, a ideia de um perito está ligada a um conhecimento técnico específico em algumas atividades, como construções de edifícios e funcionamento de

uma máquina. No que tange aos assuntos políticos, essa sabedoria deve estar concentrada nas mãos da coletividade. (CASTORIADIS, 1987)

Intrínseco a essa oposição entre *experts* e o povo, podemos pensar em outro detalhe que distorce uma democracia, que é a eleição de um perito para julgar a atuação de outro perito. Essa forma de organização das relações é um dos produtos da crescente irresponsabilidade dos aparelhos burocráticos e hierarquizados da idade moderna, posto que, em nossa concepção, o melhor juiz de um especialista não é outro especialista, mas sim as pessoas que usufruem dos serviços daquele. Isso quer dizer que quanto a todas as questões públicas o melhor juiz é a própria polis, o povo, o coletivo, e não os chamados *experts*. (CASTORIADIS, 1987)

O terceiro aspecto da democracia a ser explanado é a incompatibilidade que há entre essa forma de relações sociais e a instituição de um Estado, ou seja, de uma instância distinta e separada do corpo de cidadãos, que fica responsável pelas legislações e pelo governo. Castoriadis (1982) trouxe Atenas, na idade antiga, como um exemplo de uma sociedade sem essa noção de um Estado separado da coletividade, pois, lá havia uma instituição técnico-administrativa muito importante, mas que não fazia parte do governo; suas funções executivas e burocráticas eram desempenhadas por escravos e supervisionadas pelos cidadãos e pelos magistrados, eleitos ou sorteados, trabalhando em esquema de rodízio.

Levando em consideração essas três características que devem compor uma sociedade verdadeiramente democrática – as quais estão longe da organização política de nossa sociedade e, conseqüentemente, das Políticas de Saúde Mental - chegaríamos à criação de um espaço social radicalmente político, apoiado em elementos sociais e geográficos, sem, no entanto, estar determinado por eles. A articulação dos cidadãos visaria à repartição do poder e à unidade do corpo político, em oposição aos interesses particulares, concepção que se mostra totalmente oposta à política que percebemos na sociedade moderna, a qual tem se sustentado por uma disputa de interesses privados. (CASTORIADIS, 1987)

Ao considerarmos a existência de um espaço público devemos concebê-lo como um espaço que é de todos e não do particular, do rei, da burocracia, dos políticos ou dos especialistas; as decisões sobre as questões referentes a esse espaço devem ser tomadas pela coletividade. Quando falamos dessas decisões não nos referimos somente aos votos nas eleições, mas sim a todo o processo que leva a elas, bem como a possibilidade de alterá-las, a qualquer momento, dependendo dos resultados observados. Nesse ponto é pertinente inserir a consideração sobre a importância de se ter clareza sobre os dois traços básicos de um cidadão,

sendo eles o direito igual para todos de falar com franqueza, e o compromisso de se pronunciar com liberdade sempre que se tratar de assuntos públicos. (CASTORIADIS, 1987)

Destacamos aqui que essa liberdade de expressão, de pensamento, de questionamentos e de criação, não é contemplada apenas com dispositivos jurídicos que as permitam; trata-se mais de como as pessoas vão administrar esses dispositivos, referem-se à tomada de consciência, por parte das pessoas, de que a *pólis* é de cada uma delas, de que o destino daquela depende do que elas pensam, do que elas fazem e do que elas decidem. Outra ressalva importante é que essa liberdade a que nos referimos, não é a possibilidade de fazer o que quiser numa ausência de limites, mas sim orientar o que se irá fazer respeitando uma auto-limitação e a coletividade. (CASTORIADIS, 1987)

Finalizando o esclarecimento sobre a definição de política com a qual estamos trabalhando, trazemos a conceituação feita por Arendt (2002), para quem a política, baseando-se na pluralidade dos homens, deve organizar a convivência entre diferentes – e não entre iguais – pois, a partir do caos absoluto das diferenças, os homens se organizam politicamente para certas coisas em comum. A política tem a função de organizar diversidades absolutas, de acordo com uma igualdade relativa e em contrapartida às diferenças relativas. Importante destacar que o homem não nasce com a política em sua essência; o homem é a-político, a política surge nas relações entre os homens.

O sentido da política é a liberdade, algo que não é natural e, atualmente, não é nada óbvio diante da desgraça que a política causou em nosso século, calcada em um monstruoso desenvolvimento de modernas possibilidades de destruição, cujo monopólio é do Estado, colocando em xeque não só a liberdade, mas a existência dos seres humanos e de todo tipo de vida orgânica presente na Terra. O estatuto que a política ganhou na modernidade gerou uma incompatibilidade entre ela e a preservação da vida humana, a tal ponto que nos possibilita afirmar que os seres humanos devem acabar com essa forma de política antes que sejam sucumbidos por ela. “O sentido da política transformou-se em falta de sentido”. (ARENDT, 2002, pág. 40)

O sem sentido da política está escancarado todos os dias nos jornais e nos canais de televisão quando nos deparamos com fatos como uma ausência de solução para problemas da vida em sociedade, silenciamento dos questionamentos, tentativas incansáveis de encobrir o caos e efetivações de manobras políticas visando a garantir a sustentação de uma determinada ordem. Diante dessa situação só nos resta dizer que uma mudança só poderá acontecer em razão de uma espécie de milagre. (ARENDT, 2002)

Quando usamos essa expressão milagre não estamos nos referindo a aspectos místicos ou religiosos, mas sim à improbabilidade e ao indeterminado. A existência da Terra, de toda vida orgânica presente nela, inclusive dos seres humanos, baseiam-se no que estamos chamando de milagre, uma vez que, sob os pontos de vistas universais, nas probabilidades estatísticas neles existentes, o surgimento desses elementos se deu diante de uma grande improbabilidade. Esses exemplos demonstram que sempre que algo novo acontece de maneira inesperada, incalculável e com causa inexplicável, acontece como um milagre diante dos eventos calculáveis; Em outras palavras, como no que se refere ao social e ao humano devemos considerar um processo de acontecimentos históricos – e não naturais - as possibilidades de mudanças residem nas infinitas improbabilidades, nas indeterminações que, com frequência, inserem-se nessa cadeia de acontecimentos. (ARENDT, 2002)

Nesse mesmo ponto ancora-se a nossa concepção de liberdade, a qual, diferente de como é entendida em nossos dias, tem haver com espontaneidade, com o simples fato de escolher que algo seja de um jeito ou de outro. Em nossa sociedade aprendemos a equiparar a liberdade com o livre arbítrio, sendo este a possibilidade de escolha entre elementos já dados, como por exemplo, entre o bem e o mal, fato que denuncia a heteronomia em que vivemos, concebendo a liberdade não como algo que se encontra no agir e na coisa política, mas sim na renúncia da ação e da política. Por isso afirmamos que, diante da falta de saída em que nos encontramos, esperar um milagre não nos remete para fora do âmbito político original, pois, se o sentido da política é a liberdade, os homens, enquanto puderem agir – o que fazem diariamente – têm a possibilidade de criar, de fazer o improvável, o incalculável. (ARENDT, 2002)

Devemos nos precaver do risco de se entender a política como um meio para atingir a liberdade; a política não deve ser um meio, mas sim um objetivo em si mesmo, o qual, só pode ser conquistado em meio à liberdade. A liberdade aqui, contrária à concepção liberal voltada para o individualismo, significa não ser dominado e não dominar, um espaço que só pode ser produzido pela coletividade estabelecendo relações entre iguais. Sem os outros, que são meus iguais, não existe liberdade, tampouco é livre aquele que exerce a dominação sobre alguém. (ARENDT, 2002)

Nesse ponto faz-se necessária uma consideração sobre a noção de igualdade, a qual, o pensamento herdado nos ensinou que era um equivalente de justiça, onde todos são iguais perante a lei, possibilitando uma compreensão equivocada do conceito de isonomia. No entanto, no sentido grego, isonomia não significa que todos são iguais perante a lei e nem que

a lei seja igual para todos, mas sim que todos têm o mesmo direito à atividade política, que devia ser exercida pela conversa mútua e pelo convencimento recíproco. (ARENDT, 2002)

4.3 E o que são as “Políticas Públicas”?

“Se a dominação tem a sua própria estética, a dominação democrática tem uma estética democrática”
(CHAVES, 2012, pág. 08).

Para fazer menções ao que se passou a chamar de políticas públicas – termo que, para nós, é redundante – inicialmente, é fundamental fazermos uma discussão em relação às concepções políticas e econômicas acerca do papel do Estado em relação ao povo na sociedade capitalista. Paralelamente, é imprescindível termos clareza do trajeto histórico desse sistema de produção que, segundo Castoriadis (1980), é um sistema baseado no desenvolvimento de um maquinismo e da exploração do proletariado orientando-se para o lucro.

O liberalismo foi a corrente ideológica constituída no período de expansão do capitalismo, que tinha como um de seus principais precursores o filósofo e economista Adam Smith (1723–1790); de acordo com essa ideologia o capitalismo possuía capacidades de autorregulação extremamente eficientes, cabendo ao Estado apenas garantir a reprodução desse sistema, o direito à igualdade e à propriedade privada. Essa concepção conseguiu se sustentar até o contexto que podemos denominar como capitalismo nacional, demarcado do início do século XIX até por volta dos anos de 1880, baseado no desenvolvimento de uma burguesia nacional e na livre concorrência entre os burgueses individuais, onde a regulamentação da produção era feita de maneira espontânea e cega pelo mercado. Era isso que constituía o motor essencial, nesse período, para o avanço das forças produtivas e da sociedade de um modo geral.

O equilíbrio entre produção e consumo, porém, foi se mostrando como algo temporário, precedido e seguido de momentos de profundo desequilíbrio, isto é, de crises econômicas, as quais são recorrentes e se caracterizam como períodos de anarquia da produção capitalista, em que grande parte das riquezas da sociedade é destruída, muitos trabalhadores ficam desempregados e os capitalistas menos fortes falem. Esses momentos de

crise serviram para fragilizar a ideologia do liberalismo, sobretudo, com a crise de 1929. (CASTORIADIS, 1980)

Após cada uma dessas crises observamos a eliminação dos pequenos e médios patrões e a concentração de um exército de trabalhadores e de capital nas mãos de um número decrescente de sociedades capitalistas, fato que deu origem a um monopólio e à fusão do capital industrial e do capital bancário no capital financeiro; o capitalismo concorrencial cedeu o lugar para o capitalismo monopolista. Essa transformação do capitalismo, ocorrida no final do século XIX, trouxe importantes consequências como a concentração do capital nas mãos de empresas com tamanhos sempre crescentes e a inevitável intensificação da exploração do trabalho originando uma redução considerável do preço de custo dos produtos. (CASTORIADIS, 1980)

No plano social uma consequência fundamental foi o acirramento das lutas entre os detentores desses monopólios, as quais, saíram do nível de uma concorrência pacífica, baseada em critérios econômicos, para serem estruturadas por métodos extra-econômicos, como as barreiras aduaneiras, exploração de colônias, pressões políticas e militares, desembocando na primeira Guerra Mundial, iniciada em 1914, como uma última cartada para resolver problemas econômicos. (CASTORIADIS, 1980)

A euforia dos países imperialistas vencedores dessa guerra durou pouco, pois, logo se observou um novo momento de crise de sobreprodução, a qual explodiu no ano de 1929, com uma violência sem precedentes na história das crises econômicas do capitalismo, tanto que, desde então, o sistema se encontra em um estado permanente de crise, não conseguindo mais encontrar um equilíbrio, ainda que limitado e temporário. Apesar dessa característica, a crise de 1929 também foi responsável por uma aceleração na evolução do imperialismo, pois, até então, o mundo estava repartido entre diversos países ou grupos de países imperialistas rivais, os quais viviam em uma alternância de momentos de equilíbrio e desequilíbrio econômico, político e militar. A partir dessa crise, tudo ficava sob a orientação de um único país imperialista, o mais forte política, econômica e militarmente. (CASTORIADIS, 1980)

A partir do final da metade da década de 1920, então, o também economista John Maynard Keynes (1883–1946) propôs uma teoria – conhecida como Keynesianismo - que rompia com o liberalismo, na medida em que tinha como fundamento o ideal de que o Estado deveria intervir na economia nos aspectos que achasse necessário. Apesar de essa concepção ter sido atribuída ao Keynes, foram as reações sociais e políticas que impuseram essas

intervenções do Estado, de início nos Estados Unidos, a partir de 1933, espalhando-se, em seguida, para outros países. (CASTORIADIS, 2004)

Desde então, a ordem ideológica, política, econômica e legal capitalista, bancária e acadêmica, manifestaram-se contra essas inovações disseminando ideologias como a impossibilidade de dar aumentos de salários ou redução da jornada de trabalho sem causar a ruína da empresa e de toda a sociedade, chegando ao absurdo de os patrões conseguirem uma intervenção militar contra os trabalhadores que entravam em greve. Somente após a segunda guerra mundial é que as melhorias das condições de trabalho e o aumento dos salários começaram a ser aceitos pelos capitalistas e pelos economistas da academia, levando a uma longa fase de expansão capitalista, os chamados Trinta Gloriosos. (CASTORIADIS, 2004)

A situação que se observou, moderadamente inflacionista, serviu de pretexto para um movimento político que pode ser caracterizado como uma contra-revolução da ala conservadora - representada, especialmente, por Margaret Thatcher, que em 1975 foi eleita líder do partido conservador do Reino Unido, e pelo então presidente dos Estados Unidos, eleito em 1980, Ronald Reagan - que, a partir da década de 1980, invadiu todo o planeta. Essa contraofensiva significou uma busca pela supressão dos tradicionais partidos políticos de esquerda, uma perda significativa de influência por parte dos sindicatos, a apatia e a privatização das populações, ou seja, um maior distanciamento do projeto de autonomia social e individual. (CASTORIADIS, 2004)

Nesse contexto, assistiu-se ao retorno brutal do liberalismo, ao sucesso das significações imaginárias sociais capitalistas, que afirmavam, dentre outras coisas, que a garantia da liberdade econômica e política estavam ameaçadas pelo intervencionismo do Estado. Instalou-se, assim, o neoliberalismo, cujos beneficiários foram apenas as lideranças capitalistas e os seus representantes, como as empresas, indústrias e o mercado de finanças; desde então passaram a imperar o esfacelamento do Estado em relação ao controle da economia, um índice de desemprego mantido nas alturas e a precarização das relações de trabalho, que se justificam pelo controle da inflação ou pela necessidade de fazer frente a uma concorrência. (CASTORIADIS, 2004)

As firmas transnacionais, a especulação financeira e mesmo as máfias, no sentido estrito do nome encimam o planeta, guiados unicamente pela visão a curto prazo de seus lucros. O fracasso repetido de qualquer alternativa de preservar o meio ambiente contra os efeitos da industrialização, civilizada e selvagem, é apenas o signo mais espetacular de sua miopia. (CASTORIADIS, 2004, pág. 124)

Segundo Castoriadis (2004), o neoliberalismo nos apresenta ideologicamente seus absurdos como se fossem evidências de um bom senso, de um progresso; assim, a extrema liberdade do movimento do capital vem arruinando diversos setores da produção de vários países e a economia mundial se transforma em um verdadeiro cassino. A regressão de que o autor falou não se restringe somente ao plano da economia, mas, sobretudo, no campo da política, como é visível hoje o investimento ideológico na democracia representativa, quando na prática, observamos que esse sistema representa somente os políticos partidários que estão no poder. Também se percebe o mesmo movimento na esfera das ciências humanas, uma vez que, por exemplo, observa-se um ataque à psicanálise e a abordagens dialéticas à medida que crescem as abordagens de cunho positivista.

Para Leão (2012), essa versão contemporânea do liberalismo defende intervenções estatais apenas para apaziguar confrontos que coloquem em risco as pretensões do capitalismo. Essa nova proposta se fundamenta na minimização da interferência do Estado (política do Estado mínimo) e na privatização das instituições sociais, tendo como consequência a desvinculação do Estado em relação às suas responsabilidades, aos seus deveres e às suas funções, atribuindo-as às instituições privadas, nas varias formas que essas possam assumir.

Com a crise energética e as mudanças tecnológicas no modo de produção que aconteceram nesse momento histórico, o Estado passou a ter funções bem delimitadas, visando a atender a população que não dispõe de recursos financeiros para satisfazer as necessidades básicas para manter-se viva. Além dessas características, o neoliberalismo também concede uma proeminência ao mercado financeiro na regulação da vida em sociedade, favorecendo o aumento das desigualdades de oportunidades e a diminuição da preocupação da maioria das pessoas com esse fato. (LEÃO, 2012).

Patto (2009) nos apontou que nessa sociedade capitalista, neoliberal e globalizada, o que se qualifica como público não é tomado de maneira isenta pelo Estado e, embora na aparência mostra-se como algo que se refere ao interesse geral, essencialmente, acaba privilegiando interesses particulares, fatos que se observam nos dias atuais, por exemplo, com a elaboração de uma Constituição feita para ser interpretada de acordo com o que alguns almejam, e de leis que são instituídas para serem burladas em favor de indivíduos e de oligarquias.

Além de saber que a desigualdade econômica é inerente ao modo de produção capitalista, é fundamental saber que o Estado brasileiro é uma instituição que está para servir

esse sistema, pois, o capital internacional, por meio, sobretudo, das decisões que partem do Banco Mundial sobre como serão os financiamentos e quais os objetivos de uma política pública, determinam as ações do Estado e colaboram para recrudescer a distância entre essas ações e o verdadeiro atendimento dos direitos sociais.

Se o que mais pesa são as transações financeiras, é o quanto vai se lucrar com uma ação, as pessoas que se tornam disfuncionais e descartáveis enquanto mão-de-obra – como é o caso de muitos sujeitos psicóticos - junto com suas necessidades e os seus direitos, vão se transformando no que menos importa ao sistema. O grande problema é que, devido às mazelas históricas do país e do desenvolvimento do capitalismo internacional, o Brasil iniciou o século XXI com 54 milhões de habitantes abaixo do nível da pobreza, dos quais, 15 milhões estavam abaixo do nível da miséria. (PATTO, 2009)

A escolha política de aderir à lógica neoliberal e de permitir a ingerência de instituições monetárias no governo do país, acentuada desde 1994, atou as políticas públicas aos interesses do capital internacional e criou, assim, novas maneiras de viver e novos processos de subjetivação. (PATTO, 2009, pág. 15)

Sem uma crítica do contexto social-histórico em que vive o Brasil, observamos engodos, por exemplo, nas políticas públicas de segurança, uma vez que temos presídios lotados, em quantidade nunca suficiente, em geral, abarrotados de pessoas pobres, vítimas de um sistema agressivo e repressor que visa, muitas vezes, a penalizar aquele sujeito que, sem oportunidades no mercado de trabalho, foi seduzido pelo mundo do tráfico para conseguir ganhar a vida. No campo da assistência social também é possível observar uma imposição ideológica, quando se mantém uma postura assistencialista, que transforma os sujeitos beneficiados em eternos agradecidos em razão dos favores que receberam daqueles que, no momento, detém o poder, minando as possibilidades da produção de autonomia nessas relações, (PATTO, 2009)

Segundo Patto (2009), esses problemas se expandem para a área da previdência social, em que milhares de pessoas precisam se humilhar em longas filas ou em avaliações periciais para tentar se beneficiar com uma quantia em dinheiro que não dá conta de garantir o atendimento de suas necessidades básicas. Essa problemática também é visível na educação pública brasileira, a qual, tem cada vez mais caminhado em direção à precariedade, principalmente no primeiro e segundo graus, níveis da educação formal que vêm formando uma grande quantidade de analfabetos escolarizados.

De acordo com a mesma autora (2009), em uma sociedade estruturalmente desigual como é a sociedade capitalista, as políticas públicas - apesar de serem inquestionavelmente necessárias para garantir os direitos sociais - como vêm sendo organizadas, estão servindo menos para garantir direitos do que como estratégias ideológicas que despolitizam a maioria da população e legitimam a ordem das coisas em favor desse sistema de produção e de organização social.

Um apontamento feito por Chaves (2012) mostra-se bem pertinente para essa pesquisa. A autora afirmou que criar políticas públicas específicas representa uma contradição diante da essência do que deveria ser o conceito de políticas públicas, pois, corre-se o risco de particularizar uma situação e perder de vista o universal, de tomar o individualismo como promessa de igualdade e preterir a sociabilidade. Não se pode cair no engodo de querer apaziguar o conflito em detrimento de revelar as contradições fundamentais do capitalismo, sob a pena de se iludir com conquistas que, de fato, conseguem apenas adaptar os sujeitos tornando-os funcionais ao sistema.

Nesse contexto, as noções de autonomia e de liberdade como vem sendo considerada pelo pensamento herdado – assim como pelas atuais Políticas de Saúde Mental no Brasil - no bojo das relações capitalistas, onde impera a livre concorrência e todos os outros ditames do liberalismo, está ligada a uma capacidade funcional de o indivíduo se dispor como mão-de-obra ou como qualquer outra forma de reprodução do sistema. Trata-se de uma autonomia aparente e de uma concepção que desconsidera as determinações social-históricas, admitindo a ingenuidade de pensar que cada indivíduo é capaz de ditar, de maneira livre e soberana, a sua própria sorte, a qual está disponível para todos; quem não a alcança é em razão de problemas eminentemente individuais, uma vez que a sociedade está disposta a promover essa autonomia. (RESENDE, 2012)

Devido à circulação da mercadoria e à internet, algumas pessoas podem achar que as produções do capitalismo estão à disposição de todos, que todos compartilham dos mesmos interesses e das mesmas oportunidades. No entanto, enquanto essas pessoas devaneiam apreciando essa aparência, a desigualdade econômica se acirra cada vez mais privando uma enorme parcela da população de satisfazer necessidades humanas básicas. A famosa tríade igualdade, liberdade e propriedade não se faz presente na prática, dando lugar a desigualdades e expropriações, movimentos que, como já exposto acima, formam a base de nossa sociedade atual. (RESENDE, 2012)

Em uma revisão de literatura sobre o tema das políticas públicas, Souza (2006) nos mostrou que, como área do conhecimento e disciplina acadêmica elas surgiram como uma subárea da ciência política, nos Estados Unidos, com um enfoque eminentemente pragmático, tendo a preocupação, em primeira instância, de relacioná-las com ações promovidas pelo governo. Essa foi uma postura que ignorou a tradição europeia, a qual realizava estudos nessa área buscando as correlações com o Estado e as suas instituições – dentre elas o governo - onde as políticas públicas eram um desdobramento dos papéis desempenhados por tais instituições, produtoras dessas políticas por excelência.

A autora nos apontou quatro teóricos que podem ser considerados os fundadores da área das políticas públicas, os quais tiveram o intuito de utilizar os conhecimentos científicos para avaliar e guiar as ações governamentais: Laswell (1936) *apud* Souza (2006) introduziu a expressão “análise da política pública” como uma forma de estabelecer uma interlocução entre cientistas sociais, governo e grupos privilegiados. Simon (1957) *apud* Souza (2006) inseriu a concepção de “racionalidade limitada dos decisores públicos” querendo afirmar que a racionalidade das pessoas que decidem as ações públicas é limitada, mas pode ser ampliada, evitando que sejam privilegiados interesses particulares. (SOUZA, 2006)

Lindblom (1972) *apud* Souza (2006) questionou a ênfase na racionalidade para avaliação das políticas públicas colocadas pelos dois teóricos anteriores e propôs a inserção de outros fatores nesse processo, que são os papéis das eleições, das burocracias, do Estado, dos grupos privilegiados. Por fim, Easton (1965) *apud* Souza (2006) deu a sua contribuição a essa área definindo política pública como um sistema que recebe incentivos dos partidos, da mídia e dos grupos interessados, o que influencia seus resultados e seus efeitos.

Em relação à definição de política pública não existe uma unanimidade ou um conceito único, mas, qualquer definição nos leva ao cenário onde ocorrem os embates de interesses e preferências, ou seja, os governos. Há autores como Lynn (1980) *apud* Souza (2006) que a definiu como um conjunto de ações do governo que produzem efeitos específicos; Dye (1984) *apud* Souza (2006) como aquilo que o governo escolhe fazer ou não fazer; Peters (1986) *apud* Souza (2006) como a soma das atividades – diretas ou por delegação - do governo que atinge a vida dos cidadãos; e Mead (1995) *apud* Souza (2006) como um campo dentro da política que analisa o governo no âmbito das ações públicas. A definição mais disseminada é a de Laswell *apud* Souza (2006), que formulou a ideia de que analisar e decidir em políticas públicas corresponde a responder três perguntas básicas: quem ganha o que, por que e qual diferença fará?

De acordo com Castro (2012) as políticas públicas - ou políticas sociais - são constituídas por um conjunto de ações por parte do Estado que visam a atender necessidades e direitos básicos de uma população, sobretudo, naquilo que diz respeito à pobreza e à desigualdade social, ressaltando que é absolutamente permitido se servir de bens e serviços privados. Para tanto, uma significativa parcela do Produto Interno Bruto (PIB) deve ser investida em um sistema dividido entre políticas de proteção social, que são as de previdência social, saúde e assistência social; políticas de promoção social, sendo elas as de trabalho e renda, educação, desenvolvimento agrário e cultura; e políticas denominadas transversais, por promoverem tanto a proteção como a promoção social, que são as de igualdade racial, igualdade de gênero, de saúde mental e as voltadas para a infância e adolescência.

Nas últimas décadas o tema das políticas públicas vem ganhando grande visibilidade. Uma das grandes razões para esse fato são as necessidades de ações do governo que visem à redução de gastos, uma tônica, principalmente, dos chamados países em desenvolvimento, momento em que as políticas econômicas e sociais passam a ser implantadas. Está aí o motivo pelo qual qualquer estudo realizado na área das políticas públicas necessita se preocupar em analisar as relações entre Estado, economia e sociedade. (SOUZA, 2006)

A partir da influência dessa lógica restritiva de gastos imposta pelo que se chamou de novo gerencialismo público, as políticas públicas passaram a perseguir a eficiência como principal objetivo. O que se denomina de eficiência surgiu da pressuposição de que, até então, essas políticas e suas instituições estavam vislumbrando apenas distribuição e redistribuição, ignorando a pretensão de se ter o maior rendimento com o menor dispêndio, quer dizer, de operar em uma racionalidade, de ser eficiente, o que, de acordo com ideais conservadores, levaria o Estado a uma crise fiscal e ideológica. (SOUZA, 2006)

Nesse ponto é fundamental destacar a contribuição de Meksenas *apud* Leão (2012), segundo o qual, as políticas públicas, desde o início, estão atreladas ao capital, que se apropria delas para dar o seu direcionamento, que é, ao invés de promover melhorias da vida da classe popular, ratificar o domínio sobre os indivíduos e extirpar as contradições do nosso atual sistema econômico. Fica claro o entendimento de que, no século XX, essas políticas aparecem como uma das formas do desenvolvimento do Estado capitalista, que visa, sobretudo, à garantia da reprodução da mão-de-obra, deturpando ainda mais a noção de política quando se constata a exclusão do povo nas esferas de decisão e direção, transformando-as em intervenções eminentemente estatais.

Para compreender o motivo pelo qual o Estado investiu nos ideais das políticas públicas devemos retomar acontecimentos sociais do século XIX, período em que, após a revolução industrial, que marcou a expansão do sistema capitalista promovendo a exploração de trabalhadores, surgiram movimentos reivindicatórios, na Europa, que se opunham ao Estado exigindo que este interviesse e regulasse as relações entre as classes, especialmente entre capital e trabalho. Tais movimentos culminaram nas propostas de intelectuais, como Karl Marx (1818–1883), de não reformar as condições sociais então vigentes, visto que reformar significa apenas melhorar o que está posto, mas de transformar o capitalismo em outro sistema, chamado sistema socialista, que proporcionaria igualdade econômica e social. Esse conflito entre modelos sociais deu origem a duas grandes guerras mundiais e às ideias do que se passou a chamar de Social-Democracia. (LEÃO, 2012)

A Social-Democracia caracteriza-se como uma ideologia que tenta conciliar o capitalismo e o socialismo com o objetivo de abafar possíveis movimentos revolucionários e contestações do capital. Sua materialização é observada em diversas políticas de intervenções sociais do Estado pela Europa, incluindo a criação da concepção do Estado do Bem Estar Social, o qual - ratificando o que já foi exposto no início do capítulo anterior - de acordo com Leão (2012), teve como principal objetivo, especialmente até a década de 1980, promover serviços sociais universais, redistribuição de renda e emprego. No Brasil, porém, o Estado do Bem estar social foi marcado por investimentos públicos residuais, baseados em um sistema tributário regressivo, exacerbação do aparato burocrático e ênfase na meritocracia e na individualidade ao vincular a possibilidade do acesso aos direitos à capacidade de contribuição do trabalhador.

Essas características do “Estado do Bem Estar brasileiro” – colocamos entre aspas porque em nosso país nunca existiu o Estado do Bem Estar Social, como de fato se verificou na Europa e em outras regiões do mundo - vão incidir diretamente na estrutura das políticas públicas do país, visto que, no Brasil, a Constituição de 1988 foi permeada pelos ideais da Social-Democracia, especificamente no que se refere aos princípios e objetivos da saúde, da educação, da assistência social e do trabalho. (LEÃO, 2012).

Como as decisões políticas e o sistema de organização de uma sociedade são aspectos inter-relacionados, é importante lembrar que Castoriadis (2004) chamou a atenção para o fato de que o capitalismo foi, até agora, o único regime social que produziu a ideologia de que ele próprio é racional, posto que, em outros tipos de instituição da sociedade, a legitimidade se dava por meio dos mitos, da tradição ou da religião. Essa racionalidade do capitalismo, apesar

de ter sido instituída – e tão recentemente - ao invés de ser vista numa perspectiva relativista, é tratada como se fosse absoluta e indiscutível; ela se baseia, sobretudo, na ideologia da promoção de um bem-estar, o qual é identificado com um máximo econômico, calcado na maximização do produto e na minimização dos custos, levando-nos a concluir que se trata de uma racionalidade econômica quantitativamente determinada.

A economia, de uma forma geral, considerando também a produção, o consumo e os critérios econômicos, ocupa um lugar central em todas as formas social-históricas do capitalismo. Todas as atividades humanas e suas consequências são caracterizadas e medidas por sua dimensão econômica, ou melhor, monetárias. Esse fato traz consigo um aumento na indiferença pelas coisas comuns e, conseqüentemente, pela política, bem como a pretensão de transformar tudo em cálculo econômico, incluindo a educação, saúde, políticas sociais, relacionamentos interpessoais, sistema penal, etc. (CASTORIADIS, 2004)

É necessário compreender essa racionalidade como uma instituição social do capitalismo, pois, quase toda a existência humana antes desse sistema de produção não se baseava nessa lógica da eficácia econômica, da alta produtividade pelo menor custo. Isso não significa dizer que essas outras formas de organização social eram irracionais, mas sim que as preocupações giravam em torno de outros aspectos que não o de aumentar a produção pela exploração da mão de obra, etc; a produção e a economia eram apenas uma parte da sociedade e não os fins principais dela. (CASTORIADIS, 2004)

Nessa lógica, uma das principais significações do capitalismo é a dominação. Diferentemente de outras organizações sociais precedentes, que também tinham a dominação como um de seus objetivos, no capitalismo essa dominação não se limita a novas conquistas que garantam uma sobrevivência, mas é orientada para todos os setores sociais e para uma acumulação desmedida. Outra especificidade do impulso pela dominação presente no capitalismo é que esse sistema se utiliza de meios novos e racionais para realizá-la, uma vez que não se usa mais a magia, os mitos, a vitória em batalhas, mas estratégias cada vez mais racionais, como a aceleração intensa da tecnologia e o nascimento e o estabelecimento do Estado moderno. Este último é citado aqui porque o nascimento do capitalismo teve o apoio do Estado absolutista na Europa – que pode ser considerado um início do Estado moderno; em seguida, a burocratização do Estado passou a ser um modelo para as empresas capitalistas que surgiam. (CASTORIADIS, 2004)

A sede pela racionalidade, que como estamos verificando é um dos fundamentos do capitalismo, deu origem, juntamente com a criação do Estado moderno - que ocorreu com a

ascensão do capitalismo, no século XVI - a uma forma racional de organização das relações humanas que permeia até os dias de hoje, especialmente, as relações de trabalho no serviço público. Essa forma de organização passou a ser chamada de burocracia e está presente tanto no setor público como no setor privado esbanjando as suas principais características que, de acordo com Weber (2000) são: relações autoritárias e hierarquizadas; formalidade nos comportamentos e nas formas de se estabelecer comunicação; impessoalidade nas relações, pois, o povo é concebido como uma massa amorfa e as pessoas identificadas por números. Além dessas características observa-se ainda o império do especialismo e da divisão do trabalho nas funções a serem desempenhadas.

A burocratização como processo dominante da vida moderna tem o seu modelo calcado na organização de produção especificamente capitalista e, a partir de então, ela invade o conjunto da vida social. Estado, partidos, empresas, saúde, desporto e a investigação científica, por exemplo, ficaram cada vez mais submetidos a esse sistema de organização, que é portador de uma racionalização responsável por engendrar o irracional, uma vez que, o fator mais importante que sustenta a sua existência é a sua própria conservação. A irracionalidade chega a tal ponto que para tentar resolver os problemas criados pela burocratização, criam-se novas instâncias burocráticas de maneira infinita, dando formas a uma soberania do imaginário, a uma autonomização do instituído. (CASTORIADIS, 1980)

Esse sistema burocrático não é só auto conservador e auto reproduzidor – características que todo sistema apresenta; ele também é auto catalítico, ou seja, quanto mais se eleva o grau de burocratização já atingido, mais se eleva também o grau de rigidez do nível de burocratização subsequente. No entanto, essa característica não representa só o avanço do sistema, mas também o seu colapso, pois, essa reprodução e complexificação indefinida promove também uma cisão entre direção e execução, o que faz com que as próprias funções de direção não possam ser cumpridas senão pela transgressão do próprio sistema. (CASTORIADIS, 1980)

Além disso, a privatização da sociedade que ela promove, a separação entre instituído e instituinte esbarra no fato de que, assim como uma empresa, uma sociedade não pode ser governada se os homens se recusam a participar; a qualquer momento a contestação dos indivíduos e dos grupos sociais que são, a todos os níveis conduzidos pela burocratização, pelo arbitrário, pelo absurdo pode levar o sistema à ruína. Essa contestação pode se fazer presente se, ao mesmo tempo, isso significar uma busca pelos homens de novas formas de vida, exprimindo suas possibilidades de autonomia. (CASTORIADIS, 1980)

Um exemplo disso pode ser uma contra organização informal desenvolvida por operários para se defender do sistema burocrático de organização da produção; e as novas atitudes e relações engendradas pelos jovens, pelas mulheres e pelos casais como uma forma de colocar em xeque a organização patriarcal de uma sociedade, demonstrando que os conflitos subsequentes não ocorrem em função de diferenças de gerações, mas sim pela ruptura entre uma geração e uma cultura instituída. (CASTORIADIS, 1980)

Na burocracia há uma grande ênfase na eficiência e, devido a isso, os meios para atingir determinados fins são analisados racional e formalmente, primando por uma impessoalidade e pela sequência de etapas rigidamente estruturadas. Compreendemos que esse tipo de relação - que é a base da organização das repartições públicas no Brasil e, portanto, dos serviços públicos que são os responsáveis pela execução das políticas de saúde mental - reproduz uma condição de heteronomia e, conseqüentemente, dificultam qualquer possibilidade de autonomia e de criação. (CASTORIADIS, 1980)

Para citar um exemplo, basta observarmos o fato de que, em geral, no serviço público os funcionários obedecem às ordens do seu superior simplesmente por estar instituído que essas ordens constituem um aparato legal dentro daquele sistema, sem serem discutidas as implicações dessas normas e, tampouco, as possibilidades de alterá-las, caso não estejam servindo para atender bem à população. Nesse ponto é fundamental uma interrogar o impacto da burocracia na aplicabilidade das atuais políticas de saúde mental ao atender sujeitos psicóticos.

Corroborando as afirmações dos parágrafos acima, um aspecto que parece paradoxal, mas é uma realidade dentro do sistema brasileiro de políticas públicas, é a proporção - muito maior do que era previsto - que tomou a transferência de verbas públicas para o setor privado intervir nessa área, fortalecendo cada vez mais o mercado em detrimento da esfera pública. As políticas de saúde são um exemplo claro desse fato ao fazer, basicamente, dois movimentos, que são: contratar bens e serviços da iniciativa privada para executar suas atribuições e renunciar à arrecadação de impostos de pessoas físicas e de pessoas jurídicas quando, no primeiro caso, possibilita um desconto no imposto de renda mediante comprovação de despesas com saúde, e no último caso, um desconto no imposto de renda de pessoa jurídica (IRPJ) nos casos de empresas que oferecem planos de saúde aos seus funcionários, entre outros exemplos. (CASTRO, 2012)

Castro (2012) fez um levantamento a partir de dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e destacou que nas áreas de saúde e educação, de 1995 a 2005,

quando comparadas sua importância em relação ao PIB os repasses apenas acompanharam o crescimento da economia, de maneira que os repasses para essas áreas foram menores em 2005 do que no início dos anos 80. Essa constatação demonstra que essas políticas não fizeram parte da prioridade dos governos, ainda mais porque, no mesmo período, a saúde privada mobilizou muito mais recursos criando uma relação desproporcional, onde mais recursos são destinados à parcela da população que paga por esses serviços (em torno de 21% da população) do que para o setor público, que tem o compromisso de atender toda a população de forma universal. (CASTRO, 2012)

Ocké-Reis (2012), em seu estudo referente à economia da saúde no Brasil, fez uma comparação entre os investimentos no SUS e nos planos de saúde. O autor destacou que observamos, atualmente, no Brasil, dois movimentos simultâneos, que são, por um lado, a ausência de uma política estratégica de fortalecimento do SUS, e por outro, um fomento do mercado de planos de saúde como uma solução rápida e pragmática para os problemas das contas públicas. Na prática, o resultado desse movimento econômico, político e ideológico leva a um subfinanciamento do SUS e a uma busca intensificada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que é a agência reguladora dos planos de saúde em nosso país, o que se revela como uma escolha de favorecer o crescimento desse subsistema e a estratificação da população, em detrimento da unicidade e da universalidade do sistema público de saúde.

Em seguida o autor questionou o motivo pelo qual esse modelo liberal não foi adotado pela maioria dos países desenvolvidos que fazem parte da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Aponta também que, nos Estados Unidos, em meio à crise econômica, o presidente Obama propôs a ampliação da cobertura governamental na saúde e atacou o mercado de planos, em razão dos altos custos que esse impunha ao país, ao passo que, no Brasil, assistiu-se à extinção da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) e a aprovação, pelo Congresso Nacional da regulamentação da emenda nº29, referente ao descomprometimento da União em participar com dez por cento da Receita Corrente Bruta (RCB), marcando um descaso com o financiamento público da saúde. (OCKÉ-REIS, 2012)

Uma das respostas a essa interrogação pode ser o fato de a orientação liberal do Estado se mostrar funcional para a organização capitalista, pois, promove a acumulação, a integração social da força de trabalho e passa a ser vista, pelos economistas, como uma soma para o caixa da política de superávit primário do governo federal. Nesse contexto devemos nos

lembrar da contradição que esse fato representa diante da previsão constitucional - citada na introdução desse trabalho - em que a saúde deveria ser um direito universal da população e um dever do Estado. Outro questionamento deve ser em relação a não unicidade do SUS, pois, esse problema permite a reprodução de um mercado que socializa seus custos com o financiamento público, como é o caso, por exemplo, das Organizações Sociais Privadas. (OCKÉ-REIS, 2012)

Analisando a questão por outro ângulo observamos que abrir espaço para o mercado de planos de saúde também é favorável para o Estado, na medida em que este socializa com a esfera privada os custos da reprodução da força de trabalho, sobretudo, do mercado formal, que constitui uma parcela significativa da população economicamente ativa (PEA). Além disso, a instauração de um subsistema de saúde pode ser caracterizada como uma herança da medicina liberal, da filantropia e do patrimonialismo do mercado, que tem como fundamento a gestão particular da coisa pública. (OCKÉ-REIS, 2012)

Essas elucidações servem para que possamos ter clareza de que não foram apenas em meio às possíveis fragilidades do SUS que o mercado de planos de saúde encontrou brechas para se desenvolver. Pelo contrário, esse crescimento foi promovido pelo Estado, provém de incentivos governamentais, desde o contra-ataque neoliberal, passando pela Constituição de 1988, que já trazia em seu texto a permissão para o setor privado intervir na saúde, pelo subfinanciamento do SUS e pela crise fiscal em razão da renúncia da arrecadação. (OCKÉ-REIS, 2012)

Alguns dos efeitos negativos sobre o SUS dessa política governamental que incentiva a privatização da saúde recaem sobre: a regulação do sistema, já que há uma ausência de planejamento; o financiamento, devido ao aumento dos custos, a redução da arrecadação, o compartilhamento das despesas do setor privado com o Estado e o boicote do ressarcimento. Esse incentivo da privatização afeta ainda: a organização dos trabalhadores, em razão da dupla militância; a regulação da incorporação tecnológica, justificada pela imposição do complexo médico-industrial privado; e a igualdade ao acesso, uma vez que se formam duas portas de entradas dividindo a população em quem pode e em quem não pode pagar. (OCKÉ-REIS, 2012)

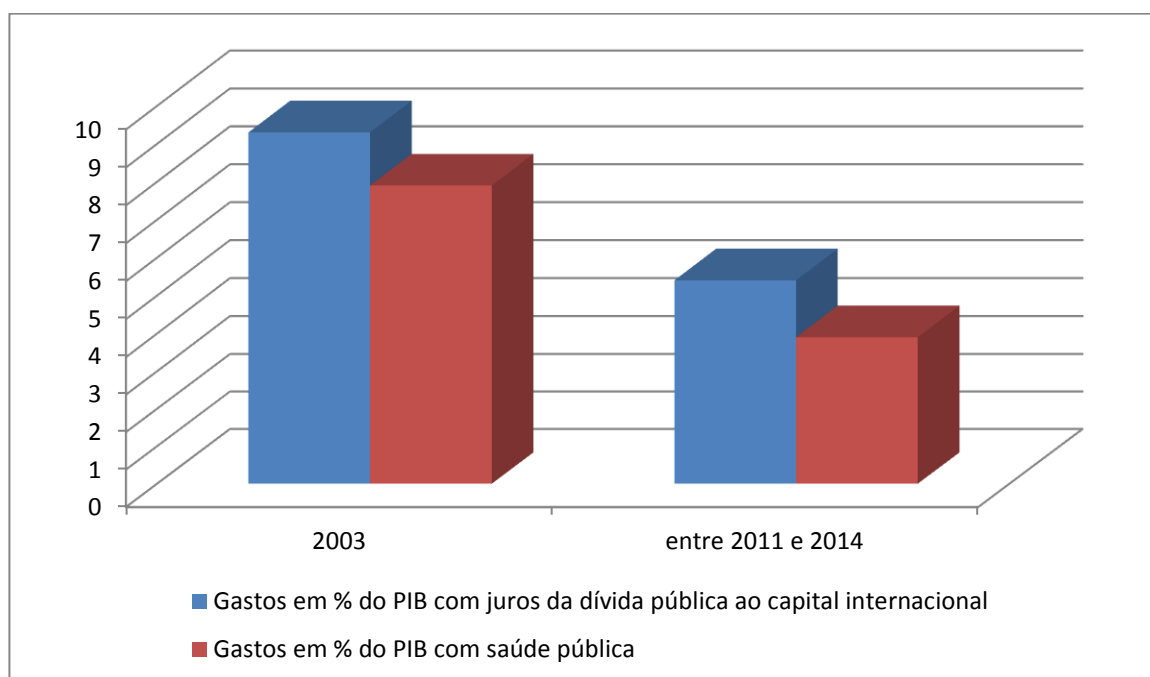
O quadro atual das políticas de saúde no Brasil, então, é o patrocínio do Governo Federal ao consumo de planos de saúde pelas famílias, pelos empregadores e pelos próprios funcionários públicos, por meio, principalmente, da renúncia da arrecadação fiscal, o que priva o SUS de investimento financeiro e consequentes melhorias na prestação de um serviço

público de saúde. Para citar alguns números, Ocké-Reis (2012) afirmou que, em 2003, o gasto com saúde do Brasil foi de 7,6% do PIB, sendo mais baixo que o gasto da Argentina e dos países da OCDE. Já a proporção do gasto público com saúde, em comparação com o gasto total com saúde no Brasil, foi de 45,3%, inferior à média dos países da América Latina e bem abaixo da média dos países da OCDE. Outro dado importante é que, mais adiante, no ano de 2007, o mercado de planos de saúde cobria, aproximadamente, cinquenta milhões de pessoas, tendo uma receita anual que girava em torno de quarenta por cento acima do gasto federal em ações de assistência e serviços de saúde.

De acordo com dados do Banco Mundial, em 2014, o gasto do Brasil com saúde foi bem menor (3,9% do PIB) enquanto a média de países europeus que também têm um sistema universal de saúde, como França, Alemanha, Espanha, Reino Unido e Suécia, foi de 8,0% do PIB. Em 2011, segundo dados estatísticos da OCDE, o percentual do gasto público no gasto total de saúde do Brasil foi de 45,74%, enquanto que o de países como o Canadá, Alemanha, França e Reino Unido, foi acima de 70%. (SARAGOR, 2016)

Embora essa diferença já seja o suficiente para nos espantarmos, somos obrigados a destacar ainda que, além de ser uma minúscula porcentagem do PIB que é investida em saúde pública, uma parte desse investimento, muitas vezes, não é aplicado diretamente na execução de serviços, mas é manipulado, como por exemplo, em aplicações visando à geração de juros. Paralelo ao subfinanciamento estrutural do SUS como uma política do nosso país observa-se uma elevada porcentagem do PIB sendo gasta com o pagamento de juros da dívida pública ao capital internacional, que foi em torno de 8,5% em 2002, 9,3% em 2003, 5,2% em 2010 e uma média de 5,4% entre 2011 e 2014. (SARAGOR, 2016)

Gráfico 1 – Comparação entre o gasto do governo brasileiro com o pagamento de juros da dívida pública ao capital internacional e o gasto com saúde pública no ano de 2008 e entre os anos de 2011 a 2014.



Fonte: SARAGOR, 2016

Um último dado, provindo do IPEA (2008), que provoca interrogações acerca da saúde pública em nosso país por nos fazer concluir que são os mais pobres que sustentam o SUS, é saber que o total da porcentagem da carga tributária sobre a renda familiar, gerada pela soma de impostos indiretos, ligados à produção e ao consumo, ou seja, aos trabalhadores, como ICMS, ISS, PIS,/COFINS, IPI, é maior nas menores rendas familiares, como mostra o seguinte exemplo: uma família com renda de 0 a 400 reais por mês tem uma incidência de impostos de 21,01%, enquanto que em uma família com renda mensal de mais de 6.000 reais, essa carga tributária é de 10,14%. (SARAGOR, 2016)

Além do que já foi exposto acima sobre o subfinanciamento do SUS, o que comprova a inadequação dos recursos destinados para a saúde pública são as notícias diárias sobre o processo de pauperização da saúde, observável em fatos como falta de medicamentos, de insumos básicos, de profissionais, de leitos hospitalares, paralelamente a uma promoção do setor privado da saúde, como as chamadas Organizações Sociais de Saúde (OSs), as quais são responsáveis pela gestão dos hospitais públicos do estado de São Paulo, por exemplo.

As OSs receberam os hospitais equipados e tudo o que gastam é pago pelo Estado e pelos municípios, além de receberem uma taxa de administração, fato que, evidentemente, encarece a saúde. Nos anos de 2008 e 2009 os hospitais geridos pelas OSs custaram cerca de 50% a mais do que os hospitais administrados diretamente pelo poder público. De 2006 a 2009, os gastos com OSs tiveram um aumento de 114%, saltaram de R\$ 910 milhões para R\$

1,96 bilhão, enquanto o orçamento do Estado de São Paulo, nesse mesmo período, cresceu apenas 47%. (LEMES, 2011)

A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo contraiu uma dívida de mais de R\$ 900 milhões, desativou leitos, demitiu mais de 1.300 funcionários e enfrenta uma crise financeira desde o ano de 2014, ano em que o Pronto Socorro do Hospital Central ficou fechado por 28 horas devido à falta de recursos. O Hospital Central é uma instituição filantrópica privada que é financiada pelo SUS e, além de cuidar dos hospitais próprios, a Santa Casa gerencia outras unidades de saúde no modelo de Organizações Sociais. Em razão da dificuldade financeira a instituição deixou de administrar quatro hospitais e um Centro de Saúde, sendo eles: Hospitais Penitenciários, Hospital Geral de Guarulhos, Hospital Estadual de Francisco Morato, o Hospital Estadual de Franco da Rocha e o Centro Integral em Saúde Mental de Franco da Rocha. Após o fechamento do Pronto Socorro uma auditoria apontou inúmeras irregularidades, como compras superfaturadas, pagamentos de salários elevados e fraudes em contratações e serviços. (MACHADO, 2016)

No dia 08 de abril de 2017 o Jornal Nacional, da rede globo, noticiou que, enquanto 03 milhões de pessoas perderam o plano de saúde e passaram a fazer parte dos 150 milhões de brasileiros que são atendidos pelo SUS, os hospitais estão reduzindo leitos, cancelando cirurgias e demitindo funcionários por falta de dinheiro. Ainda falando do estado de São Paulo – estado que recebe quase a metade da demanda de alta complexidade de todos os estados - mas sabendo que é um retrato do cenário da saúde pública nacional, o Hospital São Paulo, devido à ausência de outra solução para cobrir os R\$ 35 milhões a mais que gastava por ano para efetuar os atendimentos, recorreu ao cancelamento de exames e de cirurgias. O Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho é especializado em câncer e atende uma média de mil pacientes novos por mês, mas recebe verba apenas por 300. Esse hospital fez 497 cirurgias no mês de março de 2017, mas apenas 130 serão remuneradas, fatos que serviram de argumentos para que a instituição anunciasse a redução dos atendimentos e do número de cirurgias quase à metade. (AZEVEDO, 2017)

Demonstrando que, além do subfinanciamento da saúde pública, o que também justifica a precariedade do SUS é o desvio do pouco de verba que ainda lhe resta – e, inevitavelmente, a deturpação do sentido da política - no dia 11 de abril do presente ano, a Polícia Federal prendeu o ex-secretário estadual de saúde do Rio de Janeiro e diretor do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Sérgio Côrtes, e dois empresários ligados à maior fornecedora de próteses à saúde pública do estado; eles são acusados de desviar mais de

R\$ 300 milhões dos cofres públicos. A acusação envolve superfaturamento em todas as compras, das quais ainda eram extraídos 10% de propina, sendo 5% para o ex-governador Sérgio Cabral, 2% para Côrtes e os outros 3% eram distribuídos para o restante da quadrilha; havia mais pagamento de propina nas importações de equipamentos e próteses. (LANNOY, 2017)

Outro exemplo dessas notícias foi a emitida por Rosa (2017), no jornal local MSTV, na qual médicos que trabalham na rede pública do município de Campo Grande (MS) denunciaram o problema da falta de medicamentos básicos nas farmácias do SUS do município. Em uma entrevista, um médico revelou que esse problema ocorre desde o ano de 2015. É claro que esse não é um problema restrito a esse município; uma prova disso é a notícia dada por Colodeti (2017) sobre a falta de leitos hospitalares no município de Uberlândia, o qual possui dois leitos para cada mil habitantes, quando o recomendado pela OMS é de três a seis leitos para cada mil habitantes.

Vasconcellos (2017) destacou que, no estado do Rio Grande do Sul, nos últimos dois anos, houve uma redução de 599 leitos hospitalares do SUS, sendo a maioria desses leitos ligados à área clínica. Mostrando que, associado à falta de insumos e materiais no SUS está ocorrendo uma tendência à privatização da saúde, no fim do mês de janeiro de 2017, Pinho (2017) nos informou que o prefeito de São Paulo, João Doria (PSDB-SP), anunciou uma ideia de acabar com as farmácias do SUS; de acordo com seu projeto, os pacientes iriam ser atendidos em uma unidade básica de saúde e deveriam pegar as medicações em uma farmácia particular, a qual seria remunerada pelo município.

Denunciando, mais uma vez, a falta de interesse do Estado em ampliar a capacidade do SUS para oferecer atendimento à população, dando preferência ao fortalecimento do setor privado da saúde, o governador do estado do Mato Grosso do Sul, Reinaldo Azambuja (PSDB-MS), no dia 14 de dezembro de 2016, sancionou a lei que determina que o SAMU ou o Corpo de Bombeiros deve conduzir as vítimas de acidentes - ou demais pessoas que necessitam desse atendimento de urgência – que possuem planos de saúde, a hospitais privados e não mais à rede pública de saúde. Segundo o deputado autor dessa lei, a medida visa a reduzir a superlotação nos hospitais públicos. (PADILHA, 2016)

Para concluir essa contextualização social-histórica das políticas públicas de saúde no Brasil, afirmamos com base nos estudos de Ocké-Reis (2012), que o impacto da reforma da política de saúde instaurada desde 1988 foi positivo na redução da pobreza e na facilitação do acesso aos dispositivos de saúde. Porém, devemos nos preocupar e buscar estratégias de

transformações em relação à contradição que aqui se faz presente, representada pela tendência à privatização da saúde, pois, dessa maneira, os movimentos políticos que possibilitaram que a saúde pública sobrevivesse aos ideais neoliberais e que ela recebesse uma parcela cada vez maior do PIB, estão ficando no passado. (OCKÉ-REIS, 2012, pág. 28)

Diante desses dados, que denunciam o subfinanciamento do SUS pelo Estado, em conjunto com um incentivo à privatização na área da assistência à saúde somos obrigados a questionar se as Políticas de Saúde Mental não estão visando também reduzir os custos e privatizar os cuidados aos sujeitos que deveriam ser seu público alvo, uma vez que essas políticas não se encontram isentas dos movimentos que afetam a saúde pública como um todo e, tampouco, do contexto neoliberal de nossa sociedade. Aqui cabem algumas interrogações que podem dar origem a outras pesquisas nessa área, tais como: Será que os investimentos que eram destinados à atenção hospitalar psiquiátrica foram devidamente repassados aos dispositivos comunitários? Os leitos psiquiátricos em hospitais Gerais ou as vagas para acolhimento noturno em CAPS foram instalados na mesma medida em que se extinguiram as vagas nos hospitais especializados?

Ao observarmos alguns fatos, como os atos de repúdio constantes no relatório final da IV Conferencia Nacional de Saúde Mental, cabe ao presente estudo ressaltar a seguinte elucidação em relação às Políticas de Saúde Mental: como um magma, nessa área, coexistem três elementos que estão em constante conflito; por um lado observamos um movimento que busca uma transformação qualitativa das intervenções da sociedade em relação aos sujeitos psicóticos; por outro, há também um movimento, cuja tendência é promover a privatização e a precarização dos cuidados nessa área, assim como vem ocorrendo em diversos outros campos das políticas sociais. Um terceiro movimento, que nos últimos dois anos vêm se fazendo cada vez mais presente nos, é a tentativa de retomada do modelo clássico, centrado na internação, na medicalização e na soberania do saber médico.

Estamos querendo dizer que é necessário darmos ênfase ao grande avanço que a luta do povo propiciou ao campo da saúde mental no Brasil, conquistas que podem ser representadas por algumas instituições do Ministério da Saúde, como por exemplo, a noção de que a assistência em saúde mental deve ser oferecida em diversos pontos da comunidade, constituindo uma rede de cuidados, e a compreensão de que a grande maioria das necessidades de internações nessa área pode ser suprida por acolhimentos noturnos em CAPS ou por leitos em Hospitais Gerais. No entanto, devemos ficar constantemente atentos a elementos coexistentes e, insistentemente conflitantes, como é o caso, por exemplo, das

significações imaginárias sociais que encarnam o alienismo e os hospitais psiquiátricos enquanto instituições, ou da tendência de o Estado neoliberal, eximir-se o quanto puder de suas responsabilidades, pois, uma análise como essa não pode estar desarticulada com o momento social-histórico em que estamos inseridos.

Afora a contextualização, outro ângulo pelo qual as políticas públicas podem ser analisadas é abordando a discussão que Castoriadis (1987) fez sobre a técnica. Essa palavra – em grego *technè* – remonta a um verbo antigo (*teuchô*), cujo principal sentido é fabricar, produzir, construir. Já em Homero – poeta da Grécia antiga que viveu por volta dos séculos IX e VIII a.C. – houve a passagem desse sentido ao de causar, fazer ser, dar existência, em geral, sem ligação com a fabricação material, mas nunca afastado da ideia de ato apropriado e eficaz. Em seguida o termo ganhou uma conotação de método, um modo de fazer eficaz, até que, com os estoicos, *technè* passou a ser definida como hábito criador de caminho.

A contemporaneidade apresenta-se embaraçada diante da noção de que a técnica é um puro instrumento do homem, um fator autônomo, o que traz como consequência a disseminação ideológica que funciona como meio de fazer a sociedade não pensar em seu verdadeiro problema, na medida em que se isenta da responsabilidade diante de suas criações. Em nossa época, a técnica está eminentemente relacionada ao poder de produzir de maneira conforme a algo, por um modo de ação apropriado e a partir de elementos já existentes. A técnica é separada da criação e de questões concernentes ao que é produzido e com qual finalidade. (CASTORIADIS, 1987)

Há uma tendência a se fazer da técnica um fator absolutamente autônomo ao invés de ver nela uma expressão da organização de conjunto da sociedade contemporânea; nessa tendência a técnica é concebida como imitação ou como natural. Porém, nesse estudo, entendemos a técnica como algo arbitrário em relação à natureza, como uma criação, pois, ela cria o que a natureza não tem capacidade de realizar; não há na natureza equivalente do computador, do automóvel, da roda e nem de políticas de saúde mental; elas são criações absolutas e, como tais, não promovem apenas alteração da natureza, constituem um *eidos* que é independente dos seus exemplares empíricos. (CASTORIADIS, 1987)

No que se refere à técnica como criação, é preciso entender que não há, para os seres humanos, problemas definidos de uma vez por todas, nem soluções obrigatórias que viriam no decorrer do tempo e nem uma rigidez das necessidades, uma vez que é imensa a distância entre as necessidades do homem enquanto espécie biológica e suas necessidades enquanto ser social-histórico; essa distância é produzida pelo imaginário do homem tendo a técnica como

facilitadora dessa produção. Toda sociedade cria o seu mundo e a técnica é uma parte densa em toda extensão dessa criação, ela está presente em todos os lugares em que a sociedade constitui o que é real-razional, portanto, a técnica não é aqui um mero instrumento. (CASTORIADIS, 1987)

As chamadas políticas públicas são abordadas por nós nessa perspectiva porque, segundo Castoriadis (1987), dentre todas as técnicas, a mais importante delas é a organização social; a rede de relações sociais é o mais poderoso aparelho já criado pelo homem. Porém, é preciso cuidado nessa interpretação, pois, essa rede de relações é a instituição e, como tal, apesar de não poder existir sem uma técnica, sem uma racionalização das relações instituídas pelo homem, ela é muito além do que uma técnica.

Para entender esse “além da técnica” é imprescindível tratar de outra característica da lógica conjuntista-identitária (ou conídica), que é operar soberana e inevitavelmente em duas instituições sem as quais não há vida social: a instituição do *legein*, componente ineliminável da linguagem e do representar social, e a instituição do *teukhein*, componente também ineliminável do fazer social. O *legein* é o que nos possibilita, ao falar ou pensar em conjuntos, distinguir-escolher- restabelecer-juntar-contar-dizer objetos cuja natureza pouco importa e a universalidade é absoluta; esses objetos podem originar-se da percepção ou da sensação externa ou interna, do pensamento ou de representação. (CASTORIADIS, 1982)

Toda teoria de conjuntos pressupõe a lógica identitária – pela relação identidade e diferença – e toda lógica formalizável pressupõe a conjuntização dos elementos sobre os quais opera; essas formalizações são atividades do *legein*, o qual é sempre conjuntizante e identitário e, mais ainda, essa inerência recíproca que há entre a lógica identitária e a teoria dos conjuntos só pode existir no e pelo *legein*. Esses conjuntos e essa relação com a lógica identitária são estabelecidos e instituídos pelo *legein*, dando origem a uma criação, que nunca pode deixar de ser pensada como apoiada em aspectos e fatos precedentes, apoio tal que sustenta a sociedade no primeiro estrato, no estrato natural, no dado. (CASTORIADIS, 1982)

O *teukhein*, que está intrinsecamente ligado ao *legein*, pode ser conceituado como juntar-ajustar-fabricar-construir objetos e elementos, um fazer ser; a técnica, por exemplo, é uma das manifestações particulares do *teukhein*, assim como a linguagem é do *legein*. Assim, não faz sentido nenhum questionar qual dos dois vem primeiro, pois, é fácil ver que ambos remetem um ao outro e se implicam circularmente. O *teukhein* é, em certo sentido, um *legein* na medida em que ele separa, fixa, ordena e reúne os elementos em totalidades no campo do fazer, operando sob a égide da determinidade, como determinação efetiva e condição de toda

determinação; por outro lado, o *legein* também é um *teukhein*, uma vez que ele junta – ajusta – fabrica - constrói os elementos da linguagem, bem como o conjunto de objetos e de relações que lhes corresponde. (CASTORIADIS, 1982)

Quando se dessas instituições não se trata somente de elementos e objetos, há uma fabricação dos indivíduos pela sociedade, uma imposição aos sujeitos, ao longo de sua socialização, do *legein*, e também de todas as atitudes, práticas, comportamentos e habilidades, que são o *teukhein*, mediante o qual a sociedade faz desses sujeitos indivíduos sociais, de maneira apropriada à vida deles nesta sociedade e visando aos lugares que nela ocuparão. Os indivíduos sociais são feitos valendo-se para determinados papéis, funções e lugares sociais. (CASTORIADIS, 1982)

De modo mais geral, o instituir é sempre também um *teukhein* e implica o esquema do valer tal como este opera no *teukhein*. Porque toda instituição é também reunião com vistas a...; e neste, os termos instituídos funcionam sempre uns em relação aos outros e todos em relação à instituição, valendo, portanto, como termos desta instituição e valendo para a instituição valendo por sua inserção nas combinações instituídas (...). Assim, enquanto sexuado, capaz de copular e fecundo, todo ser humano “vale para” copular e “vale como” qualquer outro do mesmo sexo. Mas enquanto esposo ou esposa possíveis, homens e mulheres têm índices de “valor de uso” relativamente à instituição do casamento, “valor de uso” criado por essa instituição, que ultrapassa infinitamente seu ponto de apoio biológico e deste nem depende absolutamente. (CASTORIADIS, 1982, pág. 302-303)

Cada sociedade define e elabora uma imagem do estrato natural tentando fazer um conjunto significativo onde encontram lugar os objetos e elementos que importam para a vida dessa sociedade e de sua coletividade. Essa imagem mais ou menos estruturada irá dispor os dados naturais de acordo com significações instituídas nessa e por essa sociedade, subordinando-os a essas significações, as quais não dependem do racional e sim do imaginário. (CASTORIADIS, 1982)

O termo *imaginário* é utilizado pelo autor não como o especular ou imagem de algo, é uma criação incessante e essencialmente indeterminada, social-histórica e psíquica, de figuras, formas, imagens, a partir das quais somente há possibilidade de falar de alguma coisa e que tem como produtos aquilo que denominamos de realidade ou racionalidade. O social-histórico é inconcebível fora do imaginário tal como se manifesta ao mesmo tempo e indissolúvelmente no fazer histórico e na constituição de um mundo de significações, antes de qualquer racionalidade. (CASTORIADIS, 1982)

O mundo social é constituído e articulado em função de um sistema de significações, e essas significações, uma vez constituídas, existem na forma de um imaginário efetivo. Somente em relação a essas significações que podemos compreender uma sociedade, como ela escolhe seu simbolismo e como faz uso dele. Somente as significações imaginárias de uma sociedade podem responder a perguntas referentes a ela, tais como, quem somos nós nessa sociedade? O que somos uns para os outros? O que desejamos? E outras perguntas acerca de sua identidade e de suas articulações. (CASTORIADIS, 1982)

Quando pensamos em responder à seguinte questão: por que há várias sociedades diferentes e não uma só? Podemos nos esquivar das respostas tradicionais e fazer romper a lógica e a ontologia herdadas se decidirmos considerar o social-histórico a partir dele mesmo e se recusarmos suprimir as questões que ele coloca submetendo-o previamente às determinações do que julgamos conhecer.. Assim, perceberemos que ele não se insere nas categorias tradicionais e que ele permite vislumbrar uma lógica nova e diferente, que força a conhecer a fragilidade daquelas categorias e altera radicalmente o sentido de ser. (CASTORIADIS, 1982)

É impossível manter uma distinção entre o social e o histórico e isso não é porque toda sociedade esteja num tempo ou que uma história afete toda sociedade; o social é auto-alteração, e ele só pode se fazer como história, como modo específico de temporalidade. Por outro lado, o histórico também é auto-alteração desse modo específico de coexistência que é o social, pois o histórico só pode se fazer como social, como, por exemplo, a emergência de instituições sucessivas. (CASTORIADIS, 1982)

O “espaço” social e tudo que “contém” só são o que são e tais como são por sua abertura constitutiva a uma temporalidade. Nada, em nenhuma sociedade (por arcaica, por fria que seja), é, que não seja ao mesmo tempo presença inconcebível do que não é mais e iminência igualmente inconcebível do que ainda não é. Por mais repetitivos e por mais rígidos que sejam os ciclos de suas atividades e de seus ritos, a vida mais estritamente presente de uma sociedade desenrola-se sempre na referência explícita e implícita ao passado, como na espera e a preparação daquilo que é “sonalmente certo”, mas também na certeza da incerteza e diante da virtualidade da alteridade imprevista e imprevisível. (CASTORIADIS, 1982, pág. 256)

Se a técnica, as políticas públicas e a organização social de uma sociedade são criadas pelos homens, significa que elas podem ser destruídas, recriadas ou transformadas radicalmente, mas esses movimentos só são possíveis se houver um desenvolvimento sem precedentes da atividade coletiva do povo, pois, ninguém pode fazer em seu lugar. A criação de uma nova cultura humana implica uma transformação radical do que é instituído nessa

sociedade, como a divisão social do trabalho e os pressupostos científicos dos últimos séculos e das tecnologias correspondentes a eles, causando uma mudança nas significações estabelecidas atualmente. (CASTORIADIS, 1987)

Quando falamos de mudança das significações imaginárias sociais de uma sociedade temos como o maior exemplo, que já foi citado em parágrafos acima, o surgimento da democracia e da filosofia na Grécia antiga, fato que não foi um simples movimento, mas sim o resultado dos questionamentos e contestações dos fundamentos políticos e ideológicos de uma sociedade. É esse tipo de movimento que, segundo Castoriadis (1987), propicia e demonstra uma oposição entre *nomos* (as leis) e *physis* (natureza). Não é possível pensar que haja uma correspondência exata entre luta política e concepções filosóficas, mas sabemos que as melhores críticas e as melhores subversões que houve na história partiram de pessoas que insistiram em fazer a oposição entre *nomos* e *physis*, no caráter arbitrário, convencionado e instituído das constituições políticas e da constituição do mundo. (CASTORIADIS, 1987)

A racionalidade de uma sociedade intervém de várias maneiras nos desdobramentos dela, porém, não podemos concebê-la como algo dado de uma vez por todas, como algo natural, mas sim como uma construção social-histórica. A racionalidade da sociedade feudal era uma, a de sociedades religiosas politeístas é outra e a da sociedade capitalista, por exemplo, é a expansão ilimitada da produção, do consumo, e de um domínio denominado racional. Achar que a racionalidade está dada para sempre, que existem leis imutáveis na história e que a sociedade caminha, linearmente, para uma evolução cada vez maior, são formas de heteronomia. (CASTORIADIS, 2007)

Entender o social-histórico como autocriação é fundamental para abordar a autonomia/heteronomia de uma sociedade, pois, quando há uma predominância, nas instituições, do imaginário em detrimento da funcionalidade, a sociedade não reconhece no imaginário das instituições o seu próprio produto, fato que é consequência da alienação, de uma autonomização das instituições em relação à sociedade. Em uma sociedade autônoma não existe o problema da sociedade como algo externo, não existe a não-satisfação de um querer porque a técnica existente não era suficiente; os homens são, individual e coletivamente, esse querer, essa necessidade, esse fazer. O oposto dessa condição é o que chamamos de heteronomia, relação na qual, por exemplo, o Estado estabelece as leis, normas, princípios e significações, que são dados de uma vez por todas para a sociedade, não restando possibilidades de os indivíduos agirem sobre essas instituições. Outros grandes exemplos de

heteronomia podem ser encontrados nos sujeitos psicóticos paranoicos, nas sociedades primitivas e nas sociedades religiosas. (CASTORIADIS, 1987)

É exatamente isso que observamos em nossa sociedade e também nas Políticas de Saúde Mental, pois, o povo não pode conceber as diretrizes e as determinações que elas impõem como algo que foi verdadeiramente criado por eles, mas sim como leis instituídas por alguém externo, os chamados gestores ou *experts*, fato que denota a heteronomia em que estamos imersos, a autonomização das leis que regulam determinadas relações sociais e, conseqüentemente, a falácia de que essas leis e a sociedade são imutáveis. “A heteronomia consiste no fato de que as pessoas acreditam firmemente (e não podem não acreditar) que as leis, as instituições de sua sociedade não são sua própria obra, mas lhes foram outorgadas, de uma vez para sempre, por outrem”. (CASTORIADIS, 1987, pág. 39)

Apesar de a verdadeira autonomia só poder ser atingida como uma empreitada social e da coletividade, também podemos pensá-la no nível individual. Um indivíduo autônomo é capaz de modificar lucidamente sua própria vida, o que não significa que ele possa controlar plenamente sua vida, uma vez que, isso é impossível devido ao fato de não se conseguir eliminar o inconsciente e a influência do social-histórico. Um indivíduo autônomo pode mudar a sua relação com o inconsciente, saindo um pouco da posição de dominado por ele, de alguém que não sabe nada sobre isso, fazendo o mesmo com as leis e as instituições sociais. (CASTORIADIS, 1987)

A autonomia de uma sociedade e de seus indivíduos traz consigo a possibilidade de mudanças, pois, se há uma auto-instituição da sociedade, sabe-se que quem faz as leis e estipula as regras são os componentes da sociedade em questão, os quais têm a responsabilidade de se perguntarem por que essas leis e não outras? O que precisa ser alterado? Essas mudanças implicarão também um surgimento de um novo tipo de ser histórico no plano individual, ou seja, o sujeito autônomo, que pode questionar-se e questionar os outros. Essas mudanças devem ser concebidas como uma criação do novo, estabelecimento de outras instituições, e não como uma simples descoberta ou uma desconstrução. (CASTORIADIS, 1987)

O projeto de autonomia individual e coletiva, sendo os dois indissociáveis, não é uma utopia, pois, nada comprova sua impossibilidade; sendo assim, ele é considerado por nós como possível em um processo social-histórico, que está na dependência da atividade lúcida dos indivíduos e dos povos, da compreensão, da vontade e da imaginação deles. Em uma sociedade autônoma todos os cidadãos devem ter a mesma possibilidade de participar da

legislação, da jurisdição, da gestão e da instituição da sociedade. A igualdade entre as pessoas, nesse caso, não se refere ao fato de achar que todos devem ter as mesmas capacidades e as mesmas condições de se colocarem na vida, mas significa terem iguais direitos de participação nas decisões dos assuntos comuns. (CASTORIADIS, 2006)

Compreendemos que essa autonomia só é possível diante de uma transformação radical de nossas instituições sociais, pois, uma sociedade democrática é impossível de ser concretizada diante da enorme concentração de poder econômico que encontramos atualmente; igualmente, para terem a possibilidade de participar efetivamente dos assuntos comuns da sociedade os cidadãos não podem ser escravos do emprego durante oito horas diárias nos cinco ou seis dias na semana. Os mercados, por sua vez, devem funcionar como verdadeiros mercados e não como atividades dominadas pelos monopólios, pelos oligopólios ou pelas intervenções do Estado, como são hoje em dia. Não precisamos nem dizer que todas essas transformações pressupõem e devem vir junto com uma transformação antropológica dos homens. (CASTORIADIS, 2006)

Essa transformação, onde a paixão pelo consumo deve dar lugar à paixão pelos assuntos comuns, é possível quando lembramos que o regime neoliberal que vivenciamos hoje não é um regime que foi imposto pelas classes dominantes, mas é uma organização social em que há sedimentos de séculos de lutas populares ocorridas no ocidente, as quais começaram lá no século X pelas comunas visando a obter um relativo autogoverno. A apatia que observamos em nossa sociedade atual, com uma despolitização e uma privatização dos indivíduos não pode ser considerada como o estado final da sociedade. Jamais haverá um estado definitivo da organização social. (CASTORIADIS, 2006)

Para compreendermos melhor a questão da autonomia individual precisamos lembrar que Castoriadis (2006) postulou que o sujeito é regulado também pelo seu inconsciente e este se constitui no Outro, que seria, em grande parte, o depósito dos desígnios, desejos, investimentos e expectativas de que o sujeito foi o alvo desde antes de sua concepção por parte dos que o engendraram e criaram. Essa elucidação indica desde já a dimensão social do problema, pois, mais do que um “outro” restrito, por um conjunto de articulações, esse “outro” remete a uma sociedade inteira e à sua história e, conseqüentemente, abrange a relação que o sujeito estabelece com ambas. A característica essencial do discurso do Outro, então, segundo o autor, é sua relação com o imaginário.

A autonomia está longe de ser a tomada do inconsciente pela consciência e a eliminação total e sem resíduos do discurso do Outro. Ela é a conquista de uma outra relação

entre esse discurso e o discurso do sujeito, entre consciente e inconsciente, entre lucidez e função imaginária; não reconhecer a influência do Outro é não considerar o aspecto histórico, é se alienar em seu próprio discurso tornado outro. (CASTORIADIS, 1982)

O Eu da autonomia não é Si absoluto, mônada que limpa e ilustra sua superfície extero-interna a fim de eliminar as impurezas trazidas pelo contato com o outro; é a instância ativa e lúcida que reorganiza constantemente os conteúdos utilizando-se desses mesmos conteúdos, que produz com um material e em função de necessidades e de ideias elas próprias compostas do que ela já encontrou antes e do que ela própria produziu (...) não se pode tratar da eliminação total do discurso do outro – não somente por ser uma tarefa interminável, mas porque o outro está sempre presente na atividade que o “elimina”. E eis porque não pode existir verdade própria do sujeito num sentido absoluto. A verdade própria do sujeito é sempre participação a uma verdade que o ultrapassa, que se enraíza finalmente na sociedade e na história, mesmo quando o sujeito realiza sua autonomia. (CASTORIADIS, 1982, pág. 128-129)

Somos levados a recusar todas as significações tradicionais que fazem distinções entre atividade e passividade, assim como a compreender que nas questões referentes ao sujeito não há uma linearidade, não há um bom objeto que satisfaça uma necessidade. O homem existe inventando, em cada momento, e não-arbitrariamente, necessidades e objetos, e ele os faz e se faz ao mesmo tempo, não cabendo uma definição racional, natural ou histórica fixada em definitivo. (CASTORIADIS, 1982)

É por isso que uma relação heterônoma pode ser alterada a partir do momento em que se promove uma descontinuidade, um enfrentamento, questionamentos das significações que embasam uma determinada racionalidade. Nesse ponto encontra-se a grande diferença entre a filosofia e as crenças como um todo, pois, a filosofia não permite que se interrompam as interrogações, não aceita que alguém lhe imponha externamente o que deva ser feito e, por esse motivo, anda de mãos dadas com a democracia. (CASTORIADIS, 2007)

A transformação é possível porque, mesmo nas sociedades heterônomas, observamos que a possibilidade de questionamento está sempre permeando as relações, pois, pegando como exemplo sociedades religiosas, que afirmam o tempo todo a existência e a bondade de Deus, a beleza e justiça da vida, entendemos que não haveria outro motivo para se insistir nessas reiteradas afirmações se realmente essas conceituações estivessem assentadas na certeza, se não estivessem assim respondendo a alguma demanda. O mesmo acontece com o termo políticas públicas, pois, não seria preciso reafirmar o caráter público de uma política, se a coisa pública fosse realmente o seu objetivo. Afinal de contas, ninguém fica dizendo, sem

soar como estranho, que quer beber uma água molhada ou sentir na pele um sol quente. (CASTORIADIS, 2007)

Essa possibilidade de questionamento pode ser explicada por dois aspectos: um está relacionado a uma propriedade da linguagem, que é a sua reflexividade, a capacidade da coexistência da afirmação e da negação; e o outro, ao fato de que o psiquismo não está totalmente submetido às normas sociais que tentam organizá-lo; eternamente escaparão elementos que são indomáveis e que permitem não só a simples transgressão, mas o questionamento das instituições e a instituição de outra lógica radicalmente diferente, ou seja, uma ação política. (CASTORIADIS, 2007)

Apresentar a sociedade ocultando o fato de que ela é autoinstituída e ressaltando seu surgimento e seu desenvolvimento por meio de relações heterônomas, na grande parte das vezes, não é uma atitude movida pela ingenuidade ou pela ignorância. Pelo contrário, esse posicionamento permite a manutenção e a conservação dessa sociedade, dificulta que se formulem questionamentos, protegendo fortemente suas significações e fazendo-as parecer um consenso em todas as sociedades e em todos os momentos históricos. (CASTORIADIS, 2007)

Por fim, associando todas essas considerações às atuais Políticas de Saúde Mental, conseguimos perceber que elas são, ao mesmo tempo, um *legein* e um *teukhein*, assim como também é a religião, a arte, o direito, a economia, pois, a instauração da dimensão identitária do fazer e do representar social é inseparável da rede de instituições nas quais e pelas quais eles se desenvolvem. Uma política pressupõe um entendimento, o qual, segundo Kant *apud* Castoriadis (1982), é “o poder de ligação segundo regras”, e não há regra fora da instituição.

Ao estabelecerem determinações sobre como e onde serão atendidas as pessoas que apresentam um transtorno mental e ao pré-estabelecerem discriminações desses transtornos e a relação entre eles e os locais específicos em que devem ser tratados, as Políticas de Saúde Mental visam a fazer ser... a partir de... de maneira apropriada a... e com vistas a..., Por essa razão, podemos afirmar que elas trabalham tendo categorias como esquemas operativos, as quais são esquemas operativos ao mesmo tempo do *legein* e do *teukhein*.

Como vimos, tanto o *legein* como o *teukhein* encarnam uma dimensão conjuntista-identitária do representar e do fazer social respectivamente e, conseqüentemente, são inseparáveis do magma de significações imaginárias sociais nas e pelas quais o representar e o fazer social existem e ao mesmo tempo fazem existir. Na sociedade capitalista moderna há uma posição imaginária de tomar o *legein* e o *teukhein* como puros conjuntistas-identitários,

fechados em si mesmos, o que os torna uma ficção incoerente e insustentável. A técnica vale, atualmente, como um delírio social de onipotência, e ela só é reconhecida como produtiva em relação às necessidades sociais que a determinam e que ela determina, as quais são sempre imaginariamente definidas. (CASTORIADIS, 1982)

A questão que se abre diante das atuais Políticas de Saúde Mental é que o que se dá não é congruente com a lógica conjuntista-identitária. É claro que não é possível prescindir dos elementos que compõem a lógica conídica, mas deve haver um cuidado constante para que a organização dessas políticas não se limite a essa lógica, pois, segundo Castoriadis (1982), apenas o primeiro estrato natural pode prestar-se a esse tipo de organização, mas quando o contexto se amplia e se levanta a interrogação, a lógica dessa organização mostra-se lacunar e incompleta. Se a relação entre o *legein*, o *teukhein* e o magma das significações imaginárias sociais não é pensável dentro do referencial identitário e conjuntista, podemos concluir que, apesar dos avanços inegáveis propiciados pelos movimentos sociais por meio da luta antimanicomial, ainda temos muito a refletir e a transformar no âmbito das Políticas de Saúde Mental para promover uma rede de cuidados aos sujeitos psicóticos que atenda aos interesses da coletividade.

A possibilidade de mudança e de uma nova construção que esse trabalho visa proporcionar é viável, pois, ser extensíveis e transformáveis, compatíveis com uma história e em si mesmos abertos a novas possibilidades, são características do *legein* e do *teukhein*; isso faz com que eles instrumentalizem as sucessivas criações do imaginário radical e que eles forneçam às significações novas e diferentes, o suporte para sua instituição. Essas transformações estão ligadas ao papel criativo da imaginação radical dos sujeitos, que, em sua contribuição à colocação de formas diferentes das que já existem, também pressupõe o campo social instituído e os meios que este o fornece. O papel criativo se torna uma verdadeira contribuição na medida em que é socialmente retomado sob a forma de modificação ou surgimento de uma nova instituição. (CASTORIADIS, 1982)

Ao falar do imaginário radical enfatizamos que não é possível pensar em uma percepção pura, essencialmente individual e separada da instituição social do indivíduo, da coisa, do mundo; assim como também não podemos pensar, inversamente, que a instituição social não é uma criação do imaginário social, impossível de deduzir, de construir a partir de uma suposta percepção de um mundo e de coisas eternas e por um homem eterno. Se o indivíduo tivesse uma percepção pura, ele não seria capaz de fixar-se ou desviar-se de um objeto e seria atropelado pelas coisas do mundo. (CASTORIADIS, 1982)

Essas questões devem permear as discussões sobre as políticas, porque nós as concebemos como uma instituição social e, como tal, é uma criação social-histórica. Contestar e transformar as instituições exige que se quebre o quadro lógico-ontológico do pensamento herdado, o que só é possível como um projeto e um objetivo políticos, sem ser fundamentados em uma natureza, em uma razão ou em uma teoria, mas concernindo a uma instituição coletiva da sociedade. Os homens não nascem livres ou presos, iguais ou desiguais; essas relações são instituídas socialmente. Em nossa concepção, as políticas deveriam pretender instituir pelas mãos do povo uma sociedade justa e autônoma, constituídas de homens livres e iguais. (CASTORIADIS, 1987)

4.4 Elucidações sobre o conceito de exclusão/inclusão social

Partimos do pressuposto de que o conceito de exclusão social, apesar de muito repetido na atualidade, traz consigo ambiguidade e pouca definição, uma vez que pode ser utilizado em diversos contextos e a partir de diversas concepções epistemológicas, que vão desde uma análise focada em faltas ou deficiências dos indivíduos, considerando a sociedade como um todo harmônico, até abordagens mais críticas, que destacam os problemas que compõem a estrutura e a organização social. Por essa razão, é fundamental fazer uma revisão da noção de exclusão/inclusão e delimitar o nosso posicionamento em relação a esse tema, já que ele está maciçamente presente nos documentos que tratam das políticas de saúde mental no Brasil e compõe o objetivo de nossa pesquisa.

A noção de exclusão social, no Brasil, ganhou força nos anos de 1980, principalmente com os trabalhos do sociólogo e advogado, Hélio Jaguaribe, acompanhando o movimento internacional, como o de René Lenoir, na França, cujas teses possuem um caráter pragmático e de cunho liberal, segundo as quais, a exclusão não poderia mais ser concebida como individual, mas como social e suas causas deveriam ser localizadas na dinâmica das sociedades modernas, como o abrupto processo de urbanização, a ineficácia do sistema escolar e a mobilidade profissional, fatores que conduziriam uma parcela cada vez maior de pessoas à condição de excluído. (SAWAIA, 2002)

Para termos uma noção de como o pensamento herdado compreende essa questão, podemos citar uma definição de Martine Xiberras (1993), em que ele afirmou que os excluídos são aquelas pessoas rejeitadas de nossos mercados materiais ou simbólicos ou de

nossos valores. Outra definição se encontra em uma passagem de uma pesquisa recente, organizada pela professora Aldaíza Sposatti (1996) denunciando a situação de exclusão observada no estado de São Paulo, em que ela enfatiza que as desigualdades sociais, econômicas e políticas, na sociedade brasileira, trazem como consequências diversas formas de discriminação e de apartação social; tal processo é o que deve ser entendido como exclusão de uma parcela da população, que se vê impedida de partilhar, vivenciando uma situação de privação, de recusa, de abandono e de expulsão. Embora esse processo afete as pessoas, não pode ser compreendido como uma exclusão individual, mas como algo estrutural presente na sociedade brasileira produzindo pobreza, discriminação, subalternidade, não acessibilidade e não representação pública. (WANDERLEY, 2002)

Observou-se que diversos autores se utilizaram de diferentes expressões para se referir ao problema, como por exemplo, Paugam, que trabalhou com a noção de desqualificação, a qual aparece como o inverso da integração social, referindo-se ao fracasso desta, de modo que a pobreza é vista por ele tanto como o produto de uma construção social, como um problema de integração normativa e funcional; nesse caso o Estado deve criar políticas com a função de regulação das relações sociais. Gaujelac e Leonetti utilizaram a expressão desinserção para ressaltar os fatores simbólicos no processo de exclusão, afirmando que é o sistema de valores de uma determinada sociedade que define quem está fora e quem está dentro, quem tem valor e utilidade social e quem não tem. (WANDERLEY, 2002)

De acordo com Wanderley (2002), na literatura brasileira, Cristóvão Buarque propôs o termo apartação social para designar um processo que coloca o outro como um ser “à parte”, como um não semelhante, alguém que foi expulso do consumo de bens e de serviços, em outras palavras, é uma forma eminente de intolerância social. Castel (2003), por sua vez, nos trouxe o conceito de desfiliados para se referir a um processo de ruptura de um pertencimento, ou melhor, a uma trajetória constituída por uma série de rupturas em relação a estados anteriores de relativo equilíbrio, o que não significa dizer que é um estado de plena ausência de vínculos sociais, mas sim uma impossibilidade de ser inscrito em uma estrutura que faça sentido para o sujeito.

Para o pensamento herdado, com o qual não concordamos em diversos aspectos, a noção de exclusão está ancorada na lógica conjuntista-identitária, uma vez que se refere a um processo que separa, classifica e julga a partir das semelhanças e das diferenças entre os elementos de um determinado conjunto. No entanto, Castel (2003) nos forneceu uma abordagem que se aproxima fortemente da nossa concepção sobre este tema quando ele

afirmou que, ao abordar o conceito de desfiliação ele não está se referindo a alguns elementos que se encontram “à margem” e que são afetados pelas questões sociais como algo à parte. Segundo esse autor, são as próprias relações sociais como um todo que devem compor o núcleo dessas discussões. Nesse sentido, não se trata de analisar as populações excluídas e suas tragédias, mas de abordar as relações sociais contemporâneas como um todo, as quais trazem como consequências inevitáveis a formação de uma população inutilizável socialmente, por mais que algumas ainda se esforcem para acirrar os seus vínculos. Seguindo esse raciocínio o autor nos alertou para o risco de autonomizarmos o conceito de exclusão e passarmos a utilizá-lo indiscriminadamente, quando, na verdade, ele só ganha sentido em um determinado contexto.

Após os anos de 1970 estamos vivenciando, no mundo ocidental, um processo de contínua degradação dos pilares que até então sustentavam a organização de uma sociedade salarial, fato que vem pondo em questão o modo de socialização baseado no trabalho empregado, não sendo mais possível maquiagem a situação com políticas de inserção, as quais se destinam a beneficiar populações específicas, como idosos, jovens, deficientes, doentes mentais, entre outros, como se o problema social fosse algo pontual. A desorganização do trabalho e a desestruturação das formas de sociabilidade nos obrigam a interrogar a questão social, uma vez que estamos nos deparando com um vultoso crescimento da vulnerabilidade, o que, conseqüentemente, nos leva a interrogar a noção de “exclusão/inclusão social”. (CASTEL, 2003)

Como já foi dito anteriormente, em nossa concepção ontológica a sociedade deve ser compreendida como um magma, uma coexistência de elementos, de modo que todos estão incluídos de alguma forma, cabendo a nós interrogar e elucidar as condições em que esses elementos estão incluídos. O que o pensamento herdado - e as chamadas políticas públicas - concebem como excluídos, como aqueles que estão “à margem” da sociedade, na realidade compõem maciçamente a organização social e servem para sustentar uma determinada ordem, marcada pela desigualdade e pela vulnerabilidade de um grande número de pessoas. Esse fato nos permite, inclusive, concordar com Sawaia (2002) no ponto em que ela afirmou que exclusão e inclusão formam um par inseparável, dialético, uma vez que em nossa sociedade excluir possibilita instaurar políticas de falsa inclusão ou de inclusão perversa, estabelecendo a ilusão de um Estado preocupado em erradicar as desigualdades.

Segundo Sawaia (2002) a noção de inclusão social deve ser desatrelada de uma vertente adaptacionista ou normatizadora que, em geral, culpabiliza os indivíduos excluídos,

posição esta que é exatamente a adotada pelas políticas de saúde mental em relação aos sujeitos psicóticos, uma vez que elas deixam claro que seus objetivos é adaptá-los à ordem estabelecida e, se possível, inseri-los nas relações de trabalho instituídas pelo capitalismo. Tal concepção desconsidera o fato de que os chamados excluídos, na realidade, estão vinculados à organização social justamente pela funcionalidade que eles têm na manutenção da ordem que se preconiza em uma sociedade capitalista neoliberal. Os processos de exclusão devem ser abordados então no âmbito de um descompromisso político, compreendendo esse termo de maneira ampla, como foi exposto no subitem acima.

Em síntese, a exclusão é processo complexo e multifacetado, uma configuração de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas. É processo sutil e dialético, pois só existe em relação à inclusão como parte constitutiva dela. Não é uma coisa ou estado, é um processo que envolve o homem por inteiro e suas relações com os outros. Não tem uma única forma e não é uma falha do sistema, devendo ser combatida como algo que perturba a ordem social, ao contrário, ela é produto do funcionamento do sistema. (SAWAIA, 2002, pág. 09)

Abordagens do assunto feitas pelo pensamento herdado, considerando a exclusão como uma deficiência do sistema social – que, fora isso, funciona muito bem – necessitando apenas concertá-lo nesse ponto, provocam o efeito perverso de mascarar o problema real com o discurso da inserção social, algo que é, de maneira veemente, refutado por nós. Essa concepção ingênua, apesar de ser reproduzida pelas políticas de saúde mental no Brasil, está cada vez mais difícil de ser sustentada, pois, no caminho em que estão as relações sociais do mundo ocidental não há indícios de que chegaremos a presenciar um aumento da igualdade entre as pessoas. Ninguém se atreve a dizer que todas as crianças, da África ao Brasil, terão igualdade no acesso a bens materiais, saúde, educação, moradia e alimentação. (SAWAIA, 2002)

No momento de avanço do neoliberalismo observamos um cenário em que as desigualdades aumentam e permanecem, onde até mesmo pessoas consideradas aptas ao trabalho e adaptadas à sociedade moderna não conseguem um lugar no mercado de trabalho, tornando-se também vítimas da conjuntura política e econômica. Dessa maneira, ratificando o posicionamento de Wanderley (2002), não podemos considerar os excluídos como uma camada da população residual e temporária, mas sim como um contingente populacional crescente e uma condição que pode ser imposta repentinamente a pessoas que pensavam estar incluídas.

Observamos hoje que as situações de vulnerabilidade, de flutuação e de segregação não podem ser tratadas como problemas pontuais, isolados, mas devem ser trazidas para o primeiro plano das discussões sobre a sociedade. Falar de exclusão, de acordo com o pensamento herdado, nos remete a um estado, geralmente, estados de privações, de uma condição estanque, a uma concepção dual, fato que não nos permite resgatar as consequências históricas que nos possibilitem compreender o processo em que, segundo Castel (2003), devido a uma industrialização selvagem, vemos como consequência o risco de explosão da sociedade liberal, uma vez que os supranumerários estão cada vez mais presentes e numerosos demais. Com o discurso da exclusão e da inclusão social as políticas de Estado encontram uma saída para amenizar o problema e tornar mais discreta a presença dessas pessoas, mas o verdadeiro problema social-histórico e global está cada vez mais difícil de passar despercebido.

(...) a condição preparada para os que estão “out” depende sempre da condição dos que estão “in”. São sempre as orientações definidas nos centros de decisão – em matéria de política econômica e social, de gestões das empresas, de readaptações industriais, de busca de competitividade, etc – que repercutem como uma onda de choque nas diferentes esferas da vida social. Mas a recíproca é igualmente verdadeira, a saber, os poderosos e os estáveis não estão colocados num Olimpo de onde possam contemplar impavidamente a miséria do mundo. Integrados, vulneráveis e desfilados pertencem a um mesmo conjunto, mas cuja unidade é problemática. (CASTEL, 2003, pág. 34)

Esse posicionamento nos faz interrogar um dos principais objetivos das políticas de saúde mental no Brasil em relação aos sujeitos psicóticos, que é a inserção deles nas relações de trabalho instituídas pelo capitalismo, pois, se até pessoas não psicóticas e socialmente adaptadas não conseguem se colocar facilmente nessas relações, como é possível que um sujeito que funciona em outra lógica, que cria pensamentos delirantes com seus traços e postulados próprios, seja inserido nesse lugar? Como um sujeito psicótico pode suportar a dinâmica das relações de emprego, as quais, muitas vezes, contribuem inclusive para promover adoecimentos?

O próprio Ministério da Saúde, no ano de 2001, em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde, lançou um manual de procedimentos sobre doenças relacionadas ao trabalho com o objetivo de orientar os profissionais de saúde em suas atuações diante dos trabalhadores que, progressivamente, já estavam adoecendo. Esse material justificou a sua necessidade argumentando que, em 1997, a População Economicamente Ativa no Brasil era em torno de 75,2 milhões, das quais, cerca de 36 milhões apenas eram consideradas

empregadas; além disso, afirmou que, devido ao processo de reorganização produtiva, em curso acelerado em nosso país a partir da década de 1990, observaram-se consequências ainda pouco conhecidas sobre a saúde do trabalhador, em razão da adoção de novas tecnologias, de novos métodos gerenciais e da precarização das relações de trabalho, precarização que tem se acentuado bruscamente no ano de 2017. (BRASIL, 2001)

A precarização do trabalho caracteriza-se pela desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais, a legalização dos trabalhos temporários e da informalização do trabalho. Como consequência, podem ser observados o aumento do número de trabalhadores autônomos e subempregados e a fragilização das organizações sindicais e das ações de resistência coletiva e/ou individual dos sujeitos sociais. A terceirização, no contexto da precarização, tem sido acompanhada de práticas de intensificação do trabalho e/ou aumento da jornada de trabalho, com acúmulo de funções, maior exposição a fatores de risco para a saúde, descumprimento de regulamento de proteção à saúde e à segurança, rebaixamento dos níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego. Tal contexto está associado à exclusão social e à deterioração das condições de saúde. (BRASIL, pág. 19, 2001)

De acordo com o Ministério da Saúde esse cenário ocasionou um aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e outras formas de adoecimentos ainda mal caracterizadas, que necessitam de estudos e pesquisas, como as manifestações de estresse e fadiga física e mental. Em relação aos transtornos mentais relacionados ao trabalho, segundo dados da OMS, no ano de 2001, cerca de 30% dos trabalhadores ocupados eram acometidos por transtornos mentais menores e 5 a 10% por transtornos mentais maiores. De acordo com dados do INSS, no Brasil, os transtornos mentais, com destaque para o alcoolismo crônico, constituíam a terceira maior causa de concessões de auxílio-doença e de aposentadoria por invalidez. (BRASIL, 2001)

É preciso destacar que o trabalho, por si só, não é prejudicial aos seres humanos, muito pelo contrário, como veremos no subitem a seguir, ele é responsável pela constituição de nossa subjetividade, é um mediador fundamental das relações sociais e é por meio dele que é possível garantir a nossa subsistência. O que estamos destacando – e o que o Ministério da Saúde ratifica – como um problema para a saúde é a maneira como o capitalismo, sobretudo, em sua vertente neoliberal, apropria-se do trabalho dos homens, transformando-o em trabalho empregado, reestruturando as relações de trabalho de modo a promover a ausência de sentido na atividade produtiva, a insegurança, a instabilidade, a desvalorização do trabalhador e a precariedade de uma maneira geral.

4.4.1 O trabalho realmente promove inclusão social?

Para serem possíveis elucidações para essa interrogação, em primeiro lugar, devemos destacar que as significações imaginárias sociais do capitalismo, que foram responsáveis por - dentre outros equívocos - assimilar trabalho a emprego não são as únicas existentes que nos permitem compreender todas as dimensões da categoria trabalho e, tampouco, das possibilidades de atividade humana. Segundo a concepção de Marx (2013), por exemplo, um imenso espaço de tempo separa o momento em que o homem se apresenta ao mercado como vendedor de sua própria força de trabalho daquele em que o trabalho humano ainda não havia se desvincilhado de sua forma instintiva.

Para Marx (2013) o trabalho é um dos principais aspectos que diferencia o homem dos animais, pois, em sua gênese, essa atividade humana se caracteriza por ser a ação por meio da qual o homem medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza; nessa relação, o homem põe em movimento as forças naturais de seu corpo – pernas cabeças e mãos – a fim de se apropriar da natureza de uma forma útil para sua vida. O trabalho a que nos referimos aqui é uma possibilidade especificamente humana, porque, diferentemente do trabalho instintivo, pertinente ao animal, ao final do trabalho, o homem produz um resultado que já estava planejado em suas representações ideativas. Além disso, ao mesmo tempo em que ele modifica a natureza com o movimento do seu trabalho, a sua própria natureza é modificada também.

O trabalho pressupõe, assim, uma atividade orientada por parte do homem, uma vez que ele não apenas modifica a forma do elemento natural, como utiliza esse elemento para atingir seus objetivos, os quais passam a guiar, como uma lei, seus comportamentos. Outro motivo pelo qual afirmamos que o trabalho é uma atividade estruturante para o homem é o fato de essa espécie ter desenvolvido instrumentos para mediar a relação entre ela e o objeto do trabalho. Esse fator necessitou de uma atividade dirigida para se fazer existir, ao mesmo tempo em que possibilitou uma transformação qualitativa das capacidades e da atividade humana. (MARX, 2013)

Arendt (2016) utilizou a expressão *vita activa* para designar três atividades humanas fundamentais para a nossa existência na terra, que são: o trabalho, a obra e a ação. Segundo a autora, o trabalho é a atividade que corresponde ao processo biológico do corpo humano, cujo crescimento espontâneo, metabolismo e inevitável declínio, estão ligados às necessidades vitais fornecidas e satisfeitas pelo trabalho, demarcando o que a autora chamou de *animal*

laboreans. A obra – especificidade do *homo faber* - se refere à não naturalidade da existência humana, sendo a atividade que possibilita a criação de coisas artificiais, nitidamente diferentes das coisas existentes na natureza. Já a ação – exercida pelo *animal rationale* - diz respeito à pluralidade da vida humana, a uma dimensão coletiva. Embora todos os aspectos da condição humana tenha alguma dimensão política, a ação é a condição *sine qua non* e *per quam* da política, de modo que nesse campo, poderíamos equiparar a condição de estar vivo com a de estar entre os homens e a de morrer com a de deixar de estar entre eles.

Arendt (2016) destacou uma fundamental compreensão de Marx, segundo a qual, independente do contexto social-histórico ou da sua localização no campo público ou privado, a atividade do trabalho traz consigo uma produtividade própria, por mais banal ou menos durável que seja o seu produto, pois, essa produtividade reside na força humana aplicada ao trabalho, uma vez que essa força não se esgota após a subsistência ter sido garantida; ela é capaz de produzir um excedente que é mais que o necessário para garantir a sua reprodução. Ao contrário da obra, que produz novos objetos para os homens e para o mundo, a produtividade do trabalho está ligada à força humana, que só incidentalmente produz objetos, pois está fundamentalmente preocupada com a própria reprodução, com a reprodução de outras pessoas, graças à capacidade de produzir excedentes e, raramente, produz outras coisas além da vida.

Uma peculiaridade da atividade do trabalho é que, diferente da atividade da obra, que termina quando o objeto a ser fabricado fica pronto, o processo do trabalho move-se sempre em um ciclo determinado pela manutenção das necessidades biológicas do vivente, de modo que o fim de suas penas e de seus esforços só chega com a morte dele. Novamente retomando Marx, Arendt (2016) nos lembrou de que o autor definiu o trabalho como o metabolismo do homem com a natureza, processo em que o material da natureza é adaptado às necessidades humanas, estabelecendo-se assim um ciclo sempre recorrente, que tem o trabalho e o consumo como as suas duas faces. Tudo o que o trabalho produz se destina a alimentar o processo da vida humana e o consumo, regenerando o processo vital e possibilitando a produção ou a reprodução de nova força de trabalho.

O trabalho é a atividade que mais se aproxima do âmbito privado porque nele o corpo humano, embora esteja em atividade, é lançado para dentro de si mesmo concentrando-se no objetivo de se manter vivo, ficando preso em um metabolismo com a natureza sem jamais conseguir se libertar do ciclo de seu funcionamento e da satisfação de suas necessidades. Outra característica do trabalho reside na relação entre o homem e a natureza; nessa atividade

as coisas que a natureza oferece ao consumo jamais perdem totalmente o seu caráter natural, como por exemplo, o grão de trigo nunca desaparece totalmente no pão. Por outro lado, a natureza é cabalmente destruída na atividade do *homo faber*, que faz, por exemplo, a árvore desaparecer por completo em uma mesa. (ARENDT, 2016)

A forma de trabalho desenvolvida pelos seres humanos e a maneira como essa atividade foi considerada por cada sociedade está intrinsecamente ligada aos aspectos social-históricos em que essa atividade esteve inserida. Em todas as eras anteriores à modernidade a condição de trabalhador não estava ligada à produtividade; os trabalhadores eram identificados à escravidão, pois, era um consenso a necessidade de ter pessoas dentro do lar que trabalhassem visando à mera subsistência e a um consumo isento de esforços por parte dos não escravos. Essa distinção que, na modernidade, passou a existir entre trabalho produtivo e trabalho improdutivo, embora seja banhada de preconceito, é uma das diferenças principais entre trabalho e obra, que passou a ser desconsiderada. (ARENDT, 2016)

A Antiguidade foi marcada por um contexto em que havia um grande desprezo pelo trabalho decorrente de uma paixão pela libertação das atividades ligadas à satisfação de necessidades, por uma desvalorização de qualquer esforço que não deixasse algum vestígio de uma obra digna de ser lembrada e por uma insistência dos cidadãos em se absterem de qualquer atividade que não fosse política. Por isso, os homens da Antiguidade entendiam que era necessário ter escravos para exercerem as atividades servis que fornecessem o necessário para a manutenção da vida; era assim que se justificava o trabalho escravo, pois, trabalhar significava ser escravizado pela necessidade. (ARENDT, 2016)

Os antigos entendiam que o ônus da satisfação das necessidades, que consome um grande período da vida especificamente humana, só pode ser suprimido com o uso de servos e de escravos, os quais tinham a importante função de arcar com o consumo do lar e não produzir para a sociedade como um todo. Longe de consistir apenas em uma violenta injustiça de forçar uma parte da humanidade a trabalhar, a se esforçar e a sentir dor, a escravidão esteve mais ligada à eliminação do peso que o fardo da necessidade exercia sobre os ombros dos cidadãos que habitavam a cidade-Estado, que se caracterizavam como centros de consumo. (ARENDT, 2016)

No período feudal, demarcado entre os séculos V e XV, emergente após a crise do Império Romano e do sistema escravista a base da produção era a agricultura e o principal meio de produção era a terra, que pertencia à igreja e aos senhores feudais e era o local onde eram produzidos os bens necessários para a subsistência de seus habitantes, onde ocorriam as

trocas de produtos de diferentes espécies, a criação de gado e até uma indústria caseira, atividades que se desenvolviam dentro dos limites da autossuficiência. A força de trabalho, nesse contexto social-histórico, era fornecida pelos camponeses em uma relação em que, em troca de um pedaço da terra para produzir, os camponeses cediam o seu trabalho ao senhor feudal, dando origem à relação que ficou conhecida como servidão, na qual, apesar da dominação haviam obrigações recíprocas, de ordem militar, financeira e jurídica, entre suserano (dono da terra) e vassalo (dono da força de trabalho). Nas relações pessoais entre senhor e servo o primeiro tinha obrigação de proteger os servos de ataques e os últimos eram obrigados a prestar serviços e dar ao senhor parte de sua produção agrícola. (ANDERY *et al*, 2004)

A partir do século XI as cidades e o comércio começaram a ganhar força e se estabelecerem ao lado dos feudos, momento em que também ganha destaque um outro tipo de trabalhador, que é o artesão. Esse profissional vivia nas cidades e exercia um trabalho em que ele detinha os meios de produção, tinha conhecimento sobre todas as etapas do seu trabalho, tinha o domínio sobre o produto final dele, sem precisar se apropriar do trabalho de outras pessoas e ainda era o responsável pela venda desse produto. Daqui para frente, tanto no comércio quanto na produção agrícola os produtos passaram a ter, além de um valor de uso, um valor de troca. (ANDERY *et al*, 2004)

A atividade desenvolvida pelo artesão nos oferece um grande exemplo para abordar a obra enquanto uma atividade humana distinta do trabalho. A obra – ou fabricação – corresponde a um aspecto da condição humana que possibilita a criação de um mundo artificial de coisas duráveis, a criação de um espaço entre o homem e a natureza, marcando uma singularidade, de acordo com a qual, é possível identificar vidas individuais e não apenas a vida de uma espécie. Apesar de fabricar seus produtos no isolamento ou na companhia de poucos ajudantes, o *homo faber* também visa expor seus produtos ao público e trocá-los nos mercados, fato que demonstra que, ao contrário do *animal laboreans*, o *homo faber* é perfeitamente capaz de estabelecer um domínio público, embora não seja um domínio político propriamente dito. (ARENDT, 2016)

Diferente do trabalho, que é uma atividade presa às necessidades e ao ciclo vital e, por isso não tem começo e nem fim definidos, a obra se caracteriza por ter um começo definido e um fim previsível, fato que se reflete na reversibilidade da atividade do *homo faber*. Isso quer dizer que a obra não produz nenhum objeto de uso que seja urgentemente necessário ao processo vital, o que torna o *homo faber* livre para produzir e para destruir o seu produto se

assim lhe convier. O *homo faber* pode ser considerado como o senhor de si mesmo e de seus atos, o que não acontece com o *animal laboreans*, que vive na dependência das necessidades de seu processo vital, e nem como o homem da ação, que depende de seus semelhantes. O trabalho requer uma execução ritmicamente ordenada e, quando se trata de uma aglomeração de operários, essa coordenação deve acontecer entre todos os movimentos individuais; já na obra o sujeito se vê a sós com as imagens do futuro produto a ser criado e livre para produzir e para destruir o seu produto. (ARENDT, 2016)

Afirmamos acima que a obra não é uma atividade humana que perpassa o domínio político propriamente dito devido ao seu caráter mais individualizado e utilitarista. A ação é a atividade que tange à política por excelência, que se faz entre os homens e depende de um domínio público, pois, ela corresponde à pluralidade da condição humana e se faz pela compreensão de que a terra é habitada por homens e não pelo homem, e de que esses homens são iguais – por serem humanos – mas radicalmente distintos na singularidade de cada um. A ação corresponde à capacidade humana de desencadear o novo e o espaço adequado para a manifestação desse novo é o domínio público, uma vez que a ação não incide diretamente sobre objetos, mas acontece sempre no espaço entre as pessoas, fazendo-as se relacionarem e se manterem juntas, constituindo teias de relações. (ARENDT, 2016)

A ação é a única atividade da qual os seres humanos não podem abster-se sem deixarem a humanidade deles, pois, uma vida sem discurso e sem ação perde o seu caráter de ser vivida entre os homens a passa a ser morta. Um sujeito pode viver sem trabalhar, obrigando outros a trabalharem por eles, podem optar por não acrescentar nenhum objeto ao mundo usufruindo das coisas que já foram criadas por outros; a vida de um senhor de escravos e de um parasita pode não ser justa, mas é perfeitamente humana. Por sua vez, sem palavras e atos não é possível alguém se inserir no campo da humanidade e essa inserção pela ação se dá na teia das relações humanas, não é imposta pela necessidade, como o trabalho, e nem desencadeada pela utilidade, como é o caso da obra. (ARENDT, 2016)

O fato de o homem ter a possibilidade de agir dá a ele a capacidade de criar o novo, o inesperado, de realizar o que é improvável. Isso ocorre porque no discurso e na ação residem a pluralidade da condição humana, isto é, da possibilidade de se constituir como um ser único, por mais que esteja entre iguais, de a cada nascimento surgir algo singularmente novo no mundo. Por acontecer no espaço entre os homens, na ação não há objetos tangíveis em que ela pode ser materializada, como em um produto a ser consumido ou em um objeto fabricado; apesar disso, o seu produto é tão real como as coisas materiais que observamos comumente no

mundo, concretizando-se na política e na constituição de uma teia de relações. Esse campo da atividade humana nos mostra o quanto os homens se revelam como sujeitos, como seres singulares, mesmo quando eles se unem para a obtenção do objeto mais material e mundano que se possa imaginar. Desconsiderar isso, como fazem as abordagens materialistas mais ingênuas, é transformar os homens em algo que eles não são. (ARENDT, 2016)

Á diferença da obra, em que é possível um isolamento, necessitando apenas da presença da natureza – de onde obtém seu material – e de um mundo – onde se possa colocar o seu objeto acabado, a ação não é possível quando se está isolado, pois, estar só é estar privado de sua capacidade de agir. A ação e o discurso precisam ser circundados pela teia de relações humanas, e com ela estar em permanente contato; a raiz da verdadeira política encontra-se ao fato de que cada indivíduo, com sua singularidade, só pode advir no campo do discurso e da ação, entre os homens, no domínio público, ou seja, no espaço do mundo do qual os homens necessitam para aparecer, espaço esse que é obra do próprio homem, em um sentido mais amplo do que o da obra de nossas mãos e do trabalho do nosso corpo. (ARENDT, 2016)

Voltando à contextualização social-histórica das atividades humanas, devemos destacar que, com a expansão marítima e do sistema colonial, no final do século XV, com a ampliação do comércio na Europa e com o declínio do modo de produção feudal, surgiu um sistema denominado de mercantilismo, momento em que houve um desenvolvimento de instituições financeiras e de bancos visando a subsidiar as atividades mercantis. Com essa expansão deu-se início um processo de acumulação de capital e um fortalecimento dos comerciantes – recém-formada burguesia - os quais fizeram concorrência com os artesãos e, como detinham o dinheiro e o capital, passaram a ser chamados de capitalistas. Essa concorrência enfraqueceu os artesãos que, sem conseguir vender tudo o que produziam, começaram a perder a força produtiva, restando a eles terem que vender a própria força de trabalho a quem podia compra-la, ou seja, os capitalistas. (ANDERY *et al*, 2004)

Desse modo surgiu a manufatura, um embrião do modo de produção capitalista que vivenciamos atualmente, em que, de um lado há o possuidor do capital e dos meios de produção e do outro, trabalhadores que possuem apenas a força de trabalho para vendê-las como mercadoria. Esse contexto deu início a uma transformação radical na maneira de se conceber o trabalho, pois, passou-se a ter a possibilidade de se apropriar do trabalho das pessoas, dividi-lo em etapas, de modo que cada trabalhador executa apenas uma parte do trabalho necessário ao produto final. Essa mudança ocorreu devido à pretensão de se ter uma

maior produtividade e uma maior lucratividade, pois, o capitalista pagaria um salário aos trabalhadores, o qual seria sempre menor do que o valor do produto que o trabalho deles era capaz de gerar. (ANDERY *et al*, 2004)

No capitalismo a transformação de matéria-prima em produtos é feita pelo trabalhador, que vende sua força de trabalho ao capitalista em troca de um salário. O capitalista é dono dos meios de produção (matérias-primas, ferramentas, etc) e se apropria dos produtos acabados. A sociedade capitalista tem como elementos fundamentais a propriedade privada, a divisão social do trabalho e a troca. (ANDERY *et al*, 2004, pág. 160)

A manufatura promoveu uma transformação nas relações de trabalho instaurando um modelo de apropriação do trabalho dos outros, da divisão e especialização do trabalho e da desvalorização dele. Ela não chegou a se configurar como um modo de produção em si, mas se caracterizou por apresentar um número relativamente grande de trabalhadores sob o mesmo teto, os quais eram empregados pelo proprietário dos meios de produção e eu executavam um trabalho coordenado em um mesmo processo produtivo ou em processos produtivos que, apesar de diferentes, eram interligados por meio de um planejamento. (ANDERY *et al*, 2004)

É importante destacar que, ao contrário do que se percebe correntemente, a divisão do trabalho e a especialização não são a mesma coisa. A primeira resulta diretamente do processo de trabalho, mas a especialização prevalece nos processos do *homo faber*; o que ambas têm em comum está ligado ao princípio geral da organização, princípio esse que se refere à esfera estritamente política da vida, ao fato de que o homem é capaz de agir e de agir em conjunto. É somente no interior de uma organização política, onde os homens não só vivem, mas vivem em conjunto, podem ocorrer a especialização da obra e a divisão do trabalho, fato que mostra que as três atividades – trabalho, obra e ação – estão intrinsecamente relacionadas. (ARENDT, 2016)

No período caracterizado pela manufatura, que pode ser demarcado como indo do século XVI até ameados do século XVIII, apesar de o trabalhador ter perdido os meios de produção, que passaram a ser do capitalista, ter se transformado em alguém que executa apenas parte do trabalho necessário para obter um produto final, ele (o trabalhador) ainda tinha uma grande importância, pois, era ele quem, com sua habilidade e rapidez, comandava o processo de trabalho e definia as características necessárias do trabalho social para a produção de uma dada mercadoria. (ANDERY *et al*, 2004)

Em meados do século XVIII, com duas condições fundamentais estabelecidas, as quais foram o acúmulo de capital e a existência de uma classe trabalhadora livre e sem propriedades, vivenciamos a Revolução Industrial, momento em que o trabalhador sofreu mais um prejuízo em sua capacidade e em sua valorização, pois, as máquinas passaram a substituí-los, ocasionando o barateamento das mercadorias e, conseqüentemente, da força de trabalho. Imprescindível destacar que os trabalhadores não aceitaram passivamente tais condições, eles começaram a se organizar e, surgiram assim, os primeiros conflitos entre trabalhadores e capitalistas. (ANDERY *et al*, 2004)

Com o advento do sistema fabril e da produção mecanizada, o artesanato e a manufatura foram quase que eliminados, o trabalhador perdeu o controle do processo de trabalho, a máquina é quem passou a ser o determinante do ritmo do trabalho e da qualidade do produto, restando ao trabalhador ter que se adaptar ao processo de produção e não mais o contrário, ou seja, o trabalhador se vê mais preso ainda, pois, não são mais as ferramentas que se adaptam aos movimentos do corpo, mas sim o corpo que deve se adaptar às máquinas. Essa condição se estabeleceu porque o sistema fabril responde muito bem às exigências do modo de produção capitalista, uma vez que tem a possibilidade de produzir uma grande quantidade de mercadorias em um curto período de tempo, barateando os produtos e a força de trabalho. Essa vitória da máquina sobre o trabalho manual nos mostra bem o valor que as pessoas possuem em nossa sociedade. (ANDERY *et al*, 2004)

Sofrendo as influências da cultura hebraica, na modernidade o trabalho foi dotado de uma fertilidade, tendo uma função semelhante a da procriação, sendo que aquela atividade era responsável por garantir a reprodução da vida do indivíduo, enquanto a procriação garantia a reprodução da espécie. Nessa mesma linha de raciocínio, com a ascensão do cristianismo, a vida foi elevada à condição de sagrada e o homem à de imortal, de maneira que nem o trabalho e nem a morte eram considerados como um mal, mas sim como condições necessárias para atingir as recompensas e a eternidade; a relação interdependente entre trabalho e esforço ficou estabelecida assim como entre produção e consumo. (ARENDT, 2016)

Com a ascensão do capitalismo, da ciência moderna e do positivismo, vivenciamos uma desvalorização da contemplação junto com um enaltecimento da produção e da fabricação no âmbito das atividades exercidas pelo ser humano, ou seja, à primeira vista uma elevação do *homo faber* na hierarquia das atividades humanas, tanto que, do início da

modernidade até os nossos dias, podemos demarcar facilmente algumas significações imaginárias sociais que são típicas do *homo faber*. (ARENDT, 2016)

Dentre essas significações podemos citar: a instrumentalização do mundo; a confiança nas ferramentas e na produtividade do fabricante de objetos artificiais; a convicção de que qualquer motivação humana pode ser reduzida a um utilitarismo; a noção de que a natureza está para ser usada pelo homem da maneira como ele preferir; o desprezo por pensamentos que não resultam em produção de objetos ocasionando o preconceito com as chamadas atividades improdutivas; e, finalmente, o equacionamento entre ação e fabricação. (ARENDT, 2016)

O que chama mais a atenção, no entanto, é o fato de essa estima pelo *homo faber* ter sido rapidamente superada pela promoção da atividade do trabalho a mais alta posição da escala hierárquica das atividades do homem. Essa transição começou a acontecer porque, por incrível que pareça, o mesmo movimento que privilegiou a produção em detrimento da contemplação, em um primeiro momento, favorecendo a condição do *homo faber*, também foi o responsável pelo seu declínio, pois, preterir a contemplação afeta diretamente a capacidade de criação e de fabricação. Nenhuma atividade teria tanto a perder com o privilégio de uma introspecção visando a uma conquista da natureza quanto àquela que é voltada a produzir coisas para o mundo. (ARENDT, 2016)

A introspecção individualista e a elevação da vida como o bem supremo, acarretando um privilégio do objetivo de promover a vida individual ou da espécie ao mais alto grau de felicidade foram a mola propulsora que elevou o *animal laboreans* à condição de ser perfeito para a contemporaneidade. A fé cristã teve grande influência nesse fato, uma vez que ela foi a responsável por transformar em imortal, o que, até então, havia de mais mortal no mundo, que é a vida humana. Essa inversão de valores não afetou somente o *homo faber*, mas foi desastrosa também para a atividade política, ao passo que essa atividade tinha como principal fonte de inspiração a imortalidade do mundo, o espaço entre os homens e não o privilégio da vida individual e sua imortalidade. (ARENDT, 2016)

A influência cristã que sacralizou a vida individual a elevando à condição de bem supremo também foi a responsável por nivelar trabalho, obra e ação como atividades sujeitas à necessidade da vida presente. O desprezo que havia na Antiguidade pelo trabalho escravo, por ser realizado por alguém que vivia somente para atender às necessidades da vida e se submetia a um senhor, ao invés de cometer suicídio, após o cristianismo, não é mais justificado na sociedade ocidental, pois, manter-se vivo em qualquer circunstância passou a

ser uma sagrada obrigação. Passou a se conceber como necessário apenas trabalhar para garantir a sobrevivência do indivíduo e dos membros de sua família; tudo o que escapasse a essa necessidade seria considerado supérfluo. (ARENDT, 2016)

Após a Revolução Industrial o processo de fabricação passou a ser marcado por uma repetição e uma circularidade do trabalho devido à necessidade de substituir o mais rápido possível os objetos que nos cercam, não respeitando a durabilidade deles e passando a tratar todos os objetos de uso como se fossem bens de consumo. Na era moderna, com a substituição do artesanato pelo trabalho, a consequência foi que as coisas do mundo passaram a ser consideradas todas como produtos do trabalho, cujo destino natural é serem consumidas, ao invés de produtos da obra, a qual gera como resultado coisas a serem usadas. Esse fato associado à promoção da vida à condição de o bem supremo - em detrimento da concepção clássica, de acordo com a qual a existência do mundo era o bem maior - ocasionou, em nosso tempo, um destaque maior ao *animal laboreans* – aquele que trabalha para satisfazer suas necessidades e para consumir - na hierarquia das possíveis atividades humanas. (ARENDT, 2016)

(...) o tempo excedente do *animal laboreans* jamais é empregado em algo que não seja o consumo, e quanto maior é o tempo de que ele dispõe, mais ávidos e ardentes são os seus apetites. O fato de que esses apetites se tornam mais sofisticados, de modo que o consumo já não se restringe às necessidades da vida, mas, ao contrário, concentra-se principalmente nas superfluidades da vida, não altera o caráter dessa sociedade, mas comporta o grave perigo de que afinal nenhum objeto do mundo esteja a salvo do consumo e da aniquilação por meio do consumo. (ARENDT, 2016, pág. 165)

Nesse contexto social-histórico o trabalho do nosso corpo e a obra de nossas mãos tornaram-se uma mesma e única coisa, uma vez que as duas atividades consistem em apropriar e consumir o que Deus deu aos homens em comum; esses meios que o homem utiliza para se apropriar da natureza – corpo, mãos e boca – foi dado a cada homem para o seu uso privado. Foi assim que, na modernidade, a mais privada das atividades humanas – o trabalho – foi transformada em uma atividade pública. (ARENDT, 2016)

O que a vitória do *animal laboreans*, na modernidade, nos revela é que, com a emancipação do trabalho, vivenciamos um triunfo da necessidade e a admissão do trabalho no domínio público; porém, enquanto esse domínio público estiver dominado pela ideologia do *animal laboreans*, ele não passará de um conjunto de atividades privadas sendo exercidas de maneira escancarada. Para dar um exemplo de como uma sociedade que valoriza a condição

de trabalhador está em consonância com os ideais liberais e com um individualismo imediatista, destacamos que em uma sociedade de trabalhadores/consumidores toda a nossa economia se tornou uma economia do desperdício, de acordo com a qual todas as coisas devem ser devoradas e descartadas com uma rapidez tal que impeça que esse processo chegue a um fim. (ARENDT, 2016)

O motivo pelo qual o trabalho foi elevado ao topo das atividades humanas na modernidade foi a produtividade associada ao trabalho e também à noção marxiana de que o trabalho – e não Deus – criou o homem, bem como a de que é o trabalho e não a razão o que diferencia o homem dos animais. Aliás, essa elevação começou quando Locke concebeu o trabalho como a fonte de toda propriedade e prosseguiu, em seguida, quando Adam Smith anunciou que o trabalho era a fonte de toda riqueza, para só depois atingir o ápice com a conceituação estabelecida por Marx relacionando o trabalho à fonte de toda produtividade e da própria humanidade do homem. (ARENDT, 2016)

Como o trabalho, na verdade, é a mais natural e menos mundana das atividades humanas, a conceituação formulada pela era moderna equacionou o trabalho e a obra de tal forma que atribuíram ao trabalho características que somente a obra possui, como por exemplo, concepções que afirmam que há uma diferença entre trabalho produtivo e improdutivo e que o indício de um trabalho produtivo é um produto material, geralmente caracterizado como um artigo para o consumo. A introdução do dinheiro foi um marco dessa ocultação da diferenciação entre trabalho e obra, pois, essa representação simbólica veio para suplantá-la não durabilidade dos produtos do trabalho, pois, quando se trabalha e se recebe um dinheiro em troca, este passa a ser uma forma de produto minimamente durável para garantir a aquisição de objetos de consumo e de propriedades. (ARENDT, 2016)

Apesar do equacionamento feito pela modernidade entre trabalho e obra, o esforço do trabalho jamais poupa o animal que trabalha da repetição de suas tarefas, permanecendo essa atividade como uma eterna necessidade imposta pela natureza. Considerar que o processo de trabalho termina com o produto é esquecer que esse processo, na verdade, caracteriza-se pelo metabolismo entre o homem e a natureza, em que o produto é imediatamente consumido e destruído pelo processo vital do corpo. Como se não bastasse, o último estágio a que a nossa sociedade elevou os trabalhadores foi à condição de empregados, uma forma de atividade que requer um funcionamento automático, em que a individualidade deve ser suprimida e a única decisão ativa exigida do indivíduo é a de deixar-se levar por um funcionamento que privilegia

um modo anestesiado de comportamentos e de sentimentos, em detrimento dos sofrimentos e da capacidade de criação individuais. (ARENDT, 2016)

Para compreendermos melhor a situação das relações de trabalho na contemporaneidade Castel (2003) nos fez lembrar de que a condição que caracteriza a grande maioria dos trabalhadores ativos, que o capitalismo nos impôs como uma das mais seguras para se viver e que as políticas de saúde mental consideram como o ápice da inclusão social - a condição de assalariado - foi, durante muito tempo, considerada como uma das condições mais indignas, incertas e miseráveis, reservada para alguém cuja situação era degradante, que nada tinha para trocar além da força de seus braços, como por exemplo, o artesão arruinado ou um agricultor cuja terra não produzia alimentos suficientes. Se no passado a condição de assalariado era um adjetivo negativo, no presente essa condição também está abalada por uma situação de desemprego em massa, de condições precárias de empregabilidade e pela ineficácia dos sistemas clássicos de proteção às pessoas que se encontram nessas situações, pessoas estas que o autor denominou de supranumerários ou inempregáveis.

A ideia do livre acesso ao trabalho foi cunhada pelo liberalismo - mais especificamente pelos precursores do iluminismo - como uma ferramenta para promover, de maneira progressista uma reformulação da questão social no que se refere à integração do proletariado. Também nesse momento, no início do século XVIII, na Europa, dois novos dados modificaram a maneira como se apresentavam a questão do lugar que irão ocupar os menos favorecidos: de um lado a tomada de consciência de uma vulnerabilidade de massa, que torna cada vez mais ilusória a ideia de se reduzir a questão social aos indigentes incapazes de trabalhar – que são assistidos – e aos vagabundos, que são reprimidos. Por outro lado, o trabalho deixa de ser apenas um dever que corresponde a exigências religiosas e morais, passando a ser considerado como a fonte de toda riqueza, a pedra filosofal que há muito tempo era procurada. (CASTEL, 2003)

Importante nos lembrar de que a necessidade de trabalhar não nasceu no século XVIII, ela é uma pregação bíblica e, junto com a condenação da ociosidade, está presente nos discursos religiosos e morais, ao menos para as pessoas que dependem desse tipo de trabalho para viver, o trabalho árduo, que produz suor, que necessita da força. Aqueles que conseguiam viver com a isenção do trabalho não prejudicavam essa ideologia; ao contrário, reforçavam-na, pois, a isenção do trabalho era um privilégio, enquanto que a necessidade de trabalhar era a única forma de salvação e uma maneira de quitar a dívida social daqueles que nada possuíam além da mão de obra. “O trabalho é, ao mesmo tempo, uma necessidade

econômica e uma obrigação moral para os que nada têm o antídoto contra a ociosidade, o corretivo para os vícios dos povos. Inscreve-se “naturalmente” em esquemas disciplinares”. (CASTEL, pág. 227, 2003)

Sob esse pensamento, uma atitude característica do mundo da assistência medieval, carregada de valores religiosos, sobreviveu ao capitalismo moderno, que é a de fazer com que todos os indigentes, inclusive os inválidos, na medida do possível, trabalhem, pois, entregues ao trabalho eles deixam de ter pensamentos improdutivos e ocupações desnecessárias que teriam, caso não trabalhassem. O trabalho, ainda que coercivo, adquiriu uma função de reabilitação, além de suas capacidades econômicas e moralizantes; aliás, ainda que sem funções econômicas, o trabalho desnecessário é muitas vezes promovido, como por exemplo, em Amsterdam, no final do século XVI, onde foi fundada, como prolongamento das políticas municipais de caráter burguês e racional, uma atividade em que os ociosos e recalcitrantes eram presos em um porão inundado e deviam bombear a água rapidamente para evitar o afogamento. (CASTEL, 2003)

No mercantilismo houve a coesão entre a concepção religiosa e moral do trabalho como redentor e a concepção de trabalho como produtividade, uma vez que ele passou a ser o precursor do desenvolvimento econômico, sendo o responsável por colocar o Reino em condições de competir com a concorrência internacional. Sendo assim, as potencialidades não empregadas dos ociosos começaram a ser vistas como um absurdo e algo que deve ser resolvido imediatamente. Seja no mercantilismo ou em formas anteriores de regulação do trabalho, essa categoria sempre esteve subordinada a outras exigências, como algo que não era possível de desenvolver-se livremente, sendo necessário sempre controlá-lo por sistemas externos de coerção. (CASTEL, 2003)

É com o liberalismo que o trabalho ganhou a qualidade de algo liberado, momento em que o imperativo da liberdade para o trabalho se impôs, tanto que a grande descoberta do século XVIII não foi a necessidade do trabalho, mas sim a necessidade da liberdade do trabalho, derrubando, dessa maneira, os dois modos de regulação do trabalho até então dominantes, que eram o trabalho regulado (servidão) e o trabalho forçado (escavidão). Com isso houve também uma redefinição do papel do Estado, o qual passaria a ter como compromisso com seus membros a destruição de qualquer obstáculo que os incomodassem em seus trabalhos ou os atrapalhassem a usufruir de seus resultados. Um Estado mínimo deve contentar-se em garantir que todas as pessoas que se entreguem livremente aos seus trabalhos não sejam usurpadas de seus lucros. (CASTEL, 2003)

A liberdade do trabalho trouxe como consequência a libertação da iniciativa privada, o destaque ao risco, ao esforço e à competição, condição em que a vontade e o objetivo de melhorar sua condição sempre é o motor de todo empenho. Há o rompimento total com uma dinâmica de sociedade estamental, fixa e um incentivo à constituição de sujeitos livres para buscar seus próprios interesses, uma vez que o direito ao trabalho passa a ser pleno e assegurado inclusive por Deus – na tentativa de naturalizar uma questão social - pois, de acordo com as significações imaginárias sociais instituídas na época, este ser absoluto instituiu necessidades, as quais devem ser supridas com o suor do trabalho, propriedade de todo homem e que passa a ser considerada como a mais sagrada e imprescritível de todas. (CASTEL, 2003)

Os defensores da ideologia do livre acesso ao trabalho não tinham plena consciência de que ela seria de difícil operacionalização, causadora mais de conflitos do que de consenso e de que ela traria consequências sociais devastadoras, a princípio porque privilegia interesses particulares em detrimento dos interesses da sociedade como um todo. Para termos uma noção da situação social-histórica deste momento, apesar da arrancada econômica e da grande expansão de alguns setores, como o comércio, as finanças e as indústrias, os assalariados foram os grandes perdedores desse contexto, já que segundo cálculos realizados na França, por exemplo, no período de 1786 a 1789, o salário médio cresceu vinte e seis por cento, à medida que o custo de vida aumentou sessenta e dois por cento, fato que representou uma redução da renda de quase um quarto. Uma das explicações para esse cenário é a revolução demográfica ocorrida neste século, pois, os pobres não morriam mais em massa, procriavam-se, tornando-se mais numerosos e mais pobres. (CASTEL, 2003)

O livre acesso ao trabalho não foi equivalente a um direito ao trabalho de uma forma facilitada; quem quisesse trabalhar deveria procurar um trabalho arduamente. De acordo com relatos da época observou-se a justificativa de que se esse acesso fosse facilitado, estaria também incentivando a preguiça, justamente o que se buscava combater, bem como era contrário aos interesses dos empregadores, uma vez que isso promoveria uma situação em que os trabalhadores ficariam mais exigentes quanto às condições de trabalho e suas remunerações. Fica claro que os liberais não quiseram considerar a possibilidade de um desequilíbrio na relação entre demanda e oferta de emprego e nem mesmo o fato de que os interesses dos empregadores e dos empregados não eram complementares, mas sim, conflitantes, o que logo lançou novos problemas à questão social. (CASTEL, 2003)

Todo esse contexto, segundo Castel (2003), levou a condição proletária a uma situação de quase exclusão da organização social, pois, apesar de o proletariado ser um elo essencial na sociedade industrial que estava nascendo, ele estava condenado a trabalhar sem perspectivas de melhorar significativamente sua condição de vida. O que nos espanta é que, atualmente, no Brasil, as políticas sociais – incluindo as políticas de saúde mental - impõem que inserir uma pessoa no mercado de trabalho na condição de assalariado representa o ápice dos objetivos do Estado e a efetiva inclusão social, mesmo que a tomada de consciência da fragilidade que marca essa condição tenha se dado desde a década de 1970.

A partir do final dessa década começou-se a colocar em questão a condição de um pleno emprego e o papel do trabalho como o grande integrador, destacando-se o aparecimento, em grande quantidade, de trabalhadores sem emprego. Junto com esse cenário vivenciamos uma mudança na postura das políticas integradoras que, em geral, buscavam modificar a questão social em sua estrutura, para políticas de inserção que, preocupadas apenas em resolver problemas particulares de determinadas populações, acabam por tentar mascarar sua insustentabilidade. As mudanças não se limitam ao campo do trabalho, mas constatamos uma mudança na relação do ser humano com a sociedade de uma maneira global, deixando cada vez mais claro a afirmação de Castel (2003), para quem a conquista de um lugar para cada um numa sociedade democrática não será possível por meio da constituição de uma sociedade de sujeitos independentes e nem pela transformação da sociedade em mercadoria, “cavando qualquer jazida de emprego”, idolatrando a ideologia do “progresso”, da rentabilidade e do culto às curvas de crescimento. (pág. 497)

Sobre esse culto às curvas de crescimento e ao desenvolvimento, Castoriadis (1987) enfatizou que esse é o tema que tem constituído, como um slogan, a ideologia oficial e as políticas de governo. No entanto, apesar de o século XIX ter celebrado o progresso, as duas Guerras Mundiais – e a manifesta inevitabilidade de uma terceira – a Grande Depressão, a ascensão do nazismo e do fascismo na Europa provocaram o colapso da ideologia oficial e a crise do progresso. Uma das principais características dessa ideologia foi a ilusão de se ter encontrado a chave para solucionar os problemas humanos, sendo ela o crescimento econômico e o objetivo de levar todos os países rumo ao desenvolvimento, ou seja, torná-los capazes de obter um crescimento auto-sustentado.

Essa ideologia e o sistema social estabelecido podem ser criticados não porque seriam incapazes de assegurar o crescimento ou porque a distribuição do que é produzido por esse crescimento é desigual, mas porque um crescimento do tipo determinado, com conteúdo

específico passou a ser a única preocupação, não importando as consequências humanas e sociais que ele acarreta. Como exemplo, podemos citar a questão ambiental, que sempre foi discutida do ponto de vista dos custos e dos rendimentos, bem como dos possíveis impactos das medidas de controle da poluição nas taxas de crescimento do PIB. Os problemas como um todo, que ultrapassam de longe a questão de custos e rendimentos jamais foram pauta nas discussões de economistas e políticos. (CASTORIADIS, 1987)

O termo desenvolvimento passou a ser empregado não como uma virtualidade intrínseca a todas as sociedades, cuja realização é inevitável, mas sim como propriedade específica, dotada de uma positividade, das sociedades ocidentais. O Ocidente passou a servir de modelo para o mundo e o normal passou a ser seguir esse ritmo de expansão e crescimento indefinido, sem questionar o que é exatamente o crescimento, por que ele se faz necessário e em direção a onde ele vai. A ausência desses questionamentos permite a concepção equivocada de que para promover o desenvolvimento em um país tido como inferior basta injetar capital estrangeiro e instalar pólos de desenvolvimento, ou seja, importar e implantar máquinas, esquecendo-se de que são os seres humanos que fazem as máquinas funcionarem e que as pessoas não estão sempre dispostas e qualificadas para renunciar ao todo de suas vidas e virarem simples engrenagens do processo de acumulação. (CASTORIADIS, 1987)

Começou-se a perceber que o crescimento não era algo que pudesse ser apenas acrescentado aos países de Terceiro Mundo como algo a ser superposto às suas características, mas que para atingir o objetivo de desenvolver esses países seria preciso alterar as estruturas sociais deles, suas significações e a organização psíquica dos seres humanos. O Ocidente imaginava que tinha descoberto o modo de vida mais apropriado para todas as sociedades humanas, o que, por um lado, foi confirmado pela tentativa dos países em desenvolvimento de adotar esse modelo ocidental. Por outro lado, essa ideologia caiu por terra no momento em que o fracasso do desenvolvimento dos países em questão coincidiu com uma crise bem mais abrangente, que foi a desagregação do próprio modelo ocidental e das ideias que ele disseminava. (CASTORIADIS, 1987)

A ideia de um modelo de desenvolvimento a ser seguido, por si só, tende a acabar em crise porque a noção de desenvolvimento está ligada a uma maturidade natural a uma norma, a um fim determinado a ser atingido pelo ser considerado. Todavia, sabemos que tal estado próprio não pode ser determinado, pois, a própria *pólis*, que estabelece a norma do desenvolvimento dos cidadãos, foi questionada e teve reconhecido o fato de ter um caráter relativo. Não podemos dizer que há uma natureza, um estado puro de algo que é significação

e criação humana; não é por coincidência que houve uma convergência, a partir do século XIV, entre o nascimento da burguesia, o interesse crescente pelas invenções e descobertas, a progressiva supressão da representação medieval do mundo, a matematização das ciências, a perspectiva de um progresso indefinido e a compreensão de que o emprego correto da razão é uma condição necessária e suficiente para dominarmos a natureza. (CASTORIADIS, 1987)

De acordo com Castoriadis (1987), não de maneira causal, temos que entender que a emergência e a ascensão da burguesia foram acompanhadas pela significação imaginária social segundo a qual o crescimento ilimitado da produção e das forças produtivas é o principal objetivo da vida humana; não há limites para o poder e para a Razão. Essa significação trouxe consigo a exigência de novos valores, novas normas, de uma nova forma de organização da vida, uma nova constituição do ser e de uma nova forma de avaliar o que é ou não válido. O casamento dessas duas vertentes originou o mundo moderno, para o qual os limites têm um valor negativo e devem ser superados. Ousamos dizer que aqui está amparada a concepção dos ideólogos das políticas de saúde mental brasileira, objetivando superar os limites da psicose e inserir os sujeitos nas instituições dadas e no mercado de trabalho para que eles se desenvolvam e tenham autonomia, assim como são desenvolvidos os sujeitos não psicóticos.

Vivemos um momento em que impera uma ideia compartilhada pela maioria dos cientistas de que há uma progressão infinita em direção à busca de uma verdade absoluta, não podendo haver nenhum ponto de referência fixo ou um estado definitivo a ser atingido; estamos na era do “cada vez mais”, pois, o mais é o bom, sem se questionar o que é o “mais” e o que é o “bom”. Para desbancar esse posicionamento insistimos na concepção segundo a qual o desenvolvimento social-histórico consiste em abandonar qualquer estado definido importando apenas a capacidade de atingir outros estados. “O desenvolvimento histórico e social é um desdobramento sem fim (nos dois sentidos da palavra fim), E, à medida que a indefinição nos é insuportável, a definição é fornecida pelo crescimento das quantidades”. (CASTORIADIS, 1987, pág. 150)

Para fechar nossa crítica à noção de desenvolvimento adotada pelo pensamento liberal podemos resumir os postulados da ideologia do progresso como tendo as seguintes significações: a onipotência virtual da técnica; a ilusão relativa ao conhecimento científico; a racionalidade dos mecanismos econômicos. Há ainda os lemas em relação ao homem e à sociedade que, apesar de terem se modificado no decorrer dos anos, mantém o mesmo conteúdo, segundo o qual, a sociedade e os homens estão naturalmente predestinados ao

progresso e ao crescimento e que qualquer manipulação que eles sofram para atingir esse ponto é legítima. Por fim, as organizações e os planejamentos burocráticos são considerados como soluções universais para qualquer problema. (CASTORIADIS, 1987)

As instituições que aderem a essas significações imaginárias sociais, inevitavelmente sofrem abalos na realidade efetiva. Um exemplo que confirma isso é que, desde a década de 1970, constatamos o enfraquecimento do vínculo entre produção, emprego e renda, bem como uma fração reduzida da população ativa trabalhando e desviando parte cada vez mais considerável de seus recursos para sustentar uma grande parte da população que não trabalha, porque não pode, porque não consegue uma vaga, por ser jovem demais, velho demais, criativo demais, pouco criativo, pouco qualificado ou qualificado em excesso. (CASTEL, 2003)

Vivemos em um contexto em que há: aumento do desemprego, mesmo com pessoas dispostas a trabalhar; busca por mais qualificações para serem melhores que os outros e, quem sabe, conquistar uma vaga de emprego, já que as exigências para isso só aumentam e a relação direta entre qualificação e empregabilidade é ilusória. Também merece destaque as precarizações das relações de trabalho marcadas por terceirizações, supressão de garantias para o trabalhador e enfraquecimento dos vínculos. Diante de tudo isso, nós não podemos aceitar que colocar uma pessoa na condição de empregado para se submeter a esse sistema seja considerado um ato de inclusão social, que isso fará com que um sujeito que apresenta uma doença mental se desenvolva, ou que isso seja qualificado, a priori, como algo bom, ainda mais se essa pessoa for um sujeito psicótico.

Para endossar a afirmação de que as significações sociais imaginárias ligadas ao progresso estão cada vez menos aceitas socialmente - principal fator que caracteriza a crise do desenvolvimento – expomos a seguinte informação: de julho a setembro de 2016 a porcentagem de desempregados no Brasil chegou a 11,8%, superior a de 11,3% registrada de abril a junho do mesmo ano. Em uma matéria publicada pelo jornal online Folha de São Paulo, no dia vinte de janeiro de 2017, embasada em dados do CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados), divulgados no mesmo dia pelo Ministério do Trabalho, foi divulgado que, no ano de 2016, o Brasil perdeu 1,32 milhão de vagas com carteira assinada, números que só não foram piores do que os do ano de 2015, em que o quantitativo de demissões superou o de contratações em 1,54 milhão de vagas. Os dados de 2016 foram o segundo pior, desde que o Ministério do Trabalho começou a fazer esse estudo, no ano de 2002. No entanto, o setor de serviços foi o único que teve um saldo pior ainda que o do ano de

2015, pois, em 2016 as demissões superaram o número de contratações em 390,1 mil, ao passo que em 2015 a defasagem foi de 276 mil. (PRADO e DOMINGUES, 2017).

Importante frisar que todas essas significações imaginárias sociais calcadas pela modernidade sobre as formas de atividade humana - o equacionamento entre obra e trabalho, a tentativa de supressão da ação, a vitória do *animal laboreans* e a transformação do trabalhador em empregado – não fizeram e não farão o homem moderno perder as suas capacidades. Ele persiste em produzir, em fabricar e em construir, embora essas sejam atividades cada vez mais restritas a classes de artistas. Ainda mais rara, mas tampouco inexistente, observamos a atividade da ação com seu caráter revelador de produzir histórias de se tornar histórica, de constituir teias de relações humanas e de ser a fonte de onde brota a significância da existência humana. “(...) esses poucos que ainda sabem o que significa agir talvez sejam ainda menos numerosos que os artistas, e sua experiência ainda mais rara que a experiência genuína do mundo e do amor ao mundo”. (ARENDT, 2016, pág. 403)

Toda essa elaboração nos aponta para o fato de que formas de atividades humanas devem estar presentes sim em uma política que pretenda lidar com sujeitos psicóticos, mas privilegiando-se atividades características da obra e da ação e não fazendo uma adesão sem interrogações aos ideais neoliberais que enaltecem a condição de *animal laboreans*, favorecendo a exploração do trabalho de uns pelos outros, do trabalho como atividade restrita à satisfação de necessidades, como uma automação adaptacionista e para alimentar o ciclo fechado entre produção e consumo.

A Imprescindibilidade da ação tem sua justificativa assentada no fato de ser o campo da política, da constituição dos laços sociais, do espaço entre os homens, espaço onde é possível a constituição de uma autonomia individual e coletiva. No que concerne à obra, destacamos a sua potencialidade, na medida em que ela privilegia a contemplação e a criação do sujeito de modo em que ele possa se sentir mais livre para criar e para destruir, para expressar as significações imaginárias que o psicótico utiliza para reconstruir o mundo, ainda que essas significações sejam inseparáveis das significações compartilhadas pela sociedade como um todo.

O pensamento herdado – e a ideologia neoliberal está contida aqui - tende a desconsiderar o que não decorre da razão e da determinação, costuma classificar os eventos provindos da espontaneidade como deficitário de determinações, acarretando no encobrimento da alteridade, da ruptura das determinações já dadas, da criação, ou seja, dos produtos da imaginação, do que chamamos de imaginário radical e, conseqüentemente, do

tempo como criação, privilegiando a ideia de tempo como repetição. Um exemplo de como o pensamento tradicional sempre negou a criação e, por conseguinte, a possibilidade de destruição, está na famosa frase em que se afirma que nada se cria, nada se perde, mas tudo se transforma. (CASTORIADIS, 2007)

Quando falamos aqui de criação não estamos nos referindo a uma criatividade adestrada pelo sistema capitalista e pelo mercado de trabalho, que as teorias adaptacionistas adoram enfatizar como qualidades desejáveis a um candidato a uma vaga de emprego. Estamos falando da potencialidade da imaginação, do imaginário radical o qual tem a capacidade de fazer existir representações que não são justificáveis pela satisfação dessa ou daquela necessidade; trata-se de uma criação espontânea e gratuita, na medida em que ela não está presa a uma finalidade determinada. No nível do psíquico e do social-histórico observamos com clareza que essa criação está ligada a uma autofinalidade, a qual acarreta a criação de um mundo próprio, ao mesmo tempo em que esse mundo próprio implica uma autofinalidade, sendo essa finalidade nada mais do que a preservação de si mesmo, do para-si. (CASTORIADIS, 2007)

É por meio dessa espontaneidade imageante, que está presente, no âmbito do psíquico, nos sonhos, delírios, nas fantasias conscientes e inconscientes e, no âmbito do social-histórico, nas significações imaginárias sociais, que devem ser pensadas as atividades humanas a serem privilegiadas no tratamento das psicoses, uma vez que, como já foi dito em capítulos anteriores, é com essa potencialidade que esses sujeitos buscam se estabilizar em meio a suas angústias. Isso não quer dizer que devemos apartá-los das significações imaginárias sociais compartilhadas pela sociedade como um todo, já que imaginário radical e imaginário social, sujeito e social-histórico são indissociáveis. Significa que não podemos nos guiar pelo equívoco de privilegiar o funcionamento do sistema capitalista como algo ideal para todo sujeito e nos esquecer de que tal funcionamento é uma criação social-histórica que mantém sua coesão através de magma de significações que o justifica e nem abdicar das especificidades da psicose como uma organização psíquica.

4.4.2 A nossa compreensão em relação à exclusão/inclusão social.

Consolidando o nosso posicionamento sobre o tema da exclusão/inclusão social devemos abordar a concepção segundo a qual a humanidade emerge do Caos, do Abismo, do

Sem-Fundo. Ela emerge enquanto psique e enquanto instituição social, os dois aspectos que sempre estão implicados em nossas análises; enquanto psique o vivente apresenta uma organização regulada monadicamente, por um fluxo representativo/afetivo/intencional que tende a reportar tudo conforme a um solipsismo, buscando incessantemente um sentido, busca esta que, se for limitada ao campo da psique, estará fadada ao fracasso e levará à morte da criança, o que nos leva a concluir que o ser humano é radicalmente inapto à vida. (CASTORIADIS, 1992)

É graças ao processo de humanização e socialização, à criação da instituição social e das significações imaginárias sociais que o ser humano consegue sobreviver. Esse processo garante uma mínima satisfação da busca de sentido pela psique, sentido que nunca será plenamente encontrado, uma vez que a socialização funciona apenas como uma película que recobre o Caos, o qual nunca cessa de se apresentar à psique. O Abismo também está presente o tempo todo no campo da instituição social, a qual é a instituição de significações imaginárias sociais e deve atribuir sentido a tudo o que se apresenta na sociedade e fora dela. São essas significações que fazem as coisas serem o que são, apresentarem-se como tais, são elas que dão sentido à realidade. (CASTORIADIS, 1992)

Contudo, o Caos que as significações tentam recobrir as ameaça constantemente, pois, ele é, paradoxalmente, o tempo todo invocado por elas, uma vez que há sempre um vir a ser, que as significações imaginárias sociais não são definitivas e imutáveis, que o alicerce delas é feito de areia. A apreensão do mundo pelas significações imaginárias sociais é sempre incompleta e provisória e a autocriação da sociedade, que sempre se expressa pela instituição de um magma de significações particular escapa à determinação e à possibilidade de estar fundado em uma Razão universal. (CASTORIADIS, 1992)

A humanidade recria o Caos de onde ela emergiu de duas formas: pela via da psique, por meio da imaginação radical, que é o potencial de criação de cada sujeito; e pela via da instituição social, através do imaginário social, que é a fonte de criação das significações imaginárias sociais; ambas constituem o social instituinte. Observamos assim uma tendência das sociedades em se manterem coesas tentando encobrir o Caos, ao mesmo tempo em que o faz ressurgir; como exemplo, podemos citar o fato de que, do ponto de vista social, um evento importante, como guerras, calamidades ou desastres naturais, em geral será acompanhado de significações que o amenize, tornando-o incapaz de destruir o magma de significações que sustenta a referida sociedade, a menos que a destrua totalmente. No entanto, os efeitos desse mesmo acontecimento para um indivíduo particular, como a morte de um familiar querido, o

colocação exposto ao Caos e ao Abismo que, na esfera social, de certa forma, foi encoberto. (CASTORIADIS, 1992)

É por isso que não concordamos com abordagens que consideram o problema da exclusão como mazelas de uma sociedade que, em geral, está coesa, bastando aglutinar esforços para resolver algumas questões isoladas. É isso que fazem as instituições da sociedade, postulando efetivamente que o ser é a significação e que a significação faz parte do ser, formando o cerne religioso das instituições sociais, caracterizado pelo fechamento das significações – ou ontologia unitária – e o repúdio às interrogações, processo que é consubstancial a uma sociedade heterônoma. O que nos alivia é que o mundo não se deixa reduzir a esse fechamento; o Caos, o Abismo, os conflitos e a ausência de sentido envolve uma sociedade e a contém, fazendo com que seus problemas, inclusive a questão da exclusão, sejam ramificações dessa apresentação/ocultação do Caos e a expressão da maneira como a humanidade se relaciona com isso. (CASTORIADIS, 1992)

A instituição heterônoma da sociedade e a religião são essencialmente idênticas. Ambas visam os mesmos objetivos e pelos mesmos meios. Elas não visam apenas à organização da sociedade, mas procuram dar uma significação ao ser, ao mundo e à sociedade, mais ainda, dar-lhes a mesma significação. Elas devem mascarar o Caos, e particularmente o Caos em que consiste a própria sociedade. Elas o mascaram ao reconhecê-lo infundadamente, pela sua apresentação/ocultação, ao fornecer-lhe uma Imagem, uma Figura, um Simulacro. (CASTORIADIS, 1992, pág. 394)

Em razão da interdependência da mônada psíquica e do social-histórico, a humanidade é capaz de romper, desde o início com a regulação biológica, que é fechada em si mesma, mostrando-nos que, diferente dos outros seres, o ser humano tem a possibilidade de sair da clausura da ontologia unitária que impera nas instituições das sociedades, o que significa que ele se depara com o Abismo, de modo que um sistema de determinações instrumentais funcionais que se esgote na referência à realidade e à racionalidade não pode bastar-se a si mesmo, pois, é inconcebível tomar a existência de uma sociedade como uma existência real sem postular as finalidades da vida individual e social, das normas e valores que regulem essa vida, da identidade dessa sociedade e da localização de seu lugar no mundo. Nada disso é apreensível racional e determinadamente por meio da lógica conjuntista-identitária. (CASTORIADIS, 1992)

Segundo Castoriadis (1992), a instituição de uma sociedade heterônoma, assim como a religião, cumprem com o compromisso de falso reconhecimento, apresentação/ocultação do Abismo, nomeia o inominável e dá lugar ao não localizável, conseguindo fornecer respostas

determinadas – que, em geral, estão relacionadas a fatores extra-sociais e transcendentais - a todas as questões que envolvem as significações, dentre as quais se encontram as interrogações sobre a origem, o fundamento, as causas e as finalidades de uma sociedade. Assim procede a nossa sociedade instituindo formas racionais para resolver problemas sociais, como a relação da sociedade com sujeitos psicóticos, propondo como solução e como vias de inclusão social: o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos sem que os serviços comunitários substitutivos estejam disponibilizados adequadamente; e a inserção dessas pessoas nas relações de trabalho, como se assim fosse possível eliminar o Caos psíquico e social.

Por mais que haja sempre um fechamento material, no sentido em que há, em geral, em territórios e fronteiras, mais ou menos bem determinados, o que mais nos importa é o fechamento do sentido, pois, os territórios e os espaços físicos não adquirem importância senão em razão dos sentidos específicos atribuídos a eles; podemos citar como exemplos a Terra Prometida, uma igreja, uma casa de prostituição, um hospital psiquiátrico, um CAPS, etc. O termo fechamento é utilizado aqui no sentido mais próximo do sentido matemático, de modo que um mundo de significações é fechado quando toda questão que possa ser formulada ou encontra uma resposta com significações dadas ou é considerada como sem sentido. Em relação aos indivíduos esse fechamento também se faz presente, pois, um estrangeiro só é considerado como tal porque suas significações são estrangeiras e, portanto, estranhas. (CASTORIADIS, 2004)

O que a heteronomia, a religião e a quase totalidades das sociedades, que se instituem por intermédio desse fechamento, não podem reconhecer é o fato de que a sociedade se cria, que a causa e o fundamento de uma sociedade são a própria sociedade, enquanto sociedade instituinte. Essa autocriação faz com que haja uma possibilidade sempre presente de alteração da instituição, de ser sempre mais ou diferente do que ela é; esse reconhecimento é o que caracterizaria a autonomia de uma sociedade, que pressupõe a admissão e o reconhecimento explícito da existência da auto-instituição, de que não há nenhuma norma ou lei que se imponha à sociedade de fora dela, possibilitando questionar até quando a humanidade terá a necessidade de ocultar os Abismos com simulacros instituídos e exigindo uma radical alteração do vínculo que a sociedade mantém com suas significações. (CASTORIADIS, 1992)

Para compreender melhor o que estamos querendo dizer com a expressão fechamento das significações iremos abordar as elucidações de Castoriadis (2007) sobre o *para-si*. Para

esse autor a sociedade e suas instituições não se protegem apenas das possíveis contestações internas e das agressões externas, elas fazem uma separação em relação a tudo o que é exterior a ela, coloca uma barreira e dá significações a essa barreira considerando tudo isso como se fosse da ordem do *para-si*, do real.

Dessa maneira, o *para-si* foi caracterizado como uma classe de seres que comporta quatro elementos: o ser vivente, enquanto ser biológico; o psíquico com a sua pluralidade e os seus desdobramentos; o indivíduo socialmente fabricado, ou seja, o produto da transformação do psíquico pela socialização; e a sociedade que se institui em cada contexto histórico. Todos esses elementos possuem os atributos essenciais de um *para-si*, que são: finalidade de autoconservação, autocentrismo e construção de um mundo próprio. (CASTORIADIS, 1992)

Considerar esses elementos como *para-si* – como *self* ou como si mesmos – é tomá-los como reais, como seres que existem, que estão dados, mesmo que promovendo elucidações infinitas. Importante ressaltar que, além desses quatro, há mais dois elementos – que não estão dados no presente, mas no vir a ser, como um projeto – que também compõem esse *para-si*, sendo eles: o sujeito humano com sua subjetividade em pleno direito; e a sociedade autônoma. Essa última ressalva impõe uma novidade em nosso pensamento na afirmação de que o sujeito não é algo dado, é uma possibilidade de qualquer ser humano, mas não é independente de outros fatores. O sujeito é uma criação social-histórica. (CASTORIADIS, 2007)

Abrindo um parêntese e podendo considerar como um paralelo dessa noção de *para-si* Aulagnier (1990) nos ensinou que o princípio da realidade está ligado ao modo de trabalho ao qual o sujeito, após atingir o processo secundário – e, portanto, apropriar-se da linguagem – deve se curvar a fim de estabelecer um conhecimento sobre aquilo que encontra como suas condições vitais e as modificações que pode produzir nelas. Essas condições implicam para todo sujeito a presença dos quatro seguintes fatores: o bom funcionamento do sistema fisiológico; um meio ambiente favorável às necessidades do corpo; o consenso do grupo; o consenso da própria psique. Essa definição permite a conclusão de que princípio de realidade não pretende ser a definição de um real objetivo, mas um conjunto de categorias às quais o sujeito deve se curvar para ter conhecimento de uma realidade – do corpo, do mundo e da psique – que ele encontra, remodela, interpreta e que não é sua construção autônoma.

Voltando aos elementos do *para-si*, começando pelo vivente, afirmamos que consideramos como tal o estrato biológico – desde uma célula. Ele é um *para-si* na medida em que possuem os elementos fundamentais para se enquadrar nessa categoria, que são: a autofinalidade, autoconservação e a construção de um mundo próprio, claro que de forma

menos elaborada do que a dos demais elementos; ele se constitui em uma clausura, em uma bola fechada, de modo que não conseguimos entrar nele, no máximo os afetamos e eles reagem a isso. Em consequência dessa característica emerge uma outra, que é a interioridade, segundo a qual, só podemos afirmar algo sobre o vivente partindo do interior deste. É inevitável uma analogia com a psicanálise, uma vez que, não pode haver análise sem consideração do ponto de vista do paciente, assim como não há interpretação possível que não parta do interior dele. (CASTORIADIS, 1992)

Em relação ao psíquico destacamos que suas características específicas, responsáveis por estabelecer uma diferenciação entre o ser humano e os outros animais são: a desfuncionalização em relação ao aparato biológico; dominação do prazer das representações em detrimento do prazer do órgão; autonomização da imaginação, por meio do imaginário radical; e autonomização do afeto. As instâncias psíquicas e o psiquismo como um todo são disfuncionais no sentido biológico para poderem ser funcionais em outra perspectiva; como um exemplo disso, podemos pensar em um sujeito que, em nome da preservação de uma imagem ou em razão do investimento pulsional em um Deus, por exemplo, comete suicídio. (CASTORIADIS, 1992)

Essa capacidade de valorizar mais uma imagem, uma representação, do que algo ou um ser real acarreta a segunda especificidade do psiquismo que é priorizar o prazer das representações e não o prazer do órgão; as fantasias sexuais os fetiches, as fantasias neuróticas e os delírios na psicose são exemplos claros do que estamos dizendo. Em terceiro lugar enfatizamos a autonomização da imaginação, que tem a ver com o imaginário radical, com a capacidade de criar, de ver alguma coisa onde não tem, de não ver algo que está claro e, mais basicamente, de criar a linguagem, por exemplo. (CASTORIADIS, 1992)

Como, no início do capítulo, já abordamos a maneira pela qual a sociedade se institui, partiremos agora para a compreensão da diferença entre o indivíduo social e o sujeito. O indivíduo social caracteriza-se pela parte socialmente funcional do ser humano, que se constitui pelo processo de socialização, o qual começa no início da vida – ou até mesmo antes – e termina com a morte, fazendo com que o indivíduo se ajuste a determinadas normas instituídas. O sujeito – ou a subjetividade humana – vai além dessa fabricação social, é uma possibilidade de todo ser humano, mas não uma fatalidade; o que diferencia o sujeito é a capacidade de reflexividade e a atividade deliberada, as quais só são possíveis devido à imaginação radical.

A reflexividade é algo que vai além da autoreferência, ela é a possibilidade de que a própria atividade do sujeito torne-se objeto, de que o sujeito coloque a si mesmo como objeto por posição e não por natureza, promovendo o questionamento de si mesmo. A atividade deliberada está na interdependência da reflexividade, uma vez que ela é muito mais do que um ato guiado simplesmente pelo cálculo e pela lógica, mas consiste em uma capacidade de o ser humano integrar os produtos da atividade reflexiva aos elementos que condicionam seus comportamentos. Tanto a reflexividade como a atividade deliberada dependem de quatro pressupostos: a sublimação; a existência de um *quantum* de energia livre, ou de importante capacidade de mutação de energia; a labilidade dos investimentos nesse campo; a capacidade de questionar os objetos até então investidos em função da reflexão. (CASTORIADIS, 1992)

Sobre o primeiro pressuposto para se constituir uma subjetividade reflexiva e deliberada, a sublimação, podemos defini-la, com Castoriadis (1992), como um investimento de representações cujo referente não é mais um objeto privado, mas sim um objeto público, social. Cabe lembrar que o simples ato de usar a linguagem já é uma sublimação por três razões: ao falar, por exemplo, o aparato oral investe uma atividade que não fornece nenhum prazer de órgão, mas prazer de representação; porque ela é uma atividade mediada por instrumentos criados por uma instituição social, o que vai muito além da psique singular; e porque usar a linguagem nos possibilita uma comunicação com os demais participantes da sociedade.

A sublimação, assim como todas as especificidades da psique humana, só é possível graças à possibilidade da substituição do prazer do órgão pelo prazer de representação, substituição essa que, em primeiro lugar, toma a forma de uma fantasmaticização, processo cuja cena depende apenas das transformações indeterminadas e indetermináveis do fluxo representativo. No entanto, apesar de também compartilhar dessa característica da fantasmaticização, que é ação da imaginação radical, a diferença principal é que o objeto da sublimação só existe em função do seu valor em sua instituição social, está impregnado de significações imaginárias sociais. (CASTORIADIS, 1982)

Em relação ao segundo pressuposto, que diz respeito à existência de uma quantidade de energia livre possibilitando a mutação da energia, cabe ressaltar que não estamos nos referindo a energias flutuantes e nem estamos esquecendo o fato de que essa mutação ocorre constantemente no psiquismo cada vez que o ser humano sai de sua homeostase ou quando a criança muda o objeto de investimento sexual do seu ânus para a sua genitália, por exemplo. O que queremos destacar aqui é a capacidade de a psique efetuar mudanças de energia para

objetos que são invisíveis, como as significações imaginárias sociais, abrangendo suas crenças, seus valores, entre outras. (CASTORIADIS, 1982)

Quando utilizamos a expressão “labilidade dos investimentos” para denominar o terceiro pressuposto estamos nos referindo exatamente ao contrário de rigidez, e não à fluidez ou à volatilidade; essa rigidez dos investimentos em elementos sublimados é uma característica de quase todas as sociedades humanas, pois, é uma forma heterônoma de investimento. Um investimento rígido seria, por exemplo, o de um crente que investe em seu Deus ou o de um cientista a um pensador; já um investimento lábil seria o de um cidadão que almeja discutir os fundamentos das leis a que ele obedece ou o de um cientista crítico. Essa labilidade de investimentos acarreta a outra característica essencial de um sujeito autônomo, que é a capacidade de questionar os elementos instituídos, em função da reflexão, e assim criar outras instituições. Essas capacidades não estão dadas, mas se constituem como um projeto político possível, uma vez que na democracia grega, por exemplo, esse sujeito adveio. (CASTORIADIS, 1992)

Notem que o *para-si* é uma clausura, favorecendo os fenômenos chamados de exclusão, escancarando a ingenuidade de propostas que visam à construção de uma sociedade plena e transparente. Já o psiquismo e a subjetividade humana são pseudofechadas, pois, são capazes de interagir, questionar suas leis e romper com sua clausura, fato que nos faz concluir que a luta para a criação de uma sociedade autônoma e de sujeitos é o caminho para romper com os fechamentos, destacando que a autonomia não tem nada a ver com a adaptação às instituições dadas, como propõem as Políticas de Estado em geral e as políticas de saúde mental em particular. (CASTORIADIS, 1992)

Diante do quadro apresentado da tendência das sociedades e do psíquico a se constituírem de forma heterônoma, a exclusão deve ser entendida como algo muito mais universal do que habitualmente costumamos aceitar, podendo ser escancarada de diversas maneiras e com várias ramificações, como por exemplo, no racismo e no ódio, que são umas de suas formas mais violentas e monstruosas. Castoriadis (1992) afirmou que esses dois fenômenos presentes nas relações humanas e sociais – em voga na modernidade - não se limitam às sociedades ocidentais; destacamos, inclusive, que o primeiro documento racista registrado na história foi o Antigo Testamento, fazendo menção aos conflitos entre judeus e palestinos.

Seguindo a diretriz ontológica deste trabalho, esse tema precisa ser analisado em duas vertentes: a do imaginário social, que institui significações imaginárias sociais e cria

instituições; e a do psiquismo dos seres humanos singulares, bem como os limites que ele impõe às instituições da sociedade, sofrendo, ao mesmo tempo, imposições destas. Sabendo que cada sociedade se institui criando seu próprio mundo, com suas representações, seus valores, seu modo de categorizar, sua estética, um modo particular de ser afetado e, sobretudo, com sua maneira de conceber os outros seres humanos e as outras sociedades. (CASTORIADIS, 1992)

Diante disso uma sociedade teria três possibilidades de tratar as instituições desses outros e, conseqüentemente, eles próprios: considerá-los como superiores; inferiores ou equivalentes às instituições da sociedade referência. Porém, a primeira opção não se aplica, pois, se uma sociedade como um todo – não alguns indivíduos - considerar que as instituições da sociedade estrangeira são superiores a sua, está aberto o caminho para a destruição da tal sociedade; que sentido faria instituir, por exemplo, que, a partir de hoje, no Brasil, passa-se a aplicar as leis dos Estados Unidos? Em relação às duas hipóteses restantes a experiência nos mostra que raramente uma sociedade consegue tratar outras como equivalentes, considerar os outros como apenas outros, mesmo porque, em muitos casos, aceitar as instituições de uma sociedade estrangeira implica em renunciar a instituições fundamentais da sociedade referência, fato que, se ocorresse facilmente, cairíamos na concepção de uma indiferença incompatível com a dinâmica do investimento psíquico. (CASTORIADIS, 1992)

Já que considerar os outros como simplesmente outros é uma criação social- histórica que vai na direção contrária da instituição espontânea das sociedades, resta-nos concluir que os outros quase sempre são tratados como inferiores, não por uma fatalidade ou por uma consequência lógica inevitável, mas por ser a maior probabilidade das instituições humanas. Em geral, os sujeitos de uma sociedade afirmam que suas instituições são as únicas verdadeiras e que, portanto, as crenças, os valores, os deuses e as demais significações imaginárias sociais dos outros são falsas; a inferioridade do outro é a outra face da afirmação da verdade absoluta das instituições da própria sociedade, afirmação que não precisa ser necessariamente explícita. (CASTORIADIS, 1992)

Afirmamos que essa é a maior probabilidade das instituições humanas não para tentar naturalizá-las, mas porque, como não pode haver uma instituição verdadeira, abstrata, real e racional, por si só, mas sim pelas crenças em suas significações e pela pretensão de tornar o mundo e a vida coerente e sensata, as instituições de uma dada sociedade ficam em perigo mortal caso essa sociedade admita que existam outras formas de tornar o mundo e a vida coerentes. A heteronomia é a tendência nas instituições das sociedades, mas não

consideramos essa maior probabilidade como uma fatalidade ou uma consequência inevitável, pois, apesar de improvável, uma outra instituição da sociedade é possível, como, por exemplo, uma sociedade democrática. Um indício disso é a real, apesar de modesta, transformações de certas sociedades modernas e a luta contra a heteronomia que se faz presente dentro delas e de alguns de nós. (CASTORIADIS, 1992)

Na esfera do psiquismo do ser humano singular encontramos um movimento semelhante ao que descrevemos acima em relação às sociedades, uma vez que o ódio do outro pode ser visto como o simples avesso do amor a si mesmo, do investimento de si mesmo; assim se o que vale é o que eu sou, o que é o não-eu não tem valor. Porém, diante dessa afirmação consensualmente difundida, acabou se esquecendo de uma compreensão que pode parecer mais interessante ao passo que ampara o ódio do outro como a outra face de um ódio de si inconsciente. (CASTORIADIS, 1992)

Apesar de não ser possível a existência de um Eu sem o Outro e sem os outros, esse outro pode passar a representar uma ameaça para o Eu quando, lá nas profundezas de sua constituição, ouve-se alguma voz dizendo incessantemente que o Eu não é tão forte assim, pois, suas muralhas são de plástico. Essa voz ganha destaque não por provocar uma dúvida intelectual, mas devido aos resquícios da fase monádica – a qual, lembre-se de que foi violentamente rompida – caracterizados pela recusa do indivíduo que ela se tornou e que, fantasmaticamente, continua a frequentar como o Caos que nunca é suprimido completamente. Esse processo faz com que o sujeito seja sempre o objeto de um investimento duplo e paradoxal: por um lado há um investimento positivo, uma vez que o sujeito é o substituto de si para a mônada psíquica; e há um investimento negativo porque o sujeito é o vestígio real da fragmentação monádica. (CASTORIADIS, 1992)

Segundo Castoriadis (2004), o amor arcaico, originário do eu, que muitos autores chamam de maneira imprópria de narcisismo primário - e nós chamamos de mônada psíquica, promove um fechamento das significações, que se transforma na matriz de sentido, o que a psique compreenderá e irá considerar daí em diante, como sentido, um estado unitário em que sujeito e objeto são idênticos, onde o desejo é imediatamente representação do desejado, estabelecendo uma condição de onipotência do pensamento. Esse sentido, apesar de ser sempre buscado, nunca será plenamente encontrado na vida real.

Quando essa onipotência psíquica começa a ser rompida pelo processo de humanização e socialização – o que é necessário para que a criança sobreviva – esse amor de si se divide em três partes: uma parte permanece como auto-investimento, impregnando todas

as fases posteriores do desenvolvimento do sujeito e sendo responsável pelo egocentrismo não-erradicável que domina parte de nossos atos e de nossos pensamentos; uma segunda parte é transferida sob a forma de eu ao seio (“eu sou o seio”), impactando na relação da criança com a mãe e instaurando uma ambivalência de amor e ódio nas relações do sujeito, pois, na presença do seio, há um fechamento das significações e, na ausência deste, a destruição dessa totalidade, destruição que é inicialmente atenuada pela criação imaginária da alucinação do seio. (CASTORIADIS, 2004)

Uma terceira parte na qual o amor de si é transformado é em ódio a tudo aquilo que é exterior à mônada psíquica, incluindo o que se refere ao “Eu real”, psíquico e somático em curso no desenvolvimento; é essa transformação que gera o ódio do outro, tanto na forma de uma mera inversão do amor a si, como na forma de uma mudança de objeto em razão do ódio de si, o qual é, então, uma característica presente em todo ser humano e é ininterruptamente objeto de elaboração psíquica. Nós compreendemos que esse ódio de si - que se colocado abertamente fica intolerável - alimenta as diversas formas de ódio do outro, pois, graças a essa mudança do objeto odiado o sujeito pode conservar o afeto a si.

Essa característica ontológica do ser humano impõe obrigações intransponíveis a toda organização social e a todo projeto político, condenando ao fracasso toda concepção que aceita a possibilidade de haver uma sociedade transparente, um projeto de reconciliação universal imediata com a pretensão de dar um curto-circuito na instituição. No processo de socialização as duas dimensões do ódio são consideravelmente refreadas promovendo uma canalização da tendência destrutiva para fins sociais construtivos, para as disputas interindividuais de todos os tipos ou até mesmo para pequenas maldades nas relações humanas cotidianas. No entanto, esse ódio nunca é desviado para outros fins em sua totalidade e esses resquícios se manifestam cegamente sob as formas de desprezo, violência, xenofobia, racismo, etc. (CASTORIADIS, 2004)

Há aqui uma conjunção fatal. As tendências destrutivas dos indivíduos se adaptam admiravelmente à quase-necessidade para a instituição da sociedade de se fechar, de reforçar a posição de suas próprias leis, valores, regras, significações como únicos em sua excelência e únicos verdadeiros, através da afirmação de que as leis, as crenças, os deuses, as normas, os costumes dos outros são inferiores, falsos, maus, revoltantes, abomináveis, diabólicos. E isso, por, sua vez, está em completa harmonia com as necessidades da organização identificatória da psique do indivíduo. (CASTORIADIS, 2004)

Em princípio, qualquer ameaça às coletividades instituídas, das quais os indivíduos fazem parte, são vividas como algo mais sério do que uma ameaça à própria vida desses indivíduos; esses traços podem ser claramente observados em sociedades plenamente fechadas, como por exemplo, as sociedades totalitárias da modernidade. “A falácia capital é sempre: nossas normas são o bem; o bem é nossas normas; as normas deles não são as nossas, logo não são o bem”. (CASTORIADIS, 2004, pág. 263)

Justifica-se, desse modo, considerar os direitos humanos como falácias, na medida em que, baseados em hipóteses tácitas do liberalismo, segundo as quais se impõem a proibição de todo julgamento de valor sobre outras culturas e a ideia de que o progresso levaria todos os povos a uma mesma categoria cultural (ocidental). Não foi bem isso o que ocorreu, pois, os “outros” assimilaram algumas partes da cultura ocidental, mas de maneira alguma as significações imaginárias da liberdade, da igualdade, da lei, da interrogação indefinida. “A vitória planetária do Ocidente é a vitória das metralhadoras, dos jipes e da televisão – não é a do habeas corpus, da soberania popular, da responsabilidade do cidadão”. (CASTORIADIS, 1992, pág. 40)

O caminho para o verdadeiro reconhecimento da alteridade, não considerando o outro como perverso e nem como inferior e para a promoção de uma inclusão social consistente só é possível com um movimento em direção à ruptura do fechamento da significação, ao questionamento das instituições sociais dadas, ao fim da plena heteronomia, ou seja, permitindo o nascimento da democracia e da filosofia. Importante destacar que essa abertura dos pensamentos e a democratização da sociedade não anda no mesmo ritmo que o declínio de movimentos xenófobos e racistas extremos, pois, a multiplicidade histórica das instituições não permite qualquer simplificação de raciocínio e a hostilidade em relação ao estrangeiro pode se manifestar no assassinato e na hospitalidade generosa (CASTORIADIS, 2004)

O ódio do outro e a heteronomia possuem como raiz comum a quase-necessidade do fechamento do sentido, que deriva das tendências intrínsecas à instituição e da busca de uma certeza pela psique, as quais conduzem ao compartilhamento de crenças estanques e apoiadas pela coletividade. A autonomia, a democracia plena e a aceitação do outro não constituem então uma tendência da humanidade, o que nos leva a concluir que a luta para tais conquistas encontra diversos obstáculos; no entanto, a única via para a sustentação desse projeto político – aliás, o único projeto político defensável – é a continuação da luta na contramão dessa tendência. (CASTORIADIS, 2004)

Diante das elucidações sobre a política, sobre as chamadas políticas públicas e sobre as disposições legais que regulam as Políticas de Saúde Mental no Brasil, temos um outro campo propício para nos ajudar a pensar a questão da exclusão/inclusão social, indo em direção à seguinte interrogação: Será que tudo o que é legal é justo? Seguindo as elaborações de Aristóteles, Castoriadis (1987) afirmou que a justiça total – e a essência da lei – deve ser muito mais que a injunção e a interdição, ela deve ser criadora da virtude total, pela Paidéia, pela humanização, pela socialização do ser humano, pela transformação de um animal em um cidadão, ou seja, um ser que saia do campo eminentemente individual e vise aos fatos da comunidade.

Nessa mesma linha de raciocínio o autor retomou a diferenciação entre o que é partilhável e o que é participável. Partilhar é dar excluindo, pois, privativamente, o que é atribuído a um é excluído do outro, como por exemplo, a terra e os bens materiais em geral; já o participável é aquilo que não pode ser partilhado individualmente, como a língua de um povo, por exemplo. A justiça total é então a criação do participável social, bem como das condições para que cada um tenha acesso a esse participável, é por isso que socializar os indivíduos é propiciar a participação deles no que é o não-partilhável, naquilo que não é dividido individualmente entre os membros da comunidade. (CASTORIADIS, 1987)

Desse ponto podemos pensar que a justiça é um conceito que se dá na relação, não é um conceito por si só, estático como um número, com o qual se pode medir as diversas situações e os indivíduos. A justiça está relacionada à proporção geométrica – socialmente instituída – em detrimento da igualdade aritmética; ela é social, é uma participação igual entre os componentes de uma sociedade, é socializar onde a lei impõe uma lógica, é geometrizar onde a lei obriga que se use a aritmética. (CASTORIADIS, 1987)

Aulagnier (1979), tratando da relação entre sujeito e grupo, nos trouxe o conceito de sujeito ideal para se referir ao sujeito de um grupo, ou seja, à ideia de si mesmo que o sujeito pede ao grupo como conceito. O grupo, por sua vez, designa o sujeito como um elemento que pertence a um todo, que o reconhece como uma parte deste, na expectativa de que o sujeito assegure a imutabilidade do conjunto. Instaura-se um acordo de troca, segundo o qual, o grupo garante a transferência para o sujeito se engajar nele por meio dos outros integrantes. O grupo só pode existir graças à repetição, pelo sujeito, dos seus fundamentos e de suas finalidades, repetição essa que se transforma em criação contínua do que é; somente graças a essa criação que o grupo pode permanecer existindo.

Como o sujeito psicótico não adere a esse participável das significações imaginárias e sociais, nós podemos compreender o porquê as atuais Políticas de Saúde Mental em nosso país abordam intensamente a questão da inclusão/exclusão social desses sujeitos; mas o grande problema é que a maneira como essas políticas pensam em promover a igualdade e a inclusão está calcada na ideia de algo partilhável, uma vez que o sujeito e o grupo social como um todo não participam de um mesmo sistema de significações, não podendo um garantir, tendenciosamente, a sobrevivência e a identidade do outro.

Por consequência, a promoção da igualdade e da justiça com relação aos sujeitos psicóticos diante da sociedade está, equivocadamente, sendo perseguida pela via da igualdade aritmética e não da proporcionalidade geométrica. Segundo as referidas políticas, os psicóticos devem ter a oportunidade de fazer o que os não psicóticos fazem, como trabalhar e se adequar à rede de significações imaginárias sociais instituídas. De acordo com nossas elucidações podemos afirmar que não é esse o caminho a ser percorrido, que esse contexto – o da nossa sociedade contemporânea – não pode ser considerado como inclusivo uma vez que, de acordo com Castoriadis (2002), a nossa sociedade é inclusiva apenas no que ela realmente é, ou seja, nas suas significações imaginárias sociais dominantes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar o nosso trabalho e apontar as nossas elucidações finais sobre o assunto pesquisado é imprescindível fazer uma contextualização social-histórica do Brasil a partir dos anos de 2013 até os dias atuais, uma vez que, nesse período, começamos a vivenciar um cenário que nos demonstra com clareza a sociedade heterônoma e neoliberal em que vivemos. O atual contexto pode ser considerado como o mais conflituoso desde o fim da ditadura militar, pois, movimentos conservadores, de extrema direita, atuaram dentro e fora do Congresso Nacional, recebendo o apoio da mídia, de parte do judiciário e do setor do empresariado, visando, principalmente, à destituição da Presidente Dilma Rousseff (PT), eleita em 2010, e ao retrocesso de conquistas dos trabalhadores e de populações marcadas por uma discriminação social-histórica como mulheres, jovens, negros, idosos, indígenas, quilombolas, sem-terra, população LGBT e doentes mentais.

Toda essa manobra foi amparada pela falsa justificativa de que o Partido dos Trabalhadores teria levado o país a uma crise econômica. Na verdade, o que se observavam eram os efeitos de uma crise econômica mundial, crise esta que faz parte do ciclo do capitalismo, mas que foi utilizada por partidos conservadores do nosso país para constituir um conjunto de significações imaginárias sociais calcadas na lógica da ontologia unitária. As eleições parlamentares do ano de 2014 já nos apontavam esse cenário, momento em que se formou o Congresso e o Senado mais conservadores desde 1964, o que ficou demonstrado, por exemplo, com o aumento da popularidade de representantes de uma bancada religiosa e fundamentalista, como Jair Bolsonaro e Marco Feliciano.

Segundo o professor Antônio Carlos Mazzeo, em informações concedidas à revista “Caros Amigos”, o crescimento do conservadorismo no Parlamento está diretamente relacionado aos episódios que ocorreram em junho de 2013, movimentos que foram encabeçados por parte da população que exigia, dentre outras coisas, a redução do preço da passagem do transporte público em várias cidades do país. Esse movimento social de junho de 2013 foi apropriado pela ala reacionária, de modo que a mídia dominante e os partidos conservadores utilizaram tais manifestações a seu favor, inserindo nesses protestos as significações imaginárias sociais que sustentam a manutenção de um *status quo*. (RODRIGUES, 2016)

Começou-se a observar um apoio popular às manobras reacionárias, fazendo aparecer uma direita constituída por um público eminentemente jovem, intolerante e agressivo, que estruturou, por meio, sobretudo, das redes sociais, grupos como o “Vem pra Rua”, “Revoltados Online” e “Movimento Brasil Livre” (MBL). Essa chamada nova direita está fragmentada entre setores conservadores e liberais com uma intersecção entre eles. A título de ilustração, podemos citar como um exemplo dos representantes da ala conservadora, Rodrigo Brasil, um dos principais líderes da organização da maior manifestação contra o governo Dilma no Rio de Janeiro, ocorrida em 13 de março de 2016, o qual apareceu a bordo de seu carro conversível, da marca Peugeot, movido a controle remoto, para dizer que o Brasil estava sem direção e fazer críticas à crise. Rodrigo dizia que quem ganha um pouco mais e que tem acesso a mais informação é que entende o que está acontecendo em nosso país, além de repetir o discurso de quem defende a ideologia do Estado mínimo. (RODRIGUES, 2016)

Em entrevista à revista Caros Amigos o jovem citado revelou que nunca gostou de política, mas passou a se interessar pelo assunto quando viu um vídeo do deputado Jair Bolsonaro e pensou que ainda havia pessoas que queriam mudar o atual quadro, uma vez que ele, Rodrigo, dizia-se cansado da história onde há um bandido, vítima da sociedade e o errado é o policial que o prende. Na mesma entrevista Rodrigo expôs seu posicionamento contrário ao programa de cotas para negros e aos programas de distribuição de renda, como o Bolsa Família; ao mesmo tempo em que era favorável à redução da maioridade penal. Sobre as cotas Rodrigo afirmou ser totalmente contra e que acha que as cotas representam uma atitude racista, pois, para ele não há diferença nenhuma entre um negro e ele, além do que, ele não pode ser considerado racista por ser contra as cotas, enfatizando que grande parte dos funcionários dele eram negros. (RODRIGUES, 2016)

Em relação ao programa social Bolsa Família o jovem afirmou que é completamente contra a maneira como ele é aplicado e, como ele se filiou ao Partido Social Cristão (PSC) com pretensões de se candidatar a vereador, sonhando em chegar ao cargo de deputado, Rodrigo expôs que já até tem um projeto de lei para apresentar nessa área. De acordo com o tal projeto, quando uma mulher for ter um filho pelo SUS, terá que provar, com a carteira assinada e com emprego, que tem condições financeiras para ter outro filho, senão, terá que assinar um termo se comprometendo a não aceitar nenhuma ajuda do governo ou terá que se submeter a uma laqueadura obrigatória, ali mesmo no hospital. (RODRIGUES, 2016)

Segundo Rodrigues (2016), ao se colocar como favorável à intervenção militar, o entrevistado diz que não acredita nos relatos históricos das pessoas que dizem ter sofrido

torturas nas prisões; segundo ele, isso é uma questão da pessoa querer se colocar como vítima, pois, basta perguntar para qualquer pessoa que foi presa se ela foi torturada; ela vai dizer que sim. Quando questionado sobre o que ele achava da redução da maioria penal, Rodrigo respondeu que, seguindo o posicionamento de Bolsonaro, ele não tem dúvidas de que essa redução deveria ser aprovada, pois, longe de precisar resolver o problema, o que deve acontecer é apenas a pessoa pagar pelo que ela fez, reafirmando o caráter meramente punitivo que há por trás desse posicionamento. Observem que a importância de destacarmos a postura de Rodrigo Brasil não é apenas para citar um exemplo, mas sim de demonstrar as significações imaginárias sociais que sustentam o grupo da direita como tal, significações essas que são fechadas em si mesmas, autocentradas e sem possibilidade alguma de reflexão e interrogações.

Na ala liberal dessa extrema direita podemos citar como um representante, Juliano Torres, líder e fundador, no Brasil, do movimento “Estudantes pela Liberdade”, braço direito da organização não governamental formada nos Estados Unidos, em 2008, chamada “*Students for Liberty*”, Esse grupo afirma que eles são defensores da liberdade em todos os sentidos, que o Estado deve ser reduzido, que deve ter menos impostos e que não deve ter interferências estatais nas escolhas de cada um. O movimento (EPL) organiza treinamentos a estudantes e recebe doações financeiras de fontes não reveladas; no entanto, sabe-se que a ONG norte-americana à qual ele está ligado recebe repasses de grandes empresas daquele país, permitindo que tenhamos uma pequena noção dos interesses que estão por trás dessa ideologia, assim como ocorreu nos anos que precederam o golpe militar de 1964. (RODRIGUES, 2016)

Importante destacar que a extrema direita e o ultraconservadorismo vêm ganhando cada vez mais espaço não só no Brasil, mas no mundo atual, como por exemplo, nos Estados Unidos com a eleição de Donald Trump; na França com a liderança do Partido Frente Nacional; na Grécia com o crescimento do Partido neonazista Aurora Dourada; na Alemanha com o partido anti-imigrantes; na Argentina, com a vitória de Mauricio Macri; e na Holanda, com o avanço da extrema direita representada pelo candidato do Partido da Liberdade, Geert Wilders, apesar deste último ter perdido as eleições. (RODRIGUES, 2016)

De acordo com Paulo Bonavides *apud* Bercovici (2016), estamos vivenciando um golpe de estado institucional, em que o regime mantém as aparências democráticas, mas as instituições mudam suas manobras a fim de derrubar a Constituição de 1988 e implementar políticas econômicas neoliberais anunciadas no programa do grupo ligado ao, então, Vice-

Presidente Michel Temer, denominado Uma Ponte para o Futuro. Após os membros de partidos conservadores – apoiados por parte da população, do legislativo e do judiciário – terem conseguido levar ao cabo o processo de *impeachment* da Presidente Dilma, o país começou a passar por uma série de golpes, os quais têm como principal característica a supressão de direitos do povo e o fortalecimento da privatização, no sentido mais amplo que essa expressão pode ter.

Rodrigues (2016) nos informou que o Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (Diap) identificou 55 projetos que tem como traço comum o ataque aos interesses da classe trabalhadora na medida em que propõem uma revisão de conquistas estabelecidas pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), criada em 1943 durante o governo de Getúlio Vargas. Dentre esses projetos de lei há propostas como ampliação da terceirização para todas as etapas do processo de trabalho; a redução da idade laboral para 14 anos, o impedimento para o trabalhador de reclamar seus direitos na justiça em casos de demissão; que o negociado tenha mais valor que o legislado. Os dirigentes da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), principal entidade patronal do setor industrial do país, defendem abertamente a flexibilização das leis trabalhistas com a ideia de que o negociado entre patrão e empregado deve prevalecer sobre a legislação, o que, na prática, significaria a extinção dos direitos adquiridos.

O vice-presidente da Fiesp e empresário do setor de aço, Benjamin Steinbruch, já expôs isso publicamente em uma entrevista a um portal de notícias afirmando que, segundo ele, aqui no Brasil nós temos uma hora de almoço, tempo que é desnecessário, pois, o trabalhador não precisa de uma hora para almoçar; segundo ele, nos Estados Unidos, por exemplo, o trabalhador come um sanduiche com a mão esquerda e opera a máquina com a mão direita, tendo quinze minutos para o almoço. O dono da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) também afirmou com todas as letras que todos os direitos podem ser revistos. (RODRIGUES, 2016)

Nessa mesma direção não devemos esquecer que a terceirização é um dos principais projetos do atual governo, proposta que ganhou corpo por meio do PL 4.302/1998, que prevê a legalização da terceirização em qualquer ramo de atividade para executar qualquer tarefa, seja em atividade-fim ou meio, sendo que, atualmente, a terceirização é permitida somente em atividades de suporte como limpeza, segurança e manutenção. O que se observa na prática é que a terceirização desvaloriza o trabalhador, reduz suas garantias e seus direitos, burocratiza

ainda mais as relações de trabalho e dificulta o atendimento dos interesses deles em caso de infrações legais cometidas pelos empregadores.

O presidente da Associação Latino-Americana de Juízes do Trabalho (ALJT), Hugo Melo Filho, afirmou que com a liberação da terceirização das atividades-fim o número de trabalhadores terceirizados em todo o país deve saltar dos atuais 13 milhões para mais de 52 milhões. Para o magistrado essa medida trará inúmeros impactos negativos para o mercado de trabalho como redução de salários; perda de direitos como aviso-prévio e multa de 40% em caso de demissão sem justa causa; enfraquecimento da previdência e aumento do número de acidentes de trabalho. Além disso, essa medida coloca em risco a existência dos concursos públicos fazendo com que contratações baseadas em favorecimentos pessoais sejam predominantes, além de aumentar as possibilidades de desvios de dinheiro público. (KALINOVISKI, 2017)

O que mais nos assusta é que o perfil conservador do Congresso Nacional - que está sendo reconhecido como BBB (boi, bala e bíblia) por representar o que há de mais reacionário no país – constitui o contexto ideal para que essas propostas avancem. Podemos citar alguns exemplos de projetos que já foram materializados em forma de Propostas de Emendas Constitucionais (PEC), as quais, uma vez aprovadas pelos deputados e senadores, não podem ser barradas por veto presidencial e passam a integrar o texto constitucional. Dentre eles temos a PEC 241/55, que tem como objetivo congelar os gastos públicos – inclusive com a saúde e com a educação – pelo período de 20 anos, proposta essa que já foi aprovada e sancionada no fim do ano de 2016; a PEC 287/2016, que prevê uma Reforma da Previdência a qual, na prática vai quase que impossibilitar que a classe trabalhadora obtenha o direito de uma aposentadoria integral, sucatear o sistema público de Previdência e favorecer os bancos.

De acordo com dados do IPEA, divulgados pelos pesquisadores Vieira e Sá e Benevides (2016), com a aprovação da PEC 241/55, o SUS perderá cerca de 743 bilhões de reais; o congelamento dos gastos públicos nessa área parte do pressuposto equivocado de que os recursos dispensados para a saúde já estão em níveis adequados, desconsiderando o aumento e o envelhecimento da população brasileira nesse período.

Além dessas duas PEC, há ainda outras propostas associadas, como a redução da idade penal para 16 anos, a qual tem um caráter meramente punitivo visando ao encarceramento de adolescentes negros e pobres. Uma ramificação nada ingênua dessa proposta é a privatização do sistema carcerário, retirando do Estado a responsabilidade por esse setor e nos fazendo compreender o motivo pelo qual está se pretendendo instaurar a lógica de quanto mais preso

melhor. Outro retrocesso, que estava sendo encabeçado pelo então Presidente da Câmara Eduardo Cunha, era a modificação da Lei 12.845, que garante atendimento imediato e obrigatório às mulheres vítimas de estupro no SUS, facultando aos profissionais da saúde a decisão sobre não oferecer o medicamento abortivo, caso isso fosse contrário às convicções religiosas ou pessoais deles. (RODRIGUES, 2016)

No início do ano de 2017, a morte de dezenas de presos em um presídio em Manaus, expôs outro problema que afeta as camadas mais pobres da população brasileira, que é a precariedade do sistema penitenciário do nosso país. Segundo Amora e Cancian (2017), o Governo Federal reduziu, em dois anos, 85% dos repasses aos estados para a construção de novas penitenciárias, diminuindo também os recursos para reestruturar as já existentes. De acordo com dados do Fundo Penitenciário Nacional (FUNPEN), no ano de 2014, o repasse foi de R\$ 111,5 milhões, em 2015 caiu para R\$ 12,6 milhões e em 2016 ficou em R\$ 17 milhões. A situação se agrava ao saber que o Brasil possui um déficit de 250 mil vagas em penitenciárias e que, apenas a construção do último presídio, no interior paulista, inaugurado no meio do ano de 2016, com capacidade para 847 presos, teve um custo de R\$ 36 milhões ao Estado. O fato ocorrido no presídio de Manaus trouxe à tona os problemas relacionados à estratégia da terceirização, tão privilegiada pelos governos neoliberais, já que o presídio onde ocorreram as mortes citadas era privatizado.

Outro projeto que tramita no Senado e diz respeito à privatização e à entrega do país ao capital internacional é o texto do Senador José Sarney (PSDB-SP), que foi aprovado na casa, o qual retira da Petrobras a exclusividade nas atividades do pré-sal, acabando também com a obrigatoriedade da petroleira de atuar em pelo menos 30% dos investimentos em todos os consórcios de exploração do petróleo. Propostas como essa, assim como a independência do Banco Central e o fim de outras estatais, representam o avanço voraz do neoliberalismo em nosso país, visando ao favorecimento do mercado financeiro, em detrimento dos interesses dos trabalhadores e do povo de uma forma geral. (RODRIGUES, 2016)

No campo da educação os ataques reacionários estão indo além do congelamento dos gastos públicos com essa área. Outra afronta aos direitos da população está representada pelo PL 193/2016, o chamado movimento escola sem partido, que conseguiu colocar seus princípios em tramitação em assembleias legislativas de onze estados e em dezenas de câmaras municipais pelo país. Na prática esse movimento almeja restringir as discussões feitas em salas de aulas proibindo assuntos como política, religião, diversidade sexual, ou

seja, coibir reflexões críticas que afrontam a hegemonia neoliberal e conservadora, promovendo o controle e a mercantilização do conhecimento.

Relacionada a essa mesma ideologia neoliberal e tecnicista, encaminhada pelo Governo Federal no mês de setembro de 2016, nós devemos citar também a Medida Provisória que prevê uma reforma do Ensino Médio. Segundo tal reforma haverá mudanças como: aumento da carga horária; a retirada da obrigatoriedade de algumas disciplinas, como artes, educação física, sociologia e filosofia; a possibilidade de o aluno escolher quais matérias irá cursar de acordo com seus interesses; e a permissão de que profissionais com “notório saber” em suas áreas de atuação possam lecionar sem ter uma formação específica para isso.

Considerando todas essas reformas, é inevitável apontar que, apesar de a sociedade ser formada por conflitos e ainda haver possibilidades de mudanças, sobretudo, porque há uma constante interação entre instituído e instituinte, nós observamos na sociedade brasileira atual, uma tendência a dificultar a criação e a instituição de significações imaginárias sociais que possibilitem uma política de saúde mental para sujeitos psicóticos em uma sociedade autônoma. O que ilustra bem isso é a violência com a qual o Estado tem repreendido movimentos sociais que tentam resistir a toda essa onda de retrocesso que estamos vivendo, como aconteceu, por exemplo, com os alunos que ocuparam diversas escolas da rede pública em todo país em protesto contra a PEC 241/55 e contra a reforma do ensino médio. Esses jovens foram violentamente atacados por movimentos de extrema direita, como o MBL, e pela Polícia Militar.

Para finalizar a exposição das principais ações do governo brasileiro nos últimos dias e comprovando que onde deveria existir política, em nosso país o que há não é nada mais que um sistema burocrático e partidário se movimentando em prol dos seus próprios interesses, Reverbel e Hernandez (2016) nos informaram que, na madrugada do dia 29 de novembro de 2016, a maioria dos deputados, que estavam sendo citados em uma operação da Polícia Federal para investigar um esquema de lavagem de dinheiro que movimentou em torno de 20 bilhões de reais em propina (operação Lava Jato), votaram a favor de alterações no pacote anticorrupção elaborado pela ex-presidente Dilma Rousseff após as manifestações populares que passaram a acontecer desde o ano de 2013; tais alterações beneficiavam, é claro, os políticos envolvidos em tal esquema.

Diante do que trabalhamos nessa pesquisa e da contextualização social-histórica exposta acima podemos concluir que, por vivermos em uma sociedade heterônoma,

consequentemente, não podemos supor que estamos criando sujeitos autônomos nessa forma de organização social, uma vez que é impossível conquistar a autonomia individual em uma sociedade heterônoma. Apesar disso, compreendemos que a autonomia não é um estado final a ser chegado, mas sim um processo e, como tal essa condição está presente em nossa sociedade como um projeto, como uma luta constante contra a heteronomia, promovendo um contexto em que há uma incessante interação entre o instituído e o instituinte.. Portanto, um dos principais objetivos que as atuais políticas de saúde mental afirmam preconizar, que é a autonomia dos usuários, só poderá ser atingido se pudermos pensar na promoção de uma transformação das relações sociais como um todo.

Isso não significa dizer que pensamos que a sociedade capitalista pode chegar ao ponto de se apresentar como um todo harmônico, lutando em prol de um objetivo comum e isenta de conflitos. O que estamos afirmando é que, apesar de a autonomia estar presente nessa sociedade na forma de um projeto, ela só poderá ser plenamente conquistada em uma sociedade estruturada de outra maneira, que é uma sociedade autônoma, a qual possibilite uma auto-instituição de suas leis e uma incessante interrogação sobre as instituições criadas por ela.

Como um dado ilustrativo para termos uma noção de como está a questão social brasileira como um todo, podemos citar o índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país divulgado, pela Organização das Nações Unidas (ONU), esse ano, com base em dados do ano de 2015. De acordo com esse índice, que leva em consideração as condições de saúde, escolaridade e renda dos brasileiros, o Brasil permanece na 79ª posição, como no ano de 2014. No entanto, se for considerado o fator desigualdade, o Brasil perderia mais 19 posições, uma vez que, nosso país é considerado o 10º com maior desigualdade do mundo, sobretudo no fator renda, ficando atrás de países como Colômbia, Haiti e Paraguai. Esse desempenho é preocupante, pois, desde 2004, não se observava uma interrupção no crescimento do IDH do país. (CANCIAN, 2017)

Ao desconsiderar esses fatos social-históricos mais amplos, podemos afirmar que as “políticas” de saúde mental concebem a liberdade, a autonomia e a cidadania no campo da ideologia neoliberal, ou seja, como conquistas do campo individual – os direitos do indivíduo, o que o indivíduo é capaz de fazer sem precisar dos outros. De acordo com Castoriadis (2006), no contexto do capitalismo contemporâneo, esses conceitos estão vinculados a meros dispositivos de maximização das fruições individuais, o que constitui o único conteúdo substantivo do individualismo. Essa concepção visa a promover uma privatização da vida e

dos sujeitos, um enfraquecimento do espaço público e, por consequência, uma erradicação da Política; sendo assim, o que os jornalistas, os “políticos” e alguns teóricos chamam de democracia nos dias atuais, não passa de uma oligarquia liberal, onde a existência de cidadãos responsáveis, capazes de governar e de se autogovernar e o exemplo de uma coletividade política reflexiva e deliberante são cada vez mais escassos.

Um aspecto que demonstra o ideal privatizador em que pode recair o discurso da Reforma Psiquiátrica - e ser facilmente apropriado pelo Ministério da Saúde em detrimento de uma gestão conduzida pelo povo - é o conceito de desinstitucionalização. Sabemos que o sentido pretendido por quem utiliza essa expressão é o de retirar sujeitos da condição de submissão à instituição manicomial e de toda lógica que essa instituição traz consigo, e somos favoráveis a isso. No entanto, consideramos o termo “desinstitucionalização” inadequado, pois, como vimos, os seres humanos vivem em uma determinada sociedade e essa sociedade cria instituições que os constituem, sendo possível transformá-las, mas não apagá-las. Quando se propõe uma “desinstitucionalização” do sujeito será que não está se fazendo uma apologia a um individualismo ingênuo e desmedido, como se o sujeito devesse libertar-se das instituições sociais que o vinculam aos demais sujeitos? Não cairíamos no engodo de considerar o sujeito como um corpo e uma psique que anda por aí imerso em uma bolha?

Devemos ressaltar que esse conjunto de disposições burocráticas definido, eminentemente, por representantes do Estado, que irão instituir como serão as intervenções em relação aos sujeitos psicóticos no campo da saúde pública, não pode levar o nome de política. Entendemos que a relação com sujeitos psicóticos ao nível de uma verdadeira política deve ser pensada e organizada pelo povo e tendo o status de um projeto revolucionário, o qual, segundo Castoriadis (1982), não pode ser fundado em uma teoria que se pretenda completa, em um saber acabado e exaustivo, pois, isso seria assimilar a política a uma técnica e rejeitar os seus domínios de ação, que são a história e a atividade humana em sua totalidade.

Como um exemplo de como o povo tem pouca participação na elaboração e no desenvolvimento das Políticas de Saúde Mental em nosso país destacamos a Resolução 93/1993, que criou a Comissão de Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de fiscalizar as ações nessa área; a Portaria 145/1994, que criou o Sistema de Supervisão, Controle e Avaliação; e a Portaria 106/00, que instituiu o Programa Permanente de Organização de Organização e Acompanhamento de Ações Assistenciais em Saúde Mental. Como características em comum, todas essas comissões forma constituídas por uma quantidade significativamente

maior de técnicos e gestores, em comparação com a quantidade de pessoas da comunidade. Além disso, ao contrário do que ficou estabelecido na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, quem escolhe os cargos de coordenação e chefia dos serviços de saúde mental não é a população, mas sim os chamados gestores.

Um dado extraído da minha experiência em serviços de saúde que também nos aponta para a baixa participação da população no que se refere ao controle e fiscalização dos referidos serviços é o fato de que, muitas vezes, diante de alguma reclamação feita pelos usuários da saúde pública, os profissionais tendem a agir na lógica da ontologia unitária e do encobrimento do Caos tentando justificar de diversas formas as falhas apontadas; isso quando eles não recorrem a estratégias como: culpar o usuário pelo erro ocorrido ou minimizar sua queixa, questionando a veracidade dos relatos que ele fez.

A alternativa à burocratização seria uma sociedade pautada no projeto revolucionário, na auto-gestão e na auto-instituição. Isso significa que uma sociedade não pode cair nem no absurdo de se constituir sem instituições e nem na concepção de que há instituições dadas de uma vez por todas e de maneira autonomizadas, sujeitando a sociedade às significações imaginárias que as sustentam. O projeto revolucionário tem o objetivo de tornar a sociedade capaz de reconstituir perpetuamente as suas instituições, de fazer uma auto-gestão e uma auto-instituição contínua e nunca acabada; nesse ponto emana a necessidade de darmos um novo sentido ao termo política. (CASTORIADIS, 1980)

A política não pode ser a luta pelo poder dentro de uma instituição, a transformação de instituições, a concretização de um Saber absoluto, disseminado por “especialistas” e nem uma técnica, como pretende o Ministério da Saúde com as “políticas” que analisamos nessa pesquisa. A política deve ser a luta pela transformação da relação da sociedade com as suas instituições, de modo que os homens possam e queiram conceber as instituições que organizam sua vida como criações deles enquanto grupo social, como algo que pode ser mudado por eles, a qualquer tempo, se houver essa necessidade e se for da vontade da coletividade. (CASTORIADIS, 1980)

Compreendemos que a política pertence ao domínio do fazer e a um modo específico do fazer que é a práxis. Chamamos de práxis o fazer no qual os outros são considerados como seres autônomos e como os principais agentes do desenvolvimento da autonomia deles, ou seja, na práxis a autonomia é, ao mesmo tempo um fim e um meio; entretanto, essa afirmação não pode servir para equiparar a práxis a um simples esquema de meios e fins – como uma

técnica – em que há um fim finito e determinado a ser atingido utilizando-se meios calculáveis e racionais mais ou menos exatos. (CASTORIADIS, 1982)

Na práxis a autonomia dos outros deve estar presente desde o começo; ela não é finita, não se traduz por um estado ou por características determinadas e é o fator principal. Essa autonomia perderia todo o seu sentido se a práxis reduzisse o seu modo de operar a um simples cálculo ou à racionalização. Apesar de ser um saber consciente e de só poder existir na lucidez, a práxis é muito diferente da aplicação de um saber preliminar, sua teoria não se presta ao papel de um código de prescrições mortas como vemos acontecer na técnica. O saber sobre o qual ela se apoia é sempre fragmentário, já que não pode haver uma teoria exaustiva sobre o homem e sobre o social-histórico, e provisório, uma vez que a práxis permite, constantemente, o surgimento de um novo saber. (CASTORIADIS, 1982)

Nesse ponto podemos lançar a seguinte interrogação: de que maneira o conhecimento pode nos ajudar a vencer as adversidades que anunciamos? A resposta é que ele pode ser útil se ele nos tornar capazes de denunciar e destruir a ideologia racionalista, a ilusão da onipotência, a organização “racional” da sociedade, a noção de desenvolvimento pelo desenvolvimento, a religiosidade da ciência e a supremacia do cálculo econômico. Porém, o conhecimento não é suficiente, pois, a transformação do estado atual da sociedade mundial não é uma questão de teoria, de técnica ou de filosofia. Embora não possamos renunciar à razão e tampouco achar que a solução é empregá-la de modo mais adequado, devemos considerá-la na medida certa, sem renunciar também ao pensamento e à responsabilidade. (CASTORIADIS, 1987)

Outro aspecto essencial da práxis é que nos denuncia a relatividade da lucidez que ela nos exige, é que o sujeito é transformado incessantemente pela experiência na qual ele está engajado, ele faz e ao mesmo tempo é feito, o que nos possibilita afirmar que, ao lidar com sujeitos psicóticos, adotar uma postura de “especialista” detentor do saber, considerando-os como objetos de uma “poderosa” intervenção científica e racional leva o projeto de uma verdadeira política de saúde mental ao fracasso também pelo fato de não considerar que o profissional deve se transformar continuamente a partir da relação com esses sujeitos. Nesse tipo de relação social sujeito e objeto nunca podem estar definidos de uma vez por todas, assim como o pedagogo também é educado, o poema faz seu poeta e a música seu compositor. (CASTORIADIS, 1987)

Essas elucidações se fazem necessárias porque em minha experiência, o que mais se observa é o fato de que as diretrizes das atuais políticas de saúde mental, na grande maioria

das vezes, ou são desconsideradas pelos profissionais que acham que o modelo hospitalocêntrico é o mais indicado pra lidar com a doença mental; ou são tomadas como um saber absoluto, como uma técnica a ser aplicada por um profissional especialista a um sujeito passivo. De acordo com essa última concepção os sujeitos ficam submetidos às decisões de uma equipe multiprofissional que pouco se entende, mas se coloca em uma posição superior quando se trata de definir o que é melhor para um sujeito que busca atendimentos em um CAPS, por exemplo. Ambas são posturas que favorecem uma relação de heteronomia, uma vez que inviabilizam a escuta do sujeito atendido e a consequente ausência de participação dele, de sua família e da comunidade na elaboração do Projeto Terapêutico Singular.

O que consideramos como uma verdadeira política de saúde mental é um projeto revolucionário, que tem como objeto a organização e a orientação da sociedade como um todo, de modo a possibilitar a autonomia dos seres humanos, considerando que isso pressupõe uma transformação radical da sociedade, o que, por sua vez, só será possível em consequência da ação autônoma dos homens. Na existência de qualquer política a referência à totalidade da sociedade deve ser sempre implicada, pois, qualquer ação reformista deve levar em consideração essa totalidade; caso não o faça, fatalmente, verá suas pretensões caírem por terra por uma reação da parte da totalidade ignorada ou o aparecimento de resultados bem diversos dos esperados. (CASTORIADIS, 1987)

Uma política de saúde mental que carregue o verdadeiro sentido que essa expressão deve ter precisa operar no nível de uma transgressão. Na concepção que temos desse termo, fora dos limites da perversão ou da psicose, a transgressão é um movimento que leva o sujeito a ultrapassar o já conhecido, uma verdade até então estabelecida como lei universal e sagrada sobre a ordem do mundo. Dessa maneira, destitui-se um saber em nome de outra verdade que, por sua vez, não se surpreenderá com uma nova transgressão que a elimine, constituindo-se pontos de virada sem acreditar que haja a possibilidade de uma transgressão última. (AULAGNIER, 1990b)

Em relação especificamente aos sujeitos psicóticos destacamos como fundamental compreender que, estruturalmente, a psicose não possibilita ao sujeito uma autonomia; aliás, exigir que um sujeito psicótico constitua sua subjetividade por meio da atividade reflexiva e deliberante é conduzi-lo para o abismo; a psicose como uma forma de organização psíquica não suporta a exigência de ter que responder ao chamado para ser um sujeito autônomo, com todas as condições de que esse estatuto necessita.

Retomando uma citação já feita em páginas anteriores, Castoriadis (1987) elencou a psicose paranoica, as sociedades primitivas e as sociedades religiosas como os exemplos mais extremos da heteronomia, pois, em todos esses casos, a sociedade ou o indivíduo estabelecem um estado em que as leis, princípios, valores, normas e significações são dados de uma vez por todas não havendo nenhuma possibilidade de agir sobre eles. No caso da psicose, o sujeito cria seu próprio sistema interpretativo, absolutamente rígido e abrangente, de modo que nada pode adentrar a esse mundo sem ser transformado de acordo com as leis desse sistema.

No entanto, como em nossa concepção a autonomia, assim como a política, não é um atributo inerente a um sujeito ou a uma sociedade, mas são possibilidades que emergem nas relações entre os homens, podemos afirmar que é possível sim constituir com os sujeitos psicóticos relações autônomas; afinal de contas, de acordo com Arendt (2002) a política é o que organiza as diversidades absolutas de acordo com uma igualdade relativa e em contrapartida às diferenças relativas. Seguindo as orientações de Aulagnier (1990), a melhor maneira de um grupo social lidar com a psicose é permitir que o sujeito psicótico possa pensar secretamente, ter seus momentos de pensamento pelo pensamento, sem que ele precise responder de um lugar socialmente predeterminado; essa possibilidade só é possível de ser concretizada em meio a uma sociedade autônoma.

Observem que tal compreensão faz cair por terra a noção de que o melhor para um sujeito psicótico seja “incluir-lo” na lógica da sociedade capitalista, ainda mais depois de sabermos que o Eu do psicótico investe parte de sua energia para promover uma constante autoexclusão; esse processo é paralelo à criação delirante, a qual, visando a sobreviver ao caos, cria significações imaginárias distintas das que são, em geral, partilhadas socialmente. Nessa concepção, compreendemos que formas de atividade humana podem e devem ser um instrumento a ser utilizado para estabilizar a psicose e mediar a relação do psicótico com a sociedade, mas essa atividade deve privilegiar a capacidade de criação desses sujeitos e a constituição de teias de relações humanas, sem ficar restrita às demandas e às significações capitalistas, como as atividades de trabalho empregado.

É nesse ponto que fazemos nossa crítica à concepção de inclusão social empregada pelas atuais políticas brasileiras de saúde mental, pois, como vimos, desde o ano de 1999, por meio da Lei Federal 9867/99, sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, dispondo sobre a implantação do que ele denominou de Cooperativas Sociais, o objetivo principal era inserir pessoas classificadas como em desvantagem no mercado econômico por meio do trabalho, alegando que esse objetivo estava fundamentado em um interesse geral da

comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos. Ficou muito claro o objetivo real de fazer essa inclusão de modo a colocar esses sujeitos em relações de trabalho para alimentar o ciclo constituído por produção e consumo; são as significações imaginárias sociais do capitalismo sendo enaltecidas sem questionamentos.

Essa intenção se fortaleceu através da Portaria 1169/2005, que resolveu destinar recursos financeiros aos municípios que se habilitassem junto ao Ministério da Saúde para desenvolver atividades de inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O objetivo de inclusão pelo trabalho surgiu novamente no ano de 2006 com o Projeto de Economia Solidária desenvolvido a partir do acordo firmado entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Emprego. Por fim, observamos que os eixos de discussão do Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, mais especificamente, o segundo subitem do eixo três, e também a RAPS, enfatizam a noção de inclusão social por meio do trabalho e emprego.

Devemos ter a compreensão de que as atividades do psicótico são guiadas, eminentemente, por uma lógica própria, embora essa lógica não esteja dissociada das significações imaginárias sociais em que ele está inserido. Esse fato nos obriga a enfatizar que não quer dizer que devemos deixar os sujeitos psicóticos isolados com suas significações e representações, mas que no convívio da sociedade com eles deve-se privilegiar a constituição de um laço social que leve em conta as especificidades dessa organização psíquica.

A situação fica ainda mais complexa ao sabermos, por Aulagnier (1990), que para ganharmos o direito da cidadania e da participação em nossa cultura é necessário ao Eu pensar, duvidar do pensamento, verificá-lo, bem como não ser interditado de momentos nos quais ele possa gozar de um prazer ligado ao puro pensar, que não tenha outra finalidade a não ser de refletir sobre si mesmo, sem a preocupação da dúvida, da verificação ou da culpabilidade, um pensamento como criação. Esse pensamento como criação deve ser diferenciado do pensamento autístico, presente na psicose, pelos seguintes aspectos: ele é transitório e não entra em conflito com as significações imaginárias sociais partilhadas; esse prazer pelo pensamento solitário comporta uma exigência de esquecimento temporário do criador em benefício do criado.

É em um laço social que suporte as criações dos sujeitos psicóticos, ao mesmo tempo em que faça a mediação entre elas e as significações imaginárias sociais compartilhadas pela maioria dos membros de uma dada sociedade, que esses sujeitos podem melhor encontrar um lugar, até porque, se o delírio tem uma função de suplência, de apaziguamento do gozo ao

qual o sujeito está submetido, ao invés de tentar suprimi-lo, nossa posição deve ser a de oferecer oportunidades para o sujeito construir uma realidade, uma construção individual, mas inseparável do social-histórico e não comandada soberanamente pela lógica conjuntista-identitária. Isso não significa que devemos desconsiderar os percalços de uma doença mental, pois, nos momentos em que as criações de um sujeito psicótico coloca em risco a sua integridade ou a integridade de demais membros da sociedade, é preciso que possamos encontrar um acesso facilitado para internações desses sujeitos, como leitos psiquiátricos em hospitais gerais ou em CAPS III, o que ainda não observamos acontecer a contento.

Uma política de saúde mental não pode, por outro lado, ser guiada por significações que neguem as limitações que a psicose acarreta ao sujeito, pois, de acordo com Aulagnier (1979), a apologia da loucura, a apologia da não-terapia e da não-cura são as formas modernas de uma rejeição e de uma exclusão, na qual não se tem nem mesmo a coragem de reconhecer enquanto tal, o que as torna pelo menos tão opressivas e nefastas quanto as que as precederam. Essa noção nos permite fazer outra elucidação possível a partir desse trabalho: longe de sermos favoráveis às violências que ocorriam – e ainda ocorrem - nos manicômios, assumimos um posicionamento em que também não concordamos com uma estratégia de extinção de leitos de internação para sujeitos psicóticos antes de se ter construído uma rede substitutiva de cuidados comunitários, inclusive com uma quantidade suficiente de CAPS III e de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, pois, em determinadas situações clínicas o dispositivo da internação – desde que muito bem utilizado – faz-se necessário.

Além das críticas, devemos destacar os pontos positivos das intervenções propostas pelas atuais Políticas de Saúde Mental, como a noção de que a atenção ao sujeito psicótico deve ser feita baseada em uma rede de relações sociais – o que ele denomina de uma rede de cuidado - ratificando que nenhum dispositivo sozinho é capaz de oferecer esse apoio de forma eficaz e de que há a necessidade de articulação entre os diversos setores da sociedade, e não só de unidades de saúde, para promover uma melhor condição de vida para esses sujeitos. Outros avanços são: a possibilidade de implantação de associações de usuários e familiares; e a instituição de que devem ser organizadas assembleias dentro das unidades de saúde que oferecem atendimento a esses sujeitos para que eles exponham seus questionamentos, suas críticas e suas demandas em relação ao serviço.

Dando suporte para a afirmação exposta acima, trazemos uma elucidação de Castoriadis (2006) segundo a qual, a questão política é a questão da sociedade global e, como tal, deve ser uma questão deixada em aberto o tempo todo à população; tais campos, como o

da saúde mental, não podem ficar restritos à uma organização burocrática, conduzida por especialistas que dirão: “Vocês cuidem do cantinho de vocês enquanto nós ficamos responsáveis pela coordenação geral”. Para não continuar sendo uma ocupação solitária de uma categoria isolada de especialistas o projeto revolucionário só pode ser organizado em um contexto em que diversos setores, que funcionam como porta-vozes da população, se misturem e cooperem. (CASTORIADIS, 2006, pág. 32)

Conferimos um destaque especial ao avanço que significou a compreensão de que as necessidades de internações podem ser melhores atendidas em setores de psiquiatria instalados em Hospitais Gerais do que nos tradicionais Hospitais Psiquiátricos. Consideramos isso como um avanço porque sabemos que as significações imaginárias sociais encarnam as instituições e dão vida a elas. Como vimos nesse trabalho, em nossa sociedade, as intervenções em relação à loucura foram historicamente marcadas por uma heteronomia, um autoritarismo por parte dos profissionais – chamados de especialistas – e, muitas vezes, por uma violência, relações essas que se deram, sobretudo, dentro dos hospitais psiquiátricos.

Manter essas instituições seria dar vazão a uma tendência da manutenção de tais relações e das significações manicomiais, que estão calcadas em uma ontologia unitária. Por mais que tais violências podem também aparecer nos dispositivos comunitários e nos hospitais gerais – e aparecem - nesses locais as relações podem ser melhores observadas pelas outras pessoas e ficam mais sujeitas a interrogações, sendo, por conseguinte, mais fáceis de serem questionadas em prol de uma transformação das significações imaginárias sociais.

Interrogamos o motivo pelo qual os leitos psiquiátricos em hospitais gerais ainda não estão dipostos em quantidades suficientes, já que desde o ano de 1991, pela Portaria 189/91, foi estabelecido financiamento para internações psiquiátricas em hospitais gerais; no ano de 1992 a Portaria 224/92 estabeleceu que, além dos leitos para internações psiquiátricas, os hospitais deveriam ter salas para realização de atividades multiprofissionais e área externa para lazer. Além de estar previsto na RAPS, no ano de 2012 a Portaria 148/12 instituiu a implantação do Serviço Hospitalar de Referência, que se caracteriza como um serviço que deveria funcionar dentro de Hospitais Gerais, em ambiente físico adequado, com o apoio de uma equipe multiprofissional. Esse serviço deveria trabalhar de maneira integrada com os demais pontos de atenção da Rede e com os outros setores do hospital, de modo que seja possível a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular para cada sujeito, garantindo a continuidade do tratamento após a internação.

A essa altura temos maiores condições de responder ao questionamento sobre se o posicionamento do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) visa a uma melhor assistência aos sujeitos psicóticos ou se preconizam, em grande parte, a manutenção de uma determinada ordem social e ao retorno de um domínio desse campo de atuação pelos médicos. Percebemos que, nas manifestações dessas instituições, há uma forte presença de uma relação heterônoma e da ontologia unitária, quando, por exemplo, afirmam que: os outros profissionais podem, no máximo, colaborar com o médico, pois, quem decide tudo é esse último. Em outro momento o texto afirmou que os gestores devem obedecer todas as determinações deste Conselho; e que os médicos devem gozar de toda liberdade no âmbito de sua atuação profissional, embora, estejam sujeitos a fiscalizações feitas por eles mesmos.

Aqui podemos destacar outras falhas que encontramos nas referidas políticas e comprovar o fato de que, junto com o movimento que visa a manter o controle da loucura pelo saber da psiquiatria, que foi exposto no parágrafo acima, coexistem outros dois: um que busca promover uma transformação em prol dos sujeitos psicóticos; e outro que almeja a manutenção de um *status quo* dos ideais de uma sociedade neoliberal. Apesar de que a instauração de CAPS começou a ser feita desde o início da década de 1990, a rede de atenção psicossocial (RAPS) foi estabelecida legalmente somente no ano de 2011, diante de um contexto em que a extinção de leitos já estava ocorrendo desde o início dos anos 2000, fato que, inevitavelmente, favoreceu um cenário de desassistência.

Se a RAPS deve ser composta por diversos pontos de atenção e, conseqüentemente, por diversos atores, observamos uma desassistência desde pequenos movimentos feitos pela gestão, como por exemplo, o que está acontecendo no presente ano em relação à prefeitura do município de Campo Grande que, concedeu, ainda que com muita resistência, reajustes salariais e melhorias das condições de trabalho para algumas categorias profissionais (médicos, enfermeiros e odontólogos) e não para todas. Como é possível constituir uma rede de atenção consistente se, em geral, os gestores de saúde pública no Brasil demonstram claramente que compreendem que saúde é feita apenas por médicos e enfermeiros?

Outra crítica a fazermos às Políticas de Saúde Mental – que já foi apontada no corpo do texto - é que seus dispositivos de atenção comunitária estão organizados para funcionar soberanamente de acordo com a lógica conjuntista-identitária, fato que é observado quando, por exemplo, faz-se uma divisão de quais sujeitos podem frequentar uma determinada unidade de saúde de acordo com o diagnóstico feito nos moldes dos manuais de classificação

psiquiátrica, ou em consonância com outros critérios burocráticos, preterindo a questão da vinculação do sujeito com esse ou com aquele serviço.

Por uma falta de capacitação aos profissionais, pela má remuneração desses e, até mesmo, pela falta de desejo deles em trabalharem com sujeitos psicóticos, em diversos casos, as inúmeras exigências burocráticas que os profissionais ou a gestão colocam à frente do sujeito promovem uma dificuldade de acesso aos pontos de atenção psicossocial. Essa dificuldade de acesso, muitas vezes, é camuflada e justificada invertendo os determinantes da relação, ou seja, culpando o sujeito com a utilização da significação imaginária social de que ele “não adere ao tratamento”, não se interrogando se o problema não está na forma de tratamento oferecido a ele.

Como afirmou Castoriadis (1982), o essencial do tratamento não é o lugar onde ele acontece, mas sim a relação entre o profissional e o sujeito atendido, bem como a evolução dessa relação, a qual depende do que os dois farão. Essa afirmação pode ser observada na prática por quem vivencia a realidade dos serviços de saúde mental, uma vez que, os profissionais que atuam nessa área, podem muito bem fazer de um CAPS um manicômio pela postura que eles adotam em relação ao sujeito psicótico. “Não é o lugar no qual se encontra e nem a qualidade do solo, que diferenciam um “campo de batalha” de um campo simplesmente, mas sim as características, as funções, os atos, daqueles que o ocupam”. (AULAGNIER, 1990b, pág. 112)

Outro fato que denota uma dificuldade de acesso, especificamente de sujeitos psicóticos com histórico de longa internação psiquiátrica e rompimento de laços familiares, são as características do benefício intitulado como auxílio-reabilitação, que é vinculado ao Programa “De Volta Pra Casa”, previsto pela Lei Federal 10708/2003. O valor do referido benefício, atualmente, é de quatrocentos e doze reais, bem abaixo do salário mínimo; para ser obtido o sujeito é submetido a uma enxurrada de exigências burocráticas; e o período durante o qual o sujeito pode recebê-lo é de apenas um ano, prorrogável por mais um ano, espaço de tempo que o Ministério da Saúde afirmar ser suficiente para promover a reintegração social desses sujeitos.

Por fim, ancorados na compreensão exposta nesse trabalho, segundo a qual, as questões relacionadas às chamadas doenças mentais estão intrinsecamente ligadas às significações imaginárias sociais de uma sociedade, de modo que a compreensão desses fenômenos se mostrou diversificada de acordo com o momento social-histórico em que eles apareciam – na antiguidade, na idade média e no capitalismo – lançamos as seguintes

interrogações: Será que uma Política que pretende lidar com sujeitos psicóticos deve ser enquadrada no grupo das políticas de saúde ou ela deve ser um desdobramento de todas as políticas sociais? Seguindo esse mesmo raciocínio, será que é possível estabelecermos uma Política Nacional para lidar com esses sujeitos ou seria mais pertinente cada município ter uma autonomia para desenvolver ações nessa área de acordo com as suas necessidades específicas, já que o Brasil é composto por diversos municípios com necessidades e realidades específicas?

As possibilidades de mudanças que estamos propondo existem porque a subjetividade humana pode transformar-se, o que significa dizer que o mundo humano não está dado de uma vez por todas; além disso, são possibilidades que emergem da relação de interdependência entre a imaginação radical e a instituição da sociedade. Devemos finalizar ressaltando que, não perdendo de vista a autonomia como um projeto, não cabe a nós fazer para o povo e nem dizer o que e como as pessoas devem fazer; restando-nos apenas ajudar a destruir e a transformar as significações que dificultam a criação de uma outra sociedade.

6 REFERÊNCIAS

- ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). Nota do Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba sobre a Morte de Antônio Carlos de Matos. Sorocaba. 2016. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/nota-do-forum-da-luta-antimanicomial-sobre-a-morte-de-antonio-carlos-de-matos/18971/>. Acessado em 11 de abril de 2017 às 10:30;
- AMARANTE, Paulo (Coord.); **Loucos Pela Vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro. Fiocruz. 1995;
- _____, **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**, Rio de Janeiro. Fiocruz. 1996;
- AMORA. Dimmi; CANCIAN. Natália. Em Meio a Superlotações, Governo Federal Seca Repasses para Presídios. **Folha de São Paulo**. Brasília, 04 de janeiro de 2017. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/01/1846864> >. Acessado em: 05 de janeiro de 2017 às 15:05;
- ANGELL. Márcia. **A Verdade sobre os Laboratórios Farmacêuticos**. São Paulo. Editora Record. 2007;
- ANDERY. Maria. Amélia. et.al. **Para Compreender a Ciência: uma perspectiva histórica**. Rio de Janeiro. Espaço e Tempo. 5º edição. 1994;
- ARENDT. H. **O que é Política?**: fragmentos das obras póstumas compilados por Úrsula Ludz. 3º edição. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil. 2002;
- _____. **A Condição Humana**. 13º edição rev. Rio de Janeiro. Forense Universitária. 2016;
- ARISTÓTELES. **Política**. Coleção A Obra-Prima de Cada Autor. São Paulo. Editora Martin Claret. 2013;
- AULAGNIER, Piera. **A Violência da Interpretação: do pictograma ao enunciado**. Rio de Janeiro. Imago. 1979;
- _____. **O Aprendiz de Historiador e o Mestre Feiticeiro: do discurso identificador ao discurso delirante**. São Paulo. Editora Escuta. 1989;
- _____. **Um Intérprete em busca de Sentido. I (a)**. São Paulo. Editora Escuta. 1990;
- _____. **Um Intérprete em busca de Sentido, II (b)**. São Paulo. Editora Escuta. 1990;
- _____. **Observações sobre a Estrutura Psicótica**, in: KATZ, Chaim, S (Org.); **Psicose: uma leitura psicanalítica**. 2. Edição. São Paulo. Escuta. 1991. p. 51 – 74;
- _____. **O Sentido Perdido (Ou o “Esquizo” e a Significação)**, in: KATZ, Chaim, S (Org.); **Psicose: uma leitura psicanalítica**. 2. Edição. São Paulo. Escuta. 1991. p. 145 – 182;
- _____. **La Violência de La Interpretación: Del pictograma al enunciado**. 1º edição. Buenos Aires. Amorrortu. 2007;
- AZEVEDO. Elizângela Braga de. **Rede de Cuidado da Saúde Mental: Tecendo Práticas de Inclusão Social no Município de Campina Grande – PB**. Dissertação Apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como Requisito para a Obtenção do

Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem em Saúde Pública. Disponível em www.bdttd.ibict.br/busca. Acesso em: 17 de maio de 2015, às 16h30;

AZEVEDO. Graziela; BOA SORTE, Fabiana. Hospitais que Atendem pelo SUS em SP Reduzem Atendimentos e Cirurgias. **G1 Jornal Nacional**. 08 de abril de 2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2017/04/hospitais-que-atendem-pelo-sus-em-sp-reduzem-atendimentos-e-cirurgias.html>>. Acessado em 09 de abril de 2017 às 11:30;

BARBOSA. Guilherme Correa. **Rede Social de um Grupo de Portadores de Esquizofrenia Seguidos em um Serviço de Saúde Mental na Comunidade**. Dissertação de Mestrado Apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para Obtenção do Título de Mestre em Ciências, Programa de Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto. 2010. Disponível em www.bdttd.ibict.br/busca. Acesso em: 17 de maio de 2015, às 16h30;

BARRETO, Francisco Paes. Como Vejo a Psiquiatria Hoje: Entre as Aves e as Feras. 2015. Disponível em <https://pt.scribd.com/>. Acessado em 15 de setembro de 2015 às 15:00;

BASAGLIA. Franco. **A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. 3ª edição. São Paulo. Editora Brasil Debates. 1982;

BERCOVICI. Gilberto. O Golpe do Impeachment. **Revista Caros Amigos**. São Paulo. ano XIX. n. 229. p. 22-23, 2016;

BONNAFÉ *apud* CASTEL, Robert; A Gestão dos Riscos: da Antipsiquiatria à Pós-Psicanálise. Rio de Janeiro. Livraria Francisco Alves Editora S.A. 1987;

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. Brasília. 1988;

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114. Brasília. 2001. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/seguranca%20e%20saude%20no%20trabalho/Sausedotrabalhador.pdf>>. Acessado em 06 de abril de 2017 às 19:15;

_____. Ministério da Saúde; **Saúde Mental no SUS; Os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações Programáticas Estratégicas, Brasília, 2004;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental - 1990 a 2004**. 5ª edição ampliada. Série E. Legislação em Saúde. Brasília DF. Ministério da Saúde 2004;

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2006;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental - 2004 a 2010**. Edição XII. Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. Brasília DF. Ministério da Saúde 2010;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégica. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial: relatório final. Brasília. 2010;

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088 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). Brasília DF. 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html acessado em 20 de abril de 2015 às 16:15;

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3089, de 23 de dezembro de 2011, dispõe no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília DF. 2011. Disponível em <http://www.mpac.mp.br/>. Acessada em 28 de novembro de 2016;

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1966 de 10 de setembro de 2013, altera os incisos III e VI do artigo 1º da Portaria 3089 de 2011. Brasília. 2013. Disponível em <http://www.portalsaude.saude.gov.br>. Acessado em 28 de novembro de 2016 às 14:20;;

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 148 de 31 de janeiro de 2012, define as normas de funcionamento e habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack ou outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília DF. 2012. Disponível em <http://www.portalsaude.saude.gov.br>. Acessado em 28 de novembro de 2016 às 18:50;

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1615 de 26 de julho de 2012, altera o item II do artigo 9º e os artigos 12º e 13º da Portaria 148 de 31 de janeiro de 2012, define as normas de funcionamento e habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack ou outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília DF. 2012. Disponível em <http://www.portalsaude.saude.gov.br>. Acessado em 28 de novembro de 2016 às 21:00;

_____. Ministério da Saúde. Portaria 122 de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília DF. 2012. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br>. Acessado em 28 de novembro de 2016 às 09:40;

_____. Ministério da Saúde. Portaria 122 de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de Equipes de Consultório na Rua por município. Brasília DF. 2012. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br>. Acessado em 28 de novembro de 2016 às 10:00;

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 615 de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre incentivo financeiro para a construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack ou outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília DF. 2013. Disponível em <http://www.crianca.mppr.mp.br>. Acessado em 28 de novembro de 2016 às 14:00;

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Decreto 8163 de 20 de dezembro de 2013, institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – Pronacoop Social, e dá outras providências.

Brasília DF. 2013. Disponível em [http://: www.portalsaude.saude.gov.br](http://www.portalsaude.saude.gov.br). Acessado em 28 de novembro de 2016 às 16:00;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12. Brasília DF. 2015. Disponível em [http://: www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acessado em 01 de dezembro de 2016 às 13:30;

BUENO. Eduardo. **Brasil: Uma História**. Rio de Janeiro. Editora Leya. 2012;

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; DEL BARRIO, Lourdes Rodriguez. **Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão**. Out 2013. Vol.18, n.10, p.2797-2805. Disponível em Disponível em <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah>. Acesso em sete de novembro de dois mil e quinze, às 14:00;

CANCIAN. Natália. Governo Federal Quer Afrouxar Regra para Uso de Verba Destinada ao SUS **Folha de São Paulo**. Brasília. 07 de fevereiro de 2017. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/02/1856438>. Acesso em 08 de fevereiro de 2017 às 09:00;

_____. IDH Brasileiro para de Avançar e o País mantém a 79º Posição no Ranking. **Folha de São Paulo**. Brasília. 21 de março de 2017. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/03/1868352-idh-brasileiro-para-de-avancar-e-brasil-mantem-79-posicao-em-ranking.shtml>>. Acessado em 22 de março de 2017 às 15:10;

CASTEL. Robert; **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro, Edições Graal. 1978;

_____. **As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário**. Petrópolis/RJ. Editora Vozes. 2003;

_____. **A Gestão dos Riscos: da Antipsiquiatria à Pós-Psicanálise**, Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves Editora S.A. 1987;

CASTORIADIS, Cornelius. **A Sociedade Burocrática I: As relações de produção na Rússia**. São Paulo. Coleção O Saco de Lacraus/11. Edições Afrontamento. 1980;

_____. **A Instituição Imaginária da Sociedade**, Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra, 1982;

_____. **As Encruzilhadas do Labirinto 1**. Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra. 1987;

_____, **As Encruzilhadas do Labirinto II: os domínios do homem**. Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra. 1987;

_____, **As Encruzilhadas do Labirinto III: o mundo fragmentado**. Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra. 1992;

_____, **As Encruzilhadas do Labirinto V: feito e a ser feito**, Rio de Janeiro, DP&A editora. 1999;

_____, **As Encruzilhadas do Labirinto VI: figuras do pensável**, Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. 2004;

_____. **Uma Sociedade à Deriva: entrevistas e debates 1974-1997**. Aparecida – SP. Ideias e Letras. 2006;

_____, **Sujeito e Verdade no Mundo Social-histórico: seminários 1986-1987**. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. 2007;

CASTRO, J. A. Palestra: Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo. Brasília. 2012. Disponível em [http://: www.repositorio.enap.gov.br](http://www.repositorio.enap.gov.br). Acessado e, 03 de março de 2016 às 17:30;

CFM. Resolução CFM nº 2057/2013. Brasília. 2015. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2057_2013.pdf. Acessado em 10 de maio de 2017 às 15:00;

CFM. Ofício 068/17/ABP/SEC. Brasília. 2017. Disponível em:< <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/notatecnicacfmeabp.pdf>>. Acessado em: Acessado em 10 de maio de 2017 às 15:00;

CHAVES, Juliana de Castro (org.). **Psicologia Social e Políticas Públicas: contribuições e controvérsias**. Goiânia. Editora da PUC de Goiás. 2012;

COLETIVO DE GESTORES, TRABALHADORES E USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL ÁLCOOL E DROGAS. Carta de Curitiba: Mobilização pelo SUS e a Reforma Psiquiátrica. Curitiba. 2016. Disponível em <[http://: www.abrasme.org.br](http://www.abrasme.org.br)>. Acesso em 30 de novembro de 2016 às 15:00;

COLODETI. Elisângela. Falta de Leitos Agrava Crise da Saúde em Uberlândia. MGTV. Uberlândia. 07 de fevereiro de 2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/minas-gerais/triangulo-mineiro/noticia/2017/02>>. Acessado em 19 de março de 2017 às 18:30;

COOPER. David. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. Coleção Debates Psicologia. São Paulo. Editora Perspectiva. 1967;

COSTA, Diogo Faria Corrêa da; PAULON, Simone Mainieri. **Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo Social**. *Saúde em debate*, Dez 2012. Vol.36, nº.95, p.572-582. Disponível em <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah>>. Acesso em sete de novembro de dois mil e quinze, às 14:00;

COSTA. Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil: um Corte Ideológico**. 5º edição revisada. Rio de Janeiro. Garamond Universitária. 2006;

DSM-IV-TR. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre. 4º edição revisada. Artmed. 2002;

ELOLA. Joseba. “A Psiquiatria está em Crise”. El País. Madrid. 07 de fevereiro de 2016. Disponível em: <<http://www.psicologiasdobrasil.com.br/estudo-mostra-que-industria-e-psiquiatria-criaram-doencas-e-remedios-que-nao-curam/>>. Acessado em 17 de maio de 2017 às 16:00;

ESPÍRITO SANTO. Wanda. **Questões de Cidadania no Campo da Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica e II Fórum Internacional**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. vol.1, n.1, 2009. p. 77-92. Disponível em <http://www.periodicos.ufsc.br> Acesso em 28 de novembro de 2015;

FILIPPON, Jonathan G.; KANTORSKI, Luciane Prado; SAEKI, Toyoko. **Democracia e conquista: saúde mental como política pública municipal**. *Physis*. Mar 2015, vol.25, n.1, p.187-208. Disponível em <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah>>. Acesso em sete de novembro de dois mil e quinze, às 14:00;

FREITAS. Fernando; AMARANTE. Paulo. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2015;

FREUD, Sigmund; **Rascunho H (1895)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. I. Rio de Janeiro. Editora Imago. 1996;

_____. **Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise (1915-1917)**, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. XVI, Rio de Janeiro. Imago. 1996;

_____. **Obras Psicológicas Completas: Notas Psicanalíticas sobre um Relato Autobiográfico de um Caso de Paranoia (Dementia Paranoides) (1911)**, Vol. XII, edição standard brasileira, Rio de Janeiro, Imago, 1996;

_____. **Obras Psicológicas Completas: Sobre o Início do Tratamento: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise (1914)**, Vol. XII, edição standard brasileira, Rio de Janeiro. Imago. 1996;

GASTAL, Cláudio Luis da Cunha. **Regulação e Emancipação no Processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira: o papel da participação popular**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Vol.1, n.2, 2009. p. 77-92 Disponível em <<http://www.periodicos.ufsc.br>>. Acesso em 28 de novembro de 2015 às 15:30;

ILLICH, Ivan. **A Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina**. 3º edição. Rio de Janeiro. Editora Nova Fronteira. 1975;

JARDIM, Vanda Maria da Rosa et al. **Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial**. *Texto contexto - enferm.*, Jun 2009, vol.18, no.2, p.241-248. Disponível em <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah>. Acesso em sete de novembro de dois mil e quinze, às 14:00;

KAHLBAUM, Karl. **A Catatonia ou a Loucura da Tensão**. In; ALBERTI, Sônia (org.). Autismo e Esquizofrenia na Clínica da Esquize. Rio de Janeiro. Editora Marca d'água. 1999;

KALINOVISKI, Uélson. Efeitos da Terceirização: salários mais baixos, mais acidentes e menos direitos. **Rede Brasil Atual (RBA)**. São Paulo. 21 de março de 2017. Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/trabalho/2017/03/efeitos-da-terceirizacao-salarios-mais-baixos-mais-acidentes-e-menos-direitos>. Acessado em 22 de março de 2017 às 14:25;

KRAEPELIN, Emil. **A Demência Precoce**. In; ALBERTI, Sônia (org.). Autismo e Esquizofrenia na Clínica da Esquize. Rio de Janeiro. Editora Marca d'água. 1999;

LANNOY, Carlos de. Operação da PF Investiga Esquema de Corrupção na Área da Saúde do RJ. **G1 Jornal Nacional**. Rio de Janeiro. 11 de abril de 2017. Disponível em: <http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2017/04/operacao-da-pf-investiga-esquema-de-corruptao-na-area-da-saude-do-rj.html>. Acessado em 13 de abril de 2017 às 09:30;

LEÃO, Inara. Barbosa. **A Psicologia Sócio-Histórica como um Mediador entre as Políticas Públicas e a Construção dos Aspectos Psíquicos dos Homens**, in, CHAVES, Juliana de Castro (org.). Psicologia Social e Políticas Públicas: contribuições e controvérsias. Goiânia. Editora da PUC de Goiás. 2012;

LEMES, Conceição. Hospitais Públicos de São Paulo Gerenciados por OSs: rombo acumulado é de R\$ 147,18 milhões. **Viomundo**. São Paulo. 21 de junho de 2011. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/denuncias/hospitais-publicos-de-sp-gerenciados-por-oss-a-maioria-no-vermelho.html>. Acessado em 21 de março de 2017 às 14:45;

MACHADO, Daniela Martins. **A Desconstrução do Manicômio Interno como Determinante para a Inclusão Social da Pessoa em Sofrimento Mental**. Dissertação Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de

Brasília como Requisito para a Obtenção do Grau de Mestre. Brasília. 2006. Disponível em: www.bdttd.ibict.br/busca. Acesso em: 17 de maio de 2015, às 16h30min.

MACHADO. Livia. Entenda a Crise Financeira da Santa Casa de Misericórdia de SP. **G1**. São Paulo. 25 de agosto de 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2016/08/entenda-crise-financeira-da-santa-casa-de-misericordia-de-sp.html>>. Acessado em 09 de abril de 2017 às 11:00;

MARAZINA, Isabel. V. **Participação Social em Saúde no Brasil: o campo da saúde mental e suas instituições participativas**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Vol.4, n.8, 2012, p. 51-56. Disponível em <http://www.periodicos.ufsc.br>. Acessado em 28 de novembro de 2015 às 17:45;

MARX. Karl. **O Capital: crítica da economia política. Livro 1: o processo de produção do capital**. São Paulo. Boitempo Editora. 2013;

MOURA, Maria Lúcia Seidi de; FERREIRA, Maria Cristina, **Projetos de Pesquisa: elaboração, redação e apresentação**. Rio de Janeiro. Eduerj. 2005;

NUNES, Mônica de Oliveira. **O Silenciamento da Cultura nos (Con)textos de Cuidado em Saúde Mental**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Vol.1, n.2, 2009, p. 38-47. Disponível em <http://www.periodicos.ufsc.br>. Acessado em 28 de novembro de 2015;

OCKÉ-REIS. Carlos Octávio. **SUS: O Desafio de ser Único**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012;

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10>>. Acessado em 13 de agosto de 2016;

PADILHA. Joaquim. Vítimas de Acidente com Planos de Saúde Devem ser Levadas à Rede Privada. **Midiamax**. Campo Grande, 14 de dezembro de 2016. Disponível em: <<http://www.midiamax.com.br/cotidiano/vitimas-acidentes-plano-saude-nao-serao-mais-atendidas-samu-32536>>. Acessado em 15 de dezembro de 2016 às 13:30;

PATTO. Maria Helena Souza (Org.). **A Cidadania Negada: políticas públicas e forma de viver**. São Paulo. Casa do Psicólogo. 2009;

PEREIRA. Cleidi. Como Médicos são Assediados pela Indústria Farmacêutica para Prescrever Remédios. **ZH Notícias**. São Paulo. 07 de maio de 2017. Disponível em: <http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2017/05/como-medicos-sao-assediados-pela-industria-farmaceutica-para-prescrever-medicamentos-9788194.html>. Acessado em 07 de maio de 2017 às 20:00;

PINHO. Ângela. Prefeitos Apela ao Congresso para Evitar Fechamento de Hospitais no País. **Folha de São Paulo**. São Paulo. 19 de dezembro de 2016 Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/12/1842659> Acessado em 20 de dezembro de 2016;

_____. Plano de Doria para Remédios Esbarra em “Vazio” de Farmácias na Periferia. **Folha de São Paulo**. São Paulo. 06 de março de 2017. Disponível em:<<http://www.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/03/1863916>>. Acessado em: 19 de março de 2017 às 19:30;

PLANTIER. Ana Paula Barreto. **Dos Muros dos Manicômios para os Muros (In) Visíveis da Cidade: sobre os Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Dissertação Apresentada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública na Faculdade de Saúde

Pública da Universidade de São Paulo para Obtenção do Título de Mestre em Ciências. São Paulo. 2015. . Disponível em www.bdttd.ibict.br/busca. Acessado em: 17 de maio de 2015, às 16:30;

PRADO. M.; DOMINGUES.C. Emprego com Carteira Assinada tem Segundo Pior Ano da História. **Folha de São Paulo**. São Paulo. 20 de janeiro de 2017. Disponível em:< <http://folha.com/no1851657>>. Acessado em: 20 de janeiro de 2017 às 18:30;

QUINET. Antônio. **Teoria e Clínica da Psicose**, 4º edição, Rio de Janeiro, Forense Universitária. 2009;

_____. **A Psicopatologia da Esquizofrenia: Bleuler com Freud e Lacan, In;** ALBERTI, Sônia (org.). Autismo e Esquizofrenia na Clínica da Esquize. Rio de Janeiro. Editora Marca d'água. 1999;

RESENDE. Heitor. **Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica**, in: TUNDIS. Silvério Almeida; COSTA. Nilson do Rosário (Orgs.); **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 4º edição. Petrópolis. Vozes/ABRASCO. 1994. p. 15 – 74;

RESENDE. Anita C. Azevedo. **Psicologia Social e Políticas Públicas: A que será que se destinam?** in, CHAVES, Juliana de Castro (org.). Psicologia Social e Políticas Públicas: contribuições e controvérsias. Goiânia, Ed. da PUC de Goiás, 2012;

REVERBEL. Paula; HERNANDES. Raphael. Alvos da Lava Jato Votaram para Desfigurar Medidas Anticorrupção. **Folha de São Paulo**. São Paulo. 14 de dezembro de 2016. Disponível em: <<http://www.folha.uol.com.br/poder/2016/12/1841161>>. Acessado em: 15 de dezembro de 2016 às 09:15;

RODRIGUES. Fania A Nova Direita: como agem e o que pensam jovens que engordam movimentos conservadores de perfil agressivo. **Caros Amigos**, São Paulo. Ano XIX, n. 229, p. 18-21, 2016;

RODRIGUES. Joelson. Tavares. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. Revista Psicologia em Estudo. Vol. 8. n.1. Maringá. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8n1/v8n1a03> .00Acessado em 20 de junho de 2017 às 14:45;

RODRIGUES. Lúcia. Golpe nos Direitos: defensores da derrubada do governo Dilma são também apoiadores de projetos que ameaçam desde trabalhadores até as minorias. **Caros Amigos**, São Paulo. Ano XIX, n. 229, p. 25-27, 2016;

ROSA. Marcello. Médicos Denunciam Falta de Materiais para Atendimento em Unidades de Saúde de Campo Grande. MSTV 1º edição. Campo Grande. 24 de fevereiro de 2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mato-grosso-do-sul/mstv-1edicao/videos/t/edicoes>>. Acessado em 24 de fevereiro de 2017 às 20:15;

SALLES. Mariana Moraes. **A Vida Cotidiana de usuários de CAPS: a (in)visibilidade no território**. Tese de Pesquisa apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para Obtenção do Título de Doutor em Ciências. São Paulo, 2011. Disponível em www.bdttd.ibict.br/busca. Acessado em 17 de maio de 2015, às 16:30;

SANTOS. Lenir Guido Ivan da Carvalho. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8,142/90) Sistema único de Saúde**. 2º edição revisada e ampliada. São Paulo. 1995;

- SARAGOR, Helton. O SUS sob o Fogo Cruzado: Austeridade e Subfinanciamento. In: 5º Congresso Brasileiro de Saúde Mental da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). Roda de Conversa. São Paulo. UNIP – Campus Indianópolis. 2016;
- SAWAIA, Bader (Org.). **As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 4ª edição. Petrópolis RJ. Editora Vozes. 2002;
- SILVA, Matheus Quirino; SIMIONATTO, Liliana. Aspectos Políticos e Econômicos da Redemocratização do Brasil em 1985 e seus desdobramentos nos governos posteriores, *in*, X Semana de Ciências Sociais UFMS: Ciências Sociais em Tempos de Crise. Minicurso. Campo Grande. 2016;
- SILVA Raphael de Almeida. As Jornadas de Junho e o Novo Ciclo de Lutas que se Abre: Insurgências e resistências, *in*, X Semana de Ciências Sociais UFMS: Ciências Sociais em Tempos de Crise. Minicurso. Campo Grande. 2016;
- SILVA FILHO. João Ferreira da. **A Medicina, a Psiquiatria e a Doença Mental**. *in*: TUNDIS. Silvério Almeida; COSTA. Nilson do Rosário (Orgs.); Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 4ª edição. Petrópolis. Vozes/ABRASCO. 1994, p. 76 – 102;
- SOALHEIRO, Nina Isabel. **Política e Empoderamento de Usuários e Familiares no Contexto Brasileiro do Movimento pela Reforma Psiquiátrica**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Vol.4, n.8, 2012, p. 30-44. Disponível em <http://www.periodicos.ufsc.br> Acessado em 28 de novembro de 2015 às 14:30;
- SOUZA. Celina. **Políticas Públicas: uma revisão de literatura**. Revista Sociologias, ano 08, n° 18. Porto Alegre. 2006. p. 20 – 45. Disponível em <http://www.scielo.br>;. Acessado em 09 de setembro de 2016 às 19:00;
- SZASZ. Thomas. S. **A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento da Saúde Mental**. 3ª edição. Rio de Janeiro. Zahar Editores. 1976;
- TAURO, David Victor-Emmanuel. **Política e Estado Democrático: algumas interrogações pontuais**, *in*. MEZA. Eduardo Ramirez (org.). Políticas Públicas de Trabalho e Renda: caminhos para uma gestão social. Departamento de Jornalismo/UFMS. Campo Grande. 2004. p. 11 – 22;
- TAURO, David Victor-Emmanuel; SILVA, Vivian da Veiga. **Políticas Públicas para os Jovens e a Geração de Trabalho: alguns apontamentos**. 2005. Texto não publicado;
- VALENTE, Maria Manoela Sousa Albuquerque; **A Construção do Saber na Área da Saúde Mental: Rompendo a Lógica Estabelecida?** Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em www.bdt.d.ibict.br/busca. Acessado em: 17 de maio de 2015 às 16:30;
- VASCONCELLOS. Hygino. Quase 600 Leitos em Hospitais do RS são Fechados em Dois Anos. G1. 24 de fevereiro de 2017. Disponível em: < <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2017/02>>. Acessado em 19 de março de 2017 às 15:00;
- VIEIRA. Fabíola Sulpino; SÁ e BENEVIDES. Rodrigo Pucci. SUS deve Perder R\$ 743 Bilhões com Aprovação da PEC. **Bocão News**. 13 de dezembro de 2016. Disponível em: < <http://www.bocaonews.com.br/noticias/politica/politica/162068>>. Acessado em 15 de dezembro de 2016 às 16:00;

WANDERLEY, Mariângela Belfiore. **Refletindo sobre a Noção de Exclusão.** *in.* SAWAIA, Bader (org.). As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 4º edição. Petrópolis RJ. Editora Vozes. 2002;

WEBER, Max. **Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva.** Vol. 1. 4º edição. Brasília. Editora da Universidade de Brasília. 2000 / 2009 (reimpressão).