

A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA VISÃO DE MÉDICOS PSIQUIATRAS: A *STULTIFERA NAVIS* CONTEMPORÂNEA

THE NETWORK OF MENTAL HEALTH ASSISTANCE IN THE VISION OF
PSYCHIATRIC DOCTORS: THE CONTEMPORARY *STULTIFERA NAVIS*

Bernardo Salles Malamut
Mestre em Ciências da Saúde pela
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
Centro Universitário UNA
bernardomalamut@gmail.com

Celina Maria Modena
Laboratório de Educação em Saúde e
Ambiente – Centro de Pesquisas René
Rachou. Pós-doutorado em Saúde
Coletiva (Fiocruz)
celina@cpqrr.fiocruz.br

Izabel C Friche Passos
Departamento de Psicologia (UFMG)
Doutorado em Psicologia (PUC-SP)
izabelfrichepassos@gmail.com

RESUMO

Este artigo versa sobre as incidências do discurso da reforma psiquiátrica na concepção de médicos psiquiatras trabalhadores de um hospital psiquiátrico público brasileiro, utilizando-se da análise do discurso. Focaliza a 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 analisarem 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, para os entrevistados, o hospital ocupa um lugar de sustentação dos outros dispositivos da rede substitutiva. Desse modo, os entrevistados compreendem os dispositivos substitutivos funcionando ora em uma lógica diversa da lógica manicomial, ora repetindo o discurso excludente que a reforma visa desmontar. Conclui-se que o paciente psiquiátrico permanece errante pelos serviços de saúde, e que a reforma psiquiátrica ainda necessita avançar no sentido de dar aos sujeitos um outro lugar social.

PALAVRAS-CHAVE: dispositivo, psiquiatria, reforma psiquiátrica, *Stultifera Navis*, saúde mental.

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 promulgada alguns anos antes, tem como objetivo 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 a 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 equipes de saúde mental nas 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, 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 de reforma nenhuma garantia da construção de uma rede assistencial, já que a rede é maior que o conjunto dos serviços que a constitui (BRASIL, 2005).

Na mesma linha de raciocínio, 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, outras vezes acaba por fragmentar tratamentos, promovendo descontinuidades. Zambenedetti e Silva citam Campos (2000) para quem 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. Os usuários dos serviços acabam tendo que seguir trajetórias pré-definidas, não conseguindo assim construir *sua* rede. Assim, o sistema de referência e contrarreferência restringiria as possibilidades do trabalho e de criação por seguir uma ordem burocrático-administrativa.

Se do ponto de vista administrativo, Furtado e Onocko-Campos (2005) apontam que para obtermos efetividade da reforma, no plano dos serviços, é preciso haver gestão dos equipamentos de atenção, pensamos com Passos (2008) que a pesquisa científica é também fundamental para compreendermos como os atores, responsáveis pela amarração das redes, as concebem e as constroem, já que entre o discurso prescrito e o compreendido pelo atores, sempre haverá diferenças.

Verificando o mapeamento mais recente da rede, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, encontramos o crescimento de 363% no número de CAPS no país: 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 apresentando um papel importante na rede, apesar de todo exercício violento de poder que neles persiste (MALAMUT; PASSOS; MODENA, 2011).

Temos como objetivo relatar o modo como psiquiatras trabalhadores de um hospital psiquiátrico público de um importante estado do país 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) que usa como ferramenta de análise a análise do discurso francesa (A.D.).

Foi constituído um *corpus* a partir de nove entrevistas com médicos psiquiatras, trabalhadores de um hospital psiquiátrico público, realizadas no período de fevereiro a maio de 2010. Trata-se de uma ‘amostra de conveniência’ que não visa a uma representatividade numérica, mas sim a 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 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 aponta que não importa quem fala, mas sim o fato de que “o que ele [o discurso] 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 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. Porém, é importante enfatizar que nenhuma das variáveis em questão (idade, sexo, tempo de formado ou local de trabalho) trouxe diferenças significativas ao discurso. A homogeneidade encontrada no *corpus* nos leva a pensar que os entrevistados estariam *dialogando* um com o outro, fato que corrobora a hipótese a ser analisada no artigo sobre os efeitos do dispositivo no discurso.

Todos os nomes dos entrevistados foram alterados para que sua identidade fosse ocultada. 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 é 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 no referido estado, e ao fato de o hospital em questão ter como um de seus marcos de orientação para o trabalho as diretrizes da reforma. Por motivos de garantia de sigilo ético, caracterizaremos a instituição sem identificá-la. A unidade hospitalar em questão conta com 145 leitos instalados. Em 2009 recebeu um total de 9.037 pacientes provenientes de todo o estado, o que evidencia sua representatividade na assistência psiquiátrica pública. Ainda, o hospital é foco de várias pesquisas e teve um papel importante no desencadeamento do processo de reforma psiquiátrica.

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 importante hospital psiquiátrico público do país. Não era nossa intenção, *a priori*, focarmos na relação dos profissionais do hospital com os serviços substitutivos. Entretanto, conforme o *corpus* foi sendo construído, ficou clara a importância de se explorar esse tema, pois se o discurso da reforma atinge os profissionais dos antigos manicômios, o principal impacto é sentido no fechamento dos leitos e na progressiva transferência de recursos para os dispositivos substitutivos. Focaremos nossa análise, portanto, no entendimento dos entrevistados sobre o que eles concebem ser a reforma psiquiátrica e sobre a construção de uma rede de atenção.

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 pelos entrevistados como uma ameaça para o seu trabalho. Vista como um jogo de poder, no qual outros profissionais da saúde mental o disputam, a reforma é criticada e compreendida de forma bastante desvinculada da assistência prestada por eles 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, trata-se de um processo político produzido por outras classes profissionais, 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”.

A entrada de outros profissionais não-médicos na atenção à saúde mental é enfatizada pelos entrevistados e descrita de forma bastante ambígua. Os entrevistados reconhecem como isso trouxe benefícios à assistência, mas trouxe também ameaça ao poder antes exclusivo do médico. Fica claro 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.

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”. Os entrevistados reconhecem essa disputa, porém buscam negar que sua luta é pela manutenção desse poder. 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 [...] Politizar o sintoma, uma interpretação política do sintoma também não basta”. Arthur entende ainda que “psicótico é psicótico” e “o excesso de politização da visão puramente sociogênica da doença mental acaba subtraindo isso aí”. A busca pela ‘verdade neurobiológica’ da doença mental ainda é um horizonte idealizado pela psiquiatria. E esse assentamento na hipótese biológica para doença mental, garantiria cientificidade. Porém, enquanto isso é um ideal almejado, a prática é fundada, segundo Foucault, “em algo como uma defesa social, pois eles não podem fundá-la em uma verdade” (FOUCAULT, 2006b, p. 320). E o discurso encontrado na pesquisa corrobora essa afirmação, já que o hospital psiquiátrico na rede vem ocupar esse lugar de ser um destino para as mazelas sociais, pois, segundo Cássia, “não dá para largar o povo sozinho na rua”.

Os entrevistados expressam sentir como se houvesse uma “dispersão” do saber psiquiátrico com a entrada de outros profissionais no tratamento, e, com isso, uma 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 (note-se que o entrevistador é um psicólogo). 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.

Já no que diz respeito à participação dos usuários no processo de construção da reforma, esta 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, empalhados, e faziam aquela farrá. Eles 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.

A entrevistada provavelmente está se referindo aos primeiros anos do desfile do 18 de maio, dia nacional de luta antimanicomial, que começou realmente em forma de passeata, só depois assumindo a forma de desfile carnavalesco. Ao contrário do tempo verbal empregado, o evento continua acontecendo todo ano. Elaine diz: “tenho dúvidas se ela [a reforma] 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, em que o mesmo 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, contraditoriamente, no discurso dos entrevistados 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”. 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 [desativação de leitos]. E aí? E agora? [...] Eu acho que estagnou, assim, de estagnou para piorou, para retroceder. Não tô vendo avanço”. 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 uma diferença introduzida pela reforma psiquiátrica: a moderação dos atos violentos travestidos de atos clínicos, antes exercidos livremente pelo discurso psiquiátrico.

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 à 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 na medida em que o hospital foi se tornando mais aberto, obviamente as cobranças aumentaram”. Reconhece que hoje se sente vigiado pelos órgãos reguladores (conselho de classe e Ministério Público). Desse modo, a reforma psiquiátrica introduz um ‘olhar’ constante que poderíamos associar ao Panóptico de Bentham e à análise feita por Foucault:

O efeito mais importante do Panóptico: induzir no detento um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder. Fazer com que a vigilância seja permanente em seus efeitos, mesmo se é descontínua em sua ação; que a perfeição do poder tenda a tornar inútil a atualidade de seu exercício; [...] Bentham colocou o princípio que o poder devia ser visível e inverificável. (FOUCAULT, 2009, p. 191).

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”. Como vemos, trata-se de uma inversão do sistema panóptico – do controle dos ‘prisioneiros’, o controle social exercido pela reforma se volta para os profissionais.

O hospital psiquiátrico: lugar de sustentação da reforma psiquiátrica

O posicionamento no que se refere à necessidade da permanência do hospital psiquiátrico é quase unânime. Calcado principalmente na justificativa das falhas da 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 é enfática:

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 Phillipe 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 apazigue 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 CERSAM lidam parcialmente, que os CERSAM são inclusive fornecedores de pacientes para o hospital”. Segundo Cássia a “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:

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 manicomial, o que nos dá subsídios para pensarmos a importância do dispositivo hospitalar e sua desconstrução na reforma psiquiátrica.

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”. Encontramos a negação da participação do saber psiquiátrico na execução dos atos manicomiais, e a negação da função desse dispositivo no saber e na prática. E se o psiquiatra é responsabilizado não o faz por si mesmo.

Cássia é a única a discordar de seus colegas psiquiatras. Pensa que os hospitais devem sim ser fechados de modo a impulsionar a reforma, 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 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 nossa análise da percepção dos entrevistados sobre os serviços CAPS, que em algumas cidades preservou os nomes originais com que foram criados antes da publicação da portaria que regulamenta esse tipo de estrutura (PORTARIA 336-19/02/02). É o caso dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), de algumas cidades mineiras, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos, em São Paulo, e outros. Os CAPS são os principais dispositivos que vieram para substituir a função do tratamento da ‘crise’, antes assumida pelos manicômios, além de serem o 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”, declarando ignorar a mudança de lógica de atendimento.

Arnaldo, evidenciando desconhecimento do modelo de funcionamento da rede do município do hospital psiquiátrico onde trabalha, 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”. É Célio que esclarece melhor o incômodo dos psiquiatras: “eles [os CAPS] 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, em sua opinião, é capaz de superar (MALAMUT; PASSOS; MODENA, 2011). Célio conclui que “os CERSAM 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 também 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 CERSAM 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 dê contenção para o paciente. Essa arquitetura hospitalar, que serve de suporte ao modelo médico, não é encontrada nos CAPS, 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 que “o CERSAM não tem em essência nenhuma diferença do que é feito aqui no hospital”? (frase de 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”. 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 portaria 336, que regulamenta o funcionamento dos CAPS, fala em “eventual repouso e/ou observação” em leitos de CAPS III e não em internação. É o caso de nos perguntarmos se se trata de mero eufemismo ou de uma lógica realmente diversa da internação hospitalar, uma vez que o ínfimo número de CAPS III implantados no país acaba de fato contribuindo para a complementaridade entre os hospitais e os CAPS apontada pelos entrevistados.

A Stultifera Navis Contemporânea

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 CERSAM 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 de CAPS I, II ou III, percebemos que contamos no país somente com 55 CAPS III (Brasil, 2011), com funcionamento 24 horas e leitos para internação. Ou seja, o número total de serviços que efetivamente poderiam contribuir na redução dos encaminhamentos para hospitais psiquiátricos ainda é bastante inferior ao necessário.

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 estar lá, ou alhures.

Há ainda a questão da organização dos serviços, de 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?”, diz Alda apontando uma questão colocada para as Unidades Básicas de Saúde, que deveriam responsabilizar-se pelas ‘neuroses simples’.

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 sob 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”. Ele explica um pouco mais: “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, um novo crônico”, como completa Célio.

Alda, que segue o mesmo raciocínio dos outros entrevistados, nos fornece uma interessante interpretação do 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 consequência, 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. Ele nos deixará um breve comentário a respeito do filme *Histoire de Paul* (1975), de René Féréty, bastante elucidador. 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 aqui, de modo a elucidar-lhes as linhas de enunciação mas também aquelas de ruptura.

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, sendo finalmente 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 dispositivo em Foucault, e a conseqüente subjetivação que dele pode advir, nos aponta para o caráter positivo do poder, bem como para a capacidade que todo dispositivo detém de "novidade e criatividade, que 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 do poder de uma lógica manicomial devem acabar, mas permanece sendo obscuro o porquê de continuarem a existir.

REFERÊNCIAS

AGAMBEM, Giorgio. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios**. Tradução Vinicius Nicastro Honesko. Chapecó, SC: Argos, 2009. 92p.

ALARCON, Sergio. Da reforma psiquiátrica à luta pela ‘vida não-fascista’. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 249-263, maio-ago. 2005.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul-set.1995.

AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 3.reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 202p.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed., 2.reimpressão . 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. **Portaria/GM n. 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II, CAPS ad II. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/Portaria_n336.htm> Acesso em: 16 de out. 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> 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 Intersectorial. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **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://bvsmis.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/l10216.htm> Acesso em: 28 nov. 2010.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault**: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Tradução Ingrid Müller Xavier. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. 480p.

DELEUZE, Gilles. **Conversações** (1972-1990). Tradução Peter Pál Pelbar. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2010. 240p.

DESLANDES, Suely Ferreira ; GOMES, Romeu . A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde - Notas teóricas. In: Maria Lúcia Magalhães Bosi; Francisco Javier Mercado. (Orgs.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. 1.ed. Petrópolis: Vozes, 2004. Cap. 2, p. 99-120.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Tradução Vera Ribeiro. 2.reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete, TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, jan. 2008.

FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito**: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Tradução Vera Lucia Avellar Ribeiro. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. 358 p. (Coleção Ditos & Escritos, v. 1).

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. Curso do Collège de France (1973-1974). Tradução Eduardo Brandão. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006b. 528p.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução Raquel Ramalhete. 37. ed. Petrópolis: Vozes; 2009. 262 p.

FURTADO, Juarez Pereira; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 109-122, mar. 2005.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, jan./fev. 2009.

MALAMUT, Bernardo Salles. **O poder e o dispositivo**: hospital psiquiátrico na contemporaneidade. 2011. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ, Mestrado em Ciências da Saúde, Belo Horizonte.

MALAMUT, Bernardo Salles; PASSOS, Izabel Cristina Friche; MODENA, Celina Maria. Violência e poder no discurso psiquiátrico: da exclusão sistemática à subjetivações normativas. **Psicologia e sociedade**, Florianópolis, 2011. No prelo.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 406p.

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>. Acesso em: 28 nov. 2010.

PASSOS, Izabel Christina Friche. **Loucura e sociedade**: discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte: Argvmentvum, 2009. 188p.

REVEL, Judith. **Michel Foucault**: conceitos essenciais (Tradução Carlos Piovezani Filho e Nilton Milanez). São Carlos: Claraluz, 2005. 96p.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; PERRONE, Claudia Maria. 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**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-293, 2008.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. As noções de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, jun. 2008.

ABSTRACT

This article is about the incidences of psychiatric reform discourse on the ideas of psychiatrists who work in a Brazilian psychiatric public hospital using the discourse analysis. It focus on the interviewees' concepts about what the psychiatric reform is, the multiple dispositives of the mental health care network and its working method, as well as the current place of the psychiatric hospital in that network. The importance of analyzing health care resources as contrivances that produce particular discourses is stressed. For this objective Michel Foucault's and others' contributions to the psychiatric reform are considered. The research has shown that the reform affected hospital practices as a form of social control. However, the interviewees consider the hospital an important element in the support of other network contrivances. Thus it is clear that the interviewees conceive the substitute services sometimes working in a different logic than the asylum's, some other times assuming the same way as of seeing madness. It is concluded that psychiatric patients remain wandering in health care services and that the psychiatric reform still needs to advance in the way of seeing individuals.

KEYWORDS: dispositive, psychiatry, psychiatric reform, *Stultifera Navis*, mental health.