

**Ministério da Saúde**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Centro de Pesquisas René Rachou**  
**Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

**O poder e o dispositivo: hospital psiquiátrico na  
contemporaneidade**

por

**Bernardo Salles Malamut**

**Belo Horizonte**

**Fev/2011**

**DISSERTAÇÃO MSC – CPqRR**

**B.S. Malamut**

**2011**

**Ministério da Saúde**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Centro de Pesquisas René Rachou**  
**Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

**O poder e o dispositivo: hospital psiquiátrico na  
contemporaneidade**

por

**Bernardo Salles Malamut**

**Dissertação apresentada com vistas à obtenção do  
Título de Mestre em Ciências na área de  
concentração Saúde Coletiva**

**Orientação: Celina Maria Modena**

**Co-Orientação: Izabel C. Friche Passos**

**Belo Horizonte**

**Fev/2011**

Catálogo-na-fonte

Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ

Biblioteca do CPqRR

Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

M236p

2011

**Malamut, Bernardo Salles.**

**O poder e o dispositivo: hospital psiquiátrico na contemporaneidade / Bernardo Salles Malamut. – Belo Horizonte, 2011.**

XII, 83 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 87 - 95

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

**1. Psiquiatria/ética 2. Saúde Mental/história 3. Poder (Psicologia) I. Título. II. Modena, Celina Maria (Orientação). III. Passos, Izabel C. Friche (Co-orientação).**

CDD – 22. ed. – 616.89

**Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas René Rachou  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

**O Poder e o Dispositivo: Hospital Psiquiátrico na Contemporaneidade**

**por**

**Bernardo Salles Malamut**

**Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros**

**Profa. Dra. Celina Maria Modena (Presidente)**

**Profa. Dra. Virgínia Torres Schall**

**Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto**

**Suplente: Profa. Dra. Zélia Maria Profeta da Luz**

**Dissertação defendida e aprovada em 18/02/2011**

## **SUPORTE FINANCEIRO**

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – nº  
131004/2009-3

Centro de Pesquisas René Rachou / Fiocruz

Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder. Nisso não há nada de espantoso, visto que o discurso – como a psicanálise nos mostrou – não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo; é, também, aquilo que é objeto do desejo; e visto que – isto a história não cessa de nos ensinar – o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo qual se luta, o poder do qual nos queremos apoderar.

Michel Foucault

A ordem do discurso

2 de dezembro de 1970

## **Dedicatória**

A todos aqueles que tiveram suas vidas excluídas, tolhidas ou normatizadas em nome de um suposto saber sobre o homem.

## Agradecimentos

Agradeço inicialmente aos meus pais. Ao meu pai por ter sempre estado ao meu lado, mesmo nos momentos em que o insuportável se apresentava; por ter me ensinado o gosto pelo conhecimento e pela pesquisa, e por me lembrar sempre o valor do saber. À minha mãe, pela força, persistência e garra, marcas tão importantes em sua personalidade. A realização de seu desejo ao se graduar em um segundo curso após tantos anos longe da academia é inspiradora. Obrigado pelo amor e por tantas horas em que dizer ‘eu te amo’ era tão difícil e ainda assim dissemos.

À minha analista – Lilany Vieira Pacheco. Sem nosso trabalho, nada disso seria possível. Foi com você que eu sempre encontrei forças para continuar perseguindo meu desejo. Minha transmissão também é resultado disso. Obrigado por estar presente, por ter sabido segurar quando impossível, e por me ajudar a deixar cair os necessários.

A Ana Elisa Maciel – minha Aninha – pela construção de um amor tão presente, tão importante e tão lindo. Companheira de tantas horas. Como mais dizer que eu te amo?

Ao Rogério Bettoni por estar me ensinando a traduzir e reescrever aquilo que eu pensava já escrito. As palavras tomam outro sentido ao seu lado.

À minha orientadora – Celina Maria Modena – por ter sabido me deixar andar. Por ter se mantido como um outro de ‘outra paróquia’ e assim ter me instigado à reformulação constante, sempre visando a transmissão e a mudança. Minha crença no SUS e meu desejo por uma saúde pública para todos passam por você.

À minha co-orientadora, querida Izabel Friche Passos, fonte de inspiração e responsável pelo meu encontro-acontecimento com a obra de Michel Foucault. Tenho tanto a lhe agradecer, e tanto ainda a dizer, que espero que nossos caminhos continuem se cruzando.

Ao querido amigo Fernando Siqueira e nossos encontros de segunda-feira. Sem eles a semana fica muito mais difícil. Obrigado. Compartilhar com você é essencial. E a Adauto Clemente, companheiro de aulas, de saídas, de confissões... Nossa amizade é um *work in progress* constante! Obrigado pelo apoio.

À querida amiga Viviane Maciel: seu socorro nos fins de noite, quando escrevia, quando queria dividir uma ideia ou consultar sua opinião foram essenciais para a escrita deste



trabalho. Companheira de gostos, de pensamentos, de vivências. Trabalhar ao seu lado e depois poder compartilhar minha intimidade é algo que desejo preservar pela vida afora.

À equipe do LAESA cuja convivência comigo sempre foi um alento. Aline e Isa, em especial vocês duas foram maravilhosas, muito obrigado por todas as ajudas.

Às professoras do CPqRR Dras. Virgínia, Josélia e Zélia: o afeto, a experiência e o conhecimento se juntam em vocês, figuras tão especiais, merecedoras de muita admiração. Vocês me marcam profundamente.

À Biblioteca do CPqRR em prover acesso gratuito local e remoto à informação técnico científica em saúde custeada com recursos públicos federais, integrante do rol de referências desta dissertação, também pela catalogação e normalização da mesma.

Aos funcionários do Hospital Galba Velloso e à FHEMIG, pelo apoio a pesquisa. Agradeço em especial a Leo Silva Carmo, Raquel Assrauy e Eliane Mussel. Se hoje sustento um desejo de pesquisa, não me esqueço nunca de que isso passou por vocês.

A todos aqueles que de uma forma ou de outra contribuíram para esta dissertação e para minha formação.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>XI</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>XII</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
2.1 Por um saber que se sabe político.....	14
2.2 As engrenagens do poder e o poder das engrenagens: a travessia da representação para genealogia.....	16
2.3 Por que estudar o poder.....	21
<b>3 OBJETIVO.....</b>	<b>22</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
<b>5 ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>25</b>
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
6.1 Artigo 1: Violência e poder no discurso psiquiátrico: da exclusão sistemática a subjetivações normativas.....	27
6.2 Artigo 2: A rede de atenção a saúde mental na visão de médicos psiquiatras: a <i>Stultifera Navis</i> contemporânea.....	49
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>70</b>
<b>8 ANEXOS.....</b>	<b>72</b>
8.1 ANEXO I: Participantes do estudo.....	73
8.2 ANEXO II: Roteiro para entrevista semiestruturada.....	74
8.3 ANEXO III: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	75
8.4 ANEXO IV: Do Instituto Neuro-psiquiátrico Galba Moss Velloso ao Hospital Galba Velloso.....	77
<b>9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>87</b>

## RESUMO

Esta dissertação versa sobre a negociação de poder entre médicos psiquiatras e pacientes usuários de um serviço público de saúde mental. Pautados na teoria da analítica do poder de Michel Foucault, autor de referência nesse campo, investigamos como circula o poder nos atos terapêuticos exercidos pelos médicos entrevistados, bem como na relação do hospital com os outros serviços da rede de atenção à saúde mental. O estudo foi realizado em um hospital psiquiátrico da rede de atenção à saúde mental pública de Minas Gerais. A escolha por este tipo de serviço, dentre outros na rede pública, se deu uma vez que os dados históricos e a literatura atestam terem sido, os hospitais psiquiátricos, os maiores alvos de crítica numa época de uma psiquiatria disciplinar. Há ainda a importante constatação da permanência desse tipo de serviço em todo país, apesar de todos os esforços para que fosse substituído. O movimento da reforma psiquiátrica – fenômeno histórico que engendra novas teorias e práticas – surge como uma resposta política e epistêmica a essa psiquiatria e seu dispositivo mais evidente, o hospital. Uma das mais fundamentais propostas da reforma psiquiátrica é a de subverter as relações disciplinares da psiquiatria para com a loucura. Essa investigação qualitativa, feita por meio de entrevistas semiestruturadas com médicos psiquiatras, focou-se finalmente na permanência de atos violentos – que foram analisados através do conceito de violência em Hannah Arendt –, e na importância do dispositivo hospital na prática de uma psiquiatria que insiste em permanecer asilar. Encontrou-se fundamentalmente duas transformações: a passagem do cárcere hospitalar para uma antinomia de funcionamento da rede; e o exercício do poder psiquiátrico não mais como produtor de exclusões sistemáticas, mas de subjetivações normativas. Conclui-se que a loucura continua encarcerada no discurso médico e verifica-se a necessidade da reforma psiquiátrica de inventar novas formas de subjetivação.

## ABSTRACT

This dissertation deals with the power negotiation between psychiatrists and patients, or users, of a mental health public service. Based on Michel Foucault analytic of power we investigate how the power surrounds the therapeutic practices of the interviewed psychiatrics, as well as on the relation of the hospital with other services of mental health care network. The study was made in a psychiatric hospital of the public mental health care network of Minas Gerais state, Brazil. This particular type of service was chosen since historical data and literature testify that the psychiatric hospitals were the major target of criticism in a time of disciplinary psychiatric practice. Further, there is the important confirmation that this kind of service is still present in the whole country, notwithstanding all the efforts made to its replacement. The psychiatric reform movement, a historical phenomenon which generates new theories and practices, arises as a political and epistemic response to that psychiatric and its most evident dispositive, namely the hospital. One of the most fundamental proposals of the psychiatric reform is to subvert the psychiatric disciplinary relations in regard to madness. This qualitative research, made through semi-structured interviews with psychiatrists, was ultimately focused on the permanence of violent acts — analyzed in the light of Hannah Arendt's concept of violence — and on the importance of the hospital dispositive in a psychiatric practice that insists on being an asylum one. Two fundamental transformations were found: first, the passage from the hospital gaol to an antinomy of the network functioning; second, the exercise of psychiatric power as a producer of normative subjectification instead of systematic exclusions. It is concluded that madness is still confined in medical discourse, and the necessity of psychiatric reform in reinventing new ways of subjectification is verified.

## 1 INTRODUÇÃO

Estima-se que devem existir entre 31.922.000 e 49.580.000 brasileiros sofrendo de alguma doença mental, ou seja, mais de 29% da população brasileira. Cerca de 54.166.000 a 70.127.000 de brasileiros tiveram alguma doença mental durante a sua vida. (Mari, Jorge, Kohn, 2007, p. 120). Se considerarmos os índices de doenças mentais severas (DMS) e doenças mentais persistentes<sup>1</sup> (DMP), índices mais úteis no planejamento dos serviços, segundo Kessler (In: Mari, Jorge, Kohn, 2007, p. 138), estima-se que 10.188.000 brasileiros sofrem de uma doença mental séria, das quais, 5.263.000 são persistentes (Mari, Jorge, Kohn, 2007, p. 138). Isso se traduz em mais de 10 milhões de pessoas que requerem atenção especializada.

“É hora de revogar essa lei idiota que provocou tamanho desastre.” (Gullar, 2009). Desse modo o “poeta maldito” finaliza seu artigo de opinião ‘Uma lei errada’ no caderno Ilustrada do jornal Folha de São Paulo do dia 12 de abril de 2009.

A lei à qual Ferreira Gullar se refere é a de numero 10.216/2001, que regulamenta a chamada ‘reforma psiquiátrica brasileira’. Gullar, em tom de depoimento pessoal, critica o progressivo fechamento e reorientação da assistência psiquiátrica dos hospitais psiquiátricos brasileiros para os Centros de Atenção Psicossocial. Sua crônica sugere que o tema traduz um confronto entre a classe média, que “adere sem refletir” (Gullar, 2009) aos argumentos que a partir da década de 1970 vêm criticar a existência dos manicômios brasileiros, e que continua a internar seus doentes em clínicas particulares; e a classe “pobre que saem todos para trabalhar e o doente fica sozinho em casa” (Gullar, 2009), sem assistência. Gullar diz ainda que a campanha da reforma psiquiátrica é uma forma de “demagogia”.

Dois outros artigos de opinião são publicados pelo mesmo autor nas duas semanas que se seguem. Uma enxurrada de cartas é recebida pelo jornal Folha de São Paulo, apoiando e criticando o poeta. Um mês depois Ferreira Gullar é capa da revista Época, pousando em uma foto em preto e branco com os seguintes ditos ao lado “‘dói ter de internar um filho. Às vezes não há outro jeito’: a luta do poeta Ferreira Gullar – pai de dois esquizofrênicos – contra a lei que restringe a internação de doentes mentais.” (Segatto, 2009, p. 76). A reportagem aponta

---

<sup>1</sup> Requer que o indivíduo tenha tido ao menos um transtorno psiquiátrico no ano anterior, que não seja transtorno por uso de substâncias, e que resulte em um prejuízo significativo no campo vocacional e nos relacionamentos interpessoais.

novamente o sofrimento das “famílias de doentes mentais”, trazendo exemplos de “desassistência” no momento em que uma internação psiquiátrica se fez necessária. É citado, por exemplo, o caso de uma mãe que perdeu sua filha de 14 anos de idade por suicídio, após tentar interná-la com indicação médica e não conseguir uma vaga em um leito público. Já os hospitais que ainda existem são chamados de “modernos” segundo a revista, deixando de serem “hospícios” para se tornarem um “resort confortável” (Segatto, 2009, p. 78).

Ainda na mesma semana, uma série de reportagens começa a ser publicada no jornal Estado de Minas sob a rubrica ‘Cidadania e loucura’: ‘Ressurreição fora dos manicômios’ (02 de junho de 2009), ‘Brasil investe aquém do necessário’ (03 de junho de 2009) e, finalmente, ‘Mal necessário ou modelo falido?’ (04 de junho de 2009). Um novo debate sobre a reforma psiquiátrica brasileira se inicia. Agosto de 2009, nova capa de jornal, agora por ocasião do convite da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao Brasil para que este, junto com Itália, Egito e Holanda, componha a consultoria ao Programa de Ação para Superar Lacunas em Saúde Mental. A temática permanece atual, as controvérsias permanecem como enigmas.

Sabemos da importância da mídia escrita quando, no final da década de 1970 e início da década de 1980, fez, em larga escala e abertamente, denúncias dos maus-tratos sofridos pelos usuários de hospitais psiquiátricos. “Nos porões da Loucura” e “A lucidez da loucura”, de Hiram Firmino, tiveram enorme repercussão social no início da reforma psiquiátrica brasileira, como é sabido.

## **2 JUSTIFICATIVA**

### **2.1 Por um saber que se sabe político**

As reportagens de junho de 2009, tanto a da revista *Época* quanto as do jornal Estado de Minas enfatizam que o assunto da reforma psiquiátrica ainda é abordado de forma excessivamente ideológica, quando deveria ser um assunto “técnico”, e na revista *Época* isso é corroborado pela opinião do ilustre psiquiatra Jurandir Freire da Costa.

Se podemos tirar uma lição das teorizações de Michel Foucault (1926-1984), esta seria que “não há saber neutro. Todo saber é político.” (Machado In: Foucault, 2009a, p. XXI). Não se trata de questionar a validade do saber científico, mas o estatuto de verdade que lhe é dado:

O importante, creio, é que a verdade não existe fora do poder ou sem poder (...). A verdade é deste mundo; ela é produzida graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua ‘política geral’ de verdade: isto é, os tipos de discurso que acolhe e faz funcionar como verdadeiro. (Foucault, 2009a, p. 12)

e desse modo melhor seria,

Por 'verdade', entender um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados. A 'verdade', está circularmente ligada a sistemas de poder que ela induz e que a reproduzem. 'Regime' de verdade. (...) Não se trata de libertar a verdade de todo sistema de poder (...) mas de desvincular o poder da verdade das formas de hegemonia (sociais, econômicas, culturais) no interior das quais ela funciona no momento. (Foucault, 2009a, p. 14)

Portanto, para além da ilusão de uma ciência/técnica *neutras*, a psiquiatria é um campo onde as influências de opiniões *não técnicas* se faz de modo mais evidente. Foucault apontou um dado curioso:

se perguntarmos a uma ciência como a física teórica ou a química orgânica quais as suas relações com as estruturas políticas e econômicas da sociedade, não estaremos colocando um problema muito complicado? Não será muito grande a exigência para uma explicação possível? Se, em contrapartida, tomarmos um saber como a psiquiatria, não será a questão muito mais fácil de ser resolvida porque o perfil epistemológico da psiquiatria é pouco definido, e porque a prática psiquiátrica está ligada a uma série de instituições, de exigências econômicas imediatas e de urgências políticas de regulamentações sociais? (Foucault, 2009a, p. 1)

A questão poderia ser reduzida ao binômio ideologia/conflito de classes, ótica abordada nas reportagens e em artigos especializados<sup>2</sup>. Aos pobres, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a regulamentação da lei 10.216; aos ricos, modernos resorts, verdadeiros '*spas*' psiquiátricos. Porém, somos alertados por Foucault:

o internamento psiquiátrico, a normalização mental dos indivíduos, as instituições penais, têm, sem dúvida, uma importância muito limitada se procura-se somente sua significação econômica. Em contrapartida, no funcionamento geral das engrenagens do poder, eles são sem dúvida essenciais. (Foucault, 2009a, p. 6)

Desse modo, optamos por trabalhar o assunto sob outra perspectiva que não a do conflito econômico de classes; a saber: optamos pela ótica foucaultiana em sua analítica do poder, ou seja, em sua genealogia.

O século XIX nos prometera que no dia que os problemas econômicos se resolvessem todos os efeitos de poder suplementar excessivo estariam resolvidos. O século XX descobriu o

---

<sup>2</sup> Cf. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MD, Mari JJ. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2007, 29(1): 43-46. Cf. também: Delgado PG, Weber R. A redução de leitos não significou redução do financiamento para a saúde mental no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2007, 29( 2): 188-199.

contrário: podem-se resolver todos os problemas econômicos que se quiser, os excessos de poder permanecem. (Foucault, [1977] 2006c, p. 225)

Pensamos que, deste modo, a partir da genealogia de Foucault, teremos mais a contribuir, já que entendemos que o SUS é um sistema de saúde para todos e não somente para aqueles com baixo poder aquisitivo. Além disso, como nos diz Passos (2008, p. 63),

considerar as nuances da análise foucaultiana do poder pode nos ajudar a discriminar as implicações éticas de diferentes projetos de superação da ordem repressiva asilar e a medida de suas convivências, reprodução ou desmontagem efetiva do projeto disciplinar moderno mais sutil.

A trajetória de Foucault sobre o tema da loucura se inicia com a publicação de *‘Doença mental e personalidade’* em 1954 e segue como tema de investigação até o curso de 1974-1975, no Collège de France, chamado *‘Os anormais’*. No entanto, aqui, focaremos nos textos da *‘História da loucura’* e o curso de 1973-1974 chamado *‘O poder psiquiátrico’* pois, ao nosso ver, a passagem de um ponto ao outro nos esclarece a necessidade de Foucault de investigar mais detidamente o poder, não só em sua vertente restritiva, mas também em sua face positiva. Além disso, Castro (2009, p. 259) nos indica que o curso *‘O poder psiquiátrico’* poderia ser considerado o segundo volume da *‘História da loucura’*, o que Foucault (2006b, p. 16) confirma ao dizer que no curso de 1974-1975 continuará de onde parou em sua tese.

## **2.2 As engrenagens do poder e o poder das engrenagens: a travessia da representação para a genealogia**

Seriam as paredes dos asilos tão sólidas a ponto de desafiar a lembrança? Ou tão frágeis que era preciso guardar-se de explorar suas fundações? Quer se queira, quer não, será preciso doravante que a psiquiatria viva com seu passado...

Michel Foucault,

O asilo ilimitado, 1977

A publicação de *‘História da loucura na idade clássica’* pode ser tomada como um acontecimento no sentido foucaultiano do termo. As repercussões<sup>3</sup> e a forte resistência à tese de doutoramento de Foucault, com Georges Canguilhem como relator, ecoam até hoje (Freitas, 2004). É inclusive de Canguilhem (Roudinesco, Canguilhem, Major, Derrida, 1994, p. 35) o comentário sobre a força argumentativa de Foucault, que evidencia, em linhas gerais,

---

<sup>3</sup> Como por exemplo o debate com Derrida que acaba por promover uma ruptura entre os amigos (Derrida e Foucault). Cf. Foucault M. Resposta a Derrida [1972]. Ditos & Escritos vol. I: Problematização do Sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise (VLA Ribeiro, Trad.). 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006a. Cf. também: Passos ICF. Razão e loucura: a querela entre Foucault e Derrida. In: Passos ICF, Belo FRR (Orgs). Na companhia de Foucault: 20 anos de ausência. Belo Horizonte: Ed. Fale UFMG; 2004.



“quando e como a psiquiatria deixa de ser realmente, sob uma roupagem de filantropia, a polícia dos loucos”.

Mas em que consistia o argumento de Foucault para provocar tantas ressonâncias?

Roudinesco, conhecida historiadora da psiquiatria e da psicanálise francesa, promove, em 1991, um colóquio (IX<sup>o</sup> Colóquio da Sociedade Internacional de História da Psiquiatria e Psicanálise) com o título: “História da loucura, trinta anos depois”. Reúnem-se nesta ocasião Georges Canguilhem, René Major e Jacques Derrida. É nesse encontro que Roudinesco aponta como a história da psiquiatria antes de Foucault havia passado por dois momentos. O primeiro deles seria o momento do “puro relato hagiográfico”:

os feitos e os gestos gloriosos dos mestres eram em geral relatados pelo discípulo mais respeitoso, aquele que, tornando-se por sua vez um mestre, tinha de antemão a garantia de ver seu aluno mais próximo repetir o elogio. (...) [Ou seja] esfera de pura transmissão de poderes. (Roudinesco et al., 1994, p. 13).

O segundo momento é marcado pelo método moderno, fortemente influenciado pelos trabalhos de Canguilhem e pela escola dos Annales, na qual se pensava a loucura como uma entidade que ‘evoluiria’ com o homem, mas principalmente, com o advento da ciência. Nessa concepção buscava-se evidenciar como cada época contribuía para uma depuração da doença mental. A tese de 1961 rompe escandalosamente com a ideia de uma continuidade ou permanência da doença mental na história. É preciso esclarecer, entretanto, que Foucault não se propõe fazer uma história da loucura no sentido clássico do termo ‘história’; afinal, como nos diz o epistemólogo Jean-Claude Milner (1996, p. 65), “Foucault, enfim, não levou a História em consideração”<sup>4</sup>. Sua teoria da descontinuidade aponta que existem “estratos e recobrimentos” (Milner, 1996, p. 65), cabendo bem, por isso, o nome de *arqueologia*.

O objetivo de Foucault nunca foi, entretanto, o de fazer a história do enclausuramento e do asilo, mas do discurso que constitui os loucos como objetos de saber – isto é, desse estranho laço entre razão e desrazão que autoriza a primeira a produzir um discurso de saber sobre a segunda. (Revel, 2005, p. 62)

Mas como esse projeto foi construído? Não temos aqui nenhuma pretensão de uma retomada extensa e detalhada da tese de Foucault, bem como não buscamos um esgotamento analítico de ‘*História da loucura*’. Ateremo-nos às principais linhas guias, de modo a

---

<sup>4</sup> Pensamos que Milner radicaliza uma posição. Não concordamos que Foucault não levou a história em consideração, mas que criou um novo modo de se escrever a história. Cf. Veyne P. Como se escreve a história?/Foucault revoluciona a história (A Baltar, MA Kneip, Trad.). 4. ed. Brasília: Ed. UNB; 2008.

podermos melhor compreender a necessidade, que se apresentou para Foucault, de uma genealogia dos dispositivos de poder.

No prefácio à edição original, Foucault detalha o que será seu projeto de “ir ao encontro, na história, desse grau zero da história da loucura” (Foucault, [1961] 2006a, p. 152). Sua metodologia será a de “fazer um estudo estrutural do conjunto histórico – noções, instituições, medidas jurídicas e policiais, conceitos científicos – que mantêm cativa uma loucura cujo estado selvagem jamais poderá ser restituído nele próprio” (Foucault, [1961] 2006a, p. 158). Importante esclarecer como Foucault, ainda que influenciado pelo movimento estruturalista (como lemos acima) e por Georges Dumézil<sup>5</sup>, nunca se identificou completamente ao estruturalismo ou ao método estruturalista<sup>6</sup>. Seu estudo devia levá-lo a demonstrar “a decisão que liga e separa, ao mesmo tempo, razão e loucura.” (Foucault, [1961] 2006a, p. 158). Sua hipótese foi de haver acontecido inicialmente uma separação entre a razão e a desrazão, sendo o louco associado à segunda<sup>7</sup>. Posteriormente há a anexação da loucura à doença mental no mundo moderno, sendo a loucura então silenciada. A psiquiatria como saber surgiria não para ‘humanizar’ ou reconhecer o caráter de um doente ‘que já estava lá’, mas como justificativa dessa anexação. A internação generalizada vinha, “por um lado, da necessidade de saneamento e ordenação do espaço urbano, pela distribuição e controle da circulação de indivíduos; por outro, da necessidade de disciplinar seus corpos e mentes (...)” (Passos, 2009, p. 44). Veremos as estratégias utilizadas por Foucault para demonstrar sua tese.

Antes de apresentarmos um resumo da tese, traríamos uma citação, que apesar de longa, contém os principais pontos acima assinalados.

No meio do mundo sereno da doença mental, o homem moderno não se comunica mais com o louco; há, de um lado, o homem de razão que delega para a loucura o médico, não autorizando, assim, relacionamento senão através da universalidade abstrata da doença; há, do outro lado, o homem de loucura que não se comunica com o outro senão pelo intermediário de uma razão igualmente abstrata, que é ordem, coação física e moral, pressão anônima do grupo, exigência de conformidade. Linguagem comum não há; ou melhor, não há mais; a constituição da loucura como doença mental, no final do século XVIII, estabelece a constatação de um diálogo

---

<sup>5</sup> Historiador estruturalista das religiões e primeiro leitor do manuscrito da tese de Foucault.

<sup>6</sup> Cf. Foucault M. O grande internamento [1972]. In: Foucault M. Ditos e escritos vol. I: Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise (VLA Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006a. Ou para leitura mais detalhada do tema: Dreyfus H, Rabinow P. Michel Foucault: uma trajetória filosófica – para além do estruturalismo e da hermenêutica (VP Carrero, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.

<sup>7</sup> Passaremos a utilizar o termo ‘louco’ em detrimento do usual ‘doente mental’ ou ‘portador de transtorno psiquiátrico’ para demarcarmos nossa posição política de valorização dessa categoria de luta que busca se inscrever no mais além do campo da saúde e doença.

rompido, dá a separação como já adquirida, e enterra no esquecimento todas essas palavras imperfeitas, sem sintaxe fixa, um tanto balbuciantes, nas quais se fazia a troca entre a loucura e a razão. A linguagem da psiquiatria, que é monólogo da razão *sobre* a loucura, só pode estabelecer-se sobre um tal silêncio. Não quis fazer a história dessa linguagem; antes, a arqueologia desse silêncio. (Foucault, [1961] 2006a, p. 153).

Passemos então ao resumo da tese. Castro (2009, p. 267) o faz da seguinte forma:

Não sem idas e vindas, o movimento geral de *Histoire de la folie* vai: 1) Do ponto de vista do registro das práticas de exclusão que estabelecem o espaço da loucura: da nave (circulação) à internação (clausura) e ao asilo (cura). 2) Do ponto de vista do registro da linguagem sobre a loucura: do sagrado, à ética e às ‘ciências do homem’, a linguagem do normal e do patológico (psiquiatria, psicologia). 3) Do ponto de vista do registro da linguagem da loucura: das expressões trágicas e críticas (a pintura e a literatura do renascimento), ao silêncio da Época Clássica e, finalmente, ao discurso do “doente mental” e ao reaparecimento do trágico na literatura moderna.

Pensamos que este resumo cobre as principais linhas de argumentação de Foucault. Retomaríamos a tese pelo viés histórico dizendo que, se durante o Renascimento, a figura escolhida por Foucault (*Stultifera navis* ou a nau, nave dos loucos) representava esse lugar ao mesmo tempo simbólico e real da loucura, como a imagem do litoral que não sabemos se pertence ao céu ou ao mar, ou como na expressão de Guy de Maupassant em seu conto homônimo, ‘Le Horla’<sup>8</sup> (o dentro-fora), na Época Clássica, com a criação do Hospital Geral de Paris em 1657, a figura da alteridade radical passa a existir como o *outro* a ser excluído. Não se internavam os loucos, internavam-se aqueles que representavam essa alteridade, e dentre estes, estava o louco.

O esquecimento cai sobre o mundo sulcado pela livre escravidão de sua Nau: ela não irá mais de um aquém para um além, em sua estranha passagem; nunca mais ela será esse limite fugidio e absoluto. Ei-la amarrada, solidamente, no meio das coisas e das pessoas. Retida e segura. Não existe mais a barca, porém o hospital. (Foucault, 2000, p. 42)

Foucault recorre aqui também ao *Meditações*<sup>9</sup> de René Descartes para apontar como a loucura passa a ser concebida como o Outro da razão.

Outro gesto foi no entanto necessário para a anexação da loucura à doença mental e ao asilo, já que aqui ela estava acompanhada de todos os Outros que a sociedade encontrava: o

---

<sup>8</sup> Cf. Maupassant G. O Horla. In: Costa FM (Org.). Os melhores contos de loucura. Rio de Janeiro: Ediouro; 2007.

<sup>9</sup> Cf. Descartes R. Discurso do método (ME de AP Galvão, Trad.). 3. ed. rev. e acrescida dos textos e comentários de Étienne Gilson. São Paulo: Martins Fontes; 2007.

pobre, a prostituta, o homossexual, o mendigo, o criminoso, os blasfemadores, os libertinos, os que praticam bruxaria ou magia... Foucault atribui ao mito da liberação dos loucos de Bicêtre, por Pinel, esse gesto<sup>10</sup>. O mito já é conhecido, mas a leitura que Foucault faz do gesto de Pinel foi inédita. Foucault entende que, como nos diz Passos (2008, p. 68), “no princípio está o ato, uma prática social e suas vicissitudes históricas (...), simultaneamente, e sem que desta prática possa ser separada, vem toda uma construção teórica para justificar, ampliar, modificar, fazer recuar a mesma prática”. Importa também marcar como a questão do poder vai se delineando pouco a pouco para Foucault, já que:

Acredita-se que Tuke e Pinel abriram o asilo ao conhecimento médico. Não introduziram uma ciência, mas um personagem, cujos poderes atribuíram a esse saber apenas um disfarce ou, no máximo, sua justificativa. Esses poderes, por natureza, são de ordem moral e social; (...). Se a personagem do médico pode delimitar a loucura, não é porque a conhece, é porque a domina. (Foucault, 2000, p. 498)

Define-se então a tese: a psiquiatria, a psicologia e a psicanálise não foram produtos da humanização do asilo, nem do avanço da ciência, mas sim da apropriação da loucura pela doença mental: “o louco agora está livre, e excluído da liberdade” (Foucault, 2000, p. 508). Assim sendo, Foucault recolhe as ironias do gesto:

permite-se que a liberdade do louco atue, mas num espaço mais fechado, mais rígido e menos livre que aquele, sempre um pouco indeciso, do internamento; liberam-no de seu parentesco com o crime e o mal, mas para fechá-los nos mecanismos rigorosos de um determinismo (...); retiram-se as correntes que impediam o uso de sua livre vontade, mas para despojá-lo dessa mesma vontade, transferida e alienada no querer médico. (Foucault, 2000, p. 507).

Percebemos no texto foucaultiano como, lentamente, desliza-se das *figuras da loucura* para o *poder psiquiátrico*, ou melhor dizendo, o *poder do saber*. A essa passagem damos o nome de genealogia. Como diz o próprio Foucault, “meu verdadeiro problema é aquele que, aliás, atualmente, é o problema de todo mundo: o do poder” (Foucault, [1977] 2006c, p. 225), concluindo que o que ele sempre buscou foi fazer “uma história dos mecanismos de poder e da maneira como eles se engendram” (Foucault, [1977] 2006c, p. 227).

O próprio Foucault se dá conta de que em *‘História da loucura’* ele “havia ficado numa análise das representações (...) havia concedido um privilégio ao que poderíamos chamar de percepção da loucura” (Foucault, 2006b, p. 16-17). E completa: “(...) pergunto-me

---

<sup>10</sup> Para críticas a essa leitura, cf. Swain G. *Le sujet de La folie: naissance de La psychiatrie*. Toulouse: Privat; 1977. Cf. tmb. Gauchet M, Swain G. *La pratique de l’esprit humain: L’institution asilaire et la révolution démocratique*. Paris: Gallimard; 1980.

de que podia ter falado, na *História da loucura* ou no *Nascimento da clínica*, senão do poder” (Foucault, 2009a, p. 5-6).

### 2.3 Por que estudar o poder

Avesso a generalizações e a qualquer totalização, não encontramos em Foucault uma teoria geral do poder<sup>11</sup>. Sua perspectiva sobre o poder é, no entanto, inovadora. Rompendo com os paradigmas do Estado, como forma única e final de poder, e do Direito, como modalidade negativa (pois proibitiva) de regulação do poder, Foucault nos apresenta formas capilares e relacionais de poder (como um modo de ação de alguns sobre outros)

O que faz com que o poder se mantenha e seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir. (Foucault, 2009a, p. 8)

A face positiva do poder e a capilaridade micropolítica exigem que o analista passe a buscar as dinâmicas de relações de poder ‘de baixo para cima’, tomando o Estado como uma ‘superestrutura’ e não como ‘o poder fundamental’. Isso explica como o poder tem com alvo o corpo humano, não só para reprimi-lo, mas também para adestrá-lo, aprimorá-lo. Assim, para Foucault, o poder é algo que não se possui, mas se faz em relações. Sendo assim, o poder “só se exerce sobre ‘sujeitos livres’, enquanto ‘livres’” (Foucault, 1995, p. 244).

Além disso, é da face positiva do poder que surge uma das mais importantes teses do período genealógico de Foucault: o poder disciplinar como produtor de subjetividade e individualidade – “O poder disciplinar não destrói o indivíduo; ao contrario, ele o fabrica. O indivíduo não é o outro do poder, realidade exterior, que é por ele anulado; é um de seus mais importantes efeitos.” (Machado, 2009, p. XX). As ciências humanas, como tipo específico de saber, surgem das técnicas de individualização disciplinares. Passamos a compreender quando Machado (2009, p. XXI) sintetiza dizendo: “O fundamental da análise é que saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder”. Percebemos como Foucault trouxe um novo modo de compreender as relações entre a doença mental, a loucura e o saber psiquiátrico, e é em seu curso de 1973-1974 que essa ótica genealógica será extensivamente investigada.

---

<sup>11</sup> Cf. Maia A. Sobre a analítica de poder de Foucault. Tempo social: Revista de sociologia 1995, 7(1-2): 83-103.

Quando por ocasião do curso ‘*O poder psiquiátrico*’, Foucault iniciou retomando sua tese de doutorado e criticou principalmente três pontos: sua noção de violência – em que percebe que “todo poder é físico, e há entre o corpo e o poder político uma ligação direta” (Foucault, 2006b, p. 19) e que a violência se apresenta como um poder irregular e passional, quando na verdade o que estaria em jogo seria um poder articulado, calculado e estratégico; a noção de instituição – que enfatiza as regularidades institucionais, quando o que nos interessaria seriam as disposições de poder; e a ideia de modelo familiar – pois se houvesse, e ele conclui que não houve, uma busca de reprodução do modelo familiar, esse viria a serviço de uma estratégia de poder. Logo, Foucault afirma (2006b, p. 21) que melhor seria se referir a uma *microfísica do poder* ao invés de falarmos de violência, pensar as *táticas* postas em ação nas forças que se enfrentam no asilo e investigar as *estratégias* das relações de poder que acontecem na prática psiquiátrica.

Foucault (1995, p. 248) resumiu o que pensava sobre relações de poder e estratégias de poder da seguinte forma:

Podemos chamar ‘estratégias de poder’ ao conjunto dos meios operados para fazer funcionar ou para manter um dispositivo de poder. Podemos também falar de estratégia própria às relações de poder na medida em que estas constituem modos de ação sobre a ação possível, eventual, suposta dos outros. Podemos então decifrar em termos de ‘estratégias’ os mecanismos utilizados nas relações de poder.

Vemos como seu raciocínio nos leva a desejar uma verificação da afirmação: “todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno desta relação de poder; são tentativas de deslocar a relação, mascarar-la, eliminá-la e anulá-la” (Foucault, 2009a, p. 124).

A partir do quadro teórico acima descrito, a presente dissertação buscou investigar como os médicos psiquiatras trabalhadores de um hospital psiquiátrico do Estado de Minas Gerais concebem as relações de poder implicadas na reforma psiquiátrica.

### **3 OBJETIVO**

Esta pesquisa teve como objetivo investigar através do discurso de médicos psiquiatras trabalhadores de um hospital psiquiátrico da rede pública de Belo Horizonte no Estado de Minas Gerais, a incidência do discurso da reforma psiquiátrica sobre a prática médica, sobre o modo como estes concebem a rede de atenção à saúde mental, bem como o funcionamento do trabalho em rede, e de que modo se relacionam com os diversos

dispositivos substitutivos, tendo como foco os jogos de poder a partir da ótica das elaborações de Michel Foucault.

#### 4 METODOLOGIA

Pautando-nos na noção foucaultiana de discurso como prática (Foucault, 2008a) e visando compreender a articulação entre um determinado contexto sócio-histórico e a implicação deste em uma produção discursiva, optamos por realizar uma pesquisa qualitativa (Deslandes, Gomes, 2004; Minayo, 2008). Entendemos tratar-se de um conjunto de práticas que visam elucidar como a significação é significada (Charaudeau, 2008). Partimos da concepção de que a linguagem não é nem transparente, nem totalmente opaca, e que os discursos testemunham e sua análise elucida a interdependência entre a decantação de sentido e as condições de produção do discurso. Optamos pela leitura guiada pelos pressupostos da análise de discurso em sua modalidade francesa (Maingueneau, 1997; Rocha, Deusdará, 2005) que, em linhas gerais, entende não haver uma dissociação entre o linguístico e o social, não sendo a linguagem uma ‘representação’ ou suporte de um mundo pré-linguístico. Interessa ao pesquisador considerar o conjunto de enunciações produzidas pelos sujeitos pesquisados como “correlato de uma certa posição sócio-histórica na qual os enunciadores se revelam substituíveis” (Maingueneau, 1997, p. 14).

Desse modo, foi constituído um *corpus* a partir de nove entrevistas com médicos psiquiatras, trabalhadores de um hospital psiquiátrico público do Estado de Minas Gerais, realizadas no período de fevereiro a maio de 2010. Trata-se de uma ‘amostra de conveniência’ que não visa uma representatividade numérica, mas sim um aprofundamento analítico a partir do discurso de profissionais do campo. As entrevistas, semiestruturadas, seguiram as orientações de Minayo (2008) de manter um roteiro mental construído a partir do objeto pesquisado. As entrevistas foram gravadas e transcritas na literalidade para a análise. O número de entrevistados foi obtido seguindo o critério de saturação, que dispõe que se devem entrevistar sujeitos até que a temática em exploração possa ser suficientemente discutida e teoricamente elucidada (Fontanella, Ricas, Turato, 2008). Obtivemos saturação com nove entrevistas. O critério de inclusão dos entrevistados era ser médico psiquiatra trabalhador da unidade, e estar disposto a participar da pesquisa.

Lembrando Foucault (2008a) quando ele nos apontou que não importa quem fala, mas que “o que ele diz não é dito de qualquer lugar” (p. 139), buscamos construir um corpus de entrevistas que tivesse maior representatividade e diversidade própria ao campo estudado<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Para maiores informações sobre os entrevistados, verificar anexo I.

Desse modo, entrevistamos cinco mulheres e quatro homens, com idade variando entre 32 e 64 anos, sendo a média dos entrevistados de 51,5 anos. Quanto ao ano de formação e residência, buscamos também uma variação significativa, encontrando trinta e um anos de diferença entre o médico com mais tempo de formado e aquele com menor tempo de psiquiatria, além de ter se abarcado as três possibilidades de residência ofertadas no Estado de Minas Gerais, além de um entrevistado que fez residência fora e outro que realizou somente prova de título. Dois psiquiatras fizeram a residência na década de 1970, quatro na década de 1980 e três na década atual. Em relação ao tempo de trabalho no hospital pesquisado, encontramos grande amplitude, variando de trinta anos a cinco meses na unidade, com média de quatorze anos de trabalho. Todos os nomes dos entrevistados foram alterados para que sua identidade fosse preservada. Optamos pelo sistema em que a primeira letra do nome identifica o local de trabalho do entrevistado: 'A' para psiquiatras trabalhadores da urgência/plantão, ou seja, local onde o primeiro atendimento será realizado; 'C' para aqueles locados no setor de internação de curta permanência, em espaço aberto e com a presença de familiares acompanhantes; e, finalmente, 'E' para a entrevistada trabalhadora da ala psiquiátrica de média permanência.

A escolha do hospital se deveu à ainda grande importância deste dispositivo na prática psiquiátrica, e ao fato de o hospital em questão ter como um de seus marcos de orientação para o trabalho as diretrizes da reforma. A unidade hospitalar em questão conta com 145 leitos instalados. Em 2009 recebeu um total de 9.037 pacientes provenientes de todo o Estado de Minas Gerais, o que evidencia sua representatividade na assistência psiquiátrica pública do Estado. Ainda, o hospital é foco de várias pesquisas e, como apontou Goulart (2010), a unidade teve um papel importante no desencadeamento do processo de reforma psiquiátrica em Minas Gerais (Goulart, 2006; Moretzsohn, 1989; Passos, Goulart, Braga, Abreu, Vasconcelos, 2009).

Salientaremos ainda a importância da pesquisa sócio-histórica que antecedeu a ida ao campo, o que nos garantiu que nossas categorias analíticas fossem construídas seguindo as indicações de Charaudeau e Maingueneau (2008, pp. 43-46) articulando texto e contexto<sup>13</sup>.

Ainda, segundo o mapeamento mais recente da rede disponibilizado pelo Ministério da Saúde, houve um crescimento de 363% no número de CAPS no país, quando em 2002 tínhamos 424 CAPS e em junho de 2010 contávamos com 1541 serviços substitutivos (Brasil, 2010). Porém, quando analisamos os dados relativos ao número de leitos psiquiátricos e de hospitais psiquiátricos ainda existentes (Brasil, 2010), encontramos o expressivo número de

---

<sup>13</sup> Cf. anexo IV para maiores informações sobre a história da unidade pesquisada.



208 hospitais, totalizando 35.426 leitos SUS. A redução de 31% de leitos desde 2002 (quando havia 51.393 leitos SUS) ainda se mostra muito aquém do pretendido pelo projeto da reforma. Assim, em nossa compreensão, a importância da manutenção de pesquisas que investiguem o sentido da permanência dos hospitais psiquiátricos se faz urgente.

Orientados por Foucault (2008a), não buscamos atravessar os textos das entrevistas em busca de um sentido oculto, nem visamos transformar as falas registradas em signos de outra coisa. Assim, manteremos a consistência e complexidade própria ao discurso, ou como nos disse o autor (2008a, p. 85): “não procuraremos, pois, passar do texto ao pensamento, da conversa ao silêncio, do exterior ao interior, da dispersão espacial ao puro recolhimento do instante, da multiplicidade superficial à unidade profunda. Permaneceremos na dimensão do discurso”. Visamos, como disse Foucault, “determinar qual é a posição que pode e deve ocupar todo indivíduo para ser seu sujeito” (2008a, p. 108).

## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

A pesquisa foi aprovada pelos Conselhos de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas, a saber, o Centro de Pesquisas René Rachou (registro CAAE 0021.0.245.000-09 / Protocolo CEP –CpqRR n. 21/2009 / Carta de aprovação n.20/2009) e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (registro CAAE 0085.0.287.245-09 / Protocolo CEP – FHEMIG 130/2009) e seguiu todos os critérios estabelecidos pela Resolução 196/1996 do CNS/MS (Brasil, 1996).

## **6 RESULTADOS**

## 6.1 ARTIGO I<sup>14</sup>

Violência e poder no discurso psiquiátrico: da exclusão sistemática às subjetivações  
normativas

Violence and power in the psychiatric discourse: from systematic exclusion to normative  
subjetivations

Malamut, B. S.<sup>I</sup>; Passos, I. C. F.<sup>II</sup>; Modena, C. M.<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Curso de pós-graduação em Ciências da Saúde.

<sup>II</sup> Universidade Federal de Minas Gerais – Departamento de Psicologia.

<sup>III</sup> Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente – Centro de Pesquisas René Rachou.

---

<sup>14</sup> Artigo submetido a Revista Psicologia & Sociedade.

[Página inicial](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > [Submissões](#) > [#PSOC-810](#) > **Resumo**

## #PSOC-810 : Violência e poder no discurso psiquiátrico: da exclusã...

[RESUMO](#)[AVALIAÇÃO](#)[EDIÇÃO](#)

### Submissão

Autores	Bernardo Salles Malamut, Izabel C. Friche Passos, Celina Maria Modena	
Título	Violência e poder no discurso psiquiátrico: da exclusão sistemática às subjetivações normativas	
Documento Original	<a href="#">PSOC-810-43889-232984-1-SM.DOC</a>	2010-11-30
Doc. Sup.	Nenhum	<a href="#">INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR</a>
Submetido por	Bernardo Salles Malamut	
Data de submissão	novembro 30, 2010 - 10:36	
Seção	Artigos	
Editor	Nenhum designado	
Comentários do Autor	Prezado corpo editorial, Venho por meio desta, explicitar minha intenção de submeter o artigo 'Violência e poder: da exclusão sistemática à subjetivações normativas'. Como principal autor assumo o compromisso de enviar unicamente à revista Psicologia & Sociedade o presente trabalho. O artigo é fruto da pesquisa 'O poder e o dispositivo' realizada no curso de mestrado em Ciências da Saúde no Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ. Desde já coloco me a disposição para qualquer esclarecimento, Atenciosamente, Bernardo Salles Malamut	

### Status

Status	Aguardando designação
Iniciado	2010-11-30
Última alteração	2010-11-30

### Metadados da Submissão

[EDITAR METADADOS](#)

### Autores

### Resumo:

Este artigo versa sobre as relações de poder e o exercício da violência nos atos médicos de psiquiatras de um hospital psiquiátrico do Estado de Minas Gerais – Brasil. Valendo-se das noções de poder disciplinar e biopoder em Foucault, e das contribuições de Hannah Arendt sobre o conceito de violência e política, busca-se compreender o modo como os entrevistados se posicionam frente ao discurso psiquiátrico e qual o lugar reservado nesse discurso para os pacientes. Verifica-se como o discurso psiquiátrico asilar sofreu transformações após o início da reforma psiquiátrica, passando da exclusão sistemática da loucura para o imperativo de inclusão social. Conclui-se que o exercício da política, tal como Arendt o compreende, pode apresentar uma terceira via discursiva para um novo avanço na reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: poder; violência; saúde mental; hospital psiquiátrico; reforma psiquiátrica.

### Abstract:

The aim of this article is to study the power relations and the exercise of violence in the medical practices by psychiatrists who works in a psychiatric hospital of Minas Gerais state, Brazil. In the light of Foucault's notions of disciplinary power and biopower and Hannah Arendt's contributions on the concept of violence and politics, the objective was to understand how the interviewees posit themselves in relation to psychiatric discourse, and what is the established place for the patients in that discourse. It is verified how the manicomial psychiatric discourse was transformed after the beginning of the psychiatric reform, moving from a systematic exclusion of madness to an imperative of social inclusion. It is concluded that the exercise of politics, in Arendt terms, can introduce a third discursive way to a new improvement of psychiatric reform.

Key-words: power; violence; mental health; psychiatric hospital; psychiatric reform

## Introdução:

Por ocasião do lançamento do ‘I Relatório Mundial sobre violência e saúde’, somos lembrados que o século XX será recordado como aquele marcado pela violência (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, Lozano, 2002). O tema, já tratado pelas ciências humanas há bastante tempo, só ganhou o devido reconhecimento como um problema de saúde pública no final da década de 1980 (Minayo, 1994), e apenas em 1996 passou a ser considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo (Minayo, Souza, 1997-1998; Krug et al, 2002).

Entretanto, na área da ‘saúde mental’, o assunto é bem anterior. Acusados de promotores de atos violentos ou sendo o principal alvo de terapêuticas bárbaras, os usuários do sistema de atenção à saúde mental atravessaram esses dois extremos de posições possíveis quanto ao fenômeno. Um dos principais objetivos da reforma psiquiátrica é o combate à violência, antes institucionalizada, através da inclusão social (Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde, 2001; Sistema Único de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2002). Porém, o imperativo de inclusão apresenta-se de forma tão normativa quanto a exclusão sistemática, da qual os loucos foram objeto. Dessa forma buscaremos a abertura para uma terceira via discursiva – a do exercício comunitário da política.

Situamos como um importante marco no processo epistêmico da reforma psiquiátrica a publicação da tese de Michel Foucault – *História da loucura na idade clássica*. Nesta obra, a hipótese da anexação da loucura à doença mental pela psiquiatria se afirmou (Foucault, 2000). Roudinesco, Canguilhem, Major e Derrida (1994) resumiram como Foucault, em sua tese, evidenciava a ação da psiquiatria como uma polícia dos loucos revestida de filantropia. Anos mais tarde (Foucault, 2006c), o próprio autor elucidou que seu propósito nunca foi fazer um recenseamento dos mecanismos psiquiátricos asilares, nem mesmo traçar uma história da loucura; seu problema sempre foi o das relações entre sujeito e práticas de poder.

Concordamos com Deleuze (2010) quando ele sublinhou a atualidade de Foucault, e buscaremos aqui nos focar no que o autor disse ser “o problema de todo mundo: o do poder” (Foucault, [1977] 2006c, p. 225). Foucault nos lembrou ainda que “todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno desta relação de poder; são tentativas de deslocar a relação, mascarar-la, eliminá-la e anulá-la” (2009a, p. 124). Porém, não encontramos em Foucault uma teoria geral do poder (Maia, 1995). Como veremos, sua perspectiva é inovadora, já que não se centra nem no Estado como paradigma do poder, nem no Direito como modalidade negativa e reguladora.

Hannah Arendt apresenta proximidades com a análise foucaultiana, além de trazer imensa contribuição quanto à diferenciação do exercício do poder para a prática da violência.

É ela quem reiterou a afirmação de que o século XX pode ser considerado o século da violência. Sua perspectiva afasta as tendências da psicologia contemporânea de naturalizar a violência através de conceitos psicanalíticos (Costa, 1986) ou a perspectiva psiquiátrica que toma a violência como uma manifestação psicopatológica (Bertolote, 2009). Para Arendt (2010) os fenômenos da violência e do poder localizam-se no âmbito político do agir humano.

A prática psiquiátrica contemporânea e, suas relações com o exercício de poder, é objeto de pesquisas na atualidade (Martins, 2008; Passos, 2009). Porém, ainda é escassa a literatura a respeito dos efeitos da reforma psiquiátrica sobre os dispositivos psiquiátricos hospitalares remanescentes. Encontramos artigos como o de Grandella (2002) que se propõe a analisar um hospital psiquiátrico remanescente através da pesquisa quantitativa e qualitativa. Contudo, o autor utiliza os conceitos de violência e poder de forma inespecífica, o que embaça a análise das possíveis intervenções a serem extraídas. Importante dizer que persistem no Brasil 208 hospitais psiquiátricos, totalizando 35.426 leitos (Brasil, 2010). É uma evidência que demarca o valor de pesquisas que se proponham a analisar a situação desses estabelecimentos públicos à luz dos princípios da reforma psiquiátrica.

O presente estudo teve como objetivo investigar as incidências do discurso da reforma psiquiátrica sobre a prática de médicos trabalhadores de um hospital psiquiátrico público do Estado de Minas Gerais.

#### Metodologia:

Pautando-nos na noção foucaultiana de discurso como prática (Foucault, 2008a), e visando compreender a articulação entre um determinado contexto sócio-histórico e a implicação deste em uma produção discursiva, optamos por realizar uma pesquisa qualitativa (Deslandes, Gomes, 2004; Minayo, 2008). Entendemos tratar-se de um conjunto de práticas que visam elucidar como a significação é significada (Charaudeau, 2008). Partimos da concepção de que a linguagem não é nem transparente, nem totalmente opaca, e que os discursos testemunham e sua análise elucida a interdependência entre a decantação de sentido e as condições de produção do discurso. Optamos pela leitura guiada pelos pressupostos da análise de discurso em sua modalidade francesa (Maingueneau, 1997; Rocha, Deusdará, 2005), que, em linhas gerais, entende não haver uma dissociação entre o linguístico e o social, não sendo a linguagem uma ‘representação’ ou suporte de um mundo pré-linguístico. Interessa ao pesquisador considerar o conjunto de enunciações produzidas pelos sujeitos pesquisados como “correlato de uma certa posição sócio-histórica na qual os enunciadores se revelam substituíveis” (Maingueneau, 1997, p. 14).

Desse modo, foi constituído um *corpus* a partir de nove entrevistas com médicos psiquiatras, trabalhadores de um hospital psiquiátrico público do Estado de Minas Gerais, realizadas no período de fevereiro a maio de 2010. Trata-se de uma amostra que não visa à uma representatividade numérica, mas sim um aprofundamento analítico a partir do discurso de profissionais do campo. As entrevistas, semiestruturadas, seguiram as orientações de Minayo (2008) de manter um roteiro mental construído a partir do objeto pesquisado. Quatro perguntas guiaram as entrevistas: ‘quais são os critérios que você utiliza para encaminhar um paciente para internação?’; ‘como você lida com os pedidos de internação?’; ‘seu trabalho sofre influências da reforma psiquiátrica? Como?’; e finalmente, ‘como você avalia seu processo de tomada de decisões no cotidiano do serviço?’. As entrevistas foram gravadas e transcritas na literalidade para a análise. O número de entrevistados foi obtido seguindo o critério de saturação, que dispõe que se devem entrevistar sujeitos até que a temática em exploração possa ser suficientemente discutida e teoricamente elucidada (Fontanella, Ricas, Turato, 2008). A pesquisa foi aprovada pelos Conselhos de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas e seguiu todos os critérios estabelecidos pela Resolução 196/1996 do CNS/MS (Brasil, 2001).

Lembrando Foucault (2008a) quando ele nos apontou que não importa quem fala, mas que “o que ele diz não é dito de qualquer lugar” (p. 139), buscamos construir um corpus de entrevistas que tivesse maior representatividade e diversidade própria ao campo estudado. Desse modo, entrevistamos cinco mulheres e quatro homens, com idade variando entre 32 e 64 anos, sendo a média dos entrevistados de 51,5 anos. Quanto ao ano de formação e residência, buscamos também uma variação significativa, encontrando trinta e um anos de diferença entre o médico com mais tempo de formado e aquele com menor tempo de psiquiatria. Dois psiquiatras fizeram a residência na década de 1970, quatro na década de 1980 e três na década atual. Em relação ao tempo de trabalho no hospital pesquisado, encontramos grande amplitude, variando de trinta anos a cinco meses na unidade, com média de quatorze anos de trabalho. Todos os nomes dos entrevistados foram alterados para que sua identidade fosse preservada. Optamos pelo sistema em que a primeira letra do nome identifica o local de trabalho do entrevistado: ‘A’ para psiquiatras trabalhadores da urgência/plantão, ou seja, local onde o primeiro atendimento será realizado; ‘C’ para aqueles locados no setor de internação de curta permanência, em espaço aberto e com a presença de familiares acompanhantes; e, finalmente, ‘E’ para a entrevistada trabalhadora da ala psiquiátrica de média permanência.

A escolha do hospital se deveu à ainda grande importância deste dispositivo na prática psiquiátrica, e ao fato de o hospital em questão ter como um de seus marcos de orientação



para o trabalho as diretrizes da reforma. A unidade hospitalar em questão conta com 145 leitos instalados. Em 2009 recebeu um total de 9.037 pacientes provenientes de todo o Estado de Minas Gerais, o que evidencia sua representatividade na assistência psiquiátrica pública do Estado. Ainda, o hospital é foco de várias pesquisas e, como apontou Goulart (2010), a unidade teve um papel importante no desencadeamento do processo de reforma psiquiátrica em Minas Gerais (Goulart, 2006; Moretzsohn, 1989; Passos, Goulart, Braga, Abreu, Vasconcelos, 2009).

Salientaremos ainda a importância da pesquisa sócio-histórica que antecedeu a ida ao campo, o que nos garantiu que nossas categorias analíticas fossem construídas seguindo as indicações de Charaudeau e Maingueneau (2008, pp. 43-46) articulando texto e contexto.

Orientados por Foucault (2008a), não buscamos atravessar os textos das entrevistas em busca de um sentido oculto, nem visamos transformar as falas registradas em signos de outra coisa. Assim, manteremos a consistência e complexidade própria ao discurso, ou como nos disse o autor (2008a, p. 85): “não procuraremos, pois, passar do texto ao pensamento, da conversa ao silêncio, do exterior ao interior, da dispersão espacial ao puro recolhimento do instante, da multiplicidade superficial à unidade profunda. Permaneceremos na dimensão do discurso”. Visamos, como disse Foucault, “determinar qual é a posição que pode e deve ocupar todo indivíduo para ser seu sujeito” (2008a, p. 108).

#### Resultados e Discussão:

A temática da violência emergiu em todas as entrevistas realizadas. Importante demarcar que *a priori* esta não era uma categoria analítica da pesquisa, sendo construída a partir da recorrência do tema no *corpus* coletado. Focaremos nossa análise principalmente nos três principais atos que são exclusivamente médicos: internar, prescrever e dar alta. Neles percebemos uma oscilação entre as estratégias de poder e o exercício da violência.

#### *Os Usos da Internação: Sobre Como Assumir a Vida do Outro*

O hospital não apresenta critérios pré-determinados para orientar os psiquiatras sobre quando internar, e, assim sendo, os motivos escolhidos para a tomada de decisão são particulares. Porém, quando analisamos os textos produzidos pelos entrevistados em situação de entrevista, percebemos algumas regularidades discursivas importantes, que demarcam um lugar para os pacientes e outro para os médicos.

Os entrevistados relatam que o principal critério utilizado no momento em que há uma decisão por internar um paciente contra sua vontade é a “velha e conhecida” noção de risco (Delgado, 1992; Foucault, 2002, 2010a). Esse risco é uma noção imprecisa que responde

muito mais a uma política de normalização da cidade e da família do que efetivamente a alguma violência potencial ou real por parte do paciente envolvido. Como disse Foucault ([1977] 2010b, p. 137): “Ser perigoso não é um delito. Ser perigoso não é uma doença, não é um sintoma. [...] o perigo não é uma noção psiquiátrica”. Na instabilidade do saber psiquiátrico, apesar dos esforços neurobiológicos e farmacológicos, trata-se daquilo que Foucault (2006b) apontou: “há a vontade dos psiquiatras de fundar sua prática em algo como uma defesa social, pois eles não podem fundá-la em verdade” (p. 320).

Camila, por exemplo, cita o risco como principal critério utilizado, e diz que só não interna quando “ele [o paciente] não apresenta risco de nada, que se ele tiver uma ligeira... indicação de risco, [...] é um respaldo que você tem”. E ironicamente rindo acrescenta – comentando sobre a impossibilidade de os pacientes discutirem suas decisões: “E psicótico tem voz? Tem! Aquela que ele escuta, que ele alucina. Ele não tem condições de escolha, né?! Não essas escolhas”. Arnaldo, há quatro anos no plantão, relata que também dialoga muito pouco com os pacientes quando estes chegam ao hospital, pois: “90% dos pacientes são inabordáveis”. Arnaldo irá decidir, portanto, baseado na observação do paciente, e com isso acaba “pesando o risco”. Alberto, trabalhador recém-chegado ao hospital, diz que a decisão de internar cabe a ele, já que “paciente não tem condições de decidir por essas questões”. Segundo a descrição por ele dada, os pacientes psiquiátricos que chegam ao hospital não são marcados pelos signos do discurso médico-biológico, mas sim portadores de insígnias próprias ao rebotalho social: “pacientes agitados, agressivos, alcoolizados, pacientes perigosos, presidiários, pacientes que já mataram, pacientes que podem matar”.

Célio, trinta anos de psiquiatria, afirma: “[o paciente] nunca vai deixar de se colocar em risco e colocar outras pessoas”. Aline, recém-formada, diz também que “não vai adiantar eu entrar em debate com ele [o paciente]”, já que esse sujeito que se dirige ao hospital “chega no limite [...]. É esse paciente que está totalmente desagregado, perdido, agredido, geralmente um monte de boletins de ocorrência, geralmente é aquele psicótico que está assim, tumultuando a cidade, que ninguém está conseguindo medicar”. Cássia, mais de vinte anos de trabalho no hospital estudado, confirma que a internação responde a uma demanda social ao apontar que opta pela internação somente quando o paciente traz intensa “mobilização” ao serviço. Quando aprofundamos no texto de sua entrevista, esclarece-se que o que está em foco é a mobilidade desses sujeitos “muito maltratados, muito largados, esse povo geral mesmo” que “[tem] uma vida muito limitada, muito trancada”, e com isso conclui que “não dá para largar o povo sozinho na rua, é complicado”. Aline confirma ao dizer que os loucos “não são sociais. Não são pessoas de andar na rua”.

Finalmente, Arthur, trabalhando há mais de dez anos na urgência e plantão do hospital, diz ainda que a decisão pela internação de um paciente “mais que em outras clínicas, é uma decisão muito mais circunstancial do que nosográfica”.

Assim, percebemos um manejo populacional realizado pela psiquiatria. É Arthur quem nos esclarece sobre esse ponto, quando diz que decisões supostamente diagnósticas respondem a uma demanda social de controle e normalização dos *homens infames* – como diria Foucault ([1977] 2006c), porque “se for levar tudo para a cadeia é complicado”, diz o entrevistado. Desse modo, segundo Arthur, a psiquiatria “acaba funcionando como um amortecedor” e explica: “o próprio Estado joga para a psiquiatria, porque a psiquiatria [faz] seu amálgama para não ter superlotação penitenciária, ou para não ter impactos eleitorais maiores...”.

Alberto é mais radical quanto a esse ponto e faz uma leitura diferente, pois coloca o psiquiatra no lugar de ‘usado’ frente a um poder social que lhe escapa. Ele diz: “o manicômio é fruto da sociedade, não da psiquiatria. É a sociedade que abandona seus doidos, e ela continua querendo abandonar”. Ele comenta ainda como todas as atrocidades ocorridas em Barbacena/MG, ‘em nome da razão’ (Ratton, 1979), nada tinham a ver com a psiquiatria. Para ele,

isso revela um desconhecimento muito grande, na cabeça de muita gente, tá associando manicômio com a psiquiatria, tá associando o manicômio com métodos cruéis. Desconhecimento... E o pobre do psiquiatra? Quê que podia fazer se não tinha, não tinha pra quem retornar esse paciente? Será que o psiquiatra foi artífice disso aí? Eu acho que não. [...] O psiquiatra é o último baluarte nisso, onde não tem mais jeito.

E chega a relatar um caso recente de um paciente em tratamento que faleceu nas mãos de um psiquiatra que, ao seu ver, medicou o paciente equivocadamente. No entanto, ele diz: “porque na verdade, eu não sei se você se dá conta disso, não foi ele quem prescreveu. Ele fez uma receita. Foi o sistema que prescreveu...”.

Percebemos, portanto, como a sustentação e garantia da decisão pelo ato de internação é obtida através do lugar construído para o paciente no discurso dos médicos entrevistados. Predominantemente negativizados e objetificados, os pacientes tornam-se figuras potencialmente violentas; dessa forma, qualquer ato médico realizado nesse momento, por mais violento que seja, estaria justificado. Elaine diz: “é terapêutico ter uma certa oposição ao desejo do paciente”, ao que Arthur completa: “em psiquiatria, quem faz o que o sujeito quer [...] é charlatanismo, porque o querer dele está deformado”. Trata-se, portanto, do caráter instrumental da violência. Como disse Hannah Arendt (2010, p. 68): “a violência é por natureza instrumental; como todos os meios, ela sempre depende da orientação e da

justificação pelo fim que almeja. E aquilo que necessita de justificação por outra coisa não pode ser essência de nada”. O psiquiatra não estaria, portanto, implicado em seu ato, na medida em que este seria nada mais do que um instrumento nas mãos de um poder maior: o Estado e sua intolerância com os indivíduos desviantes.

Porém, essa concepção de poder do Estado ignora três fatos fundamentais: a ideia de que o poder é relacional; a noção de distinção relacional expressa como relação de proporcionalidade entre poder e violência (Duarte, 2010); e, por fim, a concepção do poder como unicamente macroestrutural, desconhecendo a força da biopolítica microfísica das relações.

### *O Poder Relacional: o Jogo Entre a Família e o Paciente*

A violência justifica-se remetendo a um fim que jaz no futuro: uma terapêutica que visa o ‘bem’ do sujeito ou que almeja uma harmonização social. No entanto, como Arendt (2010, p. 67) marcou, não existe ou jamais existiu governança exclusivamente baseada nos meios da violência, visto que a violência pode ser justificável, mas nunca será legítima. Portanto, o ato clínico de internar não pode ser unicamente um ato violento, pois se assim o fosse, não seria um ato clínico e sim unicamente uma violência, como um sequestro ou prisão do corpo de um outro. A busca pela legitimidade nos leva à temática do poder, pois “o poder não precisa de justificação, sendo inerente à própria existência das comunidades políticas; o que ele realmente precisa é de legitimidade” (Arendt, 2010, p. 69). Se a violência se justifica como uma resposta demandada pelo Estado à psiquiatria, calcada no sintagma de Talião, o poder será legitimado pelo discurso dos familiares dos pacientes.

Seis dos nove entrevistados confirmam que a demanda por uma internação psiquiátrica é atravessada pela presença e discurso dos familiares. O familiar é o ator que, no processo de internação, tem o poder de questionar ou se opor ao ato médico. O psiquiatra não tem poder à revelia da família, já que esta, por não ser marcada pelos signos da ‘loucura’ ou da ‘psicose’, pode avaliar a decisão médica. Entretanto, veremos a menção de um caso em que o familiar, ao discordar da decisão pela internação, é taxado de ‘sem crítica’. Impressiona que, em todos os outros relatos, “a família dá o voto de confiança que talvez essa [decisão de internar] seja uma solução”, diz Camila.

Os entrevistados relatam sofrer pressão dos familiares para internar seus doentes, como diz Arthur: “[a gente] sofre muita pressão para internar. Geralmente pressão do grupo de suporte do paciente para internar e pressão do paciente para não ser internado”. Arthur ainda confessa que a internação “é uma proteção para ele [paciente], e às vezes até mais para a família do que para ele”. Célio experimenta a mesma pressão: “a família te pressionando

para manter e o jovem te pressionando para dar alta”, e justifica a atitude dos familiares: “claro que o familiar sofre e o paciente causa esse sofrimento a si e a outros”. Camila é quem comenta mais claramente como isso reflete em sua decisão pela internação assumindo que “cede um pouquinho” em sua avaliação clínica, e é capaz de deixar o paciente que não tem necessidade de internação “um, dois dias internado” para deixar “a família mais tranquila”.

O efeito dessa negociação é o já mencionado ganho de confiança, ou melhor dizendo, a legitimação do ato médico. Alberto chega a ser condescendente com o abandono quando menciona que “a família, muitas vezes para se livrar daquele doente, muitas vezes não sem razão [o abandona]”. Percebemos, portanto, como a internação acontece com frequência como uma resposta a uma demanda familiar: “a família tem de respirar”, diz Arthur.

Mas a família também pode se opor ao ato médico, desvelando a violência deste ato ao internar alguém contra sua própria vontade. É Aline quem menciona o fato, e comenta que isso se deve a uma falta de crítica da própria família, e pensa que deveria haver “um órgão jurídico, dando respaldo pra tá avaliando isso aí mesmo sem autorização da família”, e se pergunta: “como é que a família assume a vida do outro?”. Porém, ao enunciar, a frase retorna para ela mesma, promovendo um efeito de reflexão: “mas como é que o médico assume a vida do outro?”. A família acaba sendo sempre apontada como legitimadora do ato médico, quando o solicita, claro está, mas também quando o recusa, pois neste segundo caso o faz por ignorância de sua necessidade, da qual, aí sim, o médico detém o conhecimento.

#### *Repetição do Jogo de Poder: a Alta.*

A cura sempre foi um problema para a psiquiatria. A ausência de critérios biológicos bem delimitados e consensuais implicou em noções de cura fortemente marcadas pela ideologia social dominante. E cada época teve a sua. Mas a busca da ‘adaptação social’ sempre esteve presente. Célio menciona como “cura... é zero por cento”. Com isso, no momento da alta e no momento das prescrições, o trabalho feito é o de ser “um imperativo cultural [...] por mais pejorativo que pareça, toda terapêutica acaba visando isso aí. Uma certa normalização”, menciona Arthur.

Foucault (2006b) nos apontou como a cura, ao longo da história, se apresentou como um verdadeiro campo de batalha em que seria necessário dominar a força desmedida do doente. O que se passava no início da terapêutica da loucura (1810-1830), segundo Foucault (2006b, p. 12), era uma “cena de enfrentamento” de duas vontades (a do louco versus a do médico), em que a cura seria obtida finalmente através da confissão do próprio louco de sua ‘loucura’. A submissão à força e à moral dos médicos (vontade e poder do outro) seriam a garantia da reconstituição do saber médico e, conseqüentemente, da cura. Interessante como a

propedêutica e terapêutica da loucura não tinham relação com a nosologia, morfologia ou disposição geral do que se entendia por esta ou aquela doença.

Essa estrutura se mantém no hospital pesquisado na medida em que é exigido do paciente a submissão comportamental à vontade do outro institucional encarnado na figura do médico. Célio nos explica como funciona esse mecanismo na alta:

eu falo: ‘tem que ter motivos pra te dar alta. Isso aqui quem vai me dar é você. Então, se você ficar tranquilo, aí eu tenho aqui, está escrito justificativa da alta e eu vou ter uma justificativa para te dar alta. Agora, se você ficar agitado, agressivo, eu não tenho justificativa para te dar alta. Você vai ficar aqui’. Aí geralmente eles se seguram e começam a se comportar melhor.

Aline é quem melhor elucida esse ponto, marcando a passagem do ato violento de internar alguém contra a própria vontade, para a validação do ato como clínico. Vimos como os entrevistados inicialmente não se dedicam a conversar com os pacientes, em especial no momento em que eles chegam ao hospital: “na hora da urgência lá, você não explica nada, não dá tempo, urgência não se explica nada, se faz”, diz Aline. Ao longo da internação, a situação se repete; quando pacientes buscam por ela no intuito de conversar sobre a alta, ela diz “vou enrolando, vou fugindo [...] ou falo assim ‘oh, vão fazer o seguinte, mais tarde eu te avalio de novo’ e dou uma esquecida [...] aí dou uma sumida e depois o paciente esquece...”. Com isso, “não fica uma imagem boa realmente, pro paciente, e até pra família mesmo isso é complicado”. No momento da alta, a entrevistada irá se dedicar a uma conversa longa com o paciente, conversa claramente situada em um discurso de convencimento que visa ‘tratar’ da violência antes exercida, apontando como isso foi feito “para ajudar”. E diz mais: “ele [paciente] elabora isso pra gente”, apontando como a função da elaboração não visa à suposta conscientização do paciente, mas sim a sanção do ato médico para o médico. Ela cita como procede com o paciente, dizendo: “oh, a gente te amarrou, te sedou, a gente fez isso não foi porque a gente tava a fim de te sacanear não, a gente tava cuidando, a gente tava protegendo”. E o que ela diz visar com isso? “Uma outra ideia da psiquiatria [...] uma ideia positiva daquilo ali, que aqui é necessário, que dessa forma o paciente não vai fugir da psiquiatria”. Ou seja, no momento da alta, a saída do hospital é novamente a entrada no discurso psiquiátrico que faz da loucura uma doença:

Por que não se pode sair do asilo? Não se pode sair do asilo, não porque a saída esteja longe, mas porque a entrada está demasiada próxima. Não se cessa de entrar no asilo, e cada um desses encontros, cada um desses afrontamentos entre o médico e o doente recomeçam, repetem indefinidamente esse ato fundador, esse ato inicial que é aquele pelo

qual a loucura vai existir como realidade e o psiquiatra vai existir como medico. (Foucault, 2006b, p. 349)

O que está em jogo aqui não é uma solidez biológica, e sim “a estabilidade social mínima. Não dá pra largar o povo sozinho na rua” disse Cássia. É a expansão da psiquiatria à biopolítica da vida, ou como disse Foucault (2006a) em um texto cujo título ‘O asilo ilimitado’ [1977] é bastante sugestivo para compreendermos a fala acima, trata-se da continuação de um projeto de sentinela de uma ordem social. Como nos diz Alberto, em sua visão, “a sociedade precisa de conhecimento psiquiátrico eficaz. [...] Temos medicações muito boas hoje, porque a psiquiatria evolui a cada dia. Isso é um fato, não vai ter jeito. Ninguém vai barrar a psiquiatria”.

### *O Poder Psiquiátrico: Não Há Paciente à Revelia de Si Mesmo*

Contudo existem resistências, pois “se não houvesse possibilidade de resistência – de resistência violenta, de fuga, de subterfúgios, de estratégias que invertam a situação –, não haveria de forma alguma relações de poder” (Foucault, [1984] 2010a, p. 277). E se nos limitássemos à leitura de que as únicas fontes de legitimidade dadas ao poder médico fossem a família, que ganha sua parcela de “descanso”, e o Estado, que assim evita superlotação de estruturas judiciário-policiais, abordaríamos o assunto sobre uma perspectiva reducionista e segregacionista, pois efetivamente não conseguiríamos compreender quando Camila diz: “psiquiatria é exatamente aquela [medicina] em que eu preciso do paciente. Eu não mando no paciente. Eu não consigo medicar o paciente se eu não levá-lo como um indivíduo que está na minha frente e que não é uma doença que está na minha frente”. Como entender esse ponto? Delineia-se, portanto, uma tese fundamental de Foucault:

Só é possível haver relações de poder quando os sujeitos forem livres. Se um dos dois estiver completamente à disposição do outro e se tornar sua coisa, um objeto sobre o qual ele possa exercer uma violência infinita e ilimitada, não haverá relações de poder. ([1984] 2010a, p. 276)

Percebemos, portanto, como a violência em Foucault e em Arendt é resultado de uma ação de aniquilação do outro enquanto alteridade, conservando um sentido negativo e moral (Passos, 2008, 2010; Ortega, 2003-2004). Como disse Foucault (1995, p. 243): “uma relação de violência age sobre um corpo, sobre as coisas; ela força, ela submete, ela quebra, ela destrói; ela fecha todas as possibilidades; não tem, portanto, junto a si, outro polo senão aquele da passividade”. Foi Duarte (2010) quem nos apontou como a relação entre violência e poder é composta em termos de uma relação de proporcionalidade: “quanto mais poder, menos violência, quanto mais violência, menos poder” (p. 135).

Camila assume que medicar à revelia do sujeito é uma prática “autoritária”, mas é seu “compromisso com a comunidade”. Aline concorda que existem procedimentos “é... como se diz... assim... agressivos”. E Alberto diz que também faz muito uso de medicação contra a vontade do paciente, mas se recusa a explicar ao pesquisador o motivo para tal, apontando que somente os psiquiatras entendem o porquê. E Arnaldo conclui: “ele [o paciente] tem de sentir que ele é, que a coisa ali está sendo feita de acordo com o que ele tá pedindo [...] na medida em que há, esse, vamos dizer, esse cerco, entre aspas, logo no início [do tratamento] a coisa vai melhorar”.

Novamente, entre a opção pela violência, os psiquiatras entrevistados preferem a liberdade do paciente. Usam do instrumental violento para conseguir poder, mas, nesse ponto, retomamos Arendt (2010), quando ela nos ensinou que “a violência pode destruir o poder; ela é absolutamente incapaz de criá-lo” (p. 74). É fazendo com que o paciente sinta-se escutado, sintá-se compreendido, enfim, sintá-se livre, é assim que ele é aprisionado nas malhas do discurso psiquiátrico.

Entretanto, faremos aqui um giro, já que Foucault nos ensinou que o poder não é somente uma força que proíbe, coage ou reprime.

O que faz com que o poder se mantenha e seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir. (Foucault, 2009a, p.8)

O poder é, portanto, produtor de discursos e subjetividades, ou como disse Machado (2009, p. XX), “o poder disciplinar não destrói o indivíduo; ao contrário, ele o fabrica. O indivíduo não é o outro do poder, realidade exterior, que é por ele anulado; ele é um dos seus mais importantes efeitos”. Desse modo, a disciplina será melhor sucedida na medida em que contar com a adesão do sujeito (Passos, 2010). Isso nos leva aos pacientes. Na visão dos entrevistados, o que faz com que alguns pacientes busquem ativamente o hospital psiquiátrico e o discurso hegemônico da psiquiatria lá reinante?

É através do discurso de Alda que se evidencia algo em relação à posição dos pacientes:

[os pacientes] vão para os serviços muitas vezes para manter o estatuto de doentes, porque com o status de doentes elas podem sobreviver, com o medicamento que elas trocam, vendem, com a passagem de ônibus gratuita que permitem elas circularem para resolver outros problemas familiares, que sem isso elas teriam de fazer à pé, elas têm auxílio doença, elas visam uma aposentadoria porque ela sabe que depois de uma insatisfação de



ter vivido um avilte qualquer no serviço, ou às vezes até pela própria condição dela mesma, se ela voltar para o trabalho ela vai ser demitida depois do afastamento, porque como não há especificidade de mão de obra, você pode trocar de qualquer jeito, porque tanto faz se é José, Pedro, Joaquim... eles vão fazer a mesma coisa...

Vemos como o processo de normalização responde a uma ordem capitalista e segregadora que ainda não deu lugar a outras formas de manifestações da subjetividade. E mais ainda, fica claro como não se trata de um consentimento, renúncia à liberdade ou transferência de direitos por parte dos pacientes. Não cairemos ainda no discurso psicanalítico do “ganho secundário”, que aponta sobre a satisfação em um sintoma. Optamos pela interpretação foucaultiana que enfatiza como, na subjetivação de uma identidade de doente mental, trata-se de um problema prioritariamente político, muito antes de ser uma questão biológica. É a confirmação da tese biopolítica de Foucault (2009a, p. 80):

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu-se a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica.

Sua tese é que a partir do século XVII há uma mudança na gestão do poder (Foucault, 2009c; Martins, Peixoto, 2009). A preocupação deixa de ser com a morte dos indivíduos – isto é, o direito de se apoderar da vida para extingui-la (pedindo a seus súditos que tomem parte na defesa de um Estado, por exemplo) – e passa a ser dirigida ao poder de aprimorar a força produtiva dos corpos, fazê-los crescer, ordená-los, adestrá-los, integrando-os cada vez mais ao sistema capitalista – ou seja, passa a se preocupar e ocupar-se com a vida. O efeito é uma aliança da medicina – que antes se ocupava somente das doenças e dos doentes, com o Estado, em uma progressiva normalização e medicalização do Estado, da sociedade e, de sua população (Foucault, 2008b).

O que percebemos, portanto, é um uso do poder, advindo da condição de pacientes, pelos usuários do sistema de atenção à saúde mental. Trata-se de uma ação política que desconhece sua causa e os possíveis modos alternativos de subjetivação, resistência e luta por direitos civis. Mas como nos lembrou Arendt (2010, p. 98): “esperar de pessoas que não têm a menor noção acerca do que é a *res publica*, a coisa pública, que se comportem de maneira não violenta e discutam racionalmente em questões de interesse não é realista nem razoável”. O que Alda confirma: “como é que você vai inserir alguém na realidade se a realidade é cheia de normas e ela desconhece todas elas?”.

## *A Subjetivação Psiquiátrica*

Cássia inicialmente nos aponta uma falta de preparo e formação dos psiquiatras para os novos dispositivos: “no modelo asilar era fácil: você trancava, você sedava, você amarrava e pronto. Nessa outra concepção não...”. A identificação ao discurso psiquiátrico atual promove um impasse: “se eu não internar aqui, realmente não tem nada para eu fazer. Como é que você bota a pessoa pra fora? Não tenho capacidade pra fazer isso”, diz Aline. Célio diz mais:

muitos chegam lá em uso de medicamentos, e como é que você vai tirar? Quê que você vai colocar no lugar do medicamento? Quê que você vai oferecer? Esse é o problema. Você não tem o que oferecer no lugar da medicação. Então a gente fica de mãos atadas.

Célio diz que ainda acha que o hospital é o lugar para o tratamento da psicose “até por falta de outras opções, que nos ofereçam outras opções”, e é importante marcar que o entrevistado não desconhece a existência dos serviços substitutivos. A opção que ele não encontra nesses dispositivos da reforma é a permanência do discurso psiquiátrico como tal, evidenciando certo mal-estar com a atual política, sentida como excludente para o psiquiatra.

Finalmente, relembraríamos a fala de Alda:

todas as atrocidades que foram cometidas, como falava Helvécio Ratton, ‘em nome da razão’... essas não acontecem mais. Acontecem outras. Eu acho que às vezes tem violências tão ou idênticas aquelas. [...] Quando é que a gente vai recolher em relação à reforma as questões contemporâneas dessa violência instituída que está aí?

### Considerações Finais:

#### *O Modelo Eichmanniano de Subjetivação*

Vimos delinear-se uma postura que aqui chamamos de modelo eichmanniano, inspirados pela análise do julgamento de Eichmann feita por Arendt (1999). Eichman foi o tenente-coronel da SS nazista responsável pelo transporte e emigração de judeus em direção aos campos de concentração durante o período do terceiro *reich*. Preso e deportado da Argentina, seu julgamento ocorre de abril à dezembro de 1961 em Israel. Hannah Arendt acompanhou o processo e se surpreendeu, pois pensava que iria encontrar no acusado um monstro, figura que encarnaria o mal nazista, assassino frio e cruel. Porém, para a surpresa dos presentes, deparou-se com um burocrata, alguém que em determinado momento passou a não mais ter consciência do mal que fazia ao outro. A situação havia se tornado o exercício cotidiano de um mal banal donde se consagrou a expressão “banalidade do mal”, efeito de superficialidade da ausência de pensamento do acusado (Souki, 2006). Arendt aponta como Eichmann tinha opção de agir de outro modo, mas não chegou a cogitar fazê-lo. Seguiu as

ordens, não questionando o discurso do nazismo: “não era estupidez, mas irreflexão”, disse Arendt (1991, p.6).

Sabemos que os entrevistados não são sujeitos que buscam o ‘mal’ para os seus pacientes. E nem os paciente são ‘proveitadores’ dos benefícios sociais decorrentes de sua condição. São sujeitos que se subjetivaram através do poder psiquiátrico. Verificamos que relativo ao poder psiquiátrico, já não se trata mais da exclusão sistemática da loucura, mas de sua forçosa inclusão nos modelos de subjetivação normativos, reafirmando a passagem do modelo disciplinar ao modelo de biopoder microfísico. Concordamos com Foucault quando ele disse: “Como o poder seria leve e fácil, sem dúvida, de dismantelar se ele não fizesse senão vigiar, espreitar, surpreender, interditar e punir; mas ele incita, suscita, produz; ele não é simplesmente orelha e olho; ele faz agir e falar.” (Foucault, [1977] 2006c, pp. 219-220).

Percebemos como práticas violentas ainda são exercidas e legitimadas pelo discurso psiquiátrico. Porém, Arendt nos apontou que “a violência aparece onde o poder está em risco” (2010, p. 73), e esse fato nos faz questionar a permanência do discurso asilar como uma modalidade de poder médico, em uma sociedade que já sofre os efeitos da reforma psiquiátrica. Porém, pensamos que do lado dos pacientes o decréscimo de poder pela carência da capacidade de agir juntos é um convite à violência.

Foucault (1995) afirmou que “talvez o objetivo hoje em dia não seja descobrir o que somos, mas recusar o que somos” (p. 239). Desse modo pensamos ser possível criar espaços para o surgimento de novos modos de subjetivação. Deleuze (2010, p. 139) nos indicou como a subjetivação foi a terceira grande categoria encontrada por Foucault para sair do impasse dos labirintos da analítica do poder.

Assim, como nos disse ainda Foucault (1995, p. 239):

A conclusão seria que o problema político, ético, social e filosófico de nossos dias não consiste em tentar liberar o indivíduo do Estado, nem das instituições do Estado, porém nos liberarmos tanto do Estado quanto do tipo de individualização que a ele se liga. Temos que promover novas formas de subjetividade através da recusa desse tipo de individualidade que nos foi imposto há vários séculos.

Barreto (2008) retoma o conceito de cidadania e comunidade e elucida como a reforma psiquiatria ainda é tímida com relação à aceção e potência dos termos. Dessa forma, um programa de reabilitação que, não obstante suas melhores intenções, tome para si a tarefa de ‘humanizar’ o controle técnico sobre a experiência da loucura, não cumprirá propriamente qualquer ação política, limitando-se a táticas mais ou menos sofisticadas de reposição do jogo social. (Barreto, 2008, p. 312).

Confirma-se, portanto, a importância da potência política de um movimento de resistência popular, força que a reforma psiquiátrica deve retomar, buscando novas formas de sociabilidade que não se conformem com a reprodução de lógicas totalitárias de inserção social, reinventando espaços coletivos para o exercício político entre homens iguais, valendo-se da amizade e da liberdade. Trata-se de um novo exercício político e um novo desafio à reforma psiquiátrica.

#### Referencias:

Arendt H. A vida do espírito: o pensar, o querer, o julgar (A Abranches, Trad.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1991.

\_\_\_\_\_. Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal (JR Siqueira, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras; 1999.

\_\_\_\_\_. Sobre a violência (A Duarte, Trad.). 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2010.

Barreto J. Cidadania, subjetividade e reforma psiquiátrica. *Physis: revista de saúde coletiva* 2008, 18(2): 295-316.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 25 fev. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados, v. 5, n. 7, junho de 2010. Edição Especial. Lançada às vésperas da fase nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Brasília, 2010. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 25 p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2010.

Bertolote JM. Violência e saúde mental: como podemos fazer parte da solução? *Rev. bras. psiquiatr.* 2009. 31(supl. 2): 39-40.

Charaudeau P. Linguagem e discurso: modos de organização (AS Corrêa, IL Machado, Trad.). São Paulo: Contexto; 2008.

Charaudeau P, Maingueneau D. Dicionário de análise do discurso (F Komesu et al., Trad.). São Paulo: Contexto; 2008.

Costa JF. Violência e psicanálise. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 1986.

Delgado PGG. As razões da tutela: Psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá; 1992.

Deleuze G. Conversações (1972-1990) (PP Pelbar, Trad.). 2. ed. São Paulo: Ed. 34; 2010.

Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa qualitativa em serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi MLM, Mercado FJ (Orgs.) Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

Duarte A. Poder e violência no pensamento político de Hannah Arendt: uma consideração. In: Arendt H. Sobre a violência. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2010.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. saúde pública 2008 Janeiro. Rio de Janeiro, 24(1): 17-27.

Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Möller HJ. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia Parte 2: tratamento de longo prazo. Rev. psiquiatr. clín. 2006, 33(supl. 1): 65-100.

Foucault M. O sujeito e o poder. In: Dreyfus H, Rabinow P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica (VP Carrero, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.

\_\_\_\_\_. História da loucura na idade clássica (JTC Netto, Trad.). 6. reimpressão. São Paulo: Ed. Perspectiva; 2000.

\_\_\_\_\_. Problematização do sujeito: Psicologia, psiquiatria e psicanálise [Ditos & Escritos vol. I] (VLA Ribeiro, Trad.). 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006a.

\_\_\_\_\_. Os anormais: Curso no Collège de France (1974-1975) (E Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes; 2002.

\_\_\_\_\_. O poder psiquiátrico: Curso dado no Collège de France (1973-1974) (E Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes; 2006b.

\_\_\_\_\_. Estratégia, Poder-Saber [Ditos & Escritos vol. IV] (VLA Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006c.

\_\_\_\_\_. Arqueologia do saber (LFB Neves, Trad.). 7. ed. 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008a.

\_\_\_\_\_. Nascimento da biopolítica: Curso dado no Collège de France (1978-1979) (E Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes; 2008b.

\_\_\_\_\_. Microfísica do poder (R Machado, Trad.). 27. reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 2009a.

\_\_\_\_\_. História da sexualidade I: a vontade de saber (MT da C Albuquerque, JAG Albuquerque, Trad.). 19. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 2009c.

\_\_\_\_\_. Ética, sexualidade, política [Ditos & Escritos V] (E Monteiro, IAD Barbosa, Trad.). 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010a.

\_\_\_\_\_. Repensar a política. [Ditos & Escritos VI] (ALP Pessoa, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010b.

Goulart MSB. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesqui. prá. psicossociais*. 2006. São João del-Rei, *1*(1): 1 - 19.

Goulart MSB, Durães F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias de desinstitucionalização. *Psic. soc.* 2010, *22*(1): 112-120.

Grandella Junior O. Hospital psiquiátrico (re)afirmação da exclusão. *Psic. soc.* 2002 Janeiro/Junho, *14*(1): 87-102.

Machado R. Por uma genealogia do poder. In: Foucault M. *Microfísica do poder* (R Machado, Trad.). 27. reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 2009a.

Maia A. Sobre a analítica de poder de Foucault. *Tempo social: Revista de sociologia* 1995, *7*(1-2):83-103.

Maingueneau D. *Novas tendências em análise do discurso* (F Indursky, Trad.). 3. ed. Campinas: Pontes – editora da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Martins ALB. Biopsiquiatria e bioidentidade: política da subjetividade contemporânea. *Psic. soc.* 2008, *20*(3), 331-339.

Martins LAM, Peixoto Junior CA. Genealogia do biopoder. *Psic. soc.* 2009, 21(2), 157-165.

Minayo MCS. A violência sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. saúde públ.* 1994, 10 (supl. 1): 07-18.

\_\_\_\_\_. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Minayo MCS, Souza ER. (1997-1998) Violência e saúde como um campo interdisciplinar de ação coletiva. *Hist. ciênc. saúde - Manguinhos* 1997-1998 novembro/fevereiro, 4(3): 513-531.

Moretzsohn JA. História da psiquiatria mineira. Belo Horizonte: Coopmed editora; 1989.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (Eds.). Relatório Mundial sobre saúde e violência. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2002.

Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Organização Mundial da Saúde; 2001.

Ortega F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2003-2004, 8(14): 9-20.

\_\_\_\_\_. (Org). Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade (Coleção Estudos Foucaultianos). Belo Horizonte: Ed. Autêntica; 2008.

\_\_\_\_\_. Loucura e sociedade: discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte: Argvmentum; 2009.

\_\_\_\_\_. Violência e relação de poder. *Rev. Med. Minas Gerais* 2010, 20(2): 234-241.

Passos ICF, Goulart MSB, Braga FM, Abreu MA, Vasconcelos EM. A formação em psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais e o processo de reforma psiquiátrica em Minas Gerais, nas décadas de 60, 70 e 80. *Memorandum* 2009 Out; 17: 149-168. Disponível em: < <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a17/passosecol01.pdf> >. Acesso em: 27 out. 2010.

Ratton H. Em nome da razão [filme-vídeo]. Produtor: Vidigal T. Belo Horizonte: Associação Mineira de Saúde Mental. VHS/NTSC, 24 min. p/b. son; 1979.

Rocha D, Deusdará B. Análise de conteúdo e análise de discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. Alea 2005 julho/dezembro: 7(2): 305-322.

Roudinesco E, Canguilhem G, Major R, Derrida J. Foucault: leituras da história da loucura (MID Estrada, Trad.). Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará; 1994.

Sistema Único de Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferencia Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002.

Souki N. Hannah Arendt e a banalidade do mal. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2006.



## 6.2 ARTIGO 2

A rede de atenção à saúde mental na visão de médicos psiquiatras: *a Stultifera Navis* contemporânea<sup>15</sup>.

The network of mental health assistance in the vision of psychiatric doctors: the contemporary *Stultifera Navis*.

Malamut, B. S.<sup>I</sup>; Passos, I. C. F.<sup>II</sup>; Modena, C. M.<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Curso de pós-graduação em Ciências da Saúde – FIOCRUZ.

<sup>II</sup> Universidade Federal de Minas Gerais – Departamento de Psicologia.

<sup>III</sup> Laboratório de Educação em Saúde e Ambiente – Centro de Pesquisas René Rachou.

---

<sup>15</sup> Artigo em fase de redação.

### Resumo:

Este artigo versa sobre as incidências do discurso da reforma psiquiátrica na concepção de médicos psiquiatras trabalhadores de um hospital psiquiátrico do Estado de Minas Gerais – Brasil. Foca-se na concepção dos entrevistados sobre o que é a reforma psiquiátrica, sobre os diversos dispositivos da rede de atenção à saúde mental e seu funcionamento, e sobre a posição do hospital psiquiátrico atualmente. Explicita-se a importância de se analisar os equipamentos de atenção como dispositivos que produzem discursos específicos. Para tal, vale-se das contribuições de Michel Foucault e de teóricos da reforma psiquiátrica. Verifica-se que a reforma incidiu sobre a prática no hospital como uma forma de controle social. Porém, verificou-se que, para os entrevistados, o hospital ocupa um lugar de sustentação dos outros dispositivos da rede. Desse modo, percebe-se que os entrevistados compreendem os dispositivos substitutivos funcionando ora em uma lógica diversa da lógica manicomial, ora em uma igual ineficiência em dar a loucura um lugar diferente do único e exclusivo da doença mental. Conclui-se que o paciente psiquiátrico permanece errante pelos serviços de saúde, e que a reforma psiquiátrica ainda necessita avançar no sentido de dar ao louco um outro lugar social que não o de doente.

Palavras-chave: Dispositivo; Psiquiatria; Reforma psiquiátrica; *Stultifera Navis*; Saúde Mental.

### Abstract:

This article is about the incidences of psychiatric reform discourse in the ideas of psychiatrists who works in a psychiatric hospital of Minas Gerais state, Brazil. It is focused in the interviewees' concepts about what the psychiatric reform is, the multiple dispositives of mental health care network and its working method, as well as the actual position of the psychiatric hospital in that network. It is stressed the importance of analyzing health care resources as being dispositives that produce particular discourses. In this study Michel Foucault's and others contributions on psychiatric reform are relied upon. It is verified that the reform had effects on hospital practices as a form of social control. However, it is verified the interviewees consider the hospital an important element in the support of other network dispositives. Thus it is clear that the interviewees conceive the substitutive service now working in a logic different of the asylum one, now working in the same ineffective way of seeing madness. It is concluded that the psychiatric patients remain wandering in health care services and that the psychiatric reform still needs to advance in the way of seeing mad individuals as other than diseased individuals.

Key-words: Dispositive; Psychiatry; Psychiatric reform; *Stultifera Navis*; Mental Health

## Introdução:

Falar de reforma psiquiátrica brasileira implica em falar de um momento de grande turbulência política e de redemocratização do país ocorrido na década de 1970 (Amarante, 2001). O processo que culmina com a promulgação da lei federal 10.216 de 6 de abril de 2001 e da lei estadual 11.802 de 18 de janeiro de 1995 (no caso de Minas Gerais, Estado em questão neste artigo), vem com o objetivo de redirecionar o modelo de atenção à saúde mental, visando o fim de uma lógica manicomial. Entretanto, a reforma não se restringe a uma reorientação dos locais de atendimento do usuário do sistema, mas principalmente refere-se à uma mudança quanto ao estatuto do louco em nossa sociedade e o tipo de assistência à saúde a ser prestada (Amarante, 1995, 2001; Amarante, 2008; Desviat, 2008; Hirdes, 2009; Tenório, 2002).

A superação do modelo hospitalocêntrico se daria pela progressiva substituição dos asilos pela atenção centrada em uma rede inserida no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta rede seria composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital Geral, pelas unidades básicas de saúde atuando em conjunto com o Programa de Saúde da Família (PSF), além de contar com as residências terapêuticas e Centros de Convivência, dentre outros programas e dispositivos. A assistência se daria *na rede*, envolvendo os diversos aparatos disponíveis, e *em rede*, abarcando os vários atores que compõem a vida do usuário na cidade, rompendo com a lógica segregadora e exclusivista do modelo anterior, que tinha no discurso médico-psiquiátrico sua única baliza. Porém, se é só a partir de 2004 – com a aprovação do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS – que a legislação institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, não há na lei nenhuma garantia da construção de uma rede assistencial, já que a rede é maior que o conjunto dos serviços que a constitui (Brasil, 2005).

Porém, Zambenedetti e Silva (2008), e Zambenedetti e Perrone (2008) apontaram como a rede na reforma psiquiátrica é vinculada ao mesmo tempo como ‘solução’ e ‘problema’. Se por um lado seu caráter provisório, instituinte e inventivo permite construções absolutamente singulares, orientadas pelas concepções particulares dos profissionais envolvidos no trabalho, por outras vezes acaba por fragmentar tratamentos, promovendo descontinuidades. Os autores citam Campos (2000 In: Zambenedetti, Silva, 2008), segundo o qual o processo de construção da rede, ao incorporar o princípio de hierarquização, forçou os serviços a se classificarem como atenção primária, secundária e terciária. Como consequência verificou-se a dificuldade de construção de uma rede que respeite a subjetividade e a lógica dos vínculos afetivos próprias aos sujeitos humanos. Assim, o sistema de referência e

contrarreferência restringiria as possibilidades do trabalho por seguir uma ordem burocrático-administrativa.

Furtado e Onocko-Campos (2005) apontaram que para obtermos efetividade da reforma no plano dos serviços, é preciso haver gestão dos equipamentos de atenção. Assim como Passos (2008), acreditamos que a pesquisa científica é fundamental para compreendermos como os atores responsáveis pela amarração das redes as concebem e as constroem.

O mapeamento mais recente da rede disponibilizado pelo Ministério da Saúde aponta o crescimento de 363% no número de CAPS no país, quando em 2002 tínhamos 424 CAPS e em junho de 2010 contávamos com 1541 serviços substitutivos (Brasil, 2010). Porém, quando analisamos os dados relativos ao número de leitos psiquiátricos e de hospitais psiquiátricos ainda existentes (Brasil, 2010), encontramos o expressivo número de 208 hospitais, totalizando 35.426 leitos SUS. A redução de 31% de leitos desde 2002 (quando havia 51.393 leitos SUS) ainda se mostra muito aquém do pretendido pelo projeto da reforma.

Esses dados evidenciam como os hospitais psiquiátricos ainda se encontram inseridos no sistema de atenção ao usuário, e persistem apresentando um papel importante na rede apesar de todo exercício violento de poder que neles persiste (Malamut, 2011).

Temos como objetivo relatar o modo como psiquiatras trabalhadores de um hospital psiquiátrico público do Estado de Minas Gerais concebem a rede, o funcionamento do trabalho em rede, e como se relacionam com os diversos dispositivos substitutivos.

### **Metodologia:**

Pautando-nos na noção foucaultiana de discurso como prática (Foucault, 2008a), e visando compreender a articulação entre um determinado contexto sócio-histórico e a implicação deste em uma produção discursiva, optamos por realizar uma pesquisa qualitativa (Deslandes, Gomes, 2004; Minayo, 2008).

Foi constituído um *corpus* a partir de nove entrevistas com médicos psiquiatras, trabalhadores de um hospital psiquiátrico público do Estado de Minas Gerais, realizadas no período de fevereiro a maio de 2010. Trata-se de uma ‘amostra de conveniência’ que não visa uma representatividade numérica, mas sim um aprofundamento analítico a partir do discurso de profissionais do campo. As entrevistas, semiestruturadas, seguiram as orientações de Minayo (2008) de manter um roteiro mental construído a partir do objeto pesquisado. As perguntas que guiaram as entrevistas foram: ‘quais são os critérios que você utiliza para

encaminhar um paciente para internação?’, e ‘como você lida com os pedidos de internação?’; ‘seu trabalho sofre influências da reforma psiquiátrica? Como?’; ‘Como você entende o funcionamento da rede e qual o lugar do hospital nela?’ e, finalmente, ‘como você avalia seu processo de tomada de decisões no cotidiano do serviço?’. As entrevistas foram gravadas e transcritas na literalidade para a análise. O número de entrevistados foi obtido seguindo o critério de saturação, que dispõe que se devem entrevistar sujeitos até que a temática em exploração possa ser suficientemente discutida e teoricamente elucidada (Fontanella, Ricas, Turato, 2008). Obtivemos saturação com nove entrevistas. O critério de inclusão dos entrevistados era ser médico psiquiatra trabalhador da unidade, e estar disposto a participar da pesquisa. A pesquisa foi aprovada pelos Conselhos de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas e seguiu todos os critérios estabelecidos pela Resolução 196/1996 do CNS/MS.

Lembrando Foucault (2008a) quando ele nos apontou que não importa quem fala, mas que “o que ele diz não é dito de qualquer lugar” (p. 139), buscamos construir um corpus de entrevistas que tivesse maior representatividade e diversidade própria ao campo estudado. Desse modo, entrevistamos cinco mulheres e quatro homens, com idade variando entre 32 e 64 anos, sendo a média dos entrevistados de 51,5 anos. Quanto ao ano de formação e residência, buscamos também uma variação significativa, encontrando trinta e um anos de diferença entre o médico com mais tempo de formado e aquele com menor tempo de psiquiatria. Dois psiquiatras fizeram a residência na década de 1970, quatro na década de 1980 e três na década atual. Em relação ao tempo de trabalho no hospital pesquisado, encontramos grande amplitude, variando de trinta anos a cinco meses na unidade, com média de quatorze anos de trabalho.

Todos os nomes dos entrevistados foram alterados para que sua identidade fosse preservada. Optamos pelo sistema em que a primeira letra do nome identifica o local de trabalho do entrevistado: ‘A’ para psiquiatras trabalhadores da urgência/plantão, ou seja, local onde o primeiro atendimento será realizado; ‘C’ para aqueles locados no setor de internação de curta permanência, em espaço aberto e com a presença de familiares acompanhantes; e, finalmente, ‘E’ para a entrevistada trabalhadora da ala psiquiátrica de média permanência.

A escolha do hospital se deveu à ainda grande importância deste dispositivo na prática psiquiátrica, e ao fato de o hospital em questão ter como um de seus marcos de orientação para o trabalho as diretrizes da reforma. A unidade hospitalar em questão conta com 145 leitos instalados. Em 2009 recebeu um total de 9.037 pacientes provenientes de todo o Estado de Minas Gerais, o que evidencia sua representatividade na assistência psiquiátrica pública do Estado. Ainda, o hospital é foco de várias pesquisas e, como apontou Goulart (2010), a unidade teve um papel importante no desencadeamento do processo de reforma psiquiátrica

em Minas Gerais (Goulart, 2006; Moretzsohn, 1989; Passos, Goulart, Braga, Abreu, Vasconcelos, 2009).

Orientados por Foucault (2008a), não buscamos atravessar os textos das entrevistas em busca de um sentido oculto, nem visamos transformar as falas registradas em signos de outra coisa. Assim, manteremos a consistência e complexidade própria ao discurso, ou como nos disse o autor (2008a, p. 85): “não procuraremos, pois, passar do texto ao pensamento, da conversa ao silêncio, do exterior ao interior, da dispersão espacial ao puro recolhimento do instante, da multiplicidade superficial à unidade profunda. Permaneceremos na dimensão do discurso”.

### **Resultados:**

Nossa pesquisa tinha como objetivo mais amplo investigar a incidência do discurso da reforma sobre a prática de médicos psiquiatras trabalhadores de um hospital psiquiátrico público de Minas Gerais. Não era nossa intenção, *a priori*, nos focarmos na relação dos profissionais do hospital com os serviços substitutivos. Entretanto, conforme o *corpus* foi sendo construído, ficou clara a importância desse tema ser explorado, pois se o discurso da reforma atinge os profissionais dos antigos manicômios, o principal impacto é sentido no fechamento dos leitos e progressiva transferência de recursos para os dispositivos substitutivos. Focaremos nossa análise, portanto, no entendimento dos entrevistados sobre o que é a reforma psiquiátrica e sobre a construção de uma rede de atenção. A concepção que os profissionais entrevistados apresentaram sobre o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica, assim, poderá ser melhor compreendida.

#### **A reforma psiquiátrica: o panoptismo invertido**

No conjunto de dados obtidos das entrevistas, foi possível observar que, independentemente do local ou década de formação do profissional, a reforma psiquiátrica é sentida como uma ameaça para o trabalho do psiquiatra. Vista como um jogo de outros profissionais da saúde mental em busca de poder, a reforma é criticada e compreendida de forma bastante desvinculada da assistência prestada aos pacientes.

Alberto, por exemplo, cuja formação em psiquiatria se dá após o início da reforma psiquiátrica brasileira, diz: “reforma psiquiátrica... um termo ruim no meu modo de ver. A reforma é da assistência à saúde mental. A psiquiatria desde seu nascimento ela se reforma, como qualquer outro ramo da ciência. [...] É uma briga de poder. Não tenho dúvida disso”. Em sua concepção, quanto à reforma psiquiátrica, trata-se de um processo político vindo de outras classes, completamente alheio ao trabalho do médico, já que este seria científico, e não

político. Ou, como diz Camila: “quem inventou isso [a reforma psiquiátrica] nunca teve doido na família, e nem foi psiquiatra”.

Foucault (2008a, p. 124) já apontava como “todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno desta relação de poder, são tentativas de deslocar a relação, mascarar-la, eliminá-la e anulá-la”. Não se trata, no entanto, de supormos haver uma face ‘política’ e uma face ‘científica’ da psiquiatria. Uma das principais lições que podemos tirar de Foucault é que não há neutralidade possível quanto ao saber; todo saber é político, e todo discurso é prática.

Arthur chega a conceber a indissociabilidade entre saber e poder: “toda clínica é política”, ele diz. Porém o entrevistado entende que a reforma psiquiátrica “privilegia uma visão sociogênica da doença [...] Agora, politizar o sintoma, uma interpretação política do sintoma também não basta”. Assim, Arthur não adere à hipótese foucaultiana da anexação da loucura à doença mental (Foucault, 2000), pois, para ele, “psicótico é psicótico” e “o excesso de politização da visão puramente sociogênica da doença mental acaba subtraindo isso aí”. Mas sabemos como a garantia, a busca pela ‘verdade neurobiológica’ da doença mental, ainda é um horizonte ideal para a psiquiatria, o que leva os psiquiatras a “fundar sua prática em algo como uma defesa social, pois eles não podem fundá-la em uma verdade” (Foucault, 2006b, p. 320). Veremos como o hospital psiquiátrico na rede vem ocupar esse lugar de suportar as mazelas sociais, já que, segundo Cássia, “não dá para largar o povo sozinho na rua”.

Os entrevistados sentem como se tivesse havido uma “dispersão” do saber psiquiátrico com a entrada de outros profissionais no tratamento, e, com isso, perda de poder. Como disse Elaine: “Esse pedaço aqui é da psiquiatria. [...] não é para ele ser fatiado, como se a psiquiatria tivesse acabado! [...] A psiquiatria continua sendo uma necessidade. Isso não é para ser fatiado para outras, entendeu?”. Delineia-se uma postura que será encontrada recorridamente nas entrevistas, ou seja, a concepção de que no novo modelo de assistência à saúde mental o trabalho do psiquiatra seria desnecessário. Alberto traduz essa posição de forma extremamente enfática: “uma das bandeiras [da reforma] às vezes tem sido a crítica, a desvalorização do trabalho do psiquiatra”. Ele entende que “a desvalorização do trabalho do psiquiatra é funcional à manutenção da estrutura política tal como está”. Contudo, recusa-se a explicar seu ponto de vista, pois em sua compreensão, a psiquiatria é um saber complexo e inacessível aos não médicos. Elaine completa: “por que nós temos de ficar brigando com o modelo médico? [...] Como se não ser médico fosse assim a oitava maravilha do mundo”.

Entretanto há unanimidade nas entrevistas em reconhecer como “justamente por causa da participação de outros profissionais eu acho que houve uma evolução no conceito mesmo do tratamento, das formas de abordar”, resume Célio.

A entrada de outros profissionais configurou-se para os entrevistados como um ponto bastante ambíguo, pois trouxe benefícios à assistência, mas trouxe também ameaça ao poder antes exclusivo do médico. Portanto, circunscreve-se que, para os médicos entrevistados, a reforma psiquiátrica tem pouca relação com o modo de tratamento ou o lugar social do louco. Trata-se de uma briga de poder entre médicos e não médicos.

Efetivamente a participação dos usuários no processo de construção da reforma é tida como quase nula. Camila comenta com ironia:

lembra que tinham umas passeatas antimanicomiais? Os pobres coitados [os pacientes]! estavam ali pelo carnaval que se fazia. Eles iam todos enfeitados, pintados, ou seja, empalhaçados, e faziam aquela farra. Ele foram utilizados, porque todos que eu conheci, que eu perguntava, eles diziam que tinha ido numa festa na rua, que foi ótimo. E você sabe por que era a festa na rua, eu perguntava. Todos respondiam negativamente.

Elaine diz: “tenho dúvidas se ela teve início com os pacientes. Os pacientes foram e são manipulados ainda hoje”. Alda concorda quando diz que a reforma “não veio deles [pacientes]”. Alberto chega a relatar uma história contada por um paciente, que ele classificou como “delírio”, pois o paciente dizia que “precisava defender o CAPS dos psiquiatras”. Alberto, ao classificar a fala como delírio, anula todo efeito de verdade que esse enunciado poderia ter, e conclui que a produção não vinha do paciente, mas de outros: “Os pacientes, eles são trabalhados dessa forma”.

Entretanto, a reforma psiquiátrica tem reconhecida sua eficiência em melhorar a assistência aos pacientes. Cássia inicia comentando “claro que melhorou! Você não vê paciente naquele pátio árido lá, melhorou tudo, está tudo mais humanizado”. Mas é Alda quem verifica com mais clareza essa mudança:

O projeto de desconstrução manicomial tem eficácia? Sem dúvida que tem. As pessoas são mais bem atendidas, elas têm vozes, elas não estão mais tão objetalizadas. [...] elas podem reclamar, podem reivindicar, ninguém vai mandar dar eletrochoque nelas se elas falarem alguma coisa. [...] Se paciente abrisse o bico, te incomodasse, te



abordasse: trancafia, amarra, dá choque, medica, ceda, então há uma diferença. Então, que ela tem eficácia, tem.

Apresenta-se novamente a diferença introduzida pela reforma psiquiátrica: a moderação dos atos violentos travestidos de atos clínicos, antes exercidos livremente pelo discurso psiquiátrico.

Outra grande diferença introduzida pela reforma – a mudança de dispositivo – é lembrada por Cássia, que nos alerta sobre a importância da política de fechamento dos hospitais psiquiátricos: “quantos milhões de leitos que foram desativados e que não estão sendo necessários?”.

Cássia comenta ainda como os avanços – CAPS III, residências terapêuticas e centros de convivência – “só foram dados em função da desospitalização que já ocorreu”. E chama a atenção, pois sua sensação é “que eles não estão fazendo mais. E aí? E agora? [...] Eu acho que estagnou, assim, de estagnou para piorou, para retroceder. Não tô vendo avanço”.

Contudo, a postura contrária à política de fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos é compartilhada por oito dos nove entrevistados. Camila é exemplar ao enfatizar que “passo por cima de muitas coisas. [...] Eu não dou importância para a reforma psiquiátrica”. E chega a comentar que não sofre pressões devido sua posição, “porque eu não ligo se alguém fala ou deixa de falar”. Ou quando Alberto não consegue conceber que psiquiatras concordem com a nova política:

os psiquiatras ideologicamente envolvidos [se envolvem] porque não aguentam, ou sei lá o porquê. Na verdade eles estão virando as costas para os pacientes psiquiátricos em si, para a prática deles. [...] Compactuando, muitas vezes é até uma forma inconsciente, ou porque precisa fazer isso mesmo para poder preservar seu emprego, seu salário.

Torna-se compreensível quando Arthur nos diz que a reforma psiquiátrica foi radical no fechamento de leitos, já que “era necessário uma radicalização [...] senão talvez estivesse como estava antes, viraria uma indústria de AIHs [autorização de internação hospitalar]”. Arthur se lembra de como era o funcionamento: “o hospital psiquiátrico era uma empresa rentável, até que fosse divulgado um trabalho para perceber até [mesmo] que eles deturpavam diagnósticos para justificar internações prolongadas”. Célio reconhece ter havido uma enorme melhora no hospital: “na forma de tratar, o respeito que você tem ao paciente, você olha o

paciente com outros olhos hoje”. Passa então a explicar porque foi necessário o advento da reforma psiquiátrica para que isso ocorresse: “por medo de punição”.

Célio esclarece que antes da reforma psiquiátrica, a opinião pública:

nem sabia o que fosse um hospital psiquiátrico. Era um lugar que poucas pessoas conheciam [...] ocorriam até absurdos dentro do hospital, mas a coisa era fechada, ela não tinha visibilidade, ninguém sabia o que ocorria no hospital psiquiátrico, e a história fala que já ocorreram horrores, conseqüentemente existia impunidade.

A partir da reestruturação da assistência, “o hospital tornou-se visível, ele tornou-se visível para o Ministério Público, inclusive [e] na medida em que o hospital foi se tornando mais aberto, obviamente as cobranças aumentaram”, e reconhece que hoje se sente vigiado pelos órgãos reguladores (conselho de classe e Ministério Público). Finalmente, Célio admite que “se não houvesse pressão, isso não mudaria. Enquanto você está ali fechado, quer dizer, quando você está sendo vigiado, você se contém”.

### **O hospital psiquiátrico: lugar de sustentação**

O posicionamento no que se refere à permanência do hospital psiquiátrico é quase unânime. Calcado principalmente na justificativa das falhas na rede, sua existência é defendida por oito dos nove entrevistados. Camila diz: “é necessário existir um hospital. Esse lugar não pode acabar por muitos anos, enquanto a estrutura for mambembe dessa forma [...] a necessidade do hospital psiquiátrico é evidente para todo mundo”. Camila faz uso do discurso médico para banalizar a reforma e dizer mais:

você faz uma meta que é a redução de leitos e fechamento dos hospitais, num meio tão complexo quanto a saúde e a doença mental, inevitavelmente leva a equívocos. É você transformar uma complexidade numa banalidade. A redução de leitos foi exagerada, grosseira, [...] foi além do que devia.

Arnaldo, que concebe o hospital nos moldes de Phillippe Pinel, entende que “do ponto de vista da evolução, o hospital é o melhor lugar. Porque aqui você consegue observar”. Alda diz “eu sou a favor da permanência de um hospital. Chame ele de que hospital, tenha ele o nome que tiver, que tenha um lugar onde essas pessoas em determinado momento possam ficar”. Arthur concorda “qual que é o lugar físico para tratar? É o hospital? Eu acho que por enquanto é”. E Célio acrescenta: “não, com o fechamento eu não concordo. Sempre vai ter um local, dê o nome que se dê. Por exemplo, mudando o nome, talvez apazigüé mais os ânimos desse discurso político [...] não vejo o fechamento do hospital como uma solução não”.

Os entrevistados marcam também como os serviços que surgem para substituir o hospital psiquiátrico acabam fazendo um uso do hospital e se tornando complementares a ele. Cássia diz como a coordenação de saúde mental do Estado faz uso do hospital: “quando ela [a coordenação] precisa do hospital, ela recorre dissimuladamente, sem assumir”.

Assim o hospital passa a assumir um lugar na rede de “tratar os pacientes mais graves e de absorver os restos”, diz Cássia, dando suporte e sustentação aos serviços substitutivos. Ou como indica Aline: “a função do hospital psiquiátrico hoje é pegar os casos que o CERSAM não dá conta, que os CAPS não deram conta, que o PSF [programa de saúde da família] não deu conta”. Célio acrescenta: “os CERSAMs lidam parcialmente, que os CERSAMs são inclusive fornecedores de pacientes para o hospital”. Frente ao exposto, compreendemos Cássia segundo a qual “desconstrução [hospitalar] se fez de uma forma muito pesada [...] primeiro num rechaço e num segundo momento numa aquiescência sem pensar. É uma aquiescência sem reflexão”. E ela explica o que isso quer dizer: em sua concepção coube hoje ao hospital ser “um lugar de sustentação do outro”, referindo-se aos dispositivos substitutivos.

Já para Célio quanto a reforma:

eu vejo muito discurso. Discurso demais. Mas eu to lá na linha de frente e sofro pressões, da insuficiência das opções que você pode oferecer além da hospitalização. Porque por enquanto funciona muito pouco e muito mal, então teoricamente, como discurso, é ótimo. Como prática, por enquanto, eu não vi muito resultado. Teve resultado, mas nada que dê para entusiasmar.

Importante esclarecer que o entrevistado não desconhece os serviços substitutivos. Porém o que ele não encontra nesses dispositivos é a permanência do discurso psiquiátrico, o que nos dá subsídios para pensarmos a importância do dispositivo hospitalar no discurso psiquiátrico. Finalmente torna-se possível compreender as falas de Alberto e Arthur sobre a relação entre o manicômio e a psiquiatria.

Arthur pensa haver um engano na reforma psiquiátrica quanto ao hospital: associá-lo à “cultura de exclusão” própria às instituições manicomiais. Para o entrevistado, manicômio “não é o espaço físico, é uma cultura que, para o sujeito, não tem possibilidade de resgate social [...] Agora que se diga de passagem que o manicômio, não está restrito ao manicômio, você pode manicomializar alguém no divã se quiser”. O que de alguma forma Alberto concorda: “isso revela um desconhecimento muito grande, na cabeça de muita gente, que está associando manicômio com a psiquiatria, e está associando manicômio com métodos cruéis”.

Diz ainda que “existe uma associação muito grande entre a psiquiatria e o manicômio, feita pelas carreiras afins e não pelo psiquiatra. O psiquiatra sabe que não é assim”. Novamente encontramos a negação da participação do saber psiquiátrico na execução dos atos manicomial, e a negação da função de um dispositivo na prática. E se o psiquiatra é responsabilizado por isso, não o faz por si mesmo.

Porém, Cássia discorda de seus colegas psiquiatras. Pensa que os hospitais devem sim ser fechados de modo a manter a reforma se impulsionando, já que “as cidades estão se equipando, e eu acho que se fecha o hospital, o povo tem que se equipar mais rápido. A Prefeitura vai ter de resolver mais rápido. Eu acho que [os hospitais] vão fechar. Essa é a tendência”.

### **O modelo CAPS: se é igual ao hospital, porque não pode substituí-lo?**

Como vimos, uma das razões dadas pelos entrevistados para a manutenção do hospital psiquiátrico é a ineficiência dos serviços substitutivos em tratar os usuários em crise. Focaremos nos serviços CAPS, que em Belo Horizonte tem o nome de Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), já que estes seriam os principais dispositivos que viriam substituir a função do tratamento da ‘crise’, antes ocupada pelos manicômios, além de ser o principal serviço citado pelos entrevistados como o principal dispositivo da reforma psiquiátrica.

Camila, que já disse ignorar e passar por cima das diretrizes da reforma psiquiátrica, pensa que os CAPS vieram “nessa onda do politicamente correto, que para falar que ele [o usuário] não está num hospital psiquiátrico, ou seja, num hospício – igual eles colocaram”, ignorando a mudança de lógica de atendimento, e supondo tratar-se somente de uma mudança de nomenclatura. O que Célio parece concordar ao dizer: “por exemplo, mudando o nome, talvez apazigue mais os ânimos desse discurso político [da reforma]”.

Arnaldo, que evidencia desconhecimento do modelo de funcionamento da rede em Belo Horizonte, diz: “a grande maioria não funciona vinte e quatro horas, e não tem assim, um apoio, uma logística para poder acolher certos tipos de pacientes”. Célio esclarece: “eles não dão conta de lidar com paciente extremamente agressivo, desorganizado, não dão conta” e aponta a importância das “limitações físicas” que só o hospital psiquiátrico teria, recorrendo ao velho recurso da violência e do risco atribuído aos pacientes (Malamut, Passos, Modena, 2010). Conclui que “os CERSAMs lidam parcialmente com isso, e são inclusive fornecedores de pacientes para os hospitais psiquiátricos. Quer dizer, a necessidade de limitações, provisórias, ela nunca vai deixar de existir”. Alberto diz ainda que “o CERSAM se propõe a

atender urgências quando não tem recursos para isso, do ponto de vista médico”. E chega ao extremo ao dizer “O CERSAM não é o modelo que o SUS propõe, [...] estão indo numa direção oposta ao modelo que o SUS propõe!”.

Porém, nem todos os entrevistados pensam do mesmo modo. Arthur, que apesar de entender que os CERSAMs sofrem com a “burocratização e um certo rigor psicanalítico”, assume que “o CERSAM teria plenas condições de substituir tecnologias que esse hospital tem hoje, com vantagens!”. E explica os diversos motivos: “regionalizar, não aglomerar pessoas, não retirar do leito [...] o acesso, a tal licença terapêutica é muito mais possível”. E comenta como, no hospital psiquiátrico, o usuário acaba por ficar inevitavelmente vinte, trinta dias internado, e, “se ele ficasse num CERSAM ou em um CAPS lá na região dele com um leito vinte e quatro horas, não precisaria disso tudo”.

Percebemos como a maioria dos entrevistados entende haver uma necessidade de um local físico diferenciado que limite o paciente. Essa arquitetura hospitalar, que serve de suporte ao modelo médico, é que não é encontrada nos CAPS/CERSAMs, já que é essa cultura da imposição do limite ao outro que a reforma psiquiátrica visa desmontar.

Contudo, percorrendo o corpus das entrevistas, percebemos uma aparente contradição na fala dos entrevistados. Pois se os CAPS são tão diferentes assim do modelo hospitalar, e tão ineficientes, como vamos compreender quando os entrevistados dizem: “o CERSAM não tem em essência nenhuma diferença do que é feito aqui no hospital”?; disse o mesmo Alberto que tanto desqualificou o modelo CERSAM. Camila pensa o mesmo: “para mim é um hospital [...] eu não vejo diferença entre o hospital e o CERSAM”; e finalmente Alda ironiza “não, o CERSAM não interna. Tem pernoite, manda para os outros hospitais, o sujeito fica lá dia e noite. Isso chama como? Férias?”. Como compreender essa aparente contradição?

### ***A Stultifera Navis Contemporânea – a igual ineficiência dos serviços***

A partir da fala dos entrevistados tornou-se compreensível um dos grandes problemas da estruturação da rede e dos serviços de atenção à saúde mental. Inicialmente há o diagnóstico de uma persistente carência de serviços substitutivos, enfatizada pelos entrevistados, como Arthur ao dizer: “você descronifica o manicômio, mas não tem uma estrutura eficaz de suporte, continua não tendo, os CERSAMs não dão conta, tinha que ter dez ou vinte a mais, e não tem”. Os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, se por um lado, como indicamos antes, apontam o crescimento de 363% no número total de CAPS, ao discriminarmos o número bruto dividido pelo número de CAPS I, II ou III, percebemos que contamos no País somente com 55 CAPS III (Brasil, 2011). Ou seja, o número total de

serviços que efetivamente poderia contribuir na redução dos encaminhamentos para hospitais psiquiátricos ainda é ínfimo.

Há ainda a questão da regionalização que, aos olhos de Alda, é um ganho, já que sem ela, “como é que você vai quantificar medicamentos? Como que você vai fazer pesquisas? Como que você vai ver se tem alguma patologia endêmica, ainda que provocada por questões sociais?”; porém “ela obedece à questão da subjetividade? Não, não obedece. Porque se o sujeito tinha uma transferência aqui, de repente não pode mais estar aqui, tem que está lá, ou alhures”. Há ainda a questão da organização dos serviços seguir o modelo tipo ‘história natural da doença’, com classificação dos serviços: “como é que você quantifica o que é uma neurose simples e uma neurose grave?”, questão colocada para as Unidades Básicas de Saúde que deveriam responsabilizar-se pelas ‘neuroses simples’.

Porém, principalmente, os entrevistados apontam haver “uma versão mais moderna da *stultifera navis*”, como disse Arthur. A rede, tal como organizada hoje, dissimula seus furos valendo-se da internação psiquiátrica como complementar aos serviços substitutivos. Arthur explica:

a versão mais moderna da *stultifera navis*, é a ambulância do pernoite, que traz do CERSAM para pernoitar aqui no hospital psiquiátrico, e daqui vai para lá de novo. [...] Você acaba dissimulando o que seria uma internação, porque é uma internação! O cara está sobre custódia do poder público aqui, entra na ambulância do poder público, dorme no poder público, porque qualquer coisa que acontecer com ele aqui, ele está custodiado pelo poder público, ou seja, está internado de fato, mas não gera AIH [autorização de internação hospitalar] nem aqui, nem ali.

O paciente, margeando os serviços da cidade, não encontra um porto de tratamento em nenhum dos dispositivos de atenção à saúde mental. Além disso, como explicou Arthur, dissimulam-se os furos da rede. E os outros entrevistados verificam esse circuito pelos serviços da cidade: “a coisa mais freqüente é você dar alta para um paciente e um mês, dois, depois, senão uma semana ou um dia depois, volta o nosso amigo, e está lá dentro novamente”, diz Célio. Arnaldo chega a nomear esse movimento pela rede como o “circo de acompanhamento por profissionais de saúde mental”, em que o paciente provavelmente faz o papel de palhaço, acrescentaríamos. Ele explica um pouco mais, contudo suaviza o adjetivo: “o paciente não consegue se desvencilhar disso, não consegue sair disso [...] ele fica nesse círculo”, rodando pelos serviços da rede, finalmente se tornando um “paciente eterno”, como disse Célio – um novo *crônico*.

Alda, que concorda com os outros entrevistados, nos fornece uma interessante interpretação ao fenômeno. Ela diz:

As idas e vindas são intermitentes e reincidivantes. O paciente roda entre o Centro de Saúde, CERSAM, os hospitais psiquiátricos, Centro de Saúde, CERSAM, hospital psiquiátrico, então, se nenhum desses lugares faz uma diferença é porque todos eles tem a mesma inespecificidade no tratamento. [...] não tem essa fantasia que ali é melhor que aqui não. Eu acho que o trabalho é ruim em todos eles. Não é à toa que o paciente fica circulando. É só você pegar qualquer papeleta que você vê. [...] Enquanto não tiver tratamento, tudo for tratado igualmente, não tem jeito!

Ainda segundo a entrevistada, isso se deve a uma ausência de projeto terapêutico para os pacientes: “não há projeto de tratamento para os pacientes, os projetos são todos no papel, para responder a outras instâncias. [...] ou o sujeito tem um projeto pronto, ele tem uma ideia pronta e quer fazer valer aquilo sobre o paciente”. A responsabilização pelo paciente fica diluída pela rede e, com isso, como ela nos diz, “o projeto terapêutico é ‘manda embora!’”.

### **Discussão:**

Vimos delinear-se aqui o modo como os entrevistados concebem os diversos dispositivos que compõem a rede de atenção à saúde mental. Como já havia nos apontado Zambenedetti e Perrone (2008), a descentralização da assistência e a não compreensão da lógica de encaminhamentos podem levar à transferência de responsabilidades e à “empurroterapia”.

A materialidade e a arquitetura do local de atendimento evidenciaram a importância do não discursivo como produtor de formas de diferentes atos clínicos e, por conseqüência, de diferentes discursos. Em Foucault, o termo *dispositivo* surge a partir dos anos de 1970, na transição do período da arqueologia dos saberes para a genealogia, a analítica do poder. Revel (2005) e Castro (2009) nos esclarecem que se no momento arqueológico Foucault se preocupava com o estudo da *episteme* – “conjunto de relações que liga tipos de discursos e que corresponde a uma dada época histórica” (Revel, 2005, p. 41) – progressivamente seu interesse passou a se voltar para a integração do não discursivo, surgindo assim a noção de dispositivo. A *episteme* “encerrada na ordem do discurso, não podia descrever as mudanças em si mesmas, somente em seus resultados” (Castro, 2009, p. 124).

Agambem (2009, p. 29) faz uma importante análise da origem do termo foucaultiano e sintetiza suas conclusões em três pontos:

- a) *É um conjunto heterogêneo, linguístico e não linguístico, que inclui virtualmente qualquer coisa no mesmo título: discursos, instituições, edifícios, leis, medidas de polícia, proposições filosóficas etc. O dispositivo em si mesmo é a rede que se estabelece entre esses elementos.*
- b) *O dispositivo tem sempre uma função estratégica concreta e se inscreve sempre numa relação de poder.*
- c) *Como tal, resulta do cruzamento de relações de poder e de relações de saber.*

Acrescenta-se ainda o fato de ter como objetivo “fazer frente a uma urgência e de obter um efeito mais ou menos imediato” (Agambem, 2009, p. 35). Além disso, o termo dispositivo, por não implicar em nenhuma essência do ser do sujeito para governá-lo, sempre produz um processo de subjetivação, ou seja, produz não só um discurso, mas também um sujeito. Foucault passará a se dedicar aos modos de subjetivação como a terceira grande categoria analítica de seu ensino. Entretanto, ele nos deixará um breve comentário a respeito do filme *Histoire de Paul* (1975), de René Féret. O filme conta a história de Paul, homem internado em um hospital psiquiátrico após uma tentativa frustrada de suicídio. O que impressionou Foucault foi o modo como o longa metragem foi filmado: sem roteiros. Os atores contaram somente com a arquitetura asilar para contracenarem. O resultado foi uma

experiência impressionante sobre a força e os seus efeitos plásticos do asilo: na estufa onde foram colocados, e sem que lhes fosse dada outra regra do jogo do que a forma do poder psiquiátrico, eles se tornaram a fauna e a flora asilares. (Foucault, [1975] 2006a, p. 316)

É a prova de uma das teses genealógicas: “o dispositivo do poder como instância produtora de uma prática discursiva” (2006b, p. 17). Deleuze (2010) acrescenta que os dispositivos não delimitam “sistemas homogêneos” (p. 1) e têm, portanto, como componentes “linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de ruptura, de fissura, de fratura que se entrecruzam e se misturam” (p. 4). As consequências que podemos extrair, ainda segundo Deleuze, são “o repúdio dos universais [...] e uma mudança de orientação que se separa do eterno para apreender o novo” (pp. 4-5). Daí toda a importância, para o avanço da reforma, de que se façam presentes investigações de dispositivos do tipo da realizada acima.

Quando por ocasião da escrita de sua tese de doutorado *História da loucura na idade clássica*, Foucault se interessou pela existência ao longo do século XV da *Narrenschiff*, a nau



dos loucos. As naus eram figuras recorrentes na literatura e mitologia da época, porém a *stultifera navis* foi a única com existência real. Os loucos eram embarcados e confinados, deixados sob responsabilidade de barqueiros para transitar pelos rios da Europa – “a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último” (Foucault, 2000, p. 12). Era uma existência errante: naus de peregrinação “navios altamente simbólicos de insanos em busca da razão” (Foucault, 2000, p. 10). O tempo das naus vai sendo progressivamente esquecido e substituído pelo embarque no hospital (Foucault, 2000, p. 43) e a loucura ali vai aportar e permanecer durante pelo menos quatro séculos, anexada à doença mental pelo saber psiquiátrico.

A partir do advento da reforma psiquiátrica, esse ‘porto’ vai sendo progressivamente desmontado. O saber psiquiátrico, que por não encontrar garantia em nenhuma *verdade*, e ter portanto fundado sua prática em algo como uma polícia social, é desestabilizado. Evidencia-se como, na concepção dos médicos psiquiatras entrevistados, os dispositivos substitutivos têm sucesso e não se configuram como novos locais de aprisionamento da loucura. Porém, o que também fica claro, é como o louco “é um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem” (Foucault, 2000, p. 12). A loucura, por permanecer anexada à doença mental, ainda se encontra embarcada, circulando por entre serviços, sem uma pátria que possa acolher esses sujeitos como cidadãos. Não se trata de uma luta contra a sujeição, pois não seria pertinente idealizar o retorno ao ‘grau zero’ da loucura pensado por Foucault. Trata-se de uma batalha contra a subjetivação da loucura somente através de dispositivos psiquiátricos. Ou como diz Alarcon (2005, p. 254): “emancipar-se significa exercer uma resistência às duas formas atuais de sujeição: a que nos individualiza de acordo com as exigências do poder [...], e a que consiste em ligar cada indivíduo a uma identidade determinada e imutável”.

### **Considerações finais:**

A noção de dispositivos em Foucault e a conseqüente subjetivação que deles pode advir nos apontam para o caráter positivo do poder e a capacidade que todo dispositivo detém de “novidade e criatividade, o qual marca, ao mesmo tempo, sua capacidade de se transformar ou se fissurar em proveito de um dispositivo do futuro” (Deleuze, 2010, pp. 5-6). Assim, quando Alarcon (2005, p. 258) nos aponta que “a reforma psiquiátrica, uma vez vitoriosa em sua luta contra a dominação política e na crítica contra as pretensões epistemológicas do discurso psiquiátrico, começa a dar sinais de fastio, de querer se acomodar na suavidade de

suas certezas”, somos alertados sobre a importância da contínua reformulação de práticas e discursos. Relembramos com isso o potencial e a necessidade da reforma psiquiátrica em se manter inventiva, instituinte, investigativa.

Construir novos dispositivos, traçar novos percursos, desmontar velhas lógicas, foram conquistas importantíssimas. Porém ainda não foram suficientes. A incrível plasticidade dos discursos para se manter no jogo de poder deve ser foco de atenção. O controle social, como vimos, conseguiu moderar os atos violentos que eram exercidos por um discurso antes *invisível*. Foucault destaca, como lembra Deleuze (2010, p. 1), que é preciso estar atento às curvas de visibilidade e às curvas de enunciação. Mas Agambem ressalta que contemporâneo “é aquele que mantém fixo o olhar no seu tempo, para nele perceber não as luzes, mas o escuro.” (2009, p 62). É claro e visível que os hospitais psiquiátricos enquanto dispositivos de poder de uma lógica manicomial devem acabar, mas permanece sendo obscuro o porquê de eles continuarem a existir como sustentação de um outro discurso que se pretende *novo* – o discurso da reforma psiquiátrica.

#### Referências:

Agambem G. O que é o contemporâneo? e outros ensaios (VN Honesko, Trad.). Chapecó, SC: Argos; 2009.

Alarcon S. Da reforma psiquiátrica à luta pela ‘vida não-fascista’. *Hist. ciênc. saúde - Manguinhos* 2005; 12(2): 249-263.

Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad. Saúde Públ.* 1995; 11(3): 491-494.

\_\_\_\_\_. (Org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 3. reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

\_\_\_\_\_. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. 2. rev. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996*. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc> >. Acesso em: 25 fev. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento

apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. 56 p. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_15\\_anos\\_caracas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf) >. Acesso em: 01 set. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados, v. 5, n. 7, junho de 2010. Edição Especial. Lançada às vésperas da fase nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Brasília, 2010. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 25 p. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf> >. Acesso em: 02 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Saúde Mental em Dados, v. 6, n. 8, janeiro de 2011. 2003-2010 - Governo Lula. Brasília, 2011. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 24p. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude\\_mental\\_dados\\_v8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf) >. Acesso em: 02 fev. 2011.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm) >. Acesso em: 28 nov. 2010.

Castro E. Vocabulário de Foucault: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica editora; 2009.

Deleuze G. Conversações (1972-1990) (PP Pelbar, Trad.). 2. ed. São Paulo: Ed. 34; 2010.

Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa qualitativa em serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi MLM, Mercado FJ (Orgs.) Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

Desviat M. A reforma psiquiátrica (V Ribeiro, Trad.) 2. reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. saúde pública 2008 Janeiro. Rio de Janeiro, 24(1): 17-27.

Foucault, M. Problematização do sujeito: Psicologia, psiquiatria e psicanálise [Ditos & Escritos vol. I] (VLA Ribeiro, Trad). 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006a.

\_\_\_\_\_. O poder psiquiátrico: Curso dado no Collège de France (1973-1974) (E Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes; 2006b.

Furtado JP, Onocko-Campos R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* 2005, 8(1): 109-122.

Hirdes, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciênc. saúde coletiva* 2009, 14(1): 297-305.

Malamut BS. O poder e o dispositivo: hospital psiquiátrico na contemporaneidade. Belo Horizonte 2011. Mestrado em Ciências da Saúde [dissertação de mestrado] - Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ.

Malamut BS, Passos ICF, Modena CM (2010). Violência e poder no discurso psiquiátrico: da exclusão sistemática à subjetivações normativas. *Psic. soc.* 2010. [Inédito].

Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Minas Gerais. Governo do Estado. Lei n. 11.802, de 18 de janeiro de 1995. Dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internação, especialmente a involuntária e dá outras providências. Imprensa Oficial de Minas Gerais, Poder Executivo, Belo Horizonte, 18 jan. 1995. Data da última atualização: 27/11/2003. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/Lei\\_11802.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/Lei_11802.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2010.

Passos ICF. Loucura e sociedade: discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte: Argvmentvum; 2009.

Revel J. Michel Foucault: conceitos essenciais (CP Filho, N Milanez, Trad.). São Carlos: Claraluz; 2005.

Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. ciênc. saúde – Manguinhos* 2002, 9(1): 25-59.

Zambenedetti G, Perrone CM. O processo de construção de uma rede de atenção em saúde mental: desafios e potencialidades no processo de reforma psiquiátrica. *Physis: revista de saúde coletiva* 2008, 18(2): 277-293.

Zambenedetti G, Silva RAN. As noções de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicol. rev.* 2008, *14*(1): 131-150.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Agambem (2009, p. 58) diz que:

Pertence verdadeiramente ao seu tempo, é verdadeiramente contemporâneo, aquele que não coincide perfeitamente com este, nem está adequado às suas pretensões e é, portanto, nesse sentido, inatual; mas, exatamente por isso, exatamente através desse deslocamento e desse anacronismo, ele é capaz, mais do que os outros, de perceber e apreender o seu tempo.

Nesse sentido, pesquisar os Centros de Atenção Psicossocial (opção que primeiramente nos vem à mente quando pensamos em uma pesquisa no campo da saúde pública em sua interface com a saúde mental) não se apresenta com a melhor opção para nós.

Aqueles que coincidem muito plenamente com a época, que em todos os aspectos a esta aderem perfeitamente, não são contemporâneos porque, exatamente por isso, não conseguem vê-la, não podem manter fixo o olhar sobre ela. (Agambem, 2009, p. 59)

Outra característica ressaltada por Agambem é que o contemporâneo “É aquele que mantém fixo o olhar no seu tempo, para nele perceber não as luzes, mas o escuro.” (2009, p. 62). É claro e visível que os hospitais psiquiátricos enquanto dispositivo de poder de uma lógica manicomial devem acabar, mas permanece sendo obscuro o motivo de continuarem a existir.

Importante marcar que o contemporâneo não tem tanto a ver com o tempo cronológico, mas com uma temporalidade outra, que urge e que nunca podemos alcançar:

De fato, a contemporaneidade se escreve no presente assinalando-o antes de tudo como arcaico, e somente quem percebe no mais moderno e recente os índices e as assinaturas do arcaico pode dele ser contemporâneo. [...] a via de acesso ao presente tem necessariamente a forma de arqueologia que não regride, no entanto, a um passado remoto, mas a tudo aquilo que no presente não podemos em nenhum caso viver e, restando não vivido, é incessantemente relançado para a origem, sem jamais poder alcançá-la. Já que o presente não é outra coisa senão a parte de não-vivido em todo vivido [...]. (Agambem, 2009, p. 69-70).

Desse modo compreendemos que tratar de nosso objeto no contemporâneo diz respeito à necessidade de se tentar ler de modo inédito o suposto já posto, e nele encontrar os restos fecundos que insistem em se fazer germinar. As relações de poder num hospital psiquiátrico realmente se transformaram após a incidência do discurso da reforma psiquiátrica?

Para nós, ficou claro como a violência e o exercício de poder psiquiátrico bastante polarizado ainda se encontram vigentes no hospital psiquiátrico pesquisado. Verificou-se também que, para os entrevistados, a rede de saúde mental mantém sua articulação em torno do discurso médico psiquiátrico, valendo-se do hospital psiquiátrico para dar apoio e sustentação a um projeto que se propõe ser avesso à lógica hospitalocêntrica.

O modelo de ‘substituição’ talvez precise ser repensado na medida em que a reforma psiquiátrica busca a desmontagem de uma lógica, e não a alteração de endereço de atendimento dos pacientes. Não se trata de mudar para manter o mesmo.

Novas formas de sociabilidade devem ser buscadas, formas que não se conformem com a reprodução de lógicas totalitárias de inserção social, reinventando espaços coletivos para o exercício político entre homens em igual acesso ao poder, e que possam se valer da amizade e da liberdade. O projeto que pode ser pejorativamente qualificado de utópico pode assim retomar sua potência político-transformadora como um movimento de resistência popular. Talvez assim seja possível que o tão almejado desejo de Foucault (2009a, p. 128) seja atendido: que a loucura e sua produção de verdade pudessem se libertar das formas atuais de poder-saber, desvinculando a verdade das formas hegemônicas de exercício de poder atuais. Se acaso os ‘avanços’ militares da psicofarmacologia sobre o terreno do mental obtiverem o desejado sucesso de ‘cura’, podemos apostar que: “permanecerá: a relação do homem com seus fantasmas, com seu impossível, com sua dor sem corpo, com sua carcaça da noite” (Foucault, [1964] 2006a, p. 211). Não queremos um ideal de retorno a um *grau zero* da loucura, mas que possamos não extinguir a existência dessa forma de exterioridade, de limite, de estranheza, inserindo-a novamente na positividade do sentido já-dado, da compreensão ou da codificação pelos saberes médicos-psicológicos. É a busca por uma cultura que respeite a produção de sua alteridade constitutiva.

## **8 ANEXOS**



## 8.1 ANEXO I

### PARTICIPANTES DO ESTUDO

Entrevistado	Idade (anos)	Residência (Ano)	Tempo de trabalho no HGV	Local de Trabalho
Alberto	54	2000	5 meses	Plantão Urgência
Alda	59	1980	22 anos	Plantão Urgência
Aline	32	2007	1 ano e ½	Plantão Urgência
Arnaldo	32	2005	4 anos	Plantão Urgência
Arthur	55	1980	12 anos	Plantão Urgência
Camila	61	1977	8 anos	Internação de curta permanência
Cássia	50	1986	24 anos	Internação de curta permanência
Célio	64	1976	30 anos	Internação de curta permanência
Elaine	57	1981	25 anos	Ala de internação media permanência

## 8.2 ANEXO II

### **ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

- Quais são os critérios que você utiliza para encaminhar um paciente para internação?
- Como você lida com os pedidos de internação?
- Seu trabalho sofre influências da reforma psiquiátrica? Como?
- Como você entende o funcionamento da rede e qual o lugar do hospital nela?
- Como você avalia seu processo de tomada de decisões no cotidiano do serviço?

## 8.3 ANEXO III

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro(a) Doutor(a),

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de pesquisa “Hospital psiquiátrico na contemporaneidade: o poder e o dispositivo”.

Esta pesquisa está inserida no programa de pós-graduação do Centro de Pesquisas René Rachou – FIOCRUZ, órgão de pesquisa do Ministério da Saúde, e o responsável por ela é o psicólogo Bernardo Salles Malamut (telefone de contato 31-3349-7741).

O objetivo geral desta pesquisa é avaliar o discurso sobre a alta psiquiátrica em um hospital psiquiátrico após a implementação da reestruturação da assistência psiquiátrica no Estado de Minas Gerais visando a melhora da assistência e da formulação de políticas públicas para o Sistema Único de Saúde - SUS.

A realização desse trabalho se dará através das análises das diversas entrevistas que serão feitas com médicos psiquiatras trabalhadores do Hospital Psiquiátrico Galba Velloso (FHEMIG), motivo pelo qual o senhor(a) foi selecionado.

Caso o senhor(a) concorde em participar da pesquisa, será realizada uma entrevista com os psicólogos da equipe (Bernardo Salles Malamut e Celina Maria Modena). É importante que cada entrevista seja gravada para depois poder ser analisada detalhadamente pelos pesquisadores. O seu depoimento é muito importante para a melhor compreensão de um hospital psiquiátrico após início da reforma psiquiátrica, mas o(a) senhor(a) não é obrigado a participar. Se a qualquer momento o uso do gravador lhe for incômodo, ele poderá ser desligado a seu pedido.

A entrevista é voluntária e você não receberá qualquer compensação financeira por ela, mas também não terá nenhum custo para participar. Não haverá nenhum tipo de penalização caso o(a) senhor(a) se recuse a participar, não havendo nenhum prejuízo a seu atendimento por uma possível recusa.

O(a) senhor(a) tem o direito de esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa desta pesquisa. É também garantida a retirada de consentimento a qualquer momento, assim como deixar de participar do estudo, sem nenhuma penalidade ou prejuízo.

Você tem o direito de manter-se atualizado(a) quanto aos resultados parciais da pesquisa e, caso alguma informação sobre os resultados seja solicitada pelo senhor(a), estas serão fornecidas.

Os dados obtidos com as entrevistas serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa científica, e os resultados serão divulgados através de relatórios, artigos científicos e apresentações em congressos, sem nunca tornar possível a sua identificação. A divulgação e a análise dos resultados terão como único objetivo a contribuição para o planejamento e execução de ações de saúde.

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

*Li e entendi as informações. Tive oportunidade de fazer perguntas e tirar minhas dúvidas. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim. Concordo em participar do estudo até que eu decida em contrário. Recebi uma cópia assinada deste documento.*

Assinatura do entrevistado:

\_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Seus telefones para contato:

\_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador:

\_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

**Em caso de qualquer dúvida entre em contato com:**

**Bernardo Salles Malamut: 31-3349-7741**

**malamut@cpqrr.fiocruz.br**

**Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG: 31-3239-9552**

**Comitê de Ética em Pesquisa CPqRR/FIOCRUZ: 31- 3349-7825**

Centro de Pesquisas René Rachou: Av. Augusto de Lima, 1715, Barro Preto

30190-002, Belo Horizonte-MG - Brasil

## 8.4 ANEXO IV

### **Do Instituto Neuro-Psiquiátrico Galba Moss Velloso ao Hospital Galba Velloso – a história oficial de meio século de psiquiatria mineira<sup>16</sup>**

#### *Década de 50 – A criação de uma demanda*

Até a década de 1950, Belo Horizonte contava com seis unidades públicas destinadas às internações psiquiátricas: o Hospital de Assistência a alienados, criado em 1903 em Barbacena; o Hospital Colônia de Barbacena, de 1911; o Instituto Raul Soares (IRS), em Belo Horizonte, criado em 1922; o Hospital Psiquiátrico de Oliveiras, em 1924; o Manicômio Judiciário de Barbacena, fundado em 1929; e finalmente, o Hospital de Neuropsiquiatria infantil, de 1947. Aqueles maiores de 18 anos, residentes na cidade de Belo Horizonte, contavam somente com um Instituto mantido pelo Estado para atendimento psiquiátrico, o IRS. No entanto, o IRS era uma unidade destinada a atender pacientes, de ambos os sexos, que não possuíam registro no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), conhecidos na época como “indigentes”.

A regulamentação e organização da assistência ocorreram em 1922 através da criação da Assistência a Alienados de Minas Gerais pelo decreto 6.169 de 31 de agosto. Esse decreto vem após a lei n. 778 de 16 de setembro de 1920, que regia a Reforma à Assistência a Alienados priorizando a criação de um serviço de assistência ligado à Faculdade de Medicina de Belo Horizonte em decorrência do problema de superlotação do Hospital Colônia de Barbacena. As legislações mineiras antecedentes datam de 1900 (lei n. 290 de 16 de agosto, regendo sobre a ‘Criação da Assistência a alienados – instalação do “hospício” de Barbacena’) e de 1903 (decreto n 1.579 de 21 de fevereiro, regendo sobre o ‘Regulamento que organiza a assistência a alienados’). Segundo o decreto de 1922 e o regulamento que o acompanha, conhecido como *Regulamento Affonso Penna*:

A assistência a Alienados em Minas Geares constitui um departamento de saúde publica, annexado á Directoria de Hygiene e tem como fins principaes: - socorrer as pessoas que necessitarem de tratamento em consequência de alienação mental, defender a sociedade contra os actos mórbidos das mesmas, combater pelos meios mais adequados, os, factores psychopathologicos geraes, existentes no Estado. (Junior In: Moretzsohn, 1989, p. 31)

O decreto segue os princípios do que virá a ser conhecido no Brasil em 1928 como *Liga Brasileira de Higiene Mental*, fundada em 1923 pelo psiquiatra Gustavo Ridel<sup>9</sup>. Regida

---

<sup>16</sup> Revisão teórico-bibliográfica sobre a história da instituição pesquisada, realizada previamente a ida ao campo para coleta de dados.

por ideais eugênicos de prevenção, a liga promoveu no Brasil uma psiquiatria xenófoba, moralista, racista e bastante filiada aos ideais nazistas. Se citamos esse momento da história da psiquiatria brasileira, isso se deve ao fato de que a Liga evidencia como as relações de poder permeiam o campo psiquiátrico brasileiro, repetindo o padrão já estabelecido por Foucault (2006). Além disso:

A psiquiatria brasileira não pode ser legitimamente julgada, pois é extremamente mal conhecida. Sua história nem sequer foi ainda corretamente recenseada. É quase desnecessário dizer que pouquíssimos autores preocuparam-se em tematizar seriamente qualquer aspecto que fosse de nossa psiquiatria. (...) A psiquiatria brasileira pode ser acusada de nunca ter formulado teorias originais. Mas isto não nega nem a especificidade de seu pensamento psiquiátrico, nem a singularidade de sua história. (Costa, 2007, p. 18).

Já em 1932 a criação da Inspetoria Geral de Assistência Hospitalar de Alienados do Estado de Minas Gerais e constituição de uma comissão que criou o primeiro regulamento dos serviços de assistência aos alienados, já subordinada à Secretaria de Educação e Saúde Pública (Paprocki, Rangel, 1963; Costa et al, 1971; Moretzsohn, 1989). A inspetoria teria a função de fiscalizar todos os estabelecimentos de assistência médica, públicos ou particulares, com exceção dos destinados as doenças contagiosas (Moretzsohn, 1989). Em 1933 seu nome muda para *Diretoria Geral de Assistência Hospitalar*. Busca-se melhora na qualidade da assistência e aumento no número de leitos, no entanto os doentes continuam a serem chamados de “energúmenos (...), parasitas, peso morto pro Estado” (Moretzsohn, 1989, p. 59). Em 1941, institui-se o Serviço Nacional de Doenças Mentais. Lembremos que, em 1940, a população interna do Hospital Colônia de Barbacena era de 3.500 internos, com uma média de óbito de 700/ano, a maioria por diarreia. Em 1946 ocorre a criação, dentro da Secretaria de Saúde, da Divisão de Assistência Neuropsiquiátrica, com dois serviços: o de Assistência a Psicopatas Adultos e o de Neuropsiquiatria infantil. Em 1948 agrega-se mais um serviço, o de Higiene Mental e Serviço Social de Psiquiatria (Costa et al, 1971).

No final da década de 1950, em Minas Gerais, surge o projeto de um novo hospital psiquiátrico para o Estado. Construído pelo Departamento de Engenharia Sanitária da Secretaria de Saúde e Assistência do Estado de Minas Gerais, e inaugurado em 25 de Janeiro de 1961 com o nome de Instituto Neuro-Psiquiátrico Galba Moss Velloso, a nova unidade psiquiátrica veio com o objetivo de auxiliar a superlotação dos hospitais conveniados através da criação de dez enfermarias destinadas a pacientes de todas as idades do sexo feminino. No entanto, devido a reformas necessárias para a colocação do hospital em funcionamento, foi somente em maio de 1962 que as trinta e quatro primeiras pacientes foram transferidas do

Instituto Raul Soares para a nova unidade hospitalar. O Estado de Minas Gerais passa a contar com aproximadamente 7 mil leitos psiquiátricos (Paprocki, Rangel, 1963).

*Instituto Neuro-Psiquiátrico Galba Moss Velloso*

O instituto teve seu nome escolhido em homenagem ao Doutor Galba Moss Velloso por indicação do Departamento de Neuropsiquiatria da Associação Médica de Minas Gerais. Nascido em 1 de novembro de 1889, no município de Cataguases, formou-se em medicina no Rio de Janeiro, na Faculdade Nacional da Universidade do Brasil, onde defendeu a tese de doutoramento “Em torno do sinal de Babinski”. Em seu retorno a Minas Gerais conquistou o título de docente da cadeira de psiquiatria da Universidade de Minas Gerais com o a tese “Malarioterapia na doença de Bayle”. Lecionou na faculdade de medicina e na faculdade de direito, foi diretor do Instituto Raul Soares, local em que promoveu mudanças importantes, buscando sempre a superação da concepção asilar na psiquiatria. Foi também inspetor técnico da assistência aos psicopatas, elaborando o regulamento de assistência que permaneceu como o documento de referência por mais de 30 anos. Em decorrência da sua assinatura ao Manifesto dos Mineiros (carta aberta publicada em 24 de outubro de 1943 em protesto pela restituição da democracia e pelo fim do Estado Novo), em 1945, é demitido pelo então Presidente Getúlio Vargas de todos os seus cargos públicos (Paprocki, Rangel, 1963).

O Instituto de Neuro-psiquiatria Galba Velloso passa a ser conhecido como Hospital Galba Velloso (HGV). O hospital inicialmente recebia mulheres indigentes, mas rapidamente desloca sua clientela para o IRS e passa a receber segurados do INPS e beneficiários da BEPREM, da PMMG, do IPSEMG e do FUNRURAL, como veremos com mais detalhes à frente.

Seu primeiro diretor foi Helio Durães Alkmin, seguido por Jorge Paprocki que permaneceu na direção no período de 1963-1968. Várias mudanças ocorrem ao longo da gestão de Paprocki, como a abolição do uso das celas-fortes e grades já no ano de 1963 (Nascimento e cols, [s.d]). Enfatizaríamos também a experiência inovadora vivenciada na instituição: o regime “open-door” como lógica de funcionamento seguindo os princípios de “comunidades terapêuticas” (Goulart, 2008).

Progressivamente os 350 leitos hospitalares vão sendo ocupados com uma média de lotação chegando a 378 leitos/ano em 1965. Se a população usuária do hospital aumentava, o percentual de reinternações (de 6% de reinternações em 1962 para 4% em 1967) e o tempo médio de permanência (de 98 dias em 1962 para 32 dias em 1967) decresciam (Goulart, 2008). No entanto, a superlotação passa a se configurar como um sério problema: Barbacena

por exemplo, com capacidade para 3 mil internos, contava com 3.800 internos em 1963 (Moretzsohn, 1989). Assim, “Não houve limitação de vagas [no HGV], sendo admitidos todos os casos que recebiam indicação, ocorrendo muitas vezes, uma superlotação.” (Costa et al, 1971, p. 45). Nesse momento surge a ideia da criação de um ambulatório.

Em função das necessidades, sejam sociais, sejam de ordem política assistencial, foi criado o ambulatório do Hospital Galba Velloso, em 1965, com o objetivo de amenizar o problema da superlotação. Em 1966, esta experiência foi ampliada e o ambulatório passou de um psiquiatra para três psiquiatras e 5 doutorandos. Por agravamento da crise econômica do Estado, com repercussões no hospital, o ambulatório foi fechado. Em 1968, com o início da residência em psiquiatria, o ambulatório foi reaberto, tendo como um dos objetivos primordiais, o ensino. Sob o ponto de vista assistencial, destinou-se, principalmente, ao atendimento de pacientes egressas. (Costa et al, 1971, p. 45).

No entanto, o fechamento do ambulatório ao longo de 1967 trouxe consequências para o início do declínio da ‘era vanguardista’ (Goulart, 2008) do hospital, pois ainda que a Residência em Psiquiatria tenha sido criada no ano de 1968 dentro do Hospital Galba Velloso, logo em 1971 ela é transferida para o Instituto Raul Soares:

O fechamento do ambulatório do Hospital Galba Velloso [em 1967], trouxe um aumento da população hospitalar, um atraso na Política Assistencial do Hospital Galba Velloso, naquele momento, com repercussão no plano do ensino, compensados pelos atendimentos pós-alta, de pacientes egressas por parte dos R2 e pela instalação do Day-Work. (Costa et al, 1971, p.47)

#### *Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica – FEAP*

O ano de 1968 marca a história do HGV promovendo um corte; surgem neste momento as noções de “triagem e passagem” vinculadas à imagem do hospital. A FEAP surge a partir de iniciativas do corpo clínico do HGV, sob a chefia de Dr. Jorge Paprocki. Seu propósito é inovador:

Atividades iniciadas com a constituição da FEAP são instigantes: racionalização do trabalho, levantamento socioeconômico de pacientes e familiares, promoções de convênios com institutos e previdências, convênios com hospitais de clínica, laboratórios e bancos de sangue, divulgação e sensibilização da comunidade, órgãos públicos e médico psiquiátrico, promoção da evolução do meio psiquiátrico, envidar esforços para o funcionamento dos hospitais dentro dos objetivos criados, criação das unidades de pensionistas em hospitais de agudos e, reestruturação de unidades de pensionistas em hospitais crônicos e ênfase ao ensino e à pesquisa. Houve também atividades específicas voltadas para os hospitais de agudos, de crônicos e ambulatório. (Goulart, 2008, p. 84).



Através da lei 4.953 de 25 de setembro de 1968 e do decreto de número 11.531, de 12 de dezembro do mesmo ano, a FEAP passa a congregar os cinco hospitais psiquiátricos do Estado (HGV, IRS, Neuropsiquiatria infantil, Colônia de Barbacena e Colônia de Oliveira), além do ambulatório central, sob a direção de Fernando Megre Veloso. No entanto, os trabalhos da FEAP só se iniciam efetivamente em 1969. Costa et al (1971, p. 47) comentam os benefícios que a constituição da FEAP trouxe à assistência psiquiátrica no Estado, enfatizando os planos administrativo, acadêmico e assistencial propriamente ditos (Costa et al, 1971).

A partir da constituição da FEAP enquanto órgão público ao qual os hospitais psiquiátricos estariam submetidos, o HGV modifica sua população atendida. Aqueles não segurados pelo INPS retornam ao atendimento exclusivo no IRS, enquanto o HGV passa a receber a população segurada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, beneficiários da BEPREM, da PMMG, do IPSEMG e do FUNRURAL. Desse modo o hospital buscava alavancar recursos para a manutenção da assistência.

Podemos comentar como a criação da FEAP respondia a uma demanda social de maior controle sobre as internações psiquiátricas. Respondia também às demandas formuladas pelos próprios profissionais psiquiatras ao longo do I Congresso Mineiro de Psiquiatria, realizado no período de 26 a 29 de julho de 1970. Com taxas de óbito chegando a 120 /mês (taxa 22% maior do que a mortalidade geral Estadual) fazia imperativo que o fluxo de pacientes dos hospitais de agudos e crônicos fosse regulamentado. A lógica do controle se inicia, desde a feitura de um inventário de imobiliário, terrenos, gastos e dívidas, passando pela centralização da contabilidade e da orientação da política assistencial, até a implementação do “sistema de controle dos serviços médicos e administrativos” (Cruz, 1971). Assim, “o disciplinamento das internações” (Cruz, 1971) se inicia com a criação de um pronto socorro psiquiátrico no IRS que faria o “exame prévio e sistemático de todos os doentes.” (Cruz, 1971). Veremos que, logo em 1972, esse pronto socorro se transfere para o HGV, dando então ao hospital um rótulo que perdurará por muitos anos, o de ser um hospital “triagista”.

#### *O Posto de Urgências Psiquiátricas (PUP)*

A chamada “indústria da loucura” mineira estava constituída, e com ela formavam-se um exército de “pacientes” cronificados em estruturas de depósito. Os pacientes crônicos eram considerados “despesa morta” (Cruz, 1971), não havendo investimento em qualquer forma de assistência visando a reinserção social do sujeito. No entanto, para os hospitais particulares conveniados ao INPS a internação era um negócio lucrativo, em especial, pois na

maioria das vezes a internação terminava somente com a alta por óbito. As autorizações de internação hospitalar (AIH), na época conhecidas como 'guias de internação hospitalar', eram emitidas nos próprios hospitais conveniados, ou eram feitas através dos postos de atendimento médico. Assim sendo, o Estado dispunha de escassos meios de controle das internações.

A partir da FEAP isso muda. No intuito de aumentar o controle sobre as internações cria-se a estrutura do posto de urgências psiquiátricas onde seria feito o exame psiquiátrico e, caso necessário, a emissão de guia e encaminhamento para internação em unidade conveniada.

O posto de urgência psiquiátrica foi criado em 1972 com a finalidade de atendimento de urgência em psiquiatria e triagem a pacientes conveniados. Com o convênio assinado passa a então a Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica (FEAP) a ceder instalações do HGV, bem como pessoal técnico para o atendimento de casos de urgências psiquiátricas e triagem para casos de internação (Planejamento de atividades de um posto... [s.d.]).

O HGV passa a contar então com duas administrações localizadas no mesmo terreno: a do próprio Hospital Galba Velloso e a do Posto de Urgências Psiquiátricas. A assistência, a produção teórica, as inovações terapêuticas para além da psicofarmacologia, entram em franco declínio. O PUP e seus médicos passam a sofrer duras críticas e pressões externas de donos de clínicas particulares conveniadas, devido a interesses econômicos. Sustentar uma clínica inovadora, que buscava romper com a antiga estrutura psiquiátrica no modelo de triagem, torna-se impossível. A década de 1970 se vê marcada então por uma psiquiatria disciplinar, asilar, manicomial.

Em 1977 a FEAP se funde com a Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência (FEAMUR) e com a Fundação Estadual de Assistência aos Leprosos (FEAL) para formar a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), órgão público que rege até hoje o HGV.

Com o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, cria-se o Movimento dos trabalhadores de Saúde Mental, tendo como meta a discussão e criação de parâmetros para a Reforma da Assistência Psiquiátrica no país. Posteriormente este movimento ganha força a partir da criação do movimento da Luta antimanicomial e do movimento dos usuários e familiares.

Poucas transformações ocorrem até o final da década de 1980.

Temos então em 1988 o ápice da Reforma Sanitária Brasileira com a criação do Serviço Único de Saúde (SUS). A participação dos usuários de serviço se torna legitimada

através do princípio de controle social. As noções de integralidade, equidade, municipalização e descentralização reafirmam alguns dos ideais já buscados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Inovações no HGV ocorreram a partir do final da década de 1980 e início da década de 1990, com os atendimentos em grupo em 1985, a abertura de um novo ambulatório – Ambulatório Luiz Cerqueira, das oficinas terapêuticas em 1992 e do hospital-dia em 1993. O PUP chega a atender 80 pacientes por plantão nesta época. No entanto, a imagem de hospital triagista, porta-aberta para internações, se mantinha (Mascarenhas, 1999).

Quanto ao quadro geral da psiquiatria mineira, se no início da década de 1990, em Minas Gerais, contávamos com aproximadamente 8.087 leitos, em 2000 esse numero se reduz aos 3.500 leitos psiquiátricos.

### Novos rumos da clínica

Em agosto de 1999 acontece então um seminário interno no HGV, chamado “Novos Rumos da Clínica”, no qual o funcionamento do PUP passa por fortes questionamentos. A tradição triagista pesa na lógica de funcionamento, ainda que esta não fosse a única função do PUP. “É pra consulta ou internação?” perguntava-se aquele que chegava à porta do hospital, local onde se iniciava, portanto, uma triagem. Quando consulta, o paciente era encaminhado ao ambulatório; quando internação, encaminhado ao PUP (Mascarenhas, 1999). Ou seja, havia uma equivalência entre a urgência psiquiátrica e a internação: “[isso] termina por reforçar a lógica da internação. Dito de outra forma, como se aqueles que não precisassem de consultas seriam automaticamente internados.” (Mascarenhas, 1999, p. 8). A internação poderia ocorrer no próprio HGV, no IRS, ou nas duas últimas clínicas particulares conveniadas: Psicominas e Instituto Phillippe Pinel. Como nos diz Mascarenhas (1999, p. 6), o trabalho de uma *clínica da crise* não acontecia. Além disso, o questionamento sobre o termo ‘urgência’ se fazia presente.

A urgência pode abranger três tipos de demanda – a subjetiva, a social e a biológica. (...) a importância de se pensar o atendimento de urgência como um ato clínico, com o objetivo de desmontar a crise, com uma lógica principalmente voltada para o tratamento, e não apenas o binômio – internação ou não internação. Essa nova lógica determina uma maior implicação dos profissionais que vão acolher o paciente em crise. (Mascarenhas, 1999, pp. 12-13).

Esse significante novo, o acolhimento, toma corpo. No dia 21 de setembro de 1999 o serviço muda: passa-se de PUP para CAC, ou seja, Centro de Acolhimento de Crise. Passa a se enfatizar outros encaminhamentos para além da internação: Centros de referência em saúde

mental (CERSAM), Centros de atenção psicossocial (CAPS), além de postos e centros de saúde. Muda-se a lógica temporal de funcionamento do antigo PUP: busca-se um alargamento do tempo para se compreender e construir a história de um sujeito. Com a mudança, busca-se uma ultrapassagem da lógica da urgência, cuja temporalidade é encurtada e a resposta tem de ser imediata. A urgência na saúde mental carrega o peso de significações do tipo ‘perigo para si e para terceiros’ (Mascarenhas, 2003). Já a noção de crise relaciona-se com a intersubjetividade do encontro entre o profissional de saúde e o paciente, pois a crise só é reconhecida enquanto tal na dimensão intersubjetiva. Mascarenhas (2003) enfatiza que o termo ‘crise’ evocaria tanto o perigo quanto a oportunidade de mudança.

Assim surgem 23 leitos, antes destinados à internação. Esses leitos são relocados para um espaço aberto, sem que haja restrições quanto à presença e circulação de familiares. A presença de uma equipe multidisciplinar torna-se mais importante, visto ser esta a responsável, juntamente ao paciente, pela elaboração do ‘projeto terapêutico individual’. A internação é considerada o último dos recursos. Se, segundo dados de Mascarenhas (2003), em 2000, houve 980 encaminhamentos para hospitais psiquiátricos conveniados, em 2002 esse número cai para 172, chegando a nenhum encaminhamento para hospitais privados de janeiro à maio de 2003. Ao final de 2002, o SUS não conta mais com nenhum hospital privado conveniado para realizar atendimentos psiquiátricos. Ainda em 2003, 70% dos atendimentos realizados no HGV foram encaminhados em no máximo 24 horas para a rede de atenção à saúde mental e, dos 30% restantes, 17% permaneceram no leito-crise, em geral de 24 a 72 horas, sendo posteriormente encaminhados à rede, e 13% foram internados em enfermarias do HGV.

É importante remarcar como, a partir de 1999, o Hospital Galba Velloso reforça a necessidade de diálogo entre os serviços da rede de atenção a saúde mental, instaurando reuniões com as Secretarias Municipais de Saúde do Estado, com a Secretaria Estadual de Saúde, coordenações municipais de saúde mental, com os CAPS e CERSAMs, e também com as unidades básicas de saúde.

Ao longo dessas discussões, verificou-se que não havia mais motivo para manutenção do ambulatório Luís Cerqueira, bem como das Oficinas Terapêuticas no interior de um hospital psiquiátrico. Então, em 2000, a progressiva desativação e reorientação dos pacientes usuários deste serviço passam a ocorrer. O fechamento é gradativo, os encaminhamentos são feitos à rede básica de atenção. Finalmente em agosto de 2001 fecham-se as Oficinas Terapêuticas e, em dezembro de 2002, o Ambulatório Luís Cerqueira.

Desse modo chegamos à missão hospitalar tal como ela nos é definida hoje:

A unidade psiquiátrica tem como missão atender a clientela acima de 18 anos, portadora de transtorno mental, em situação de crise, considerando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Através do trabalho de equipes multidisciplinares e de dispositivos terapêuticos diversos, possibilita o acolhimento e o tratamento do sujeito em crise até a sua estabilização psíquica assim como a articulação e continuidade do tratamento em Rede de atenção à Saúde Mental do município, da região metropolitana e das demais cidades do Estado de Minas Gerais, possibilitando a este sujeito o restabelecimento de seus laços sociais. (Souza, Assumpção, Mascarenhas, 2004) [grifo nosso]

### Referências:

Costa et al. Assistência Psiquiátrica Pública em Minas Gerais. Rev. Centro de Estudos Galba Velloso-FEAP 1971. 2(4): 41-68.

Costa JF. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 5. ed. Revisada. Rio de Janeiro: Garamond; 2007.

Cruz LS. Projeto (n. 120/71) de Utilidade Pública a Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica, com sede em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais. *Minas Gerais de 28-04-1971* 1971. [mimeo].

Foucault M. O poder psiquiátrico: Curso dado no Collège de France (1973-1974) (E Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes; 2006b.

Goulart MSB. O Hospital Galba Velloso e as vicissitudes da história da psiquiatria mineira nos anos 60. Relatório final de pesquisa 2008. [mimeo].

Mascarenhas MEB. Projeto de transformação do posto de urgências psiquiátricas (PUP) do Hospital Galba Velloso em um serviço de acolhimento de urgência e de crise 1999. [mimeo].

\_\_\_\_\_. Hospital Galba Velloso: do hospital à rede, um projeto em construção. O risco – publicação da Associação Mineira de Psiquiatria 2003.

Moretzsohn JA. História da psiquiatria mineira. Belo Horizonte: Coopmed editora; 1989. Nascimento e cols. Proposta para um projeto arquitetônico do Hospital Galba Velloso [s.d.]. [mimeo].

Paprocki J, Rangel E (Org). Anais 1963 – Hospital Galba Velloso. Belo Horizonte: Departamento de Saúde Mental; 1963.

Planejamento de atividades de um posto de urgências psiquiátricas em hospital para-Estatal – PUP/HGV – Belo Horizonte. [s.d.] [mimeo].

Souza CMP, Assumpção EP, Mascarenhas MEB. Plano Diretor do Hospital Galba Velloso: 2005/2007. 2004. Monografia [Especialização em gestão saúde] – Fundação Ezequiel Dias, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004.

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agambem G. O que é o contemporâneo? e outros ensaios (VN Honesko, Trad.). Chapecó, SC: Argos; 2009.

Alarcon S. Da reforma psiquiátrica à luta pela 'vida não-fascista'. *Hist. ciênc. saúde - Manguinhos* 2005; 12(2): 249-263.

Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad. Saúde Públ.* 1995; 11(3): 491-494.

\_\_\_\_\_. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. 2. rev. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

\_\_\_\_\_. (Org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 3. reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MD, Mari JJ. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Rev. bras. psiquiatr.* 2007. 29(2): 43-46.

Arendt H. A vida do espírito: o pensar, o querer, o julgar (A Abranches, Trad.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1991.

\_\_\_\_\_. *Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal* (JR Siqueira, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras; 1999.

\_\_\_\_\_. *Sobre a violência* (A Duarte, Trad.). 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2010.

Barreto J. Cidadania, subjetividade e reforma psiquiátrica. *Physis: revista de saúde coletiva* 2008, 18(2): 295-316.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996*. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc> >. Acesso em: 25 fev. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento

apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. 56 p. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_15\\_anos\\_caracas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf) >. Acesso em: 01 set. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados, v. 5, n. 7, junho de 2010. Edição Especial. Lançada às vésperas da fase nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Brasília, 2010. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 25 p. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf> >. Acesso em: 02 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Saúde Mental em Dados, v. 6, n. 8, janeiro de 2011. 2003-2010 - Governo Lula. Brasília, 2011. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 24p. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude\\_mental\\_dados\\_v8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf) >. Acesso em: 02 fev. 2011.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm) >. Acesso em: 28 nov. 2010.

Bertolote JM. Violência e saúde mental: como podemos fazer parte da solução? Rev. bras. psiquiatr. 2009. 31(supl. 2): 39-40.

Castro E. Vocabulário de Foucault: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica editora; 2009.

Charaudeau P. Linguagem e discurso: modos de organização (AS Corrêa, IL Machado, Trad.). São Paulo: Contexto; 2008.

Charaudeau P, Maingueneau D. Dicionário de análise do discurso (F Komesu et al., Trad.). São Paulo: Contexto; 2008.

Costa FM (Org.). Os melhores contos de loucura. Rio de Janeiro: Ediouro; 2007.

Costa JF. Violência e psicanálise. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 1986.

\_\_\_\_\_. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 5. ed. Revisada. Rio de Janeiro: Garamond; 2007.



Costa et al. Assistência Psiquiátrica Pública em Minas Gerais. Rev. Centro de Estudos Galba Velloso-FEAP 1971. 2(4): 41-68.

Cruz LS. Projeto (n. 120/71) de Utilidade Pública a Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica, com sede em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais. Minas Gerais de 28-04-1971 1971. [mimeo].

Delgado PGG. As razões da tutela: Psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá; 1992.

Delgado PG, Weber R. A redução de leitos não significou redução do financiamento para a saúde mental no Brasil. Rev. bras. psiquiatr. 2007. 29(2): 188-199.

Deleuze G. Conversações (1972-1990) (PP Pelbar, Trad.). 2. ed. São Paulo: Ed. 34; 2010.

\_\_\_\_\_. O que é um dispositivo? 2010b. [s.l.]: [s.n.]. 8 p. Disponível em: <<http://filoesco.unb.br/foucault/art14.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2010.

Descartes R. Discurso do método (ME de AP Galvão, Trad.). 3. ed. acrescida dos textos e comentários de Étienne Gilson. São Paulo: Martins Fontes; 2007.

Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa qualitativa em serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi MLM, Mercado FJ (Orgs.) Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. P. 99-120.

Desviat M. A reforma psiquiátrica (V Ribeiro, Trad.) 2. reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Dreyfus H, Rabinow P. Michel Foucault: uma trajetória filosófica – para além do estruturalismo e da hermenêutica (VP Carrero, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.

Duarte A. Poder e violência no pensamento político de Hannah Arendt: uma consideração. In: Arendt H. Sobre a violência. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2010.

Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Möller HJ. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia Parte 2: tratamento de longo prazo. Rev. psiquiatr. clín. 2006, 33(supl. 1): 65-100.

Firmino H. Nos porões da loucura. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Codecri; 1982.

\_\_\_\_\_. A Lucidez da loucura: a 'via-crucis' de Maria, a louca de Minas que desnudou a psiquiatria. Petrópolis: Vozes, 1986.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. saúde pública 2008 Janeiro. Rio de Janeiro, 24(1): 17-27.

Foucault M. O sujeito e o poder. In: Dreyfus H, Rabinow P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica (VP Carrero, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. P. 231-49.

\_\_\_\_\_. História da loucura na idade clássica (JTC Netto, Trad.). 6. reimpressão. São Paulo: Ed. Perspectiva; 2000.

\_\_\_\_\_. Os anormais: Curso no Collège de France (1974-1975) (E Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes; 2002.

\_\_\_\_\_. Problematização do sujeito: Psicologia, psiquiatria e psicanálise [Ditos & Escritos vol. I] (VLA Ribeiro, Trad). 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006a.

\_\_\_\_\_. O poder psiquiátrico: Curso dado no Collège de France (1973-1974) (E Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes; 2006b.

\_\_\_\_\_. Estratégia, Poder-Saber [Ditos & Escritos vol. IV] (VLA Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006c.

\_\_\_\_\_. Arqueologia do saber (LFB Neves, Trad.). 7. ed. 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008a.

\_\_\_\_\_. Nascimento da biopolítica: Curso dado no Collège de France (1978-1979) (E Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes; 2008b.

\_\_\_\_\_. Microfísica do poder (R Machado, Trad.). 27. reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 2009a.

\_\_\_\_\_. A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970 (LFA Sampaio, Trad.). 18. ed. São Paulo: Edições Loyola; 2009b.

\_\_\_\_\_. História da sexualidade I: a vontade de saber (MT da C Albuquerque, JAG Albuquerque, Trad). 19. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 2009c.

\_\_\_\_\_. Ética, sexualidade, política [Ditos & Escritos V] (E Monteiro, IAD Barbosa, Trad.). 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010a.

\_\_\_\_\_. Repensar a política. [Ditos & Escritos VI] (ALP Pessoa, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010b.

Freitas FFP. A história da psiquiatria não contada por Foucault. Hist. ciênc. saúde – Manguinhos 2004. Rio de Janeiro. 11(1): 75-91.

Furtado JP, Onocko-Campos R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 2005, 8(1): 109-122.

Gauchet M, Swain G. La pratique de l'esprit humain: L'institution asilaire et la révolution démocratique. Paris: Gallimard; 1980.

Goulart MSB. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. Pesqui. prá. psicossociais. 2006. São João del-Rei, 1(1): 1 - 19.

\_\_\_\_\_. O Hospital Galba Velloso e as vicissitudes da história da psiquiatria mineira nos anos 60. Relatório final de pesquisa 2008. [mimeo].

Goulart MSB, Durães F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias de desinstitucionalização. Psic. soc. 2010, 22(1): 112-120.

Grandella Junior O. Hospital psiquiátrico (re)afirmação da exclusão. Psic. soc. 2002 Janeiro/Junho, 14(1): 87-102.

Gullar, F. Uma lei errada. Folha de São Paulo 2009 abril 12. Caderno Ilustrada, página E8.

Hirdes, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. Ciênc. saúde coletiva 2009, 14(1): 297-305.

Machado R. Por uma genealogia do poder. In: Foucault M. Microfísica do poder (R Machado, Trad.). 27. reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 2009a.

Maia A. Sobre a analítica de poder de Foucault. *Tempo social: Revista de sociologia* 1995, 7(1-2):83-103.

Maingueneau D. *Novas tendências em análise do discurso* (F Indursky, Trad.). 3. ed. Campinas: Pontes – editora da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Martins ALB. Biopsiquiatria e bioidentidade: política da subjetividade contemporânea. *Psic. soc.* 2008, 20(3), 331-339.

Martins LAM, Peixoto Junior CA. Genealogia do biopoder. *Psic. soc.* 2009, 21(2), 157-165.

Mari JJ, Jorge MR, Kohn R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: Mello, MF, Mello AAF, Kohn R (Orgs). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007. P. 119-41.

Mari JJ et al. Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources. *Rev. saúde pública* 2006, 40(1): 161-169.

Mariz R. Ressurreição fora dos manicômios. *Jornal Estado de Minas* 2009 junho 2; *Cidadania e loucura*. Página 11.

\_\_\_\_\_. Brasil investe aquém do necessário. *Jornal Estado de Minas* 2009 junho 3; *Cidadania e loucura*. Página 14.

\_\_\_\_\_. Mal necessário ou modelo falido? *Jornal Estado de Minas* 2009 junho 4; *Cidadania e loucura*. Página 14.

Mascarenhas MEB. Projeto de transformação do posto de urgências psiquiátricas (PUP) do Hospital Galba Velloso em um serviço de acolhimento de urgência e de crise 1999. [mimeo].

\_\_\_\_\_. Hospital Galba Velloso: do hospital à rede, um projeto em construção. O risco – publicação da Associação Mineira de Psiquiatria 2003.

Milner JC. *A obra clara: Lacan, a ciência e a filosofia* (P Abreu, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1996.

Minayo MCS. A violência sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. saúde públ.* 1994, 10 (supl. 1): 07-18.

\_\_\_\_\_. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Minayo MCS, Souza ER. (1997-1998) Violência e saúde como um campo interdisciplinar de ação coletiva. *Hist. ciênc. saúde - Manguinhos* 1997-1998 novembro/fevereiro, 4(3): 513-531.

Minas Gerais. Governo do Estado. Lei n. 11.802, de 18 de janeiro de 1995. Dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internação, especialmente a involuntária e dá outras providências. Imprensa Oficial de Minas Gerais, Poder Executivo, Belo Horizonte, 18 jan. 1995. Data da última atualização: 27/11/2003. Disponível em: < [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/Lei\\_11802.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/Lei_11802.pdf) >. Acesso em: 28 nov. 2010.

Moretzsohn JA. História da psiquiatria mineira. Belo Horizonte: Coopmed editora; 1989.

Nascimento e cols. Proposta para um projeto arquitetônico do Hospital Galba Velloso [s.d.]. [mimeo].

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (Eds.). Relatório Mundial sobre saúde e violência. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2002.

Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Organização Mundial da Saúde; 2001.

Ortega F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2003-2004, 8(14): 9-20.

Paprocki J, Rangel E (Org). Anais 1963 – Hospital Galba Velloso. Belo Horizonte: Departamento de Saúde Mental; 1963.

Planejamento de atividades de um posto de urgências psiquiátricas em hospital para-Estatal – PUP/HGV – Belo Horizonte. [s.d.] [mimeo].

Passos ICF. Razão e loucura: a querela entre Foucault e Derrida. In: Passos ICF, Belo FRR (Orgs). Na companhia de Foucault: 20 anos de ausência. Belo Horizonte: Ed. Fale UFMG; 2004. P. 29-45.

\_\_\_\_\_. (Org). Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade (Coleção Estudos Foucaultianos). Belo Horizonte: Ed. Autêntica; 2008.

\_\_\_\_\_. Loucura e sociedade: discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte: Argvmentvum; 2009.

\_\_\_\_\_. Violência e relação de poder. Rev. Med. Minas Gerais 2010, 20(2): 234-241.

Passos ICF, Goulart MSB, Braga FM, Abreu MA, Vasconcelos EM. A formação em psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais e o processo de reforma psiquiátrica em Minas Gerais, nas décadas de 60, 70 e 80. Memorandum 2009 Out; 17: 149-168. Disponível em: < <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a17/passosecol01.pdf> >. Acesso em: 27 out. 2010.

Ratton H. Em nome da razão [filme-vídeo]. Produtor: Vidigal T. Belo Horizonte: Associação Mineira de Saúde Mental. VHS/NTSC, 24 min. p/b. son; 1979.

Revel J. Michel Foucault: conceitos essenciais (CP Filho, N Milanez, Trad.). São Carlos: Claraluz; 2005.

Rocha D, Deusdará B. Análise de conteúdo e análise de discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. Alea 2005 julho/dezembro: 7(2): 305-322.

Roudinesco E, Canguilhem G, Major R, Derrida J. Foucault: leituras da história da loucura (MID Estrada, Trad.). Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará; 1994.

Segatto C et al. A difícil escolha de internar. Época: Saúde & Bem-Estar: Psiquiatria. N. 576. São Paulo: Editora Globo, 1 junho 2009.

Sistema Único de Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferencia Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002.

Souki N. Hannah Arendt e a banalidade do mal. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2006.

Souza CMP, Assumpção EP, Mascarenhas MEB. Plano Diretor do Hospital Galba Velloso: 2005/2007. 2004. Monografia [Especialização em gestão saúde] – Fundação Ezequiel Dias, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004.

Swain G. Le sujet de La folie: naissance de La psychiatrie. Toulouse: Privat; 1977.

Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. ciênc. saúde – Manguinhos* 2002, *9*(1): 25-59.

Veyne P. Como se escreve a história?/Foucault revoluciona a história (A Baltar, MA Kneip, Trad.). 4. ed. Brasília: Ed. UNB; 2008.

Zambenedetti G, Perrone CM. O processo de construção de uma rede de atenção em saúde mental: desafios e potencialidades no processo de reforma psiquiátrica. *Physis: revista de saúde coletiva* 2008, *18*(2): 277-293.

Zambenedetti G, Silva RAN. As noções de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicol. rev.* 2008, *14*(1): 131-150.