

Modos de Subjetivação dos Trabalhadores de Saúde Mental em Tempos de Reforma Psiquiátrica

HENRIQUE CAETANO NARDI ■

TATIANA RAMMINGER ♦

RESUMO

O artigo discute os modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. A partir da revisão da literatura, da análise de documentos e de 40 entrevistas com trabalhadores de serviços de saúde mental, busca analisar, por meio da utilização das ferramentas teóricas construídas por Michel Foucault, os jogos de verdades e os desafios e dificuldades presentes na implementação dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Aponta para o jogo político e a disputa em torno das verdades sobre as formas de atenção, assim como para a necessidade de reflexão permanente com relação às formas de implicação com o trabalho como forma de evitar o adoecimento dos trabalhadores.

Palavras-chave: modos de subjetivação; saúde mental; trabalhadores da saúde; Reforma Psiquiátrica.

Recebido em: 11/08/2006.

Aprovado em: 14/11/2006.

Introdução: uma curiosidade

O motivo que me impulsionou é muito simples. Para alguns, espero que ele baste por si só. É a curiosidade; o único tipo de curiosidade que, de qualquer forma, vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que busca se assimilar ao que convém conhecer, mas a que permite desprender-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ela apenas garantisse a aquisição de conhecimento, e não, de uma certa maneira e tanto quanto possível, o extravio daquele que conhece? Há momentos na vida em que a questão de saber se é possível pensar de forma diferente da que se pensa e perceber de forma diferente da que se vê é indispensável para continuar a ver ou a refletir (FOUCAULT, 2004a, p. 196-7).

Uma curiosidade só pode nascer na experiência, e assim nosso objetivo é refletir, sobretudo, sobre nosso percurso profissional. Estamos cientes do risco da escolha, pois mesmo que já tenhamos abandonado o paradigma da neutralidade científica, acreditamos que pensar é “estranhar” algo, exigindo certo descolamento da experiência. Existe, portanto, uma distância e aproximação da experiência, necessárias para o exercício do pensamento.

O segundo perigo que tentamos evitar é cair em um “relativismo vazio” - estratégia para evitar tomar posição, em tempos nos quais o embate é condenado e evitado. Parece ser melhor buscar o consenso, ou nada afirmar, mesmo sob o risco da inconsistência. Concordamos com Foucault que pensar é poder “desnaturalizar” o que parece evidente, ou seja, não tomar fatos como “naturais” - verdades absolutas ou parte de uma imutável essência - buscando compreender os jogos que determinam, a cada época, o que pode ser dito ou visto, ou ainda, o que deve manter-se na invisibilidade e no silêncio. Isto já determina uma tomada de posição, cuja função daquele que se coloca a pensar não é determinar as melhores saídas e soluções, mas “sacudir os hábitos e dissipar familiaridades”, ou “em outros termos, fazer um sumário topográfico e geológico da batalha” (FOUCAULT, 1999a, p. 151).

Durante quatro anos (1999-2002), um dos autores deste artigo integrou a equipe da Coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde Mental do Estado do Rio Grande do Sul. O desafio era tirar do papel a Lei da Reforma Psiquiátrica Estadual (LRP), aprovada em 1992, que versa sobre a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, deslocando a assistência do hospital

psiquiátrico para uma rede de serviços de atenção integral à saúde mental, de base comunitária. O Rio Grande do Sul foi a primeira unidade federativa brasileira a ter uma lei com esta finalidade, sendo seguido por outros sete estados em sua iniciativa, até que o processo fosse legitimado nacionalmente com a aprovação, somente em 2001, da Lei Nacional.

Com o tempo percebemos, não sem lamentar, que os entraves não estavam na falta de “vontade política” ou de recursos financeiros. Ao contrário, nunca tivemos tanto apoio, crédito e financiamento governamental para mudar a lógica manicomial. E por que isso não bastava? Esta foi a primeira pergunta, a primeira curiosidade.

Talvez a resposta esteja naquilo que Pelbart (1991) chamou de nossos “manicômios mentais”. O enclausuramento do louco nos manicômios foi o resultado concreto da afirmação da razão como única forma de acesso à verdade. Como alerta Foucault (1999b), a modernidade destituiu a loucura de seu valor de verdade, marcando o rompimento entre razão e desrazão, bem como a impossibilidade de um diálogo entre ambas.

É neste sentido que começamos a entender que promover a desospitalização dos portadores de transtorno mental, criando novos dispositivos de cuidado, não é o mesmo que desinstitucionalizar a loucura. Quando falamos de “instituição”, não estamos nos referindo a um estabelecimento, um local específico, e sim a um modo de funcionamento instituído, considerado como imóvel e imutável. A desinstitucionalização seria, portanto, questionar o que parece natural, questionar as verdades absolutas (LOURAU, 1993). Desinstitucionalizar é colocar em questão a noção de loucura como impossibilidade de pensamento, assim como as práticas e formas de relação que com ela estabelecemos.

Neste sentido, percebemos uma alteração significativa no quadro de funcionários (trabalhadores) nos locais que investiram em um projeto de desinstitucionalização e que pudemos acompanhar pelo Brasil. Em geral são experiências em instituições privadas, filantrópicas ou de parceria entre poder público e organizações não-governamentais (ONGs), que permitem certa flexibilização para contratação de trabalhadores mais sensibilizados e identificados com as propostas da Reforma Psiquiátrica. Serão estas as condições necessárias? Um processo de desinstitucionalização só é possível com trabalhadores-militantes?

Basaglia (BASAGLIA; GALLO, 1990), idealizador da Reforma Psiquiátrica italiana que inspirou a Reforma Psiquiátrica brasileira, afirmava que a principal característica dos estabelecimentos psiquiátricos é uma separação entre aqueles que têm o poder e aqueles que não o têm. Foucault (1999c, p. 124), na mesma direção, afirmava 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, mascará-la, eliminá-la, anulá-la”. Isto nos leva a pensar que talvez o que legitime um processo de desinstitucionalização seja a mudança efetiva na rede de relações de poder, tanto na relação entre os trabalhadores, como destes com os gestores e usuários.

Palombini (2003, p. 161), nesta direção, enfatiza o quanto ainda temos que avançar nas relações de trabalho daqueles que se ocupam do cuidado dos loucos. Salienta que a ética que rege tais relações não se destaca daquela que regula a relação com a loucura nessas instituições, pois a lógica manicomial se sustenta no tratamento moral, que institui “a obediência como modo de relação, desautorizando a invenção e prescrevendo comportamentos”. A autora conclui que uma subversão dessa lógica “somente se faz efetiva se é capaz de subverter também o modo hierarquizado, autoritário e prescritivo que historicamente moldou a constituição das equipes de trabalho no campo da Saúde Mental”.

Ao convocar os profissionais a rever seu entendimento a respeito da loucura, saindo da idéia de “cura” para a de “cuidados”, da ideologia do “reparo” para a de “direitos” (SARACENO, 1999), a Reforma Psiquiátrica contribui para a desconstrução de saberes e certezas, e exige um novo trabalhador - que agora não mais trabalha sob a proteção dos muros dos hospitais, mas deve circular pela cidade; que não mais trabalha com “loucos de todo gênero”, mas com “cidadãos”. Transição do hospital para a cidade: do conhecimento, da legislação, dos serviços, dos usuários, dos trabalhadores. Interstício recheado por angústias, dúvidas, sofrimentos e resistências, mas também por possibilidades de criação e vida.

Sendo assim, não podemos tratar do tema da Reforma Psiquiátrica apenas no âmbito assistencial, jurídico, pedagógico ou ideológico. A desinstitucionalização inscreve-se no plano dos processos de subjetivação, nos quais devemos abrir espaços de problematização e análise das diferentes implicações das pessoas com a loucura (PAULON, 2002). Este será nosso esforço neste artigo: aqui partimos do conceito de subjetividade em Foucault para pensar sobre os modos e processos de subjetivação dos trabalhadores nos serviços de saúde mental.

Um conceito: subjetividade ou como o sujeito faz a experiência de si em um jogo de verdade

No curso de sua história, o homem não cessou de se construir a si mesmo, ou seja, de trasladar continuamente o nível de sua subjetividade, de se constituir numa série infinita e múltipla de subjetividades diferentes que nunca alcançam um final nem nos colocam na presença de algo que pudesse ser o homem (FOUCAULT, 1995a).

A subjetividade é um conceito estratégico para a Psicologia Social, na medida em que nos permite pensar a partir da indissociabilidade entre individual e coletivo, interior e exterior, dentro e fora, indivíduo e sociedade, rompendo com as dicotomias que tradicionalmente marcaram essa disciplina (NARDI, 1999), sendo que a raiz não só da palavra, mas, sobretudo, do conceito “subjetividade”, nos remete ao sujeito.

Mas o que é o sujeito? A trajetória moderna e contemporânea do pensamento ocidental foi marcada por essa pergunta. Os grandes filósofos, sobretudo a partir de Descartes, construíram a idéia do sujeito como indivíduo, como substância que existe *a priori*, com uma essência ou intenção a ser descoberta.

O fenômeno do indivíduo como dominância de expressão da subjetividade está diretamente ligado ao desenvolvimento do Estado Moderno a partir do século XVI; ali se estabeleceu uma nova forma política de poder, combinando astuciosamente as técnicas de individualização e os procedimentos de totalização. Ao contrário da nobreza, o Estado Moderno não se coloca como entidade acima dos demais mortais. Os indivíduos podem ser integrados, desde que se submetam a um conjunto de modelos e normas bem específicos, e que todos devem cumprir (FOUCAULT, 1995b).

Foucault (2004b) lembra que depois da Segunda Guerra Mundial, diante dos massacres e do despotismo promovidos pelos Estados, surge a idéia de que cabia ao sujeito individual dar um sentido às suas escolhas existenciais, e que estas não deveriam estar ligadas a nenhum modelo disciplinar. O existencialismo, encabeçado por Sartre, bem como a fenomenologia, retomada por pensadores como Husserl e Merleau-Ponty, dominavam a cena européia, quando Foucault lançou o livro *As palavras e as coisas*, com a seguinte polêmica:

Uma coisa em todo caso é certa: é que o homem não é o mais velho problema nem o mais constante que se tenha colocado ao saber humano. Tomando uma cronologia relativamente curta e um recorte geográfico restrito - a cultura européia desde o século XVI - pode-se estar seguro de que o homem é aí uma invenção recente. Não foi em torno dele e de seus segredos que, por muito tempo, obscuramente, o saber rondou [...]. O homem é uma invenção cuja recente data a arqueologia de nosso pensamento mostra facilmente. E talvez o fim próximo (FOUCAULT, 1995a, p. 403-4).

As palavras e as coisas é, sobretudo, um gesto de recusa, de rejeição das teorias *a priori* do sujeito (ERIBON, 1990). É por isso que uma crítica apressada considerou incoerente o “retorno ao sujeito” das últimas obras do filósofo. Fica muito claro, no entanto, que não é um retorno ao mesmo sujeito. Foucault continuou recusando uma forma universal do sujeito, considerando que o sujeito não é uma substância, mas forma e experiência. Seu problema “não era definir o momento a partir do qual alguma coisa como o sujeito apareceria, mas sim o conjunto dos processos pelos quais o sujeito existe com seus diferentes problemas e obstáculos” (FOUCAULT, 2004c, p. 261-2).

Foucault (2004b) identifica duas vias que poderiam conduzi-lo para além da filosofia do sujeito. A primeira era a teoria do saber objetivo, a análise dos sistemas de significação (Semiologia). A segunda era a via aberta por certa escola da Linguística (Barthes), da Psicanálise (Lacan) e da Antropologia (Lévi-Strauss), que se agruparam sob a definição de “estruturalismo”. Foucault, no entanto, procurou outro caminho: “Tentei sair da filosofia do sujeito fazendo uma genealogia do sujeito moderno, que abordo como uma realidade histórica e cultural: ou seja, como alguma coisa capaz de se transformar” (FOUCAULT, 2004b, p. 94).

O fio condutor do trabalho de Foucault foi a relação entre sujeito e verdade, estudando os modos pelos quais o sujeito pôde ser inserido, como objeto, nos jogos de verdade; ou ainda, como o sujeito se tornou objeto de conhecimento (objetivação do sujeito):

Uma história que não deveria ser aquela do que poderia existir de verdadeiro nos conhecimentos, mas sim uma análise dos ‘jogos de verdade’, dos jogos do verdadeiro e do falso através dos quais o ser se constitui historicamente como experiência, ou seja, como podendo e devendo ser pensado (FOUCAULT, 2004a, p. 195).

Debruçou-se sobre a objetivação do sujeito no discurso científico, na formação das Ciências Humanas, como ser que fala (filologia), vive (biologia) e trabalha (economia)¹. Analisou a objetivação do sujeito nas práticas divisoras, ou seja, como o sujeito pôde aparecer do outro lado de uma divisão normativa e assim se tornar objeto de conhecimento, na qualidade de louco, doente ou delinqüente². Finalmente, estudou a constituição do sujeito como objeto para ele próprio: a formação dos procedimentos pelos quais o sujeito é levado a se observar, se analisar, se decifrar e se reconhecer como campo de saber possível³. Em resumo: como nos constituímos como sujeitos de nosso saber; como sujeitos que ocupam diferentes posições nas relações de poder; e como sujeitos morais em nossas ações (FOUCAULT, 1995a, 2004b, 2004c, 2004d).

Interessa-nos, nesta reflexão, sobretudo a última parte da obra desse autor, que pretende compreender como “o si” se constitui, elaborando como que uma história da subjetividade, “se entendermos essa palavra como a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade, no qual ele se relaciona consigo mesmo” (FOUCAULT, 2004d, p. 236).

A relação consigo nos remete àquilo que Foucault identificou como as “técnicas de si” para os gregos, que permitiam a cada um realizar por si mesmo “um certo número de operações em seu corpo, em sua alma, em seus pensamentos, em suas condutas, de modo a produzir uma modificação, uma transformação e a atingir um certo estado de perfeição, de felicidade, de pureza, de poder sobrenatural” (FOUCAULT, 2004b, p. 95). As técnicas de si somam-se aos três tipos principais de técnicas analisados por Habermas: as técnicas que permitem produzir, transformar, manipular as coisas (técnicas de produção); as técnicas que permitem utilizar sistemas de signos (técnicas de significação ou de comunicação); e as técnicas que permitem determinar a conduta dos indivíduos (técnicas de dominação). E assim, Foucault (2004b, p. 95) conclui: “Se quisermos analisar a genealogia do sujeito na civilização ocidental, é preciso considerar não apenas as técnicas de dominação, mas também as técnicas de si”.

Assim também em relação ao trabalho, que não deve ser analisado apenas em relação às técnicas de produção e dominação, mas considerando a maneira como os sujeitos vivenciam e dão sentido às suas experiências de trabalho. Estas também variam conforme o contexto social, histórico e econômico, apontando para diferentes processos de produção de subjetividade, diferentes sujeitos trabalhadores. A relação com o trabalho certamente é vivida de forma distinta entre o cidadão e o escravo na Grécia, ou o senhor e o servo

na Idade Média, entre o operário da indústria fordista e o jovem analista de sistemas nas atuais empresas (NARDI, 2006), ou ainda, entre as freiras que se ocuparam dos loucos nos asilos e os profissionais que se ocupam dos usuários do sistema de saúde hoje nos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial).

Ampliado o entendimento do conceito de subjetividade, debruçemo-nos novamente sobre o sujeito, ou melhor, sobre a complexa construção de uma lógica de pensamento pela qual nos reconhecemos como uma unidade separada do mundo externo. Pelo menos esta é a experiência moderna da subjetividade que é vivida, virada para si, na perspectiva da primeira pessoa (ORTEGA, 1999), e que acaba por influenciar a relação contemporânea com o trabalho.

Butler (1997) é uma das autoras que se interessou pelo tema, estudando como nos constituímos como sujeitos, a partir da incorporação de normas sociais, tentando estabelecer um diálogo conceitual entre Foucault e Freud. Para ela, a idéia de Foucault de que o sujeito é formado em sua sujeição, a partir das relações de poder, encontra ressonância no processo descrito por Freud em relação à formação das instâncias psíquicas. Em ambos, o sujeito carrega o paradoxo da submissão a outros através do controle e dependência (sujeição), ao mesmo tempo em que esse assujeitamento permite a construção de uma identidade, pela consciência ou o conhecimento de si mesmo. Submeter-se é, portanto, condição primeira de possibilidade da existência.

No entanto, este assujeitamento em Foucault também é paradoxal, pois que nos aprisiona a normas mas traz, em si mesmo, as possibilidades de resistência. Isto porque para ele o poder não é uma “forma”, mas um conjunto de relações, que além de não ter efeito apenas repressivo, mas também produtivo e constitutivo, sempre está acompanhado da resistência. Foucault (1999d) afirmava que onde não existia possibilidade de resistência não havia relações de poder, mas um estado de dominação. Seu conceito de resistência também é diferente daquele da psicanálise, onde não é possível mudar a “Lei”, o ideal normativo, o modelo. Para Foucault, o imaginário, ou a consciência, não é produto apenas das normas, mas também da resistência, pois ninguém consegue adaptar-se completamente a um modelo, sempre há algo que escapa, que resiste. Para as vertentes conservadoras da psicanálise, a Lei está dada e tem a possibilidade de se atualizar. Para Foucault, a Lei está em permanente construção, por pressupor uma relação. Quando a Lei retorna e incide sobre o sujeito, ela já retorna de outro jeito, sob efeito de um deslizamento produzido pela transformação do tempo e das condições de sua instalação primeira. Não seria

uma atualização, mas uma reinstalação da Lei. O discurso não constitui um sujeito unilateralmente, mas simultaneamente e, por isso, a mesma norma que aprisiona traz em si a possibilidade de resistir a ela.

Esta consideração é importante para pensar o trabalho, pois ali onde parece não existir nada, além de regra e disciplina, é justamente onde pode estar o maior potencial de resistência. Estudar a relação entre subjetividade e trabalho é estar atento, portanto, não apenas às formas de assujeitamento, mas também às transgressões e às possibilidades de invenção de outros modos de lidar com as normas, quiçá transformando-as.

A maneira de relacionar-se com as regras, estabelecidas em cada período histórico, define os modos e processos de subjetivação. O modo de subjetivação diz respeito à forma predominante dessa relação, ao passo que o processo de subjetivação é a maneira particular como cada um estabelece essa relação em sua vida (NARDI, 2006). Assim, quando falamos dos modos de subjetivação dos trabalhadores da saúde mental, estamos nos referindo ao modo predominante como os trabalhadores se relacionam com o regime de verdades que atravessa seu trabalho, como por exemplo, o discurso da Reforma Psiquiátrica, vendo-se ligados ao cumprimento de determinadas regras estabelecidas por este discurso que, ao mesmo tempo, permitem seu reconhecimento enquanto trabalhador de saúde mental. Já o processo de subjetivação seria como cada trabalhador de saúde mental vivencia essa relação em sua trajetória particular.

A Reforma Psiquiátrica, enquanto movimento social organizado, evidencia a importância de refletir sobre os modos e processos de subjetivação, quando argumenta que não deve ser reduzida à mera desospitalização (passagem do hospital psiquiátrico para a cidade), definindo que sua luta é pela desinstitucionalização, ou seja, por outras formas de se relacionar com a loucura. Formas que não se reduzam a discursos médicos, psicológicos e científicos que identificam a loucura com a falta: falta de juízo, de potência, de entendimento, de consciência, de vontade. Impossibilidade de vida. O trabalhador, por sua vez, também é jogado na falta e impossibilidade na medida em que, enquanto principal agenciador da Reforma Psiquiátrica, não possa perguntar-se sobre os saberes que o subjetivam como trabalhador, ou mais ainda, sobre a forma de se relacionar com a loucura (e a saúde, e o trabalho) em sua vida.

Modos de subjetivação nos serviços de saúde mental

Considerando extensa pesquisa bibliográfica, bem como entrevistas com trabalhadores de saúde mental de diversos serviços brasileiros⁴ (RAMMINGER, 2006), identificamos três diferentes formas de subjetivação predominantes entre aqueles que se ocuparam com o cuidado com a loucura, diretamente relacionadas com o regime de verdades de cada época. Assim, o discurso religioso, predominante à época do Brasil Colonial e Imperial, forjou um modo de subjetivação no qual o cuidador não tinha como preocupação curar o louco, mas garantir sua própria salvação espiritual, já que o cuidado estava relacionado à caridade - uma forma de expiar pecados e assegurar a salvação eterna. A partir do século XIX, é o discurso médico que detém a verdade sobre a loucura, inaugurando o trabalho especializado no cuidado com o que passou a ser denominado “doença mental”, com destaque para as figuras do médico psiquiatra - responsável desde a construção e administração do hospital psiquiátrico, até a definição e cura da doença mental - e o enfermeiro psiquiátrico - colocado em último lugar na escala hierárquica, que exercia prioritariamente a função de vigilante. Finalmente, outro discurso, identificado como Reforma Psiquiátrica, começou a disputar com o discurso médico, a legitimidade nos jogos de verdade a respeito da loucura, do louco e seu cuidado, propondo um deslocamento do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade, da noção de doença para a de saúde, dos muros dos hospitais psiquiátricos para a circulação pela cidade, ou seja, uma passagem do discurso médico para o discurso da cidadania.

Entendemos que o trabalhador de saúde mental, hoje, constrói-se em meio à disputa dos discursos que refletem o embate interno ao campo designado como Saúde Mental. É um espaço tenso por estar habitado por diferentes formações discursivas, desde a crença de que cuidar é uma forma de caridade (discurso religioso), passando pela afirmação de que é a ciência que pode falar do tratamento da loucura (discurso científico), até o entendimento de que não basta apenas conhecimento técnico-científico, mas também implicação política e afetiva com a construção de um outro modo de se relacionar com a loucura (Reforma Psiquiátrica).

A análise das entrevistas evidencia a trama enunciativa que aponta para o embate presente no jogo de verdades que demarca o campo da Saúde Mental no Brasil e as dificuldades para a implementação da Reforma Psiquiátrica. Para a maior parte dos entrevistados, os serviços em que trabalham estão de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, ou melhor, “em tese sim,

na prática ainda temos muito que avançar” (psiquiatra, CAPS). Todos entendem, também, que seu local de trabalho raramente contempla ações específicas direcionadas à saúde do trabalhador e, com poucas exceções, já adoeceram ou conhecem alguém que adoeceu trabalhando em serviços de saúde mental.

Em relação ao discurso da Reforma Psiquiátrica, as definições foram muito semelhantes, ressaltando-se o rompimento paradigmático com a forma de tratamento da loucura, a reversão do modelo hospitalocêntrico, a criação de novos serviços, a nova legislação, a humanização no atendimento e, principalmente, a cidadania e inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico. Em algumas palavras, a Reforma Psiquiátrica é:

Processo de reconstrução de saberes sobre a loucura e como cuidar dela (psicóloga, coordenação estadual).

Movimento contínuo, portanto inacabado, dos processos clínicos, institucionais, políticos e sociais que apontam para o processo de desinstitucionalização da doença mental, tomando como norteador os princípios da cidadania possível e ativa dos portadores de transtorno mental (psicóloga, CAPS e hospital geral).

Desconstituição das instituições manicomiais, não apenas as estabelecidas como tais! (psiquiatra, CAPS).

Quando perguntados sobre como e o quanto a Reforma Psiquiátrica influenciou em seu trabalho, ficou evidente o comprometimento político e afetivo de algumas pessoas com esse projeto. Foram comuns palavras como “me encantei”, “abraçei a causa”, “me apaixonei”, ou ainda “depois que bebi dessa cachaça, nunca mais consegui largar” (psicóloga, coordenação municipal). Uma pessoa chegou a reconhecer que “meu trabalho só existe porque a Reforma Psiquiátrica está acontecendo” (psicóloga, CAPS). Outros, em tom mais formal, citaram os princípios, diretrizes e financiamento do Ministério da Saúde que dão sustentação às suas atividades. Para alguns, a Reforma auxiliou na prática reflexiva de seu trabalho, com uma “politização constante das práticas clínicas, no cotidiano dos serviços. A Reforma incutiu em mim, um olhar crítico dos processos de institucionalização das relações cotidianas que tecem o trabalho nos serviços” (psicóloga, CAPS e Hospital Geral); “fez com que eu alargasse os horizontes da clínica” (psicóloga, supervisora CAPS), ou ainda “me permitiu uma nova atuação no campo e uma postura mais crítica frente às demandas” (psicóloga,

coordenação estadual). Uma das entrevistadas, no entanto, apontou que a Reforma “da maneira como chegou às unidades básicas de saúde, sobrecarregou a clínica médica e prejudicou os pacientes. As internações diminuíram, os pacientes foram referenciados às unidades básicas, os profissionais não foram capacitados como programado e as equipes de saúde mental ficaram desfalcadas por aposentadorias e exonerações” (psiquiatra, unidade básica).

As atividades do trabalhador de saúde mental, em que pesem as entrevistas, são amplas, variando de acordo com a posição ocupada na rede hierarquizada de atenção à saúde mental. Entre os entrevistados, encontramos desde aqueles que exerciam atividades de gestão, passando por profissionais vinculados à rede especializada (CAPS), até aqueles que trabalhavam na atenção básica. Cabe lembrar que nenhum dos entrevistados exercia suas atividades em hospital psiquiátrico.

Além da diversidade, é um trabalho que exige muito do trabalhador, não só pela “angústia que é lidar com o discurso que não faz laço com o outro” (psiquiatra, CAPS), com “aquilo que contagia à distância” (psiquiatra, CAPS), mas também porque a Reforma Psiquiátrica “nos colocou nesse lugar do ‘tem que fazer, tem que inovar, tem que pensar diferente’, dá mais trabalho, dá mais cansaço” (terapeuta ocupacional, CAPS).

Muitos relatos ressaltam a importância da equipe, da supervisão e até mesmo da psicoterapia individual para sustentar essa construção diária do trabalho e do trabalhador de saúde mental. A supervisão, tal como nos coloca Vasconcelos (2001), constitui-se como espaço privilegiado de elaboração das dificuldades e conflitos, desde que não restrita apenas aos temas administrativos e clínicos, como geralmente acontece nos serviços de saúde mental. As supervisões devem ser estruturadas de forma a incluir também a discussão das relações de poder, das dificuldades de trabalho em equipe, das inseguranças que todos os profissionais têm quando lidam com desafios que escapam à competência adquirida na formação universitária ou técnica convencional, das crises de identidade profissional, das dificuldades subjetivas da relação com a clientela, dos sintomas de estresse, etc.

Contudente é, ainda, a descrição das dificuldades, limites e ausência de recursos para tamanho desafio:

Além disso, a orientação de aumentar a responsabilidade e autonomia do trabalhador pelo processo de trabalho (análise institucional / gestão de recursos

humanos) e de tomada de responsabilidade do serviço pelo território (saúde pública) tem produzido bastante sobrecarga nos trabalhadores da saúde mental, cujas funções e encargos tem crescido, mas os recursos teóricos, financeiros e emocionais nem sempre acompanham o ritmo dos encargos (psicólogo, CAPS).

Nosso serviço é de referência, mas uma referência específica, mas não de referência para tudo. A gente faz o acolhimento, escuta, e muitas vezes aquele paciente não é pra esse serviço, mas acaba ficando porque não tem outro local para atender. Isso na reforma realmente não andou, mas é um dos fatores de pacientes que ficam muito além do que precisavam. (psicóloga, CAPS).

No entanto, mesmo com todas as exigências e limitações dos serviços sob a égide da Reforma Psiquiátrica, a possibilidade de “inventar” o próprio trabalho contrapõe-se à “falta de perspectiva diante de uma instituição cujo futuro se oferece como repetição do passado, roubando dos trabalhadores a possibilidade de sonhar”, característica dos manicômios, e onde os trabalhadores parecem estar tão encarcerados quanto a clientela que atendem (LANZARIN, 2003, p. 88).

[...] eu não trocaria, eu gosto disso, para mim não poderia ser diferente. Porque eu já passei seis anos dentro de um hospital psiquiátrico e sei o que é estar dentro de um hospital e dentro de um serviço onde tu pensa diferente e está sempre buscando... (terapeuta ocupacional, CAPS).

A diferença em relação ao modelo de trabalho em hospitais psiquiátricos ou outras instituições totais é cada vez mais afirmada pelos trabalhadores dos atuais serviços de saúde mental:

O sinal de alerta pra nós é quando a gente se dá conta que está sendo manicomial. Este é o sinal vermelho para nós. Tem uma fronteira entre o cuidado necessário e até onde a gente vai nesse cuidado, que é necessário, e quando que a gente tem que deixar o paciente ir. Estimular que ele vá. Às vezes a gente cuida além do que aquele paciente precisa, e acaba entrando na tutela, na institucionalização (assistente social, CAPS).

Se antes a reforma era uma escolha, hoje é uma regra, é lei... Mas são regras que não delimitam o funcionamento de uma equipe [...]. A equipe vai montando

suas estratégias. É isso que a gente tá falando: a gente funciona desse jeito, porque essa é a forma da gente lidar com aquilo que é o nosso dia-a-dia. Há outras formas de lidar, outras estratégias. Por exemplo, o hospital psiquiátrico lida de um outro jeito. Lida como instituição total, totalizando o outro. Tu utiliza o discurso positivo da ciência, e o paciente é objeto deste discurso. Então fica mais fácil de lidar no momento em que você faz um distanciamento (psiquiatra, CAPS).

Outra diferença importante em relação ao trabalho nos hospitais psiquiátricos é uma maior circulação dos lugares nas relações de saber/poder. Uma tentativa, como diria Foucault (1999d), não de negar ou anular as relações de saber/poder, mas de posicionar-se nessas relações com o mínimo de dominação possível.

A distribuição de funções dentro da equipe é mais variada, é menos restrita. Existe uma hierarquia, a gente não pode negar que exista uma hierarquia, existem diferentes saberes, mas a gente procura não ser muito estrito nas fronteiras entre uma especialidade e outra. O pessoal da enfermagem é convidado a participar de outras atividades que não são estritamente de ordem da função do auxiliar de enfermagem. As gurias, por exemplo (técnicas de enfermagem), fazem outras coisas: participam das oficinas, fazem AT, fazem outras coisas que não são atribuições específicas daquela pequena burocracia do que são as funções do técnico de enfermagem. Isso dá um outro lugar (psiquiatra, CAPS).

Nas falas, vislumbramos uma maneira de relacionar-se com o trabalho com a loucura que interroga os “absolutos”, ensaiando uma porosidade cada vez maior entre o dentro e o fora, entre os diferentes saberes, entre o que está ou não instituído. É uma relação balizada por uma postura ética (no sentido foucaultiano), considerando o trabalho como prática reflexiva.

Com esse contraponto do trabalho no hospital psiquiátrico, queremos salientar o quanto a disputa no campo da legitimidade da verdade em relação ao cuidado com a loucura, longe de um consenso, está cada vez mais acirrada. O Rio Grande do Sul, por exemplo, embora seja nacionalmente lembrado como um exemplo de estado pioneiro e resolutivo nas ações e serviços identificados com a Reforma Psiquiátrica, tem paradoxalmente um dos cenários mais bélicos e virulentos na tensão entre o discurso médico-psiquiátrico e o discurso da Reforma, corporificados no Sindicato Médico

do Rio Grande do Sul (SIMERS) e no Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM), respectivamente.

Em revista publicada em julho de 2004, o Sindicato Médico resume de forma clara e objetiva o que entende como uma “realidade crítica”, valendo a pena reproduzir na íntegra:

Conhecida formalmente por Lei Estadual nº 9.716, de 1992, a Lei da Reforma Psiquiátrica tem sido severamente criticada pelo sindicato. Em abril de 2001, a edição do Jornal já trazia matérias alertando para os problemas que sua implantação poderia trazer para os próprios pacientes [...] também na revista da entidade, edição de junho de 2002, após visita a uma emergência psiquiátrica superlotada, o dr. Argollo [presidente do sindicato] enfatizava que o RS é o único estado brasileiro que mantém a proibição de abrir novos hospitais psiquiátricos. Somente aqui encontramos este atraso legislativo. Isto é um preconceito contra o doente mental. O paciente cardíaco conta com o Instituto de Cardiologia como referência para o atendimento. Agora, quem sofre com uma doença psiquiátrica não terá mais um hospital especializado, porque existe uma lei que persegue este paciente e o proíbe de dispor deste local, explicava. Segundo ele, à época, psiquiatras já estavam identificando pacientes anteriormente acolhidos que se encontravam morando embaixo de pontes, largados nas ruas. O posicionamento da entidade foi divulgado à imprensa, levantou debate e gerou entrevistas nos veículos de comunicação, caindo em seguida no esquecimento. O SIMERS, no entanto, continua trabalhando na mudança da lei, tendo agora também como aliado o deputado Sanhotene Felice, que já assumiu compromisso com a luta (ARAÚJO, 2004, p. 21).

Esse projeto de lei (PL 200/2004) foi apresentado à Assembléia Legislativa pelo referido deputado. Sua principal justificativa era “adaptar a norma estadual à federal”, “mais cautelosa”. Com este objetivo, fazia uma questionável diferenciação entre manicômio e hospital psiquiátrico:

Art. 3º Fica vedada a construção e ampliação de manicômios, devendo os existentes transformarem-se em hospitais psiquiátricos.

§ 1º - Para efeito do disposto no *caput*, manicômios são aquelas instituições que mantêm internados indivíduos portadores de transtornos psíquicos, sem oferecer assistência médica especializada de equipe multidisciplinar e infraestrutura necessária ao atendimento adequado e à recuperação satisfatória.

Hospitais psiquiátricos são aqueles estruturados de forma a oferecer amparo integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, psicológicos, ocupacionais, de assistência social, de lazer e demais recursos previstos na Lei Federal 10.216/01 (FELICE, 2004).

O projeto foi colocado em votação em regime de urgência, de uma semana para outra, no último dia de atividades dos deputados, em dezembro de 2004. Tal rapidez era estratégica para desmobilizar os militantes da luta antimanicomial, que por pouco nem sequer tomam conhecimento da votação. Em três dias, no entanto, o Fórum Gaúcho de Saúde Mental articulou uma rede nacional contrária à aprovação do projeto, elaborando documento que contou com a adesão de mais de 30 movimentos sociais brasileiros, entre outros importantes apoios. A carta, intitulada “Não à aprovação do PL 200/2004”, dividia-se em oito principais argumentos, entre eles:

a lei do RS foi a pioneira do Brasil [...], foi aprovada em 1992 por unanimidade [...] após ampla discussão com a sociedade gaúcha. Não é possível aprovar qualquer substitutivo sem debater com a sociedade novamente. É um golpe na democracia. Uma manobra no apagar das luzes do ano legislativo! [...] o substitutivo diferencia manicômio, de asilo, de hospital psiquiátrico, absolutamente desnecessário para o objeto da lei. Apenas sob aparência “técnica” encobre interesses econômicos e contraria a ética da liberdade e do tratamento adequado. Pois estas instituições só estiveram a serviço da exclusão, nunca do tratamento efetivo.

Por que o deputado não faz um projeto de lei que garanta recursos financeiros para os serviços substitutivos?

Precisamos de serviços 24 horas, que garantam internação sempre que necessária, mas não de hospitais psiquiátricos!

Encurralado, sem acordo de líderes e sem apoio de sua base governista ou de seu partido, o deputado decidiu retirar de pauta o projeto que, ao final do ano legislativo, foi arquivado. Novas tentativas foram realizadas nos anos seguintes - 2005 e 2006 - por outro deputado, mas valendo-se do mesmo texto e argumentos. Mais uma vez, a mobilização promovida pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental impossibilitou que o projeto fosse levado à votação em 2005, e em 2006 garantiu o parecer desfavorável da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa. No decorrer deste ano (2007), o Sindicato Médico segue

patrocinando inúmeras campanhas publicitárias para a revisão da Lei e a abertura de leitos psiquiátricos, em jornais, rádios e *outdoors* espalhados pela cidade de Porto Alegre, com o seguinte *slogan*: “Loucura... é a falta de leitos psiquiátricos”.

No entanto, nem sempre a mobilização social ou a existência de uma legislação específica evitam retrocessos. Como exemplo, citamos uma ação cível, também liderada pelo Sindicato Médico, que reivindicava a reabertura de 30 leitos psiquiátricos para o tratamento de álcool e drogas, no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Em 2002, a gestão de saúde no estado, seguindo a legislação nacional (Portaria MS 817/02) - a qual determina que a internação em decorrência do abuso de álcool e outras drogas deve-se dar em hospital geral e não em hospital psiquiátrico - transferiu esses leitos do São Pedro para um hospital geral - o Hospital Vila Nova. Ou seja: não houve fechamento de leitos psiquiátricos, mas uma transferência dos mesmos para um local mais adequado. Ao mandar reabrir os leitos no hospital psiquiátrico, sem fechar aqueles do hospital geral, a juíza criou 30 novos leitos psiquiátricos, o que seria vedado pela Lei Estadual. O estado recorreu da decisão, mas é obrigado a cumprir a medida até novo julgamento.

A mesma revista do Sindicato Médico que arrola todas essas conquistas apresenta também os novos integrantes de sua diretoria executiva, entre eles o primeiro Secretário Municipal de Saúde de Porto Alegre do atual governo municipal (CASTRO, 2004, p. 53). Na gestão anterior, ao contrário, a Secretária de Saúde era uma militante reconhecida do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Essa mudança, já no primeiro mês, trouxe problemas à rede municipal de saúde mental, que teve um CAPS álcool e drogas fechado, bem como ameaças recorrentes de não-renovação dos contratos dos redutores de danos, o que inviabilizaria o Programa de Redução de Danos (PRD) em Porto Alegre. Esses fatos geraram denúncia à Comissão de Saúde da Organização das Nações Unidas (ONU), como parte das atividades do Fórum Gaúcho de Saúde Mental no V Fórum Social Mundial, em janeiro de 2005.

Salientamos, ainda, que este não é um debate regionalizado, estendendo-se por todo Brasil. Ainda em 2006, a Associação Brasileira de Psiquiatria veiculou inúmeros artigos em jornais de diferentes estados, suscitou debates em rádio e televisão e pautou seus encontros estaduais e nacional pela crítica contundente à atual política nacional de saúde mental, com argumentos semelhantes aos já aqui apresentados. Sendo assim, esta tensão política, que une saber-poder no jogo público e de governo, fragiliza também os trabalhadores, sobretudo aqueles

identificados com as propostas da Reforma Psiquiátrica. Vejamos o que nos diz uma psicóloga que acompanhou uma troca de governo:

Sim, já adoeci. Durante mais de um ano tivemos uma chefia muito complicada. Ela não entendia nada de serviço público, não tinha noção do que seria um CAPS. Não respeitava o saber de quem já estava aqui, quanto menos de alguém que ousasse entender mais que ela. Como ela não sabia nada, ficava muito complicado (psicóloga, coordenação estadual).

Na seqüência de sua fala, a psicóloga explica que a nova coordenação foi escolhida “porque era psiquiatra”, só que “ser psiquiatra não basta, tem que saber de política de saúde, tem que conhecer o SUS”. Infelizmente, sabemos que muitas organizações que se pretendem representativas da categoria médica insistem em confundir saúde e medicina, defendendo desde carga horária e salários diferenciados para os médicos, até que a gestão em saúde, incluindo chefias e coordenação de serviços, só possa ser exercida por médicos (vide, por exemplo, a recente e polêmica discussão sobre o “ato médico”). É um princípio contrário às diretrizes do SUS, que não é uma mera reforma administrativa do sistema de saúde, mas uma mudança radical no entendimento do que é a saúde, bem como um deslocamento da atenção médica para a atenção integral à saúde, sem privilégio de nenhuma profissão sobre as outras.

É neste campo de disputas que os trabalhadores do CAPS identificam que “as pessoas que não conseguiram ficar são pessoas que têm dificuldade em relação a esse tipo de funcionamento”, e “isso não é restrito aos técnicos de enfermagem, muitos profissionais de nível superior também não conseguiram ficar”. No entanto, “também tem aquela pessoa que vem trabalhar aqui como auxiliar de secretariado, e vira monitor de oficina. Então tem tanto aquele que não suporta essa forma de trabalhar, ou tem outros interesses na vida, ou pessoas que a partir daqui começaram a ter interesse” (psiquiatra, CAPS).

Neste sentido, uma nutricionista (CAPS) dá seu relato sobre como “se tornou” uma trabalhadora de saúde mental:

[...] jamais trabalhei na área psiquiátrica, sempre na área clínica. E quando entrei na saúde, caí na saúde mental. Quando cheguei lá [no serviço], foi uma loucura ver aquilo tudo, porque eu queria abraçar todo mundo e chorar junto. Aí a gente faz esse trabalho em equipe, vendo a história daquelas pessoas, e tal, foi passando, eu até falei com a coordenação, eu vou tentar, né, vamos

ver se eu suporto isso [...]. Claro que eu tive muitas dificuldades pra conviver também com a equipe, e com as situações aqui onde a gente tem que ser rápido e acaba sendo muito objetivo nas falas. Fui tentando aprender, né, e me entender. E aqui acabou sendo um espaço de aprendizado, então na verdade o que pra mim parecia que ia ser um sofrimento, acabou sendo um acréscimo.

Assim como uma técnica de enfermagem (CAPS) diz do seu esforço em adequar-se às novas exigências do cargo:

Eu vim de um abrigo, abrigo de adolescentes, que era totalmente diferente. Não sabia o jeito de trabalhar. Então quando eu chegava [no serviço], via aqueles pacientes todos parados, eu pensava “o que estão fazendo aí parados?”. E falava: “Vão pra oficina, vão pra oficina...” Mesmo eles não querendo, eles tinham que ir, porque eu tocava todo mundo. Depois eu fui trabalhando muito isso com a equipe, e tenho que ir trabalhando ainda, porque ver os pacientes parados, me dá uma coisa assim...

Aqui retorna uma de nossas curiosidades iniciais: a Reforma Psiquiátrica, entendida como processo de desinstitucionalização, só é possível com trabalhadores-militantes? Como a Reforma Psiquiátrica, enquanto um regime de verdades, acolhe aqueles trabalhadores formados prioritariamente fora deste campo e que não têm a disponibilidade de implicação que a reforma exige? Qual é a flexibilidade das equipes de saúde mental para a formação daqueles que não fazem parte da cepa militante? Ao que parece, a tensão política reforça a radicalidade das posições neste campo, fazendo com que a necessidade constante de lutar e defender um outro modo de relacionar-se com a loucura termine por obscurecer a crítica e a reflexão relativas às possibilidades de formação e inclusão de profissionais não-militantes nas equipes de saúde mental. Talvez a questão seja a possibilidade de reconhecer que todo trabalho inclui riscos e que a militância, enquanto forma de implicação e de expressão do que se acredita, é um importante apoio para a saúde no trabalho. No entanto, se esta mesma militância nega a reflexão mais livre a respeito dos limites do trabalho em saúde mental, porque a Reforma Psiquiátrica *tem* que dar certo, transforma-se em fonte de sofrimento. A reflexão desaparece, cegada pelo discurso da verdade única, impedindo a ação para transformar o trabalho a partir do reconhecimento dos problemas que ele apresenta.

Tentando concluir...

O trabalhador dos serviços de saúde mental propostos pela Reforma Psiquiátrica constitui-se na tensão entre habitar um lugar rico para criação e invenção, e na desvalorização de seu papel de servidor público, com a falta de investimentos e de ações intersetoriais, que impõem limites para a prática e sobrecarregam o trabalhador. É neste jogo que temos a subjetivação do trabalhador de saúde mental, considerando que é no confronto com o sofrimento - seja valendo-se dele para criar, seja lutando para não adoecer - que se dá o cotidiano de sua atividade.

Enquanto trabalhadores e pesquisadores deste campo, pensamos que compreender que o sujeito se constitui mediante práticas historicamente construídas, e a dimensão política de todo saber, pode nos auxiliar no questionamento sobre a ética que rege as relações de trabalho em saúde mental. A ética, tal como entendida por Foucault (1999d, 2001), é a relação que se estabelece consigo mesmo, e que determina a maneira pela qual o indivíduo constitui a si mesmo como sujeito moral de suas próprias ações. Uma prática reflexiva da liberdade, em que o sujeito exerce sobre si mesmo uma transformação, a fim de atingir modos mais belos de ser (e trabalhar) - uma estética da existência, a qual inclui, necessariamente, nossa relação com a loucura...

Referências

- ARAÚJO, I. Atendimento e destino de pacientes psiquiátricos preocupam o SIMERS. *SIMERS em Revista*, v. 5, n. 19, p. 20-21, 2004.
- BASAGLIA, F; GALLIO, G. Vocação terapêutica e luta de classes. In: DELGADO, J. (Org.). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1990. p. 27-51.
- BUTLER, J. *The psychic life of power: theories in subjection*. California: Stanford University Press, 1997.
- CASTRO, D. Conheça os integrantes da diretoria 2004/2007. *SIMERS em Revista*, v. 5, n. 19, p. 52-58, 2004.
- ERIBON, D. *Michel Foucault: 1926-1984*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

FELICE, S. *Projeto de Lei 200/2004*: introduz alterações na Lei 9716, de 07 de agosto de 1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Disponível em: <www.al.rs.gov.br/proposicoes/2004/projelei/pl_n200-04.htm>. Acesso em: ago. 2004.

FOUCAULT, M. A casa dos loucos. In: MACHADO, R. (Org). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999c. p. 113-128.

_____. La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. In: _____. *Estética, ética e hermenêutica*. Barcelona: Paidós, 1999d. p. 393-415. (Obras esenciales, v. 3)

_____. Foucault. In: MOTTA, M. B. (Org). *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004d. p. 234-239. (Ditos e escritos, 5)

_____. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1999b.

_____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

_____. Michel Foucault entrevistado por Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995b. p. 253-278.

_____. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 1995a.

_____. Poder-corpo. In: MACHADO, R. (Org). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999a. p. 145-152.

_____. O retorno da moral. In: MOTTA, M. B. (Org). *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004c. p. 252-263. (Ditos e escritos, 5)

_____. Sexualidade e solidão. In: MOTTA, M. B. (Org). *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b. p. 92-103. (Ditos e escritos, 5)

_____. O uso dos prazeres e as técnicas de si. In: MOTTA, M. B. (Org). *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a. p. 192-217. (Ditos e escritos, 5)

LANZARIN, C. C. *Carcereiros ou encarcerados: um estudo sobre o trabalho dos auxiliares de enfermagem no Hospital Psiquiátrico São Pedro*. 2003. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LOURAU, R. *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

NARDI, H. C. *Ética, trabalho e subjetividade: trajetórias de vida no contexto das transformações do capitalismo contemporâneo*. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

_____. *Saúde, trabalho e discurso médico*. São Leopoldo: Unisinos, 1999.

ORTEGA, F. *Amizade e estética da existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

PALOMBINI, A. A ética nas micropolíticas de atenção à loucura. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil)..*Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 159-163.

PAULON, S. *Desinstitucionalização da loucura, práticas de cuidado e a reforma psiquiátrica no RS*. Projeto de Pesquisa. São Leopoldo: Unisinos, 2002. Mimeografado.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Coord.). *SaúdeLoucura*. v. 2. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 131-138.

RAMMINGER, T. *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

ROCHA, E. C. Os centros de atenção psicossocial e a reforma psiquiátrica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para profissionais de saúde mental*. Brasília, 2002. p. 12-15.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.

VASCONCELOS, E. M. O controle social na reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 2001. p. 42-53.

NOTAS

▪ Doutor em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), professor no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS.

♦ Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS); doutoranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Endereço eletrônico: ramminger@ensp.fiocruz.br

¹ Tema de seu livro *As palavras e as coisas*.

² Assunto abordado em seus livros *História da loucura*, *O nascimento da clínica* e *Vigiar e punir*.

³ Tema que norteou seus últimos livros, *História da sexualidade 1, 2 e 3*.

⁴ Pesquisa realizada como parte do Mestrado em Psicologia Social e Institucional na UFRGS, concluído em 2005. Utilizamos um roteiro de entrevista com 16 perguntas semi-abertas para guiar um encontro, em grupo, com trabalhadores de saúde mental de um CAPS do município de Porto Alegre. O mesmo roteiro foi disponibilizado para outros serviços de saúde mental brasileiros, utilizando a Internet como ferramenta de comunicação. No total foram 40 trabalhadores entrevistados, representando vários serviços/gestões estaduais (Acre, Alagoas, São Paulo e Rio Grande do Sul) ou municipais (Caxias do Sul, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Recife).

ABSTRACT

Modes of Subjectification of Mental Health Workers in the Context of the Psychiatric Reform

The article discusses the modes of subjectification of mental health workers in the context of the Psychiatric Reform. Based on the scientific literature review, document analysis and 40 interviews with mental health services workers, we intended to analyze, using the theoretical tools constructed by Michel Foucault, the truth games, challenges and difficulties present in the implementation of Psychiatric Reform's principles. We describe the political games and the dispute around the truth about the forms of health attention, as well as the need of permanent reflexive attitude towards work implication in order to avoid occupational diseases on workers.

Key words: modes of subjectification; mental health; health workers; Psychiatric Reform.