



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

JULIA LÂNGARO BECKER

**A DISCURSIVIDADE DA SAÚDE MENTAL COLETIVA
NO DISPOSITIVO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS**

Porto Alegre

2018

JULIA LÂNGARO BECKER

**A DISCURSIVIDADE DA SAÚDE MENTAL COLETIVA
NO DISPOSITIVO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador:

Prof. Dr. José Geraldo Soares Damico

Porto Alegre

2018

JULIA LÂNGARO BECKER

**A DISCURSIVIDADE DA SAÚDE MENTAL COLETIVA
NO DISPOSITIVO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira (Examinador)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Prof. Dr. Roberto Amorim de Medeiros (Examinador)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Profa. Dra. Vera Lucia Pasini (Examinadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Prof. Dr. José Geraldo Soares Damico (Orientador)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Damico, por toda atenção e carinho, pela transmissão, pelas pontuações precisas e necessárias, e, acima de tudo, pela amizade partilhada nessa experiência intensa que é a escrita.

Aos membros das bancas de qualificação e de defesa, Dário Pasche, Jussara Mendes, Vera Pasini, Roberto Medeiros e Daniel Canavese, pelo aceite do convite, pelas contribuições que ajudaram na construção deste texto e pelas que ainda estão por vir.

Em especial à professora Vera Pasini, pelo acolhimento e pela disponibilidade, por me apresentar com suas clarezas, apontando caminhos possíveis. Agradeço também à Ana e à Bruna, pelo trabalho compartilhado e pelas boas conversas.

À Aline, pelo apoio tão fundamental, pelas leituras sensíveis, pelas trocas constantes, pela escuta aguçada e pelos sonhos compartilhados!

À Michele, pela partilha leve da escrita, pelo acolhimento e pela oportunidade de conviver com o Sr. Timóteo!

Ao Filipe, a quem amo tanto, pela compreensão, pela persistência da espera, pelo companheirismo em mais esta etapa de vida, com a qual, mais uma vez, pudemos aprender juntos, apostando na leveza das alegrias e conquistas!

À minha irmã, Camila, mulher que admiro, com quem aprendo sempre. Tua presença em minha vida me ensina que dividir não se faz com régua, que amor e respeito se constroem, não nascem com a gente. Nossa experiência de gemialidade carrega a riqueza do aprendizado em marcar as diferenças mais fundamentais. Agradeço pela tua autenticidade, pelos teus conselhos experientes e pelo amor fraterno, intenso e respeitoso que temos!

À minha mãe, Ângela, por mostrar-me o valor dos questionamentos necessários. És muito mais do que uma inspiração profissional para mim. És uma referência de coragem pelos desbravamentos que enfrentas e pela mulher que te tornas por isso.

Ao meu pai, João, por desde cedo reconhecer e apostar no meu filosofar. Justo a cada um de nós cabe ser alguém! Me ensinas, com teu olhar poeta, sobre a beleza do acaso e da simplicidade, sobre o valor da sensibilidade em meio a durezas. Tua existência é singular e admirável.

A ambos pela paciência comigo e pela aposta incansável nas minhas trajetórias.

Agradeço a todos os amigos que estiveram juntos de mim, mesmo em meio a tantos distanciamentos, que me apoiaram e me esperaram!

E, finalmente, agradeço aos residentes! Resistentes! Me ensinam sobre a potência transformadora, sobre o valor da convicção e do enfrentamento. Sem suas incomodações, não haveria energia para este trabalho!

Depois desta experiência, sou outra.

CIP - Catalogação na Publicação

Becker, Julia Lângaro
A DISCURSIVIDADE DA SAÚDE MENTAL COLETIVA NO
DISPOSITIVO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS / Julia
Lângaro Becker. -- 2018.
109 f.
Orientador: José Geraldo Soares Damico.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2018.

1. Residências multiprofissionais em saúde. 2.
Saúde de mental coletiva. 3. Saúde coletiva. 4. Análise
de discurso . I. Damico, José Geraldo Soares, orient.
II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Querer-se livre é também querer livres os outros.
Simone de Beauvoir

RESUMO

Na perspectiva foucaultiana de discurso, uma formação discursiva é sempre efeito de ruptura de discursividades coexistentes. Assim, no intuito de investigar a discursividade da saúde mental coletiva, esta dissertação aciona três formações discursivas que a engendram: o discurso da saúde coletiva, enquanto inflexão do discurso sanitário; o discurso antimanicomial, como defensor de uma sociedade sem manicômios; e o discurso da universidade, enquanto instituidor de espaços de saber-poder. As residências multiprofissionais, nesse contexto, são compreendidas como dispositivos dessa nova composição discursiva, na medida em que oferecem aparatos institucionais e cumprem com funções estratégicas específicas, como a de formar trabalhadores para o SUS. Assim, residentes são reconhecidos como sujeitos que enunciam a discursividade em foco, ao mesmo tempo em que representam a produção de subjetividade deste novo campo discursivo. Partindo desta construção, convidamos residentes egressos de Programas de Residência em Saúde Mental Coletiva para responderem à seguinte pergunta: “Você compreende que há diferença nas concepções de ‘saúde mental’ e ‘saúde mental coletiva’?”. Esta dissertação é resultado da análise de discurso que, ao extrair enunciados das respostas dos residentes egressos, os relaciona com práticas não discursivas encontradas no interior do dispositivo das residências. Dentre uma heterogenia de respostas, aparecem afirmações, repetições, divergências e contradições as quais desenham algumas construções conceituais das noções pesquisadas, ao mesmo tempo em que evidenciam alguns impasses e desafios que se produzem na articulação dessa temática. Das impressões marcadas pela pesquisa, destaca-se o paradoxo que dualiza indivíduo e sociedade, clínica e política e a variabilidade conceitual dos termos saúde mental e saúde mental coletiva.

Palavras-chave: Residências multiprofissionais em saúde. Saúde mental coletiva. Análise de discurso. Saúde coletiva.

ABSTRACT

In the Foucauldian perspective of discourse, a discursive formation is always the breaking effect of coexisting discourses. Thus, to investigate the discursiveness of collective mental health, this dissertation triggers three discursive formations that engender it: the collective health discourse, as an inflection of the sanitary discourse; the anti-asylum discourse, as a defender of a society without asylums; and the university discourse, as a founder of power-knowledge spaces. The multi-professional residences, in this context, are understood as devices of this new discursive composition, since they offer institutional apparatuses and fulfill specific strategic functions, such as to train workers for SUS. Thus, residents are recognized as subjects that enunciate the discursiveness in focus, while at the same time represent the production of subjectivity of this new discursive field. Starting from this construction, residents egressed from Mental Health Residency Programs were invited to respond to the following question: "Do you understand that there is a difference in the conceptions of 'mental health' and 'collective mental health'?". This dissertation is the result of a discourse analysis which, in extracting statements from the answers of the egressed residents, relates them to non-discursive practices found within the device of the residences. Among the heterogeneity of answers, there are affirmations, repetitions, divergences and contradictions which design some conceptual constructions of the notions researched, while show some impasses and challenges that occur in the articulation of this thematic. Of the impressions marked by the research, stands out the paradox that dualizes individual and society, clinic and politics, and the conceptual variability of the terms mental health and collective mental health.

Keywords: Multi-professional residences in health. Collective mental health. Discourse analysis. Collective health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Primeira ruptura – análise genealógica da Reforma Psiquiátrica Brasileira	33
Figura 2 – Segunda ruptura – análise genealógica da Reforma Psiquiátrica Brasileira	35
Figura 3 – Terceira ruptura – análise genealógica da Reforma Psiquiátrica Brasileira	40
Quadro 1 – Subcategorias A1 e A2	81
Quadro 2 – Categoria A1 – Definições de saúde mental coletiva	83
Quadro 3 – Categoria A1 – Definições de saúde mental.....	84
Quadro 4 – Categoria A1 – Definições: enunciados.....	85
Quadro 5 – Categoria A2 – Comparações	86
Quadro 6 – Categoria A2 – Comparações: enunciados.....	87
Quadro 7 – Subcategorias B1 e B2	88
Quadro 8 – Categorias B1 e B2: enunciados	89
Quadro 9 – Categoria C – Discursivas: subcategorias C1, C2 e C3	90
Quadro 10 – Categoria C – Discursivas: enunciados	92

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO: APRENDENDO A DUVIDAR DAS CERTEZAS	11
1	CAMINHOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS: A PROCESSUALIDADE DAS FORMAÇÕES DISCURSIVAS	18
1.1	COMO RELACIONAR-SE COM A HISTORICIDADE?.....	18
1.2	O SUJEITO COMO EFEITO DO DISCURSO.....	20
1.3	RUPTURAS E CONSTRUÇÃO DE NOVOS PARADIGMAS	23
1.4	INTENÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	24
2	A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E O DISCURSO ANTIMANICOMIAL	28
2.1	“AOS LOUCOS, O HOSPÍCIO!”	30
2.2	“POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS!”	36
2.3	TENDÊNCIAS REFORMISTAS DO PÓS-GUERRA: UMA HERANÇA DE PARADOXOS.....	41
3	DA SAÚDE COLETIVA À SAÚDE MENTAL COLETIVA	49
3.1	A CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL E SUAS CONJUNTURAS SOCIOPOLÍTICAS.....	49
3.2	O DISCURSO DA SAÚDE COLETIVA: UMA INFLEXÃO DO DISCURSO SANITÁRIO.....	53
3.3	PROBLEMATIZAÇÕES DO COLETIVO NA SAÚDE.....	56
3.4	O COLETIVO NA SAÚDE MENTAL: O RISCO DE RECUSAR O SUJEITO	60
4	O DISPOSITIVO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS	68
4.1	A CRIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	68
4.2	UMA ÊNFASE PARA A FORMAÇÃO DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL	69
4.3	O DISCURSO DA UNIVERSIDADE: O SABER ESPECIALIZADO	72
5	O QUE ENUNCIAM OS RESIDENTES EGRESSOS?	74
5.1	ONDE ESTÃO OS RESIDENTES EGRESSOS?	75
5.2	PERCURSO METODOLÓGICO	78
5.2.1	Elencar categorias	79
5.2.2	Obter enunciados	79

5.2.3	Analisar os enunciados	79
5.3	CATEGORIAS: RECORTAR, REPETIR, ANALISAR	80
5.3.1	Conceituais (A)	81
5.3.1.1	<i>Da definição de saúde mental coletiva</i>	83
5.3.1.2	<i>Da definição de saúde mental</i>	83
5.3.2	Repetitivas (B)	87
5.3.3	Discursivas (C)	89
5.4	O DITO PELO NÃO DITO	92
5.4.1	Déjà vu de um paradoxo	93
5.4.2	De que coletividade estamos falando?	94
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	99
	ANEXO I – FormSUS (questões para os egressos)	103
	ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (egressos)	105
	ANEXO III – Respostas	108

APRESENTAÇÃO: APRENDENDO A DUVIDAR DAS CERTEZAS

Chegar ao Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva é parte importante da minha trajetória profissional, efeito de diversas andanças e experimentações realizadas no terreno da saúde mental¹. Esse percurso se fez e ainda se faz com certa diversidade teórica e experimental, fruto de curiosidade e investimento investigativo. Desde as primeiras movimentações nesta área, ainda no tempo da minha graduação em Psicologia, lancei-me a vivenciar o contexto das políticas públicas. Nessa via, estagiei na internação de adolescentes no Hospital Psiquiátrico São Pedro, nas casas lares da Fundação de Proteção Especial e em muitos outros locais associados à Fundação de Atendimento Socioeducativo. Esses distintos espaços formativos me oportunizaram praticar a clínica de forma não convencional para aquela época, o que começava a denominar-se como clínica ampliada².

Dentre as variadas experimentações do tipo clínica ampliada, relembro o estágio voluntário em Acompanhamento Terapêutico no Hospital Psiquiátrico São Pedro. O desafio era o de acompanhar uma adolescente que nitidamente precisava ampliar sua circulação na cidade. Minha função como estagiária era fazer uma ponte entre serviço de saúde e cidade, costurando práticas clínicas sobre os aparatos limitados que a instituição tinha a oferecer. Outra oportunidade singular como essa foi a de experienciar uma proposta de estágio na qual os estagiários deveriam receber adolescentes institucionalizados em um espaço terapêutico individual, dentro do próprio abrigo. Foi um desafio muito grande, principalmente pela inflexibilidade da orientação de trabalho, o que me ensinou sobre a importância de estarmos atentos às possibilidades de ampliações e diversificações das metodologias clínicas e das práticas do cuidado em saúde mental, quando necessário. Bagagens formativas como essas foram importantes para aprender, em ato, os impasses que se apresentam na prática de operar o cuidado em saúde mental, independentemente das bases teóricas que se tomem como referência.

¹ Utilizarei a primeira pessoa do singular durante a escrita da apresentação, já que esta diz de uma trajetória individual. A partir do primeiro capítulo, assumirei a escrita em primeira pessoa do plural, entendendo que o processo de investigação de mestrado assume um caráter autoral que extrapola o individual.

² De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010): “Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário”.

Enquanto percurso formativo, graduei-me em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, quando me dediquei a percorrer espaços de construção de conhecimento institucionais e não institucionais. Ao mesmo tempo, segui investindo na teoria psicanalítica como condutora de uma prática clínica, apostando na atuação em *settings* terapêuticos – tanto individuais quanto coletivos –, o que não impediu que eu me afetasse por outros aportes teóricos que se relacionavam com as experiências das práticas coletivas em saúde mental, de políticas públicas, quase sempre relacionados à psicologia social³. Nesse sentido, participei de grupos de estudos para aproximar-me da filosofia da diferença, da esquizoanálise e de estudos na teoria foucaultiana.

Mas por que considero importante relatar sobre a trajetória que venho percorrendo enquanto psicóloga? Pois foi a partir desse conjunto de estudos e experimentações profissionais que me defrontei com os limites que variados campos teóricos podem oferecer para pensar as práticas em saúde mental. As leituras em psicologia social, de um lado, contribuíram para um olhar mais amplo das questões de saúde pública e dos processos de institucionalização, abrindo caminho para acessar teóricos como Gilles Deleuze, Félix Guattari e Michel Foucault, que favorecem uma crítica importante aos regimes de verdade aos quais estamos submetidos e inseridos – contudo estas leituras quase sempre deixaram a desejar em sugestões operacionais e interventivas. De outro lado, utilizei leituras no campo da psicanálise, que investem em construções metodológicas clínicas, com relatos de estudos de caso valiosos, proporcionando discussões teórico-práticas ricas, derivadas das obras de Sigmund Freud e Jacques Lacan, mas que em sua linguagem hermética criam um terreno de árduo diálogo interdisciplinar, dificultando transposições técnicas e de intervenção para outros campos de atuação.

Neste caminho, o campo da saúde coletiva apresentou-se como uma oportunidade de aproximação de um novo estudo da atuação em saúde mental, também no âmbito clínico, já que o domínio da saúde coletiva se constitui por uma diversidade de campos de saber, articulando-os em espaços interdisciplinares de debate e de produção de conhecimento sobre as práticas em saúde. Por isso, estudar a partir desta perspectiva é

³ Além disso, cursei o Percurso Escola, da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, e sigo frequentando espaços de estudos em psicanálise freudiana e lacaniana.

apostar que teremos ferramentas para operar e intervir em saúde mental nos planos coletivos, sem perder de vista o aspecto clínico⁴ do cuidado.

Outro estímulo a explorar o campo da saúde coletiva vem do trabalho que realizo como Tutora do Núcleo de Psicologia no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O programa é uma formação pós-graduada *lato sensu*, realizada em serviço, com dois anos de duração, e corresponde às áreas de conhecimento especializado em Saúde, designada como Saúde Mental, e em Educação, designada como Educação em Saúde Mental.

Tal programa se propõe a formar profissionais de diversas áreas da saúde – Enfermagem, Serviço Social, Educação Física, Terapia Ocupacional e Psicologia –, os quais atuam na prática do cuidado em saúde mental dos serviços de saúde pública. As atividades de formação acontecem a partir do trabalho em redes de atenção psicossocial (RAPS), abrangendo equipamentos do setor de saúde, como serviços e dispositivos de assistência social, cultura e educação.

Para isso, contamos com parceria conveniada de prefeituras de diferentes municípios, circunscrevendo serviços que vão desde centros de atenção psicossocial (CAPS II, CAPS AD e CAPSi), passando por outros dispositivos da RAPS do Sistema Único de Saúde, como oficinas de geração de renda, unidades básicas de saúde (UBS) e núcleos de apoio à saúde da família (NASF), até abarcar diferentes projetos que ofereçam campos de atuação em saúde mental, como na área de inclusão escolar, atendimento em medidas socioeducativas e ações de desinstitucionalização da loucura.

A formação oferecida pelo programa implica a circulação e a permanência dos profissionais residentes nos serviços acima descritos, na medida em que possam se apropriar do trabalho coletivo em equipe multiprofissional como base da formação, numa perspectiva interdisciplinar – no esforço de romper com especialismos disciplinares e profissionais.

É possível encontrar algumas produções já inspiradas nesse programa, que abordam questões como: educação em saúde mental coletiva e educação em saúde (CECCIM et al., 2010; COSTA; 2016); surgimento e implantação do Programa de Residência Integrada

⁴ Tomo por clínica a dimensão das nossas práticas cotidianas de atendimento que, independente de atingirem o âmbito individual ou coletivo, consigam operar inflexões na subjetividade do público atendido, seja no espaço dos serviços de saúde, seja em outros espaços de cuidado em saúde.

Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva (CABRAL et al., 2014; VASQUES, 2013); reflexões sobre as experiências profissionais tidas no mesmo programa (SILVA, 2013; SCHMIDT, 2013; SANTOS, 2015; DIAS, 2013); entre outros.

Na condição de tutora de núcleo, tive a oportunidade de acompanhar a trajetória de psicólogas e de outros profissionais de saúde pertencentes a diferentes núcleos. Com isso, pude testemunhar os inúmeros desafios e as angústias que o cuidado em saúde mental nos coloca, especificamente no contexto das políticas públicas. Apesar de, durante a minha experiência de graduação, eu ter tido oportunidade de estagiar em instituições estatais, o debate sobre as políticas públicas em saúde mental era presente na universidade, mas ocorria principalmente de forma extracurricular. Não existiam disciplinas de graduação que propusessem o debate das noções em saúde coletiva ou em saúde pública. Naquele momento, os debates na graduação de Psicologia (ao menos na Universidade Federal do Rio Grande do Sul) estavam em andamento, mas a grade curricular ainda não tinha sido atualizada (existia uma proposta em construção que foi levada a cabo nos anos seguintes). As autoras Gageiro e Torossian (2014, p. 138) nos dão notícias dessa mudança do currículo:

No campo da graduação, são diversas as mudanças introduzidas nos currículos dos cursos vinculados à saúde a partir das diretrizes implantadas pelo MEC. A introdução de disciplinas ligadas às políticas públicas é um dos eixos dessa modificação curricular. Na UFRGS, a disciplina de Psicologia e Saúde Coletiva começou a ser ministrada em 2009, vinculada ao Departamento de Psicanálise e Psicopatologia do Instituto de Psicologia.

É interessante verificar o contraste entre a graduação em Psicologia (no início dos anos 2000), com sua escassez da temática de políticas públicas/saúde coletiva, e o Programa de Residência Multiprofissional (que foi criado quase uma década depois), com seu projeto pedagógico voltado à perspectiva integrada em saúde e à atuação interdisciplinar. De um lado, uma graduação que estava ensaiando seu aprofundamento curricular na ênfase da saúde coletiva; de outro, uma pós-graduação que une a noção de saúde mental à noção de saúde coletiva, propondo uma formação intitulada saúde mental coletiva. Hoje, o mesmo curso de graduação em Psicologia conta com currículo que coloca em pauta o diálogo entre a saúde mental e a saúde coletiva. Essa diferença, que foi se constituindo nas últimas décadas, parece dizer justamente de um efeito do debate das políticas públicas na ênfase de saúde mental. Ter testemunhado a construção deste debate em espaços formativos faz com

que o interesse em esclarecer como ele foi e tem sido construído parece relevante também levando em conta que o campo da saúde coletiva ainda é novo, principalmente no que diz respeito à sua articulação com o campo da saúde mental e, mais ainda, considerando esta articulação como proposta de formação (a Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva).

Sendo assim, ao retomar o que foi descrito logo acima, de que cada expressão teórica e cada orientação metodológica enfrentam seus limites e restrições para a prática do cuidado em saúde mental, talvez seja importante interrogar, produzir perguntas, enfim questionar: quais seriam os desafios de uma prática em saúde mental orientada pela estratégia da saúde mental coletiva? E mais: no que consiste exatamente essa estratégia que está sendo proposta pela nova ênfase de formação?

“Quanto ao conceito de saúde mental coletiva, não preciso explicar do que se trata, pois desse todos já sabem”, disse um residente durante uma apresentação de Trabalho de Conclusão de Residência. Foi uma colocação assertiva que, naquele momento, me causou estranhamento. Porém não pareceu haver surpresa entre o público que ali estava. Ao contrário, houve silêncio e consentimento. Entretanto indaguei-me se, de fato, era um conceito já muito trabalhado naquele espaço. Fiz a hipótese de que talvez isso pudesse ter ocorrido em momentos dos quais eu não participasse enquanto tutora como, por exemplo, os seminários teóricos⁵. Ainda assim, ficou uma impressão de que não podia haver tanta certeza, como se fosse um conceito esgotado e apreendido por todos.

Binkowski (2016, p. 5), que foi residente nesse mesmo programa, faz uma interessante declaração a respeito de sua experiência:

Não posso deixar de mencionar que acredito que muitos dos erros e dificuldades que vivi poderiam ter sido evitados caso eu tivesse um pouco mais de desconfiança, sobretudo naquilo que eu pensava sobre as situações em jogo. Dessa forma, tentei estabelecer nisso que chamei de discursos da saúde mental coletiva como um apanhado de ideologias, manias, costumes, e padrões que forjem pensamentos, práticas e principalmente, trajetórias de formações.

A sensação que tenho é a de que precisamos ter extremo cuidado em não tomar conceitos como prontos. Precisamos suspeitar mais de nossas certezas. Nesse sentido, o contexto da saúde mental é excepcionalmente complexo, exigindo atenção quanto à nossa

⁵ Os seminários teóricos constituem a dimensão teórica do percurso formativo que compõe o Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

prática. E, nessa via, a conjuntura da saúde mental coletiva parece nos exigir mais, já que se baseia em novos vieses e em articulações recentemente emergidas, com as quais não podemos chegar apressadamente a conclusões definitivas.

Balizada inicialmente por tais questões, esta escrita se dirigirá em revisitar formulações que expliquem o campo de racionalidade da saúde mental coletiva, compreendendo-a não apenas enquanto uma ênfase de formação, mas enquanto uma discursividade emergente.

Sendo assim, o primeiro capítulo – *Caminhos teórico-metodológicos: a processualidade das formações discursivas* – situará a escolha teórico-metodológica, na qual será desenvolvida a conceituação foucaultiana de discurso e subjetividade. Nessa medida, a genealogia foucaultiana inscreve-se como um questionamento radical não só dos limites da significação e do conceito, lançados à análise como partes de um processo histórico, mas também de nossa postura diante desses conceitos e de nossa visão de mundo em geral.

O capítulo 2, *A Reforma Psiquiátrica Brasileira e o discurso antimanicomial*, apresentará alguns exercícios genealógicos. Esses exercícios, ainda que resultantes do trabalho de uma ‘jovem’ pesquisadora, no sentido de aprofundamento analítico de um dado objeto de pesquisa, buscam considerar alguns acontecimentos importantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, contextualizando-os em seus regimes de verdade e suas transformações, o que Michel Foucault situa como sendo indispensável: “Existem momentos da vida onde a questão de saber se podemos pensar diferentemente do que pensamos e perceber diferentemente do que vemos é indispensável para continuar olhando ou refletindo” (2002, p. 14).

O capítulo 3, intitulado *Da saúde coletiva à saúde mental coletiva*, trata-se de uma tentativa de realizar certo percurso dos saberes, na qual as inter-relações conceituais ao nível do saber são o foco das atenções. Neste sentido, busco acompanhar como e em qual conjuntura o campo da saúde coletiva emergiu, discorrendo sobre a possibilidade de variação dos conceitos atrelados a ele, que acabam por marcar certas posições discursivas. Será feita uma problematização da noção de coletivo e de como esta dimensão se agrega à noção de saúde mental.

No quarto capítulo, *O dispositivo das residências multiprofissionais*, explicarei o surgimento dos Programas de Residência Multiprofissionais e a criação da ênfase ‘saúde mental coletiva’ para a formação de trabalhadores do SUS. A intenção é esclarecer a função

das residências multiprofissionais enquanto dispositivos, a partir do arcabouço teórico com o qual estamos trabalhando. O termo ‘dispositivo’, no sentido foucaultiano, parece referir-se à disposição de uma série de práticas e de mecanismos com o objetivo de fazer frente a uma urgência e de obter um efeito.

O capítulo 5 – *O que enunciam os residentes egressos?* – pretende demonstrar em detalhes os procedimentos metodológicos da análise de discurso realizada nesta investigação. Este capítulo também oportunizará a visualização com materialidade das respostas dos residentes egressos, as quais nos apontarão caminhos para pensar os conceitos de saúde mental e saúde mental coletiva. Os enunciados extraídos serão o principal subsídio para a discussão a respeito da discursividade emergente estudada.

Finalmente, no capítulo 6, das *Considerações finais*, além de breves conclusões, deixarei algumas provocações que seguem reverberando, na esperança de que sirvam de inspiração para novos e/ou outros caminhos investigativos.

1 CAMINHOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS: A PROCESSUALIDADE DAS FORMAÇÕES DISCURSIVAS

1.1 COMO RELACIONAR-SE COM A HISTORICIDADE?

Esta investigação se funda em uma perspectiva foucaultiana, na medida em que situa fatos históricos não apenas por seu momento ocorrido ou por sua condição temporal, mas pela complexidade dos acontecimentos que os compõem.

A história, para Foucault, portanto, é uma forma de lidarmos com o presente, de considerarmos todas as possibilidades para a nossa realidade. Ainda que sua contribuição para o fazer do saber histórico não seja tão radicalmente inovadora, é fundamental para repensarmos nosso viver como um viver historicamente inscrito.

Nessa perspectiva, para relacionar-se com a historicidade não basta recortar o tempo, voltar nele ou medi-lo. Importa situar em quais marcas aparecerão suas discontinuidades – que não dizem respeito à temporalidade, e sim às demarcações operadas por certas transformações discursivas. Assim, entendemos os acontecimentos históricos enquanto complexos, pois são desenhados por rompimentos de certas discursividades, por rupturas de sistemas de verdade e pela conseqüente emergência de novos campos de saber e de novas práticas discursivas a cada tempo.

Em um exercício de pesquisar com historicidade, o olhar atento ao presente leva, imediatamente, para o passado, na tentativa de interpretar as formas de sua constituição. Para Foucault, a “relação com a história é estabelecida a partir de um problema que se coloca no presente e, para a resolução, necessita-se voltar-se ao passado” (RAGO, 2002, p. 263). Reencontramos essa lógica na importante obra de Machado, *Danação da norma*, quando o autor contextualiza (1978, p. 12):

Uma dupla relação se estabelece entre a história e a atualidade: por um lado, o desvendamento do passado, do modo específico de emergência das configurações atuais, é indispensável para uma compreensão mais lúcida do presente [...]. [...] a abordagem crítica da história é um instrumento importante para a realização das experiências que pretendem impregnar o futuro. Por outro lado, a ida ao passado, o projeto de pesquisar as origens [...] é, ele próprio, esclarecido pelo presente, determinado pela exigência de aprofundar sua crítica e fornecer elementos para a transformação das condições atuais de seu modo de intervenção.

Nessa direção, é relevante voltarmos a Foucault que, em *A arqueologia do saber* (2008), refere-se à noção de época para desconstruí-la. O filósofo diz que não devemos tomar a época como uma unidade de base para situar um acontecimento, pois quando usamos esse termo falamos de uma análise já realizada de suas práticas discursivas. Por isso, faz-se importante desarticularmos a ideia de época da noção de unidade temporal e articulá-la a um emaranhado de continuidades e descontinuidades, ao fenômeno de formações discursivas que aparecem e desaparecem.

O período arqueológico em Foucault toma, enquanto tema central de estudo, a episteme, a construção do saber no social e de seus regimes de verdade. É nesse momento que o autor desenvolve compreensões que estão relacionadas à noção de discurso. As ordens discursivas que se instauram, a relação entre sujeito e enunciado e o estabelecimento de campos de saber e de conhecimento são alguns aprofundamentos que assinalam esse momento conceitual do autor.

Já o período genealógico foucaultiano marca o descentramento da episteme, antigo objeto de descrição arqueológica, e inaugura noções que dizem dos sistemas de poder e de dominação que se engendram aos regimes de verdade. Nesta etapa, entre alguns dos principais conceitos trabalhados por Foucault, estão os conceitos de ruptura e de dispositivo. Sobre as relações entre arqueologia e a genealogia, Castro (2016, p. 185) explica:

É necessário precisar que não devemos entender a genealogia de Foucault como uma ruptura e, menos ainda, como uma oposição à arqueologia. Arqueologia e genealogia se apoiam sobre um pressuposto comum: escrever a história sem referir a análise à instância fundadora do sujeito. No entanto, a passagem da arqueologia à genealogia é uma ampliação do campo de investigação para incluir de maneira mais precisa o estudo das práticas não discursivas e, sobretudo, a relação não discursividade/ discursividade. Em outras palavras, para analisar o saber em termos de estratégia e tática de poder.

O presente trabalho utilizar-se-á das contribuições foucaultianas que se referem a ambos os períodos de estudos, isto é, o arqueológico e o genealógico. Sustentaremos um recorte da discursividade como central, herança do período arqueológico, referenciando-nos a elementos que se relacionam com o conceito foucaultiano de discurso. Ao mesmo tempo, situaremos o sujeito nessa discursividade, marcado pelos regimes de verdade e pelas tecnologias de poder que os compõem, como propõe a genealogia de Foucault. A noção de descontinuidade histórica será tomada desde o ponto de vista aqui explicado, associando

ruptura discursiva e emergência de dispositivos, balizando nosso enquadramento conceitual, o qual detalharemos a partir de agora.

1.2 O SUJEITO COMO EFEITO DO DISCURSO

Foucault (2008), no transcorrer de seus escritos, debruça-se a desenvolver uma teoria que reflita a construção do conhecimento e o saber no social, ao mesmo tempo em que se ocupa de forma central com a temática do discurso. Para Fairclough (2001), que nos ajuda a compreender essa montagem conceitual, Foucault, naquela oportunidade, realiza duas principais contribuições teóricas sobre o assunto: apontar que o discurso constitui “a sociedade em várias dimensões – constitui os objetos de conhecimento, o sujeito e as formas sociais do eu, as relações sociais e as estruturas conceituais” (p. 64); e compreender que “qualquer tipo de prática discursiva é gerada da combinação de outras e é definida pelas suas relações com outras práticas discursivas” (p. 64).

Rosa Fischer (2002) atribui ao discurso a característica de ser provisório e precário, por estar em constantes transformações e por não carregar consigo uma forma estanque. Nesta lógica é que se estabelece a processualidade das formações discursivas, que emergem em dado momento e forma, mas que se multiplicam e se distinguem, diferenciando-se entre si na medida em que tratam de objetos de discurso específicos, gerando unidades de discurso também distintas. As unidades de discurso funcionam enquanto terrenos delimitados que sustentam o surgimento e a transformação de objetos discursivos (conceitos, objetos de conhecimento), relacionados a uma ordem discursiva específica (especialidades, disciplinas de conhecimento). As transformações destes objetos também se fazem processuais, sendo contínuas e ilimitadas.

Tendo em vista essas compreensões básicas, já podemos afirmar que a noção de saúde mental coletiva será tomada nesta escrita enquanto discursividade, ainda que também possa ser compreendida como ênfase de formação ou campo de racionalidade, se analisada em outros contextos. A função de tomá-la enquanto expressão de discurso é de adquirir certa flexibilidade ao estudá-la e ao manejá-la, considerando toda a complexidade que a existência de uma discursividade implica. Concebê-la enquanto uma formação discursiva emergente exige que possamos identificar outras formações coexistentes que

contribuem para sua constituição e, conseqüentemente, visualizar as unidades discursivas envolvidas e os objetos de conhecimento que se desenham nesta dimensão.

Para que possamos seguir com este desafio, lançamos outra concepção foucaultiana que tomaremos como base: a de que formações discursivas geram práticas discursivas. Nesse sentido, de acordo com Fischer (2002), para Foucault, teoria e prática estão sempre juntas. A prática, neste recorte, seria o que já está contido no discurso, pois aquilo que é dito sempre tem história, ou seja, funciona em práticas muito concretas. Essa lógica nos mostra que não é o discurso que se aplica à prática, tampouco o contrário – ambos estão imbricados.

Na realidade aqui investigada, parece-nos importante salientar o nosso olhar para práticas discursivas que brotam no ponto de intersecção entre saúde mental e sua dimensão coletiva. Esse é um resultado de sobreposições discursivas e de suas conseqüentes transformações. Se não temos como distinguir teoria e prática, o discurso, neste caso, é concebido enquanto prática discursiva, ainda que existam outras práticas que não passam pelo registro discursivo – o que chamaremos de não discursivas.

As práticas discursivas, segundo Foucault (1969/2008), são compostas, dentre outros elementos, por enunciados. Em sua pesquisa arqueológica, o filósofo busca o *a priori* histórico para identificar enunciados e explicar por que alguns deles assumem materialidade⁶ e outros não. Ou seja, a repetição de enunciados dá forma a discursos, revela sua formação. Fairclough (2001) e Fischer (2002) nos ajudam a constatar que sistemas de conhecimento são compostos pela produção de enunciados, que estão ligados a diferentes ordens discursivas. Nesse funcionamento, o enunciado produz conceitos (objetos de discurso) que circulam por campos de produção limitados, como as especialidades ou as disciplinas.

Ao acolher a saúde mental coletiva enquanto foco desta pesquisa, se faz crucial identificar os enunciados que a compõem, os quais são produzidos no campo discursivo em que ela se insere. Se conjecturamos que enunciados sempre se criam a partir de sistemas de conhecimento, de montagens institucionais, e atrelados a conceitos, torna-se imprescindível identificar os aparatos correspondentes à discursividade da saúde mental coletiva. Que

⁶ Toma-se por materialidade um conjunto de instâncias que possibilitam e regem a repetição de um enunciado (CASTRO, 2016).

montagens institucionais sustentam esse discurso? Quais novos conceitos estão sendo produzidos? Quais sistemas de conhecimento amparam sua emergência?

No arcabouço foucaultiano, os enunciados produzem os sujeitos que, por sua vez, os emitem, endereçando-os a outros sujeitos. Estabelece-se uma correlação entre ambos, na qual o sujeito enuncia, mas não produz o enunciado e, sim, é produzido por ele. Da mesma forma que compreendemos que nos constituímos por discurso, também elaboramos que sujeito é uma posição produzida por enunciados. Para explicar melhor: nesta relação imbricada, na qual os sujeitos enunciam ao mesmo tempo em que são produzidos pelos enunciados, os enunciados produzem sujeitos, ainda que não existam sem eles. Não há demarcação de origem nem por quem enuncia, nem pelo tempo de enunciação e muito menos pelo lugar de onde o enunciado se proferiu.

Ficam mais evidentes as correlações entre discursividades e a produção de subjetividades. Porém, ainda nos interessa observar com quais outras premissas a noção de discurso se associa no decorrer da obra foucaultiana já que, na passagem da arqueologia para a genealogia, ocorre o descentramento deste conceito. Nessa inflexão, para que se pense a sociedade, se faz necessário lançar mão de outro conceito não menos importante: o de poder. O momento genealógico agrega à reflexão foucaultiana a análise possível das relações entre conhecimento e relações de poder. Emerge a noção de regimes de verdade, que são relações entre sistemas de verdade (conhecimentos construídos, sistemas de saber) e poder.

Investigar os mecanismos das tecnologias de poder desvenda a existência de um conjunto de procedimentos que constituem e que transversalizam os discursos. As formações discursivas que antes foram decompostas em objetos ou unidades de discurso, agora, relacionadas aos mecanismos de poder, revelam regimes que determinam, por exemplo, restrições daquilo que pode ou não ser dito, por quem e em quais ocasiões. São zonas de dominação, delimitações disciplinares, fronteira de poderes: razão x loucura; verdadeiro x falso; politicamente correto x politicamente incorreto.

As relações entre poder e discurso se fazem essenciais para pensar as organizações, as instituições e a sociedade. Na medida em que o conhecimento se associa a tecnologias de dominação, percebe-se que saber é também poder. O discurso enuncia os movimentos sociais e reflete os sistemas de dominação, sendo o *lócus* do poder. Visto por esta perspectiva, o poder não é um lugar que podemos tomar, um *status* a ocupar, mas,

sobretudo, algo que nos toma, que nos ocupa. Somos tomados pelo poder; e não o contrário. Nesse conjunto, parece ser uma boa estratégia analisar relações institucionais por uma via de suas práticas discursivas.

Se a saúde mental coletiva é discursividade, podemos supor novas produções de enunciados e de subjetividades que estejam diretamente relacionadas com a sua emergência. No contexto de um programa de residência multiprofissional, qual seria o sujeito de enunciação que opera a discursividade da saúde mental coletiva?

Desenhar o mapa da discursividade da saúde mental coletiva é tarefa que assumimos na tentativa de lançarmos possíveis respostas a esse questionamento.

1.3 RUPTURAS E CONSTRUÇÃO DE NOVOS PARADIGMAS

Para pontuar as ferramentas principais de pesquisa, nos cabe detalhar como se dá, de forma mais precisa, o processo de transformação das formações discursivas. Durante o período genealógico, Foucault desenvolveu metodologias para analisar os regimes de verdade e suas imbricadas tecnologias de dominação. Essa análise genealógica dos fatos passa por uma análise do saber, em termos de estratégias e de práticas de poder. O que se busca, nesse processo, é identificar o conjunto de procedimentos dos sistemas de saber-poder de cada tempo para então localizar as discontinuidades discursivas que demarcam o processo histórico.

Os discursos são dispersos e, ao mesmo tempo, contínuos e regulares. Nesse sentido, como explicar suas transformações? Foucault (2008) assinala que, às transformações que se referem ao regime geral de uma ou várias formações discursivas, dá-se o nome de ruptura. Amarante (1994b) também lança mão do conceito foucaultiano de ruptura para explicar a operação das discontinuidades históricas. O autor destaca que a ruptura funciona em três etapas: negação, superação e invenção. A negação ocorre quando uma ordem discursiva é colocada em xeque. O processo de negação se faz muitas vezes no exercício de circunscrever certos campos de saberes e disciplinas, de deixá-los em evidência. Colocar um saber em foco permite que ele vire alvo de problematização e questionamento. Neste ponto, inicia-se o processo de superação de ordens discursivas que já estão estabelecidas. Finalmente, a problematização de certos campos de saber leva à invenção de novas formas de discursar, novas práticas discursivas. O resultado desse movimento em três tempos é o surgimento de

novos dispositivos, que sustentarão novas ordens discursivas, novos paradigmas de ações e de pensamento, e que marcarão uma descontinuidade histórica.

Neste ponto é importante deixar claro que, mesmo havendo transformações nas discursividades, isso não necessariamente significa uma quebra de hegemonias. Muitas vezes, um discurso vem para substituir outro, exercendo a mesma intensidade de dominação dos corpos e das vidas daquele que predominava anteriormente. As rupturas sempre sinalizam transformações discursivas, mas nem sempre essas mudanças operam novos dispositivos de controle e relações de poder. Acontece que, em muitos pontos de intersecção, regimes de verdade mudam, mas os mecanismos de dominação seguem os mesmos. Ou seja, depararmo-nos com novos paradigmas é fato raro na história, desde a perspectiva genealógica foucaultiana.

Nessa esteira, admitimos o dispositivo enquanto efeito de ruptura, enquanto resultado de descontinuidades históricas. Isso significa entendê-lo como indicador do desenvolvimento de novos campos de conhecimento e novas formações discursivas. É importante atentar para a pluralidade de dispositivos que podem emergir a um só tempo. Podemos dizer que dispositivo é a materialização de emaranhados de elementos, discursivos e não discursivos, que se dá em um dado momento histórico para cumprir uma função específica. Castro (2016, p. 124) revela explicações possíveis para este conceito:

O dispositivo estabelece a natureza do nexos que pode existir entre esses elementos heterogêneos. Por exemplo, o discurso pode aparecer como programa de uma instituição, como um elemento que pode justificar ou ocultar uma prática ou funcionar como uma interpretação a posteriori dessa prática, oferecer-lhe um campo novo de racionalidade.

O autor complementa, considerando tratar-se “de uma formação que, em um momento dado, teve por função responder a uma urgência. O dispositivo tem, assim, uma função estratégica.”.

1.4 INTENÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Tendo em vista o quadro conceitual aqui exposto, se faz importante, desde já, esclarecer as nossas intenções teórico metodológicas.

Esta investigação utilizar-se-á de uma análise de discurso para investigar as formações discursivas da saúde mental coletiva. Ao propormos investigar discursividades, podemos contar com uma grande variabilidade de possibilidades de análises. A análise de discurso tem sido bastante utilizada em diversas áreas de conhecimento. Por isso, autores/as como Fischer (2002), Fairclough (2001) e Pinto (1989) apontam para a possibilidade de um recorte metodológico inspirado nas ferramentas foucaultianas de análise.

Assim, seguiremos o caminho que afirma ter a análise de discurso ganhado espaço na trilha de abandonar modelos teórico-metodológicos rígidos. Compreende-se cada vez mais o quanto flexível precisa ser uma via de construção metodológica para que ela possa dar conta dos elementos a serem analisados com maior rigor analítico (PINTO, 1989).

Nesse sentido, construiremos uma metodologia específica, que se inspira no método de Foucault, mas que não o reproduz, visto que reprisar a metodologia foucaultiana não traduz nosso objetivo. Apenas pretendemos assumir uma variação deste método, articulando-o com as condições de possibilidades que o material estudado apresenta. Não seguiremos uma longa receita metodológica, e sim faremos um levantamento de indicadores capazes de formar um conjunto de procedimentos que resulte em uma análise de discurso.

Mas como escolher o material que nos dê pistas importantes sobre nosso foco de investigação? Como elencar indicadores que sejam eficientes para edificarmos algumas conclusões?

As premissas teóricas que reunimos até agora permitem conceber a saúde mental coletiva enquanto discursividade, uma vez que, além de um emaranhado de discursos que coexistem e contribuem para sua emergência, contamos também com uma série de aparatos e procedimentos não discursivos os quais integram sua condição de existência, conforme compreende Pinto (*ibidem*, p. 60):

A construção do corpo discursivo, portanto, obedece a duas dinâmicas distintas: por um lado deve ter uma unidade que possibilite estudá-lo enquanto um fenômeno específico, por outro deve conter nesta unidade a pluralidade dos discursos que o formam e que lhe dão condições de existência.

As formações discursivas que ajudam a compor a discursividade da saúde mental coletiva, elencadas por esta pesquisa, são:

- o discurso antimanicomial, oriundo diretamente do movimento da reforma psiquiátrica, o qual defende a desinstitucionalização e afirma politicamente o movimento social ligado à saúde mental;
- o discurso da saúde coletiva, resultante do movimento de Reforma Sanitária no Brasil, o qual carrega consigo a importância do enfrentamento ao reducionismo biologicista;
- o discurso da universidade, aquele que representa a função estratégica da institucionalização do saber e que revela a importância dos aparatos institucionais.

Nossa aposta é que, além das construções discursivas apresentadas, os aparatos institucionais dos programas de residência são complexos o suficiente para que deles possamos recortar alguns enunciados representativos sobre a discursividade em questão⁷.

É claro que, ainda que instituições possam funcionar enquanto lugar de enunciação, não nos parece ser eficiente reconhecer práticas discursivas diretamente de funcionamentos institucionais, sem que passem por sujeitos de enunciação. Como vimos, os discursos serão sempre enunciados por sujeitos, e é por essa razão que situamos o residente egresso enquanto sujeito que representa o bastante a discursividade que queremos pesquisar.

O sujeito-residente é, como o admitimos, uma atualização deste processo de subjetivação que, de forma emaranhada, se dá em meio ao campo discursivo da saúde mental coletiva. Certamente existem outras subjetividades produzindo-se neste campo e, conseqüentemente, outros sujeitos de enunciação disponíveis – por exemplo, os próprios trabalhadores dos programas de residência ou profissionais dos serviços que recebem o residente em formação. Porém, da forma que arquitetamos nossas teorizações, o residente, especialmente o egresso de residências multiprofissionais com ênfase em saúde mental coletiva é quem melhor representa o processo de subjetivação o qual corresponde à trajetória do processo de formação aqui pesquisado. O residente egresso é quem percorreu o caminho considerado suficiente para formar um especialista em saúde mental coletiva.

⁷ Algumas características específicas que esclarecem os programas de residência enquanto dispositivos estão expostos mais à frente, no capítulo 4.

Com esse fundamento, parece-nos razoável indagar as próprias e os próprios residentes (egressos), que cursaram a residência de ênfase em saúde mental coletiva, a respeito da sua experiência de formação. Ninguém melhor do que elas e eles a nos explicar conceitualmente aquilo que lhes foi transmitido em suas trajetórias de aprendizado, pois são eles os especialistas nesse assunto. Indagá-los sobre o conceito de saúde mental coletiva é uma maneira de entrar em contato com novas articulações discursivas que compõem novos processos de subjetivação, na medida em que a produção discursiva e a emissão de enunciados ocorrem sob o controle dos regimes de verdade. Assim, a enunciação do residente será compreendida enquanto uma articuladora das discursividades engendradas neste novo campo discursivo (discursos antimanicomial, da saúde coletiva e da universidade).

Com tal fundamento, entrevistamos residentes egressos, questionando-os a respeito das concepções de saúde mental e saúde mental coletiva, como explicaremos detalhadamente no capítulo 5, intitulado *O que enunciam os residentes egressos?*. Os enunciados serão obtidos a partir da análise de discurso destas respostas, podendo corroborar ou não, reafirmar ou não essas formações discursivas identificadas até agora enquanto parte constituinte da discursividade da saúde mental coletiva. E podem, além disso, demonstrar quais outras afirmações ganham espaço neste campo. Para isso, será necessário identificar algumas repetições de enunciados que surgem no contexto a ser pesquisado, produzindo relações e correlações entre eles.

Também será fundamental, no intuito de analisar práticas discursivas, dispor de outros elementos que se mostram visíveis e que, no entanto, se revelam não discursivos, tais como: novas tendências arquitetônicas; mudanças de funcionamentos burocráticos, operacionais e institucionais; novas disciplinas acadêmicas que apontam para inéditos campos de saber; dentre outros.

Para lidar com essa necessidade, elencaremos ao longo do texto algumas cenas vividas a partir da experiência de trabalho enquanto tutora de um programa de residência. Tais cenas funcionarão como práticas não discursivas e nos servirão para um aprimoramento da análise de discurso, conforme as correlacionarmos com os enunciados obtidos.

Teremos oportunidade de mostrar em detalhes os procedimentos metodológicos no capítulo 5. As intenções teórico-empíricas foram aqui esclarecidas no intuito de auxiliar o leitor a acompanhar a evolução do texto e, conseqüentemente, a construção das premissas ora apresentadas.

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E O DISCURSO ANTIMANICOMIAL

Na perspectiva de que existem regimes de verdade, podemos considerar o acontecimento da Reforma Psiquiátrica (RP) como produtor de sujeitos, de enunciados e de campos de conhecimento que norteiam funcionamentos institucionais. A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) circunscreve objetos de saber específicos, como a loucura e a cidadania. Assim, ela pode ser considerada como uma prática discursiva.

Fonseca, Engelman e Perrone (2005), ressaltam a importância de, enquanto pesquisadores, não tomarmos os resultados de nossas pesquisas como quadros finais ou definitivos de um determinado processo. Assim, as referidas autoras assumem a Reforma Psiquiátrica, em sua condição processual, como obra plural em movimento: “A RP, a exemplo de todas as contracorrentes, caracteriza-se como figura fissípara, sendo plano de tensões, luta e embate, passível de possuir tantas faces quantas forem as resoluções assumidas por suas forças em correlação problemática.” (p.31).

Na mesma linha, as pesquisadoras apontam a noção de território como fundamental para traçar um plano de investigação. Sinalizam que, apesar de a reforma se configurar como um movimento mundializado, ela vai se mover e se transformar de acordo com as condições de cada terreno, ou seja, como paisagem mutante de um certo território, sujeita às instabilidades de suas atmosferas (ibidem).

Assim como no discurso, a precariedade e a instabilidade são características inerentes à Reforma Psiquiátrica. Percebê-la enquanto prática discursiva é atribuir-lhe a complexidade que lhe compete, reconhecendo sua capacidade mutante, de construir-se a partir de fragmentações, reproduções e inovações, em diferentes condições de tempo e espaço.

Nesse sentido, estudar o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira é muito mais do que acompanhar como foram e como têm se construído as lutas e as transformações das práticas em saúde mental no país. É também aprofundar-se em um processo histórico que diz respeito a como nos apropriamos de algumas construções epistemológicas estrangeiras e de como as temos transformado.

Esse debate tem marcado o campo da saúde mental brasileira nos últimos anos. O Brasil é considerado protagonista no processo mundial de transformação da instituição psiquiátrica e das políticas públicas em saúde mental, mesmo ainda apresentando inúmeros

casos de práticas psiquiátricas retrógradas e persistentes, assemelhadas aos asilos europeus do século XIX. Há, no nosso país, além de incontáveis experiências de novas práticas em saúde mental, um alto grau de desenvolvimento teórico, principalmente em termos da clínica psicossocial, com intensa produção intelectual (PASSOS, 2009).

Uma das grandes contribuições brasileiras para pensar a reforma vem do psiquiatra Paulo Amarante. Segundo o autor (1996, p. 14), a reforma psiquiátrica é um “conjunto de enunciados, propostas e arranjos de natureza técnica e administrativa sobre o campo disciplinar e de intervenção da psiquiatria”. Essa definição destaca um sentido amplo do termo e leva em conta a pluralidade de movimentos reformistas, muitas vezes divergentes entre si, ocorridos ou propostos no espectro mundial, principalmente depois da Segunda Grande Guerra. Em meio a essa diversidade global de projetos, encontramos uma forte razão para estudarmos a chamada “psiquiatria democrática” italiana, pois ela se tornou uma das maiores referências, senão a principal, para pensarmos o processo brasileiro de reforma. Como escreve Guimarães (2015, p. 15), “ao resgatarmos o processo que colaborou para a construção do SUS, percebemos que o pensamento italiano de reforma sanitária foi aquele que mais influenciou o movimento sanitário brasileiro”.

Amarante (1994b), ao discorrer sobre o movimento italiano, explica que Basaglia⁸ construiu uma das mais radicais transformações no campo da psiquiatria e dos saberes sociais, pois, além de propor desconstruções conceituais inéditas no campo do saber médico, o fez utilizando determinadas produções teóricas e uma forma peculiar ao lidar com as questões sociais.

Para deixar mais claro o ineditismo da desconstrução que o psiquiatra italiano preconiza, explicaremos a lógica basagliana a partir das etapas de ruptura apresentadas anteriormente: negação, superação e invenção. Primeiro, na negação, a ideologia ligada à psiquiatria é rechaçada, rompendo-se com ela. Esse rompimento, por sua vez, é caracterizado pela transformação das formações discursivas que constroem a especialidade da psiquiatria. Basaglia parece conseguir alcançar esse rompimento ideológico, visto que ele localiza a psiquiatria, coloca-a em evidência, circunscrevendo seu objeto de conhecimento (a loucura) e o regime de verdade estabelecido por ela. Essa circunscrição configura a etapa da superação, já que, com o rompimento operado, abre-se uma brecha para novas emergências

⁸ O médico psiquiatra Franco Basaglia foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana, conhecido como Psiquiatria Democrática (AMARANTE, 1996).

discursivas, outros referimentos psiquiátricos. Chegamos assim à etapa da invenção, quando se origina um novo dispositivo, que poderia ser provisoriamente determinado como dispositivo da desinstitucionalização, pois coloca em si uma superação não apenas da psiquiatria tradicional, mas também da nova psiquiatria, demarcando uma descontinuidade aos níveis prático e teórico.

Desinstitucionalizar, neste caso, marca uma diferença em relação a desospitalizar – apesar de ambos os termos comporem a proposta reformista liderada por Basaglia. A desospitalização diz da desconstrução dos manicômios, da redução de leitos psiquiátricos e da afirmação da cidadania do louco com cuidados em liberdade. A desinstitucionalização inclui essas esferas, mas vai além, desconstruindo não apenas os manicômios com seus aparatos burocráticos e a redução de internações, mas justamente o saber psiquiátrico que os sustentam, ou seja, a instituição psiquiátrica como um todo.

Nesse sentido, reconhecemos que a reforma psiquiátrica italiana parece ter operado ruptura de paradigmas, representando um marco nas propostas de reformas ao redor do mundo, sendo o dispositivo da desinstitucionalização um resultado dessa transformação discursiva.

No próximo subcapítulo, na busca por elementos importantes que integram o desenvolvimento da psiquiatria no Brasil e das suas sequentes propostas de reformas, será possível demonstrar a genealogia foucaultiana com mais materialidade. Identificaremos as principais rupturas deste período histórico, localizando as descontinuidades mais significativas e seus efeitos enquanto dispositivos.

2.1 “AOS LOUCOS, O HOSPÍCIO!”⁹

Recapitular a história da psiquiatria brasileira é contar da história do processo de asilamento e de medicalização no nosso país. A chegada da Família Real ao Brasil, em 1808, marca o momento em que a loucura é tomada como objeto de intervenção específica. Isso ocorre em um contexto de maior necessidade de controle social, em função do crescimento das cidades e das populações no país. Nesse terreno, a medicina empreende-se em

⁹ Enunciado extraído do movimento constituído em 1939, da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que inspirava novas propostas de assistência a doença mental da época.

desenhar um projeto que contribuía para o reordenamento urbano. É quando emerge um projeto de prática psiquiátrica.

É importante perceber que até esse momento não era necessário distinguir loucos de não loucos no Brasil. E esse exercício de distinção ainda estaria longe de ser relacionado a um processo de saúde-doença. É muito mais um elemento para diferenciar quem deve ou não estar fora da circulação urbana, quem ajuda e quem atrapalha na organização das cidades para que elas estejam mais aproximadas dos moldes europeus. Essa organização refere-se a uma disciplinarização de corpos¹⁰ e, a partir dela, o trabalho da medicina vai se aproximando daquilo que vai se tornar a psiquiatria, conforme a loucura começa a ser nomeada enquanto tal.

Em *Microfísica do poder* (1979), Foucault assinala que o indivíduo é efeito de poder. Ou seja, perante os dispositivos de individualização que são sustentados pelo poder disciplinar institucional, o indivíduo não é destruído ou aniquilado, mas produzido como um efeito desse poder. Sendo assim, quando os monarcas portugueses chegam ao Brasil, a ideia de loucura passa a ocupar uma função de dispositivo de subjetivação, já que se constituía enquanto efeito do poder psiquiátrico que se estabelece.

No ano de 1830, foi planejado o primeiro hospício para loucos do Brasil. Tal iniciativa era o resultado de uma decisão da Comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, a qual realizou um diagnóstico sobre a situação dos loucos na cidade. A partir disso, estes passaram a ter o lugar de doentes mentais, merecedores, portanto, de um lugar específico para reclusão e tratamento. Até aquele momento, ser louco não significava ser alvo de alguma intervenção médica, sendo inclusive raro encontrar algum submetido a tratamento nos hospitais das cidades. O destino deles era diverso: asilo de mendigos, porões da Santa Casa de Misericórdia, prisões, casas de correção ou eram até entregues à própria sorte, nas ruas. Ficou a cargo da medicina o delegatário sobre a loucura, sendo a categoria médica de grande influência na criação destes espaços. Tanto é que, em 1852, inaugura-se o Hospício Pedro II, localizado na Praia Vermelha, Rio de Janeiro, também conhecido como “Palácio dos Loucos” (AMARANTE, 1994a).

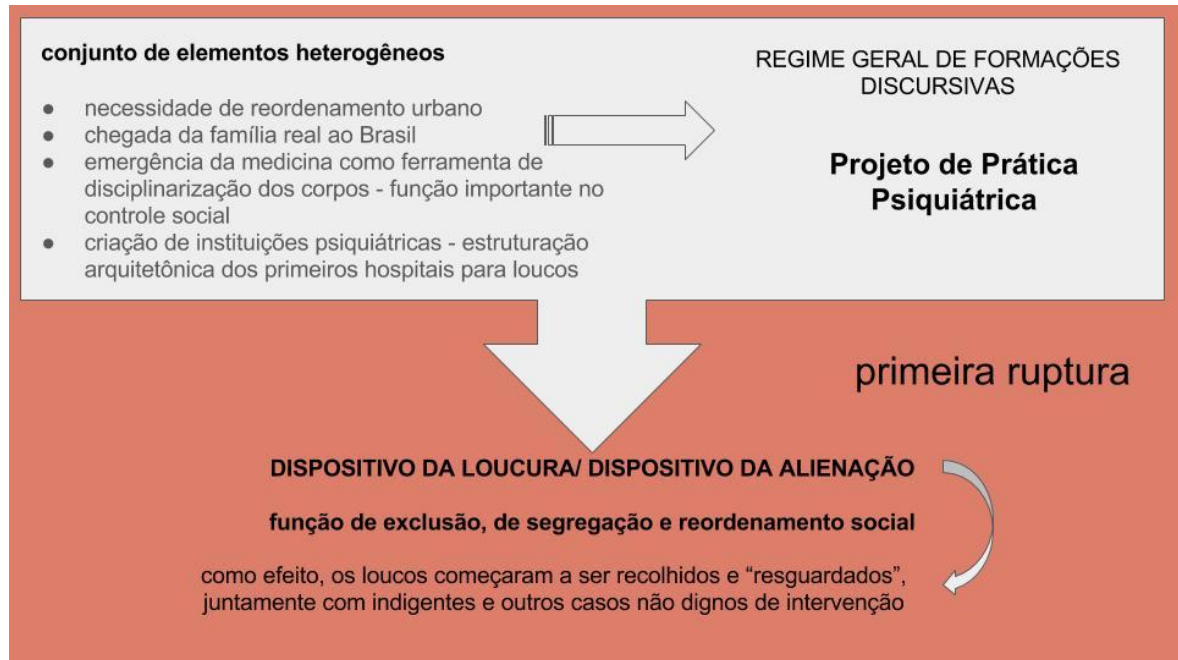
¹⁰ A disciplinarização dos corpos é um fenômeno explicado por Foucault principalmente através do conceito de biopoder, o qual pode ser compreendido como o conjunto de normalizações disciplinares que exercem força sobre a vida humana e os corpos biológicos. Para mais detalhes deste conceito, consultar Foucault (1999).

Apesar de a medicina ser responsabilizada na época por projetar o destino da loucura, as instituições até então construídas não eram dirigidas por médicos. Estes, por sua vez, criticavam as práticas das instituições psiquiátricas por elas não possuírem nenhum projeto assistencial científico. A categoria médica, que compartilhava das ideias positivistas e republicanas, começa a reivindicar esse poder institucional, que até aquele dado momento estava nas mãos dos setores mais conservadores do clero. Inicia-se aí, próximo à Proclamação da República, uma demanda de modernização da psiquiatria, que aponta a necessidade de uma prática mais ativa dentro dos hospícios, embasada por princípios técnicos e científicos, uma proposta de prática medicalizada.

A este poder institucional que a medicina conquista, que oferece possibilidades de decidir sobre os modos de viver, chamamos medicalização. Castro (2016, p. 299) vai nos dizer que “o termo ‘medicalização’ faz referência a esse processo que se caracteriza pela função política da medicina e pela extensão indefinida e sem limites da intervenção do saber médico”. É um termo que se refere para além das questões das enfermidades, caracterizando o exercício de poder desempenhado pela medicina: a distinção entre o normal e o patológico, o saber sobre o corpo humano, suas condutas e comportamentos. O homem branco, adulto, ocidental, civilizado e normal não se comunica com os excluídos. Os processos de sujeição, forjados a partir da patologização e medicalização da loucura, da adstração a partir da família, da escola, da prisão, romperam com os diálogos possíveis.

Na Figura 1 é possível observar alguns elementos heterogêneos, discursivos e não discursivos, que, articulando-se entre si, resultam em uma nova formação discursiva: o Projeto de Prática Psiquiátrica no Brasil. Como efeito, surge o dispositivo da loucura.

Figura 1 – Primeira ruptura – análise genealógica da Reforma Psiquiátrica Brasileira



Fonte: a autora (2018)

Chamaremos de *primeira ruptura* esta que marca a descontinuidade entre alienação e loucura. Em tal transição, as duas concepções coexistem, sendo os loucos recolhidos e resguardados juntamente a outros casos de mesmo destino: o de exclusão social. Porém o Projeto de Prática Psiquiátrica é o que ensaia a criação de um novo domínio de saber específico sobre a loucura. Quando o discurso a respeito do louco se especifica, também se afina uma disciplina que assume esse lugar de poder-saber característico: a psiquiatria. Observemos que o regime de verdade do projeto psiquiátrico corresponde ao discurso emergente daquele momento, sendo efeito da ruptura operada com o discurso anterior, mas ainda coexistente, que sustenta a necessidade de reordenamento urbano. Os locais específicos de reclusão para loucos começam a surgir e representam alguns dos elementos não discursivos, ou seja, articulam investimentos sociais em novas arquiteturas para os alienados e sustentam a criação de novas disciplinas que abordam um ‘saber’ sobre a loucura. Percebemos que as três etapas necessárias para a identificação de uma ruptura estão contempladas: a negação da exclusão generalizada, a superação da ideia de que todos os indivíduos recolhidos devem ter o mesmo destino e a invenção de um projeto psiquiátrico que será sustentado pelo dispositivo da loucura.

Esta reorganização segue, e os loucos deixam de ser apenas uma camada da população a ser segregada, passando a ocupar, gradualmente, o lugar de doentes mentais. Assim, o saber psiquiátrico incide sobre a loucura, transformando-a em doença e potencializando a necessidade de intervir sobre ela. Inaugura-se com isso a necessidade de tratamento e de intervenção médica para essa finalidade específica. Dessa forma, a classe médica construía seu saber em psiquiatria e, com ele, o poder de decidir a respeito da vida e do futuro de parte da população.

Logo, os psiquiatras passam a reivindicar parte do poder institucional e da administração dos hospícios, pleiteando a gestão que antes ficava a cargo dos monarcas. Para os especialistas, não bastava mais distinguir loucos de indigentes, era necessário intervir sobre a doença mental para, desse modo, curá-la. A emergência da classe psiquiátrica em vésperas da Proclamação da República traduz o interesse econômico que acompanha toda essa transformação conceitual.

Assim que a República se constitui, fica evidente o quanto o modelo institucional (arquitetônico e burocrático) traduz os moldes arcaicos da monarquia – despótico e filho autêntico do absolutismo político, diferente do ideário liberal emergente nos meios republicanos. Essa diferença ideológica estimula a modernização da medicina e da psiquiatria, apontando a necessidade da atuação do saber médico para além dos muros do hospício.

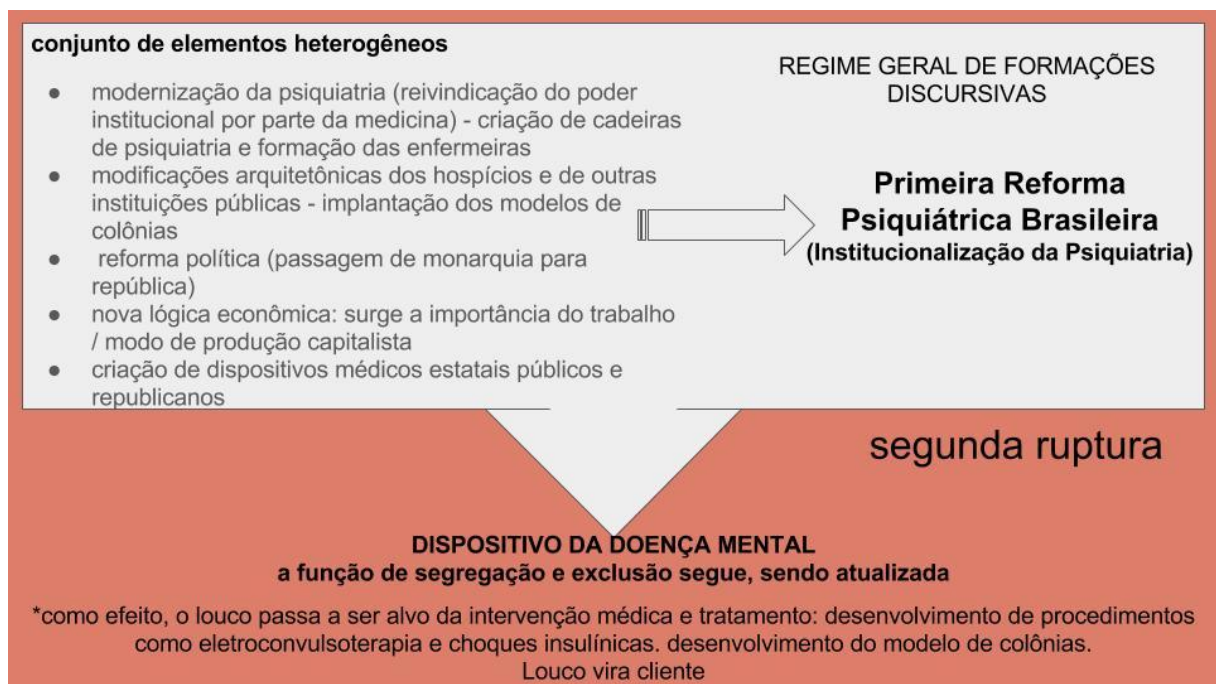
A psiquiatria, então, apoiada no ideário liberal, busca a modernização da sua prática, propondo mudanças nas estruturas asilares e expandindo sua atuação para o espaço social, onde estaria a origem das doenças mentais. Em 1890, o antigo Hospício Pedro II é definitivamente desvinculado do poder do clero e assumido pela administração pública, sendo então denominado Hospício Nacional de Alienados. Essa transformação é resultado da chegada dos republicanos ao poder.

Inicia-se a criação de aparatos médicos estatais públicos e republicanos, como a Assistência Médico-Legal aos Alienados. Também são criadas no Brasil as duas primeiras colônias de alienados, sendo também as primeiras da América Latina. A aposta neste modelo surge sob a influência europeia, que ditava o desenvolvimento de sociedades burguesas e capitalistas, ao mesmo tempo em que se calcava na compreensão de que os loucos devem conviver fraternalmente, em casa ou no trabalho. A partir daí, além da criação de diversas novas colônias, surge o primeiro Manicômio Judiciário, como mais uma marca da ampliação

do espaço asilar e das relações de poder que vão se costurando nas disciplinas da justiça e da saúde.

Esses modelos também contribuem para a institucionalização da psiquiatria no Brasil, incluindo a criação de cadeiras de clínica especializada em psiquiatria, bem como a sistematização da formação de enfermeiras. O conjunto de medidas impulsionado na proclamação da República caracteriza a Primeira Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Figura 2 – Segunda ruptura – análise genealógica da Reforma Psiquiátrica Brasileira



Fonte: a autora (2018)

É possível observar que a Figura 2 traduz a descontinuidade entre loucura e doença mental. Chamaremos de *segunda ruptura* a demarcação de descontinuidade entre um Projeto de Psiquiatria que lança o conceito de doença mental e a Primeira Reforma Psiquiátrica Brasileira, que representa a institucionalização desse saber, atribuindo materialidade social e econômica para a classe psiquiátrica. Esse segundo processo de ruptura deixa clara a evolução de uma prática discursiva que se engendra com as tecnologias de poder oferecidas pelo espaço social. A psiquiatria, nesta transição, passa a ser reconhecida enquanto um saber especializado e, além disso, se apropria dos espaços institucionais, ampliando seu acesso aos dispositivos de controle já existentes.

As descontinuidades aqui demonstradas traduzem o quanto rupturas em regimes de verdade não operam necessariamente quebras de hegemonias. De fato, o sistema político-econômico transformou-se, passando da monarquia para a república. A gestão da instituição manicomial foi assumida por um novo grupo de interesse. Porém, ainda que o discurso dos monarcas tenha sido substituído pelo dos psiquiatras, a intensidade de dominação dos corpos e da vida dos considerados doentes mentais só aumentou. De novo, confirmamos que nem sempre rupturas operam mudanças nas tecnologias de poder. No caso aqui esquematizado, a renovação do regime de verdade só serviu para aparelhar mais as relações de controle já existentes. Não houve mudança de paradigma.

2.2 “POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS!”¹¹

Uma figura importante da história da psiquiatria em nosso país, durante o Brasil República, foi o psiquiatra Juliano Moreira, considerado no início do século XX o mestre da psiquiatria brasileira. Ele foi sucessor do psiquiatra Teixeira Brandão, que, por sua vez, veio a ser o primeiro diretor da Assistência Médico-Legal de Alienados. A carreira de Juliano Moreira acompanhou a legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional, que teve sua conquista marcada pela promulgação da Lei nº 1.132, de 1903, a qual reorganizou a assistência aos alienados. Moreira trouxe para o Brasil referências alemãs das escolas de psiquiatria, como acréscimo às referências francesas que já predominavam nas escolas brasileiras da época. Suas contribuições inaugurariam mais um momento da psiquiatria brasileira, pois, em 1923, criou-se a Liga Brasileira de Higiene Mental, quando a psiquiatria se dedicava a intervir não apenas nos comportamentos individuais, como também a propor modelos de “coletividades sadias”.

Essas práticas evoluíram para ideias de cura, nos anos 1930, acompanhadas por práticas como choque insulínico, eletroconvulsoterapia e lobotomia. Nos anos 1950, surgiram os primeiros neurolépticos, num período denominado como “furor farmacológico”. Segundo Amarante (1994a), essas novas técnicas serviram para aumentar a demanda e produzir novos clientes, inflando a assistência privada, mas não contribuindo em nada para a

¹¹ Em 1987, é lançado o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, deflagrado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, como será explicado neste subcapítulo.

desospitalização ou para a desinstitucionalização – ou seja, as práticas asilares seguiam firmes.

A legitimação jurídico-política, a organização da assistência aos alienados e o crescente número de clientes¹² desses serviços mostraram-se satisfatórios para a afirmação do poder institucional e econômico da classe médica psiquiátrica, que seguia crescendo. Os psiquiatras não mais eram meros contribuintes para projetos de reorganização urbana; eles detinham o poder de cura e de reestruturação do comportamento de todos aqueles que eram considerados doentes mentais, intra e extramuros.

Na década de 1960, houve a unificação de aposentadorias e pensões, o que resulta na criação do Instituto Nacional de Previdência Social. É então tempo de privatização da economia no país, inclusive dos serviços psiquiátricos. Pela primeira vez, a doença mental assume a dimensão de objeto de lucro. Ocorre um aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, chegando assim a Previdência Social a destinar 97% do total de recursos de saúde mental para internações na rede hospitalar.

Surgem vestígios de um novo discurso, aparentemente inovador, entre 1960 e 1970, de cunho reformista em relação ao número de internações, e que propunha a redução das práticas asilares. O que Paulo Amarante (1994a) aponta como marco diferencial deste discurso em relação a anteriores é seu caráter crítico. As modificações propostas em relação às práticas psiquiátricas deixam de assumir apenas um caráter técnico e burocrático, como se fez na Primeira Reforma Psiquiátrica Brasileira, por exemplo. A ideologia vigente calcava-se em uma visão crítica ao saber psiquiátrico em si. Surgiam os primeiros efeitos da reforma psiquiátrica italiana em nosso país. Ainda assim, algumas renovações inéditas, como o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM)¹³, estariam, nesse momento, com dificuldade de viabilizar-se. Aparentemente, um novo discurso reformista emergia, mas sem aparatos suficientes para sustentar-se.

Em 1970, no Brasil, forma-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que assume certa responsabilidade de enunciar e divulgar essa crítica ao saber psiquiátrico. Esse movimento configura maior maturidade de reivindicação, ao passo que aborda a necessidade de transformações teóricas, políticas, culturais e sociais. O conceito de

¹² Naquele período ainda não se utilizava o termo 'usuário' para referenciar os cidadãos que tinham acesso aos serviços de saúde.

¹³ O Plano Integrado em Saúde Mental foi criado em 1978 enquanto política pública de abrangência nacional.

cidadania passa a ser palavra-chave para pensarmos a problematização da loucura. “Devido à natureza do estatuto de alienação mental, ao louco é subtraída a possibilidade de inserção no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos” (AMARANTE, 1996, p. 16). Esse tipo de crítica surge ao mesmo tempo em que o modelo privatizante de saúde mental no país vive um crescente.

Tal momento histórico é interessante para avaliarmos o quanto os projetos de reforma psiquiátrica não podem ser tomados em conjunto, enquanto homogêneos. Ainda que, nos anos 1970, haja uma permanente exigência de maturidade política, os conceitos e as práticas quanto à reforma são diversos entre os atores que a exercitam. Tomar a cidadania dos doentes mentais como luta central, segundo a proposta do MTSM, por exemplo, não é regra para a pluralidade de projetos que se apresentavam. Efetivamente, a real distinção entre os projetos daquele momento se fazia a partir do modo com que cada um se relacionava com a questão da desinstitucionalização. À luz da reforma italiana, a desinstitucionalização no Brasil também assume um caráter de diferenciar-se da desospitalização. É um conceito que sofre uma transformação substancial e que abre diferentes possibilidades de compreensão a respeito da psiquiatria.

A primeira referência para o termo da desinstitucionalização nasceu com os projetos de psiquiatria preventiva e comunitária, que operavam uma crítica ao sistema psiquiátrico naquilo que ele propunha enquanto prática, por estar centrado na assistência hospitalar. Todavia a problematização encabeçada por esses projetos não alcança um questionamento em relação à instituição psiquiátrica enquanto um saber-poder atuante na sociedade como um todo. A psiquiatria preventiva propunha a desinstitucionalização via práticas extramuros, ambulatórios, pesquisas e práticas preventivas. Eram mudanças importantes para a quebra dos muros reais, mas que não desatrelavam as tecnologias de dominação do saber médico.

As reformas assentadas nessa perspectiva, para que se realizassem, apostavam na ‘correta’ aplicação das técnicas e do saber psiquiátrico, propondo um rearranjo da condução operacional e administrativa nas práticas com o doente mental. Tratava-se de uma tendência que se justificava na falência do sistema psiquiátrico, entendendo que as técnicas estavam sendo ‘mal aplicadas’ – crises institucionais e estatais que irromperam no Brasil no final dos anos 1980.

A diminuição de leitos, o aumento do número de altas, a criação de serviços intermediários foram ações importantes, porém de cunho sanitário, preventivo e de

promoção da saúde. Evitar o desenvolvimento de doenças, inclusive as de saúde mental, era fundamental também na expectativa de reduzir os custos com a assistência, poupando os cofres públicos.

O manicômio em si, enquanto instituição representativa do saber psiquiátrico, ainda não estava colocado em questão. A lógica da cura, da reabilitação, da prevenção e da promoção da saúde mental não questiona o arcabouço teórico da psiquiatria. Assim, permanece edificando o ideal da ausência de doenças no meio social, contribuindo para uma nova estratégia de patologização e normalização do social. Amarante (1996) lembra que o ideal da saúde mental é uma construção decorrente da psiquiatria preventiva.

Com o decorrer da aplicação desses modelos, os planos de intervenção acabam não sendo tão menos onerosos quanto se esperava. Ainda o que segue, até décadas depois, é que a própria rede de serviços intermediários serve, muitas vezes, mais para aumentar a demanda hospitalar do que para desativar os manicômios.

Ao final dos anos 1980, a forte tendência à privatização deflagra uma crise institucional e financeira da Previdência Social. A partir daí, há uma série de medidas por parte do Estado para a reorganização do setor público de saúde. O Ministério da Saúde começa a trabalhar aliado à Previdência Social, em uma perspectiva de cogestão. Começam a surgir recomendações de sistemas unificados e ações integradas, inclusive o Sistema Único de Saúde, cujos princípios mais relevantes foram escritos na Constituição de 1988.

Inicia-se um momento histórico no qual há uma forte tendência de descentralização e municipalização das ações em saúde. Abre-se a perspectiva de um financiamento do setor público de saúde: momento importante para constituições mais inovadoras da assistência, sugeridas inclusive pelos técnicos e usuários dos sistemas públicos de saúde.

Em 1987, é lançado o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, momento em que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) assume-se enquanto movimento social. Defender uma sociedade sem manicômios passa a significar, desde então, o lema do debate sobre a loucura, sobre a doença mental, sobre a psiquiatria e suas práticas. Dá-se início à luta antimanicomial¹⁴. Inauguram-se experiências de desinstitucionalização no

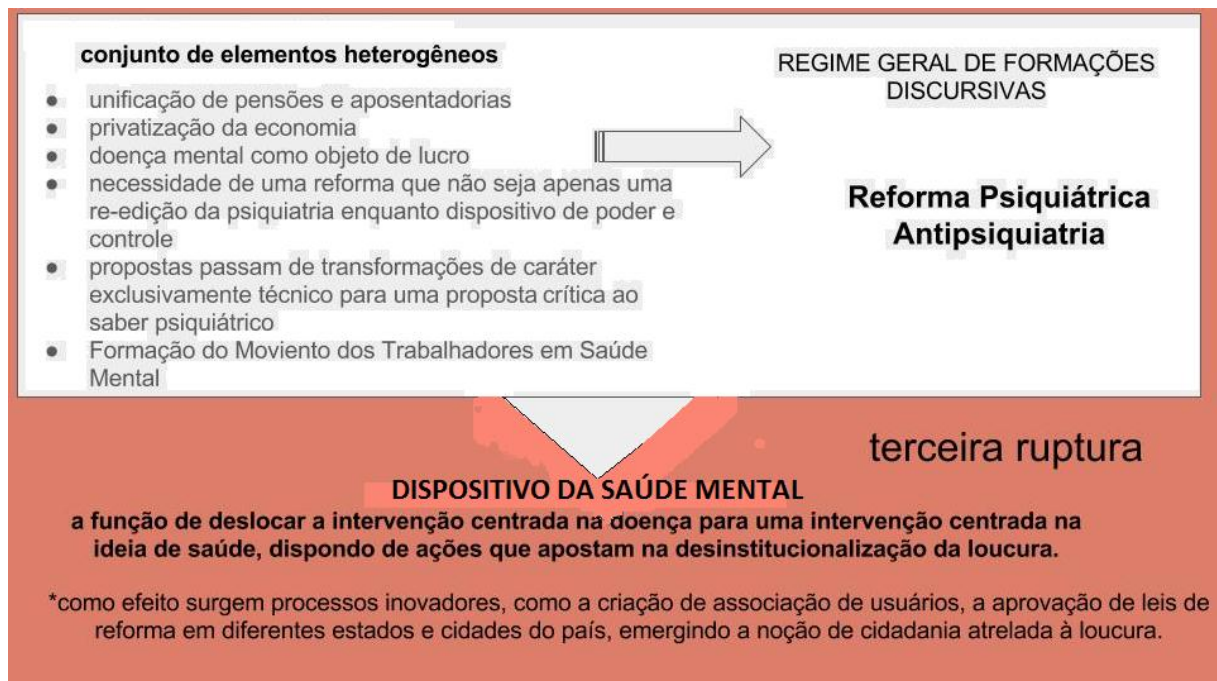
¹⁴ O movimento da luta antimanicomial não carregava consigo apenas o sentido de derrubar muros, pois, como vimos, isso já era encabeçado por outras propostas reformistas. O lema “Por uma sociedade sem manicômios” apostava na desinstitucionalização enquanto novo paradigma: não se referia apenas ao cuidado em liberdade, mas oferecia outra relação com o saber psiquiátrico, retirando o louco do lugar de dominação e colocando-o no lugar de cidadão. Consideramos importante fazer esse destaque pela razão na qual se funda este trabalho: os

campo operacional da assistência, em um sentido diferente daquele proposto pela psiquiatria preventiva, o que revela transformações para além da desospitalização, as quais alcançam a desconstrução de conceitos e de práticas psiquiátricas.

Seguindo essa tendência, também no final dos anos de 1980, mais precisamente em 1989, surge um projeto de lei que propõe a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, substituindo-os progressivamente por outras modalidades e práticas assistenciais.

É interessante ressaltar o fato de que o Projeto de Lei 3.657/89 estimulou o debate sobre a loucura em todo o país. Até 1992, o projeto tinha sido aprovado na Câmara de Deputados, encontrando dificuldades no Senado, onde recebeu o nº 08/91-C. Contudo seu aparecimento possibilitou muitas discussões e estimulou a apresentação de projetos de lei em muitos estados. Até 1993, os estados que possuíam projetos tramitando nas Assembleias Legislativas eram: Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. E aqueles que possuíam a lei aprovada: Rio Grande do Sul, Ceará, Distrito Federal e Pernambuco (AMARANTE, 1995).

Figura 3 – Terceira ruptura – análise genealógica da Reforma Psiquiátrica Brasileira



Fonte: a autora (2018)

discursos se transformam. Faz-se importante sublinhar o que pretendia o movimento que nasceu no final do século XIX em nosso país e que, com a passagem do tempo, também se modificou, operando desvios, reafirmações e contradições. Precisamos estar atentos.

Apresentamos a Figura 3, novamente para ilustrar uma descontinuidade balizada por transformações discursivas, a *terceira ruptura*. Desta vez, um conjunto de elementos heterogêneos viabiliza a emergência de uma reforma psiquiátrica que traz uma mudança paradigmática. A psiquiatria finalmente é tomada como temática central de discussão e desconstrução por vários setores sociais. Processos inovadores, como a criação de associações de usuários e a aprovação de projetos de leis de reforma, começam a acontecer em diferentes estados e cidades do país.

O dispositivo da saúde mental será um dos importantes sustentadores de práticas (discursivas ou não) que negam a necessidade de asilamento. Em um novo exercício genealógico, teremos: a negação da psiquiatria enquanto saber hegemônico a respeito da loucura; a superação de intervenções que estejam centradas na doença; e finalmente a invenção de uma nova reforma psiquiátrica, que se sustenta também pelo dispositivo da saúde mental – permitindo a criação de práticas de cuidado em liberdade. Para tratar de práticas relacionadas à loucura, passa-se a utilizar preferencialmente o termo saúde mental, e não mais doença mental. É o ato de colocar a doença entre parênteses para que o sujeito possa ganhar lugar.

Esse ideal de desinstitucionalização passa a ser um eixo central de referência para movimentos que se dizem engajados em defender a reforma psiquiátrica no Brasil até os dias recentes. É à reforma que se refere quando se está situado na luta antimanicomial – que defende a desconstrução do saber da psiquiatria para ressituar também a noção da loucura, entendendo o louco como cidadão e não submetido à condição de doente mental, amarrado e ‘protegido’ sob as asas do saber psiquiátrico. Ao conjunto de enunciados que representa este ideário de desinstitucionalização, chamaremos de discurso antimanicomial, o qual utilizaremos mais adiante para explicar a composição da discursividade da saúde mental coletiva.

2.3 TENDÊNCIAS REFORMISTAS DO PÓS-GUERRA: UMA HERANÇA DE PARADOXOS

Os movimentos político-econômicos mundiais são, enquanto seus efeitos, terrenos definidores de propostas de reformas psiquiátricas. O momento pós-guerra irrompe uma série de reviravoltas não apenas no Brasil, como em todo o mundo. A intenção desta seção é discorrer brevemente sobre diferentes maneiras de reformar a psiquiatria que vão

ocorrendo de modo global, pelo menos daquelas que conseguimos ter notícias, para que enfim possamos nos apropriar melhor dos debates que transversalizam as ações brasileiras na área da saúde mental.

A partir do fim da Segunda Grande Guerra, surgem, na Europa e na América do Norte, várias experiências de reformas psiquiátricas, dentre as quais se destacam as de comunidades terapêuticas, de psicoterapia institucional, de psiquiatria de setor, de psiquiatria preventiva e comunitária, de antipsiquiatria e de psiquiatria democrática; para ficar apenas nas mais importantes.

Izabel Passos (2009) nos traz a interpretação de Basaglia em relação à crise e à falência do modelo manicomial do pós-guerra. Para o italiano, os três países aliados vencedores da Segunda Guerra teriam sido levados a promover iniciativas de reforma: Inglaterra, França e Estados Unidos.

A expansão econômica das sociedades industrializadas ou o processo acelerado de industrialização, subsequente à guerra, é que teria forçado mudanças organizativas no aparato psiquiátrico, sem, contudo, as levarem à radicalidade no que respeita à dimensão normativa da psiquiatria como saber e instituição. Tratar-se-ia de processos de 'racionalização', com finalidade de reverter os mecanismos de superprodução de cronicidade, de não cura e de irreversibilidade do internamento, que estariam impedindo a reintegração produtiva de parcela significativa de mão de obra desperdiçada. (PASSOS, 2009, p. 221).

Segundo alguns autores, como Amarante (1995) e Birman e Costa (1994), as principais tendências de psiquiatrias reformadas¹⁵ do pós-guerra poderiam estar divididas em três eixos:

- a) psicoterapia institucional e comunidades terapêuticas;
- b) psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva; e
- c) antipsiquiatria e desinstitucionalização na perspectiva basagliana.

O primeiro eixo, de *psicoterapia institucional e comunidades terapêuticas*, apresenta reformas restritas ao âmbito asilar. O termo 'comunidade terapêutica' toma forma na Inglaterra no final dos anos 1950. É fruto de uma construção que já vinha ocorrendo desde décadas anteriores, inspirada nos trabalhos de Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman. A oferta de comunidades terapêuticas traz inovações administrativas ao modelo asilar na

¹⁵ Psiquiatria reformada é termo proposto por Franco Rotelli, citado por Amarante (1995).

época existente, inaugurando algumas medidas democráticas, participativas e coletivas dentro de cada espaço.

O contexto pós-guerra, além de exigir uma reintegração de mão de obra que havia sido invalidada, gerou uma baixa tolerância de parte da sociedade com as práticas asilares que já alcançavam, naquele momento, o mais alto grau de degradação humana. Os países que haviam sofrido com os conflitos da década de 1940 viviam um quadro em que as práticas desumanas ganhavam evidência e geravam revolta. Parte do tecido social estava engajado na defesa dos direitos humanos e na recuperação de alguma dignidade.

Sendo assim, uma reforma asilar torna-se praticamente um imperativo social e econômico. A emergência da disciplina de Terapia Ocupacional aparece como investimento na recuperação dos doentes mentais e sua consequente inserção no mercado de trabalho. Despontam, nessa estirpe, alguns trabalhos voltados à integração de pacientes em terapias grupais, visando ao aprendizado em grupo e à estimulação da convivência social.

Amarante (1996) destaca o teórico Maxwell Jones como principal operador prático do modelo de comunidade terapêutica. Jones aposta na função terapêutica como algo que é partilhado pelos integrantes das equipes de saúde e pelos próprios pacientes (não apenas os médicos); defende uma concepção de comunidade onde todos estariam envolvidos em uma atitude terapêutica comum, não se limitando ao poder hierárquico da instituição. Para isso, lança-se mão de vários tipos de atividades grupais, não apenas terapêuticas, mas também debates, assembleias e reuniões administrativas que incluem pacientes, equipe técnica e familiares. É uma construção que se propõe democrática, visando a uma 'reabilitação ativa', oferecendo um exercício real de socialização.

A crítica que se faz a respeito desse modelo é que, apesar de ser um avanço considerável no sentido da humanização das práticas de cuidado, termina por criar uma 'microsociedade humanizada', com realidades opostas às daquela sociedade que se compõe fora das comunidades. Cria-se um espaço restrito para reconhecimento do louco como sujeito social, o que deixa evidente o quanto esse modelo não alcança nenhum questionamento a respeito da lógica da exclusão. Não se opera de fato uma inclusão para além daquela 'microinclusão'.

Contemporânea ao modelo de comunidade terapêutica, mas do outro lado do oceano, surge na França a psicoterapia institucional. Franceses, assim como os norte-americanos, estavam vivendo um momento sociopolítico em que se fazia necessário apostar

em ideais de humanização do manicômio, no escopo da garantia de práticas menos degradantes. A diferença da proposta francesa em relação à inglesa é a de levar em consideração a existência de sintomas institucionais, ou seja, de haver clareza quanto ao adoecimento das próprias instituições, as quais precisariam de tratamento. Ainda assim, o modelo francês também receberá críticas por ainda apostar no espaço asilar enquanto local indicado para tratamento dos loucos, sustentando sua permanência institucional, desde que com práticas humanizadas, mas não questionando a função social da psiquiatria.

O segundo eixo, da *psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva*, diz respeito a modelos que ampliam as intervenções com a loucura, extrapolando o ambiente asilar, superando o primeiro eixo a esse respeito. A psiquiatria de setor é uma construção também francesa que entende a estrutura hospitalar como alienante. Por essa razão, aposta na hospitalização como etapa transitória de um processo de tratamento. Nessa construção, são consideradas questões culturais e geográficas do paciente na proposição de um tratamento da doença mental, movimentando a psiquiatria para fora do hospital. Assume-se que a assistência ao paciente deve acontecer no espaço onde ele vive, em sua própria comunidade, promovendo o que Amarante (1995) vai chamar de um “esquadrinhar do hospital psiquiátrico” em várias áreas da cidade. Esse modelo foi adotado como política oficial francesa desde os anos 1960:

Com a oficialização dessa política, os territórios passam a ser divididos em setores geográficos, contendo uma parcela da população não superior a setenta mil habitantes, contando, cada um deles, com uma equipe constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e um arsenal de instituições que tem a função de assegurar o tratamento, a prevenção e a “pós-cura” das doenças mentais. Desta forma, são implantadas inúmeras instituições que têm a responsabilidade de tratar o paciente psiquiátrico em seu próprio meio social e cultural, antes ou depois de uma internação psiquiátrica. (ibidem, p. 35).

Ainda no segundo eixo, temos também o modelo da psiquiatria preventiva, que surge nos Estados Unidos também como uma proposta contra-asilar, em um contexto de forte denúncia das péssimas condições da assistência psiquiátrica, deflagrando uma necessidade de transformação dos objetivos da psiquiatria. A partir dessa demanda, um dos empenhos desse modelo é o de reduzir a doença mental nas comunidades, lançando mão de tecnologias comunitárias e inaugurando uma nova conceitualização a respeito da doença mental: a noção de distúrbio emocional, que estará aliada à estratégia de prevenção. A

psiquiatria preventiva absorve conceitos da sociologia e da psicologia behaviorista, compreendendo o indivíduo em uma perspectiva biopsicossocial, criando conceitos-chave como adaptação/readaptação e normal/patológico.

Com a noção de que o distúrbio mental poderia ser detectado precocemente, também se apostava que seu agravo pode ser prevenido. A doença mental, nesse âmbito, é tida enquanto um diagnóstico curável e classificável em diferentes níveis de gravidade ou intensidade. Para definir a graduação da doença mental, desenvolve-se um compêndio de possibilidades de nomeá-la (desvio, distúrbio, transtorno etc.). Perspectivas como esta vão estabelecendo uma lógica preventiva. As estratégias reafirmam investigações de doenças para detecção precoce de desvios e distúrbios. Mesmo aos menores indícios de transtornos, já se entendia necessária a aplicação de tratamentos preventivistas.

Um efeito dessa lógica de prevenção é o aumento de estratégias que começam a ocorrer fora do hospital psiquiátrico, gerando um contingente bastante ampliado de pacientes em ambulatórios e na assistência extra-hospitalar em relação ao que existia antes. Essa metodologia caminha na direção de propor uma desinstitucionalização (aí o termo representa restritamente a necessidade de desospitalização, sem ter a intenção de desconstruir a lógica do saber-poder psiquiátrico, como irá propor Basaglia, contemporaneamente, na Itália). Junto à desinstitucionalização, também há um movimento de despsiquiatrização, que pretende retirar do médico a exclusividade das decisões terapêuticas, incluindo outros profissionais e outras modalidades de intervenção na saúde mental (também sem agregar nessa mudança uma intenção de questionar o fazer do médico psiquiatra).

Apesar de desencadear um aumento bastante significativo da demanda ambulatorial extra-hospitalar, o esforço da psiquiatria preventiva não resultou em uma diminuição da população asilada. Birman e Costa (1994) explicam que, enquanto efeito, esse aumento do contingente de pacientes fora do manicômio representa um novo projeto de medicalização da ordem social, tratando-se de uma metamorfose do dispositivo de controle que se atualiza, passando do confinamento à promoção da sanidade mental.

O terceiro eixo, o da *antipsiquiatria e desinstitucionalização na perspectiva basagliana*, diferencia-se dos outros eixos pelo alcance do questionamento em relação à ação psiquiátrica, indo além de uma proposta da reforma asilar ou de humanização da ação psiquiátrica, como os outros modelos até agora vinham propondo.

Começando pela antipsiquiatria, devemos destacar sua importância por ser a primeira crítica radical que se instaura ao saber médico psiquiátrico. É uma corrente político-ideológica que surge nos Estados Unidos na década de 1960, em meio aos movimentos de contracultura da época. Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson são os psiquiatras responsáveis por disparar tal proposta. É a primeira vez que a doença mental é levantada como fator de exclusão social. A intenção, levando em conta essa nova compreensão a respeito da doença mental, seria de libertá-la de aprisionamentos descritivos, apostando também em metodologias mais humanizadas, como, por exemplo, a reedição modificada das comunidades terapêuticas.

De acordo com Amarante (1995), Laing, em 1982, critica não só a psiquiatria, como também a ordem social e familiar, promovendo um movimento político de subversão ideológica. A loucura passa a ser entendida como um fato social e político, sendo o louco também vítima de uma alienação geral (social), estando segregado por deixar evidente a contestação da ordem pública. “A antipsiquiatria busca um diálogo entre razão e loucura, enxergando a loucura entre homens e não dentro deles” (AMARANTE, 1995, p. 44). A corrente da antipsiquiatria acaba desdobrando-se em correntes teóricas que vão se dedicar a outras especificidades, abandonando o investimento na mudança de paradigma, detendo-se em pesquisar a questão da esquizofrenia. Porém, mesmo com a mudança de rumo, esse foi um movimento de fundamental importância na construção da nova perspectiva do termo desinstitucionalização.

Quanto à outra corrente que compõe o terceiro eixo, a da desinstitucionalização na perspectiva basagliana, já discorreremos no início deste capítulo sobre os principais elementos que sustentam esse ponto de vista. Resta agora pontuar no processo brasileiro algumas marcas que estes adventos discursivos internacionais produziram.

Uma característica comum às reformas estrangeiras aqui apresentadas, quando tentamos localizar suas correspondências no Brasil, é a marginalidade. São experiências locais, referidas a um ou outro serviço, a um ou outro grupo, tão à margem das propostas e dos investimentos públicos efetivos que suas memórias são de difícil, senão impossível, resgate.

Passos (2009) nos ajuda nesta tarefa, lembrando eventos como o III Congresso Mineiro de Psiquiatria em 1979, que contou com a presença do psiquiatra italiano Franco Basaglia no Brasil e que exibiu, pela primeira vez, o filme *Em nome da razão*, de Helvécio

Ratton. Premiado internacionalmente, o filme trouxe a público imagens das atrocidades cometidas por um dos principais manicômios do país, o Hospital Colônia de Barbacena (MG). As ideias da psiquiatria democrática italiana são as que ganham mais visibilidade em nosso território. Vieram como resultado de uma série de condições de possibilidade do momento político e social brasileiro, pois aqui se vivia um questionamento semelhante ao italiano a respeito das práticas asilares e da conseqüente degradação que elas geravam a parte da população.

Passos (ibidem), quando escreve sobre a reforma psiquiátrica, escolhe duas principais vertentes mundiais para pesquisar: a italiana (antipsiquiatria basagliana) e a francesa (psiquiatria de setor). A pesquisadora mineira entende que essas duas realidades nacionais específicas, quando confrontadas, sugerem pistas para a investigação do nosso processo brasileiro de reforma psiquiátrica. Embora sejam vertentes europeias muito diferenciadas ente si, ambas, implícita ou explicitamente, têm influído de modo significativo na experiência brasileira.

Quando comparadas, as duas ideologias nacionalizadas apresentam características que em muitos aspectos se mostram antagônicas. A desinstitucionalização triestina¹⁶ gera outra lógica institucional, em contraposição à lógica clínico-profissionalista francesa. Enquanto os italianos apresentam uma lógica desespecialista, pretendendo abalar os alicerces e as certezas teóricas de saberes especializados sobre a doença mental, os franceses contribuem com importantes teorias e técnicas específicas muito avançadas.

Criam-se paradoxos. Do lado italiano, emerge uma revolução política humanitária potente, mas quase atórica e, do lado francês, desenvolve-se um especialismo burocrata medicamentoso, com geniais contribuições teórico-técnicas, mas calcadas na psicoterapeutização individualista dos usuários. Trata-se de um dilema que polariza a clínica e a política – como se, quando houvesse política, a clínica se ausentasse, ou vice-versa.

A razão pela qual Passos (2009) escolhe essas vertentes aparentemente polarizadas para pensar a reforma brasileira se faz não apenas pelo entendimento de que produzimos formas de reformar a psiquiatria que se assemelham a esses modelos europeus. Para além

¹⁶ Desinstitucionalização triestina é um termo utilizado pela autora Izabel Passos para referir-se à corrente de reforma psiquiátrica desenvolvida por Basaglia. Mesmo que as primeiras experiências do médico tenham acontecido em Gorizia, na Itália, ele acabou desenvolvendo suas ideias ligadas ao termo desinstitucionalização quando já estava em Trieste, outra cidade italiana.

disso, a autora entende que em nosso país produz-se um paradoxo semelhante, de polarizar clínica e política.

Certamente valeria um aprofundamento nos estudos da Reforma Psiquiátrica Brasileira para que pudéssemos alcançar maior clareza e detalhes a respeito de suas constituições discursivas. Porém, não sendo este um objetivo de nosso estudo, nos limitaremos a suscitar algumas questões as quais foram circunscritas neste capítulo. Elas nos servirão de alicerce para seguir nossa reflexão, na aposta de desenvolver algumas construções a respeito da discursividade da saúde mental coletiva.

3 DA SAÚDE COLETIVA À SAÚDE MENTAL COLETIVA

Neste capítulo, estaremos atentos à constituição da saúde coletiva como um novo campo de conhecimento. Nesse intuito, desvelaremos suas influências embrionárias e seus propósitos enquanto novo domínio de saber. Para elucidar as transições entre os diferentes discursos da saúde que nos interessam – isto é, o discurso sanitário, o discurso da reforma sanitária e o discurso da saúde coletiva –, tomaremos como referência duas discontinuidades históricas relevantes: a transição da Monarquia para a República e a eclosão dos primeiros trabalhos publicados na área de saúde coletiva no período da ditadura militar brasileira. Por conseguinte, esmiuçaremos os eixos epistemológicos que permeiam o discurso da saúde coletiva. Nosso objetivo é alcançar hipóteses a respeito da discursividade da saúde mental coletiva, nossa temática de maior interesse na presente investigação.

3.1 A CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL E SUAS CONJUNTURAS SOCIOPOLÍTICAS

Há um período histórico brasileiro marcado pelo fim da era mercantilista/monárquica e pela instauração do modelo capitalista, situando o fim de políticas baseadas na tradição e o fim das monarquias. É nesse mesmo momento que se inicia a instauração do proletariado, que aos poucos se sobrepõe à situação escravagista já estabelecida. Nesse contexto, no campo da saúde brasileira também começa a se constituir um discurso sanitarista, que assume a saúde das pessoas como sendo de importância social.

Um exemplo disso, como já vimos, é de quando o louco assumia a posição de doente mental. Isso ocorre ao mesmo tempo em que o nosso país se constituía enquanto República (AMARANTE, 1994a). Os hospícios eram reformados pela psiquiatria, e o saber médico psiquiátrico ganhava relevante consistência. A ruptura discursiva que ocorre nesse momento é relativa ao poder monárquico. Os manicômios, que naquele período surgiam, podem ser reconhecidos enquanto dispositivos do saber psiquiátrico. Este último, por sua vez, gradualmente emergia atrelado ao pensamento científico e organicista, deixando de lado o saber da tradição da época monárquica, abrindo espaço para a medicina constituir sua normalização. Assim, o discurso sanitarista atribui à corporação médica o poder de decidir sobre a vida da população, estabelecendo condutas prescritas para conduzir a saúde de todos.

Ainda que o período da transição da Monarquia para a República possa ser demarcado como momento inaugural em relação ao surgimento do discurso sanitário em nosso país, a inflexão desse discurso, operada pelo campo da saúde coletiva, só ocorrerá bem mais tarde, quando outras condições históricas e socioeconômicas irão se apresentar como disparadoras do questionamento ao discurso sanitário. Até lá, a tecnologia manicomial/asilar vai sendo aparelhada, por muitas influências estrangeiras, como já vimos, acompanhando o que o sistema econômico vigente exigia.

O terreno que dá condições de possibilidade da variação do discurso sanitário para o discurso da saúde coletiva pode ser percebido a partir da década de 1960. É a época de golpe militar e da chegada do período ditatorial¹⁷ no Brasil, o qual se estenderá por duas décadas. Inicia-se, com isso, o “milagre econômico”, um período, à primeira vista, de crescimento econômico, que foi seguido de grande aumento da inflação e da miséria.

Do ponto de vista do desenvolvimento econômico, os analistas apontam que os anos iniciais de 1970 são de crescimento – o milagre brasileiro, mas começa a diminuir em 1973, com o aumento da miséria que pode ser constatado com o incremento da mortalidade infantil no estado mais rico da federação, São Paulo, da ordem de 10%; 30% dos municípios da federação não tinham abastecimento de água e o Brasil com o nono PNB do mundo, mas em desnutrição perde apenas para Índia, Indonésia, Bangladesh, Paquistão e Filipinas. (NUNES, 2012, p. 21).

Esse fenômeno de crescimento da miserabilidade se constitui como elemento de incentivo às produções acadêmicas que problematizavam esse contexto. Surgem os primeiros trabalhos de saúde coletiva, que dizem respeito à compreensão da trajetória da saúde pública no país, compreendendo-a no seu plano coletivo, social e público, de forma crítica. É nessa época que vai se dar o início da formalização do campo da saúde coletiva, em grande medida pelo avanço das ciências sociais no campo da saúde. Esse movimento também significa que a saúde coletiva vai tomando forma enquanto disciplina, saber acadêmico e objeto de discursividade. Dessa forma, vão se afirmando perspectivas mais abrangentes da saúde, que levem em conta o caráter social e econômico das populações estudadas.

¹⁷ A ditadura militar foi o período da política brasileira em que os militares governaram o Brasil, que se estendeu de 1964 a 1985. Caracterizou-se pela falta de democracia, supressão de direitos constitucionais, censura, perseguição política e repressão aos que eram contra o regime. A repressão lançou mão de práticas desumanas, como a tortura e assassinatos.

De acordo com Onocko-Campos (2012), a saúde coletiva no Brasil se constituiu primeiramente a partir de referências marxistas, nos anos 1970, e paulatinamente deslocou-se para aportes das ciências sociais de base empírico-sociológicas ou fenomenológicas ao longo dos anos 80 e 90 do século passado. O movimento da medicina social apareceu na América Latina entre as décadas de 1960 e 1970, trazendo o debate para o questionamento dos determinantes sociais, trabalhando a ideia da prevenção e da promoção, e propondo intervenções que pudessem ir além da esfera individual. Ainda neste período é que surgirá o primeiro curso de pós-graduação em Medicina Social, no Rio de Janeiro, em 1974. Naquele momento, ideias de autores como Sérgio Arouca começam a incentivar uma posição mais crítica ao modelo médico preventivista, no sentido de compreender o processo de saúde-doença das populações, relacionando-o com a atenção médica oferecida e com o sistema social global. Essa perspectiva visava à transformação dessas relações com o fim de obter melhores níveis de saúde e bem-estar da população (NUNES, 2012).

Na América Latina, as primeiras análises na área de saúde coletiva ocorreram em 1980, 1990 e, mais recentemente, em 2001. No Brasil, os trabalhos pioneiros foram publicados no final dos anos 1970, como a obra de Roberto Machado, *Danação da norma*¹⁸, importante resgate da história da psiquiatria brasileira, feita em uma proposta arqueológica de inspiração foucaultiana. De acordo com Nunes (2012), esse momento de primeiras produções em saúde coletiva foi marcado por uma crise geral de produção de conhecimento, o que abriu espaço para a instalação de novas práticas em saúde. A problemática da saúde tomou visibilidade social, devido aos movimentos sociais da época, como o movimento da reforma sanitária e a luta antimanicomial, por exemplo. Temáticas que envolviam o direito à saúde, o papel do Estado e a concepção da atenção primária começavam a emergir.

Ferreira Neto (2010) traz contribuições para indicar aspectos históricos das políticas públicas de saúde entre o final dos anos 1970 e no transcorrer da década de 1980 no Brasil, explicando a relação entre os movimentos da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica. Ele explica que ambos os movimentos se consolidaram na década de 1970, fazendo frente ao regime militar na luta pela democracia do país, surgindo nesse mesmo momento

¹⁸ Esta obra é de grande significância no país. Analisa os conceitos básicos da medicina social e da psiquiatria brasileiras, pretendendo refletir sobre esses saberes como prática social. Estabelece uma relação entre as teorias e as práticas políticas, tomando a dimensão política como constitutiva da existência dos discursos. É uma obra de referência conceitual foucaultiana.

histórico, mas separadamente. Nos anos 1980, como situamos acima, quando o movimento de reforma sanitária lançou mão de estratégias para ocupar os espaços públicos de tomada de decisão, podendo propor mudanças no sistema de saúde, houve uma conjunção entre muitos movimentos sociais, aproximando as lutas do movimento de reforma sanitária e da reforma psiquiátrica.

Alguns eventos que demarcaram o movimento sanitarista do nosso país são a VII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1979, e a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. São marcos disparadores do processo de reforma da saúde pública no Brasil. Em 1987, quando se realizou a I Conferência Nacional de Saúde Mental, a pauta da necessidade de elaboração de conceitos para instrumentalizar a luta pela reforma psiquiátrica veio à tona, entendendo que essa organização deveria ter mais autonomia em relação ao Estado. Naquele momento, em que a luta da RP estava fortemente calcada nos ideários de Foucault e Basaglia, os movimentos se distanciaram, produzindo uma disjunção entre si. A necessidade de diferenciar-se surgiu pela importância de afirmar as especificidades de cada luta.

Desde que as propostas dos movimentos sanitário e pró-reforma psiquiátrica foram tomando corpo na legislação do país, em níveis estaduais, num primeiro momento, e em nível federal, nas últimas duas décadas (Lei Federal nº 10.216/2001; Programa de Saúde da Família, em 2004), pudemos observar uma reaproximação entre eles, o que também contribuiu com um terreno mais fértil para novas produções no campo da saúde coletiva e, por conseguinte, da saúde mental coletiva.

A breve retomada dessas construções sociopolíticas por onde se constituiu a saúde coletiva no nosso país já nos auxilia a mapear algumas das principais formações discursivas relativas à saúde até agora:

- na transição entre Monarquia e República, com a mudança de regime político-econômico, o discurso sanitário adquiriu expressão, tomando o corpo biológico como objeto, afirmando o saber médico (e psiquiátrico) e estabelecendo relações de força com a vida da população (enquanto prescrições médicas e práticas asilares, por exemplo);
- mais tarde, com a instauração da ditadura militar, o aumento da miserabilidade e a fragilidade política, o modo de operar a saúde da população se mostra bastante falho, possibilitando o surgimento de uma perspectiva crítica da noção

de saúde pública, que propõe descentrar a perspectiva médica vigente, priorizando determinantes sociais e dando um olhar alternativo ao reducionismo biomédico. Perspectivas que estão em luta pela democratização do país apontam para o desenvolvimento de um projeto de campo de conhecimento chamado Saúde Coletiva.

Os movimentos da reforma sanitária e psiquiátrica estabeleceram princípios politico-ideológicos que se mostram essenciais na formação do discurso da saúde coletiva. Este discurso será examinado com mais detalhes a partir de agora, e, mais adiante, o faremos com o discurso da saúde mental coletiva.

3.2 O DISCURSO DA SAÚDE COLETIVA: UMA INFLEXÃO DO DISCURSO SANITÁRIO

Para adentrar a especificidade do discurso da saúde coletiva, faz-se relevante começar pelas contribuições de Foucault, quando discorre sobre o nascimento da medicina social no seu contexto territorial europeu.

No texto *O nascimento da medicina social* (1979), Foucault intenta compreender a respeito do nascimento da medicina científica. Para o filósofo francês, a medicina científica pode ser entendida como uma medicina social, na medida em que não tem apenas o corpo individual como objeto, mas, sobretudo, porque se apoia em uma tecnologia antiga do corpo social. Com essa concepção, o individualismo médico-paciente resta apenas como um dos aspectos da medicina. A hipótese de Foucault é de que o corpo humano ganha um *status* de força de produção, torna-se um objeto de lucro e, por essa razão, também se torna alvo de preocupação e atenção social.

Nesta trilha, o surgimento de uma concepção de biológico alia-se à função de controle do social, ou seja, ao mesmo tempo em que o biologicismo ganha espaço no imaginário social, surge com ele um bom argumento para controlar verdades sobre a vida humana. Nesse sentido, preocupar-se com a saúde, na metade do século XIX, na Europa, seria preocupar-se, antes de tudo, com a qualidade da força de produção. É nesse caminho que Foucault vai conceber o corpo como uma realidade biopolítica. A respeito da constituição da polícia médica, o autor afirma:

[A polícia médica, na Alemanha, no século XVIII é] Um fenômeno importante de normalização da prática e do saber médicos. Procura-se deixar às universidades e sobretudo à própria corporação dos médicos o encargo de decidir em que consistirá a formação médica e como serão atribuídos os diplomas. Aparece a ideia de uma normalização do ensino médico e, sobretudo, de um controle, pelo Estado, dos programas de ensino e da atribuição dos diplomas. A medicina e o médico são, portanto, o primeiro objeto da normalização. Antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico. O médico foi o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha. [...] A França normalizou seus canhões e seus professores, a Alemanha normalizou seus médicos. (FOUCAULT, 1979, p. 83).

O trecho acima ganha lugar nessa escrita por dois motivos. Um deles é demonstrar o quanto o saber médico assume lugar de poder no contexto da saúde, especialmente enquanto um operador de controle social, sustentador de uma cena específica de poder político que estava em voga naquele momento na Alemanha. O outro motivo de destaque para esta passagem foucaultiana é o de demonstrar o quanto um processo de normalização pode apresentar materialidade pela via do saber universitário, pela via da formação, da constituição de um especialismo. Mais adiante, abordaremos melhor este ponto, no que diz respeito ao discurso da universidade e à emergência do discurso da saúde mental coletiva.

Ainda sobre o aparecimento da medicina social, Nunes (2012) nos conta que pensadores como Guérin e Virchow impulsionaram a formulação conceitual desse campo, apostando na reunião de algumas abordagens parciais numa só, como a polícia médica, a saúde pública e a medicina legal. Paralelamente a isso, existia uma proposta de reforma médica que entendia a saúde como ciência social, mas que foi sufocada na época pelas revoluções de 1848, em detrimento a uma ênfase biomédica, que acompanhava a revolução científica, com as descobertas bacteriológicas de Robert Koch, por exemplo.

Joel Birman (2005) faz uma contextualização geral a respeito do surgimento da saúde coletiva, diferenciando-a da saúde pública. Para tanto, o autor resgata o advento da sociedade industrial como constituinte da medicina científica, no início do século XIX, sublinhando esse fenômeno como crucial para a noção de condições coletivas a respeito de salubridade, já que os modos de vida nas cidades estariam, na época, em busca de transformação, instaurando outra noção de urbano e de coletivo. É nesse clima que podemos dizer que se inicia uma construção de um discurso sanitário europeu, compreendendo que cabe à própria sociedade a responsabilidade de assegurar sua saúde e que, mais tarde, se tornará o que chamamos de saúde pública.

Algumas diferenciações conceituais entre saúde coletiva e saúde pública também são demarcadas pelo psicanalista. Ele explica que, apesar de muitas vezes estes serem interpretados como campos homogêneos, o que não são, configuram-se como diferentes modalidades discursivas, diferentes fundamentos epistemológicos e origens históricas diversas. A saúde pública é esta designação que vai se constituindo a partir da medicina social, fundada na perspectiva científica e na lógica da medicalização do espaço social. É a necessidade de dispositivos sanitários (combate a endemias, epidemias etc.) que vai evoluindo para descobertas biológicas, como as bacteriológicas de Pasteur, que tomam o corpo humano como instância-fim de intervenções médicas. A saúde pública surge calcada nesse rumo organicista, que precisamos reconhecer como de fundamental importância até hoje. Porém o que parece não estar presente nessa perspectiva é a consideração das dimensões políticas dessas práticas sanitárias, que às vezes acabam legitimando práticas de marginalização de segmentos sociais. Existe nisso um risco universalizante de apagamento de diferenças que devem ser consideradas, como a especificidade social de cada comunidade (BIRMAN, 2005).

A saúde coletiva surge na crítica a esse universalismo médico, entendendo a problemática da saúde como mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina até aquele momento. Tanto Birman (2005) quanto Nunes (2012) chamam a atenção para o fato de que a hegemonia dos saberes biológicos já vai sendo relativizada aos poucos (por exemplo, desde os anos 1920 as ciências humanas adentram o território conceitual da saúde, fazendo problematizações de categorias como normal, anormal e patológico). Sendo assim, a saúde coletiva assume um lugar de inflexão decisiva para o conceito de saúde, efetuando um rompimento com o monopólio dos discursos biológicos, propondo uma reestruturação do campo da saúde pública.

Ainda contribuindo sobre a noção de saúde coletiva, Birman (2005) acrescenta que o reconhecimento do caráter simbólico do corpo impede sua representação como apenas uma máquina anatomofuncional, constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos. Desde que se sublinhe que as relações do sujeito com o seu corpo, com os outros, com as coisas, com as instituições e com as práticas sociais são mediadas pela linguagem, pelos códigos culturais estabelecidos numa tradição histórica e linguística, torna-se necessário repensar o modelo naturalista da medicina. Nesse sentido, sincronicamente com a inauguração do campo da saúde coletiva, abrem-se outras possibilidades de problematização acerca dos

valores e das relações de força presentes nas relações sociais. Faz-se presente a ideia de que a saúde é marcada num corpo que é simbólico, onde estaria inscrita uma regulação cultural sobre o prazer e a dor, bem como ideais estéticos e religiosos. Com o advento do corpo simbólico, em diversas sociedades surge a possibilidade de fazermos leituras diversas a respeito das representações da vida e da morte, do normal e do anormal. Com isso, ocorre que as práticas sanitárias não podem mais se dar ao luxo de silenciar sobre o tecido social, que por sua vez é marcado pelas diferenças (BIRMAN, 2005).

Complementando a perspectiva acima, Osmo e Schraiber (2015) nos dizem que a construção do conhecimento científico não se faz isoladamente, de forma abstrata. Ela ocorre de maneira organizada dentro da cultura, institucionalmente, imersa na linguagem. Para os autores, a ciência seria, portanto, determinada social e historicamente.

A concepção de um corpo biológico, como vimos, abre caminho para a instauração de um discurso sanitário, já que o corpo humano fica prioritariamente neste lugar de objeto de trabalho, operador da máquina produtiva e, por esta razão, precisa-se controlá-lo. Para diferenciar-se desse mote, ergue-se a saúde coletiva. É um desvio decisivo para o conceito de saúde, possibilitando uma compreensão da saúde das populações, que leva em conta o contexto sociopolítico-econômico e os determinantes sociais. Assim, podemos formular a hipótese de que a discursividade da saúde coletiva é resultado da operação de uma ruptura com a formação discursiva que articula o discurso biologicista, a metodologia de intervenção em saúde no indivíduo e outros elementos que, conjuntamente, estabelecem a ordem do discurso sanitário. Os aspectos que se sobressaem nessa nova discursividade são: contestar o saber médico hegemônico, romper com o higienismo da medicina social e recusar o reducionismo naturalista da saúde pública. São elementos discursivos que também estão presentes nas formações dos movimentos sociais, como os da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, já esclarecidos acima. Melhor dizendo, são discursos que vão se articulando entre si, engendrando novos saberes e novos dispositivos de atuação em saúde.

3.3 PROBLEMATIZAÇÕES DO COLETIVO NA SAÚDE

A noção de coletivo na saúde é problematizada por Guimarães (2015), em sua tese de doutorado, na qual analisa os jogos e as disputas sobre essa expressão no campo das reformas sanitárias italiana e brasileira, visando a compreender a singularidade desta

definição. O autor reafirma impressões já trazidas por Birman (2005), entendendo que o termo coletivo, quando agregado à saúde, vem marcar uma diferenciação em relação à saúde pública e à medicina social. Contudo, além disso, a contribuição de Guimarães aponta 'saúde coletiva' como uma potencialidade, como um termo que carrega mais do que a função de diferenciação que a história nos diz, como uma expressão que está aí abrindo possibilidade para novas produções de sentido. Ele sugere algumas expressões que vão compondo uma definição deste termo: comum a muitos, público, vulgar, ordinário, geral ou universal, entre outros. Nesse rumo, o acadêmico vai percebendo a saúde coletiva como uma expressão adaptável, flexível e genérica, aberta a sentidos. De acordo com Guimarães (2015, p. 12), "Estariam saúde pública e medicina social contidas na saúde coletiva, uma vez que existe uma infinidade de possíveis significados para o coletivo, que são transferidos para o território da saúde sem a devida problematização?".

O trabalho de Guimarães (ibidem) pretende desafixar a expressão saúde coletiva da sua função originária, entendendo-a como processualidade, potente para seguir produzindo significados – saúde coletiva como um conceito vivo, móvel, que não está encerrado. Para defender esta tese, o autor indica variação como ferramenta conceitual, apontando que na saúde há uma diversidade de atores, cada qual com sua concepção de coletivo, cada uma diferente da outra, de modo que a afirmação do termo será feita de acordo com o que convém para cada um.

"Afinal, se esse é um curso de saúde mental coletiva, o nome já diz: precisamos nos apoiar, funcionar como um coletivo!", disse uma residente durante uma das atividades teórico-práticas previstas na agenda do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva. Ela referia-se a uma situação na qual colegas passavam por dificuldades em sua prática cotidiana e precisavam de apoio por parte do coletivo de residentes e da equipe do programa.

Esta cena exemplifica a hipótese de Guimarães (ibidem), de que o termo coletivo (da saúde) muitas vezes acaba sendo utilizado de formas inusitadas, livres de sua função política original, afastada do significado conceitual que lhe fez surgir. Ainda que essa capacidade de variação desponte enquanto potência de criação de sentidos, que riscos estaríamos assumindo se, mais especificamente em um contexto de formação profissional desta ênfase, deixássemos ao vento os esclarecimentos necessários a respeito do que veio agregar à saúde

o termo 'coletiva'? Como diz o próprio autor, esta expressão também reaparece em discursividades diversas, refazendo seu sentido:

[...] essa expressão introduz uma série de questões a serem discutidas. Tais questões parecem não terem sido ainda suficientemente exploradas pela saúde coletiva, pois há uma diversidade de modos de pensar o coletivo na saúde, sugerindo que essa expressão é problemática. (GUIMARÃES, 2015, p. 12).

Quanto à capacidade de uma discursividade se transformar, adentrar novos campos discursivos e agregar novos sentidos, até aí não há novidade. Temos visto o quanto o discurso, na referência conceitual foucaultiana, tem caráter vivo e processual. A preocupação que fica, nessa investigação, é o rumo que pode tomar o sentido de coletivo em uma proposta de formação. Quando, em uma primeira cena, um residente concluinte do curso entende que o conceito de saúde mental coletiva está dado, compreendido por todos, e quando, numa segunda cena, uma residente interpreta que o coletivo (que dá ênfase ao curso) refere-se ao apoio mútuo, enquanto certa "coletividade grupal" da qual os estudantes necessitam, parece que há certa confusão em jogo, principalmente no que diz respeito ao sentido que o termo coletivo agrega à saúde.

No artigo de Osmo e Schraiber (2015), os autores apontam uma preocupação em relação a quanto a saúde coletiva pode, em um primeiro contato, parecer bastante múltipla e fragmentada, tanto do ponto de vista teórico quanto do prático. Por isso, eles resolvem empreender uma releitura de importantes discussões sobre a identidade da saúde coletiva, em um esforço para se ter uma clareza maior sobre o que constituiria a totalidade deste campo.

Se há um esforço destes e de outros autores em superar a fragmentação da saúde coletiva, isso se dá em razão de que são inúmeros os recortes disciplinares que a compõem. Conforme Paim e Almeida Filho (1998, p. 312),

Pode-se concluir que, apesar de não preencher as condições epistemológicas e pragmáticas para se apresentar, em si mesma, como um novo paradigma científico, a saúde coletiva se consolida como campo científico e âmbito de práticas aberto à incorporação de propostas inovadoras, muito mais do que qualquer outro movimento equivalente na esfera da saúde pública mundial. A partir destas reflexões, constata-se a afirmação de um campo interdisciplinar dinâmico, renovado e recomposto a partir de uma produção teórica ousada e consistente, ainda enfrentando diversas interrogações e dilemas. De fato, a conjunção das "crises da saúde" – científica, econômica, social e política – lança complexos

desafios para a saúde coletiva quanto ao que fazer para efetivamente se articular aos novos paradigmas da saúde para o século XXI.

A consideração que os autores acima fazem é que, de um lado, a abertura característica do campo da saúde coletiva traz consigo possibilidades de inovação na saúde; e que, de outro, não deixa para trás diversas interrogações e dilemas. Com essas referências autorais, podemos elencar dois eixos centrais dessa problematização:

- a saúde coletiva é um campo que, por sua trajetória, já apresenta uma elasticidade própria, uma fragmentação conceitual e uma diversidade de campos teóricos que a compõem;
- quando o termo saúde coletiva entra nos enunciados cotidianos, ele pode variar além da sua flexibilidade de origem, ou seja, é um campo de conhecimento que está, desde seu surgimento, marcado pela multiplicidade de olhares disciplinares e que segue se transformando na medida em que vai ganhando espaço discursivo no cotidiano das práticas em saúde.

O que Onocko-Campos (2012) vai nos dizer, quando traz a questão das práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental, é que a ênfase da saúde coletiva não conseguiu desenvolver uma proposta clínica, pois apenas mudou a escala do 'olhar' (do indivíduo para o social), sendo eficaz em prescrever e definir necessidades sociais, sem 'escutar' a singularidade de cada situação. Pois bem, então se trataria de abandonar a noção de singularidade quando se constrói uma perspectiva de saúde dedicada à construção social do processo saúde-doença?

Se tomamos a saúde mental coletiva como um ramo da saúde coletiva, então podemos afirmar que esse campo de conhecimento abarca a necessidade de saúde mental dos grupos, das populações e leva em conta determinantes sociais. Também poderíamos pontuar que saúde mental coletiva é uma perspectiva em saúde que se firma em bases epidemiológicas e também políticas, apresentando a saúde mental como um assunto do social.

Tendo esses apontamentos em vista, surgem os seguintes questionamentos: como poderíamos conciliar o coletivo e o singular no mesmo panorama de saúde mental? Como entender saúde mental em uma escala coletiva ao mesmo tempo em que se pretende praticar o cuidado em saúde mental no dia a dia dos serviços?

3.4 O COLETIVO NA SAÚDE MENTAL: O RISCO DE RECUSAR O SUJEITO

Ao final dos anos 1990, o campo teórico da saúde coletiva começa a incorporar outras produções, a dos estudos interpretativos, etnográficos e de representações, que trazem à tona o tema do sujeito. Como bem pontua Onocko-Campos (2012), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) realizou seu VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em 2000, em Salvador (BA), e trouxe como tema central de discussão o sujeito na saúde coletiva. Abordar essa temática era uma necessidade apontada pelos organizadores do evento, já que a ABRASCO carregava consigo 20 anos de atividades enquanto associação científica na área e ainda não havia acercado este tópico. Diz a autora sobre os debates que surgiram no Congresso:

Como podemos ver, as referências aos trânsitos já estavam lá, colocadas há mais de uma década, mas não houve quase referências à constituição subjetiva do sujeito. O sujeito pode ser histórico, social e até coletivo, mas não há referência a alguma estruturação que não seja racional. Nada de inconsciente! (ibidem, p. 12-13).

O fato de não ter havido referências a teorias que abordem a estrutura do sujeito, como a psicanálise, por exemplo, ou outras teorias que pudessem delinear alguma noção de sujeito, mesmo durante evento de temática específica, demonstra que o campo da saúde coletiva, ainda que se mostre um campo plural, diversificado e composto por uma certa heterogeneidade teórica e epistemológica, ainda parece não conseguir assumir algumas propostas que estejam ligadas à subjetividade. Ao que parece, na empreitada de ter que dar conta daquilo que é social e coletivo, o que diz respeito ao singular e subjetivo pode estar sendo deixado de lado.

Nesse sentido, a autora nos indica que a saúde coletiva, nestas duas décadas, vem se constituindo calcada em recusas e afirmações. Recusas daquilo que pretende afastar-se, como as ideias associadas ao viés que vem se colocando na saúde pública, como por exemplo, seu caráter prescritivo vertical; e afirmações daqueles eixos nos quais pretende apoiar-se, como os determinantes sociais. O que precisamos estar atentos é às consequências de algumas recusas no tocante à saúde mental, ou melhor, daquilo que corresponde a noções de subjetividade. É como se existisse uma dicotomia do sujeito X coletivo, impedindo a saúde que se diz “coletiva” de se ocupar das subjetividades.

Escóssia e Kastrup (2005), no artigo intitulado *O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade*, nos trazem a necessidade da superação desta relação dicotômica que estabelecemos entre individual e coletivo, sujeito e sociedade. As autoras apontam que a dicotomização dos conceitos tem origem no projeto epistemológico moderno, que se preocupa em separar disciplinas e saberes em busca da pureza dos objetos de conhecimento. Como exemplo desta separação dicotômica, o artigo traz o caso do campo da psicologia. Ao criar-se um domínio nomeado enquanto psicologia social, deixa-se implícito que se faz necessário um compartimento específico para investigar aquilo que o social agrega à psicologia. Visto por outro ângulo, isso significaria que à psicologia 'pura' não competiria tratar o âmbito coletivo, estando esta disciplina restrita à alçada individual. Para que a psicologia pudesse debruçar-se sobre o social, ela precisaria nomear-se enquanto psicologia social. A partir deste exemplo, reforça-se a urgência para que façamos uma problematização das fronteiras entre o psíquico e o social.

Nessa circunstância, o coletivo estaria sendo visto como aquilo que se opõe ao individual e confunde-se com o social. As autoras acima citadas propõem um conceito de coletivo que “não se reduz ao social ou à coletividade, tampouco ao jogo de interações sociais” (ibidem, p. 296). Tratar-se-ia de um “plano de coengendramento e de criação” (p. 296), superando a dicotomia dos saberes. Nessa proposta, o indivíduo e a sociedade não poderiam ser analisados como objetos naturais que preexistem às relações ou às práticas de uma época, de um povo, de uma cultura. Os objetos não causariam nem determinariam nada, eles seriam produzidos pela relação.

Seguindo esta lógica, é importante registrar que superar a dicotomia entre indivíduo e sociedade não significa ignorar que existe diferença entre estas instâncias. Podemos até levar em conta que, em muitos casos, é necessário estabelecer uma relação dual entre sujeito e objeto, individual e social etc. Todavia, diferenciar não tem o mesmo sentido que dicotomizar. Este último refere-se à condição de substituição para que um objeto exista perante o outro (ou um, ou outro). Diferenciar é entender que existe distinção entre estes objetos (indivíduo e sociedade), mas sem a necessidade de um excluir o outro, levando em conta que estão em constante diálogo, numa coexistência relacional.

Tomaremos de empréstimo a conclusão destas autoras, no caminho de que é importante fazer diferença entre abordagens individuais e coletivas, mas tendo o cuidado de

não fazer com que uma se oponha à outra, entendendo que são relações entre estes âmbitos que vão estabelecendo o campo da saúde mental.

Quando se evoca a ideia de saúde mental coletiva, infere-se que existe um recorte específico de ênfase no coletivo. Pois bem, tomar a dimensão coletiva da saúde mental referida em um plano não dicotômico significa não separá-la das noções ligadas à subjetividade. Por mais que se produza uma ênfase no coletivo, o realce deste termo não precisa necessariamente fazer referência à lógica substitutiva: ou individual, ou coletivo; ou sujeito, ou social. No lugar disso, pode-se pensar a saúde mental em seus diversos âmbitos, já que individual e coletivo se distinguem, mas coexistem. Se um deles for negado, há parte importante da saúde mental que não será levada em conta, que ficará esvaziada. Perderíamos, com isso, a oportunidade de considerar as relações que configuram uma situação de saúde-doença em toda sua complexidade.

Talvez uma das fragilidades do contexto científico onde a saúde coletiva opera, ou então de como ela é tomada enquanto proposta interventiva seja a armadilha que se cai quando se compreende que o coletivo, quando ligado à saúde mental, indica a negação de tudo que possa referir ao individual. A aposta que se cria, nesses casos, é a de um planejamento de cuidado em saúde mental que inclui apenas um público-alvo contabilizado no 'mais de um'.

Esse paradoxo nos reporta a um incômodo comum que os residentes apresentam no cotidiano da Residência em Saúde Mental Coletiva. No ato de acompanhar as experiências de inserção dos residentes nos cenários de prática, escutamos deles, muitas vezes, queixas a respeito das equipes nas quais trabalham, principalmente porque se sentem pressionados a conduzir intervenções de forma diferente da que julgam ideal. Consideramos dois tipos de incômodos muito emblemáticos, por se repetirem com frequência: quando os residentes não querem se disponibilizar a tomar os usuários em escutas individuais ou em espaços de escuta individualizados e; quando os profissionais residentes resistem a atender pedidos da equipe para que utilizem suas ferramentas tradicionais de núcleo (ex: um professor de educação física a oferecer atividades físicas, um psicólogo a tomar usuários em acompanhamento psicológico ou até um enfermeiro a fazer curativos).

É claro que existe um sentido nessas resistências: diante de expectativas corriqueiras das equipes, que apostam demais nos especialismos, existe o risco de cindir o usuário na sua subjetividade: do psicólogo espera-se a escuta; do psiquiatra, a medicação; do assistente

social, a articulação com a rede; entre outros jargões que não contribuem em nada para um trabalho efetivamente interdisciplinar, interprofissional e de atenção integral. Não só se esquarterja o sujeito, como também a própria equipe.

Nesse sentido, a saúde coletiva nos ensina bem sobre a importância de não nos fecharmos nos nossos saberes especializados, nas nossas cabines de atuação. O trabalho interdisciplinar depende de uma equipe que dialogue entre si e, mais que isso, na qual os profissionais possam circular em diferentes papéis, aprender intervenções compartilhadas e práticas comuns.

Por outro lado, a crítica aos especialismos pode negligenciar a importância do saber técnico de cada núcleo. É relevante fazer uma diferença entre o que pende ao excesso de especialismos – que acaba por rachar o sujeito-usuário e as próprias equipes – e o que marca uma escassez de debate técnico, oriundo da recusa ao núcleo. Pois o risco que se corre quando há muita resistência dos profissionais em exercer funções ‘típicas’ de núcleo é o de inviabilizar o trabalho, ou ainda, de perder a oportunidade de intervir junto à subjetividade. Ou seja, em uma tensão onde a expectativa da equipe é de exigir do residente suas funções de núcleo, e a do residente é criar diferentes propostas interventivas – nem que, para isso, precise resistir às equipes –, nessa matemática, a demanda do usuário, ou até o próprio sujeito, acaba por ficar sem lugar.

Por isso, precisamos analisar com muito cuidado o que estamos recusando, ainda que estejamos sedentos por marcar algumas posições clínicas e/ou políticas. Não basta recusar o núcleo para afirmar-se um profissional que adota novos paradigmas, assim como também não se faz suficiente agarrar-se em ferramentas ou metodologias tradicionais no intuito de garantir a qualidade de uma operacionalidade técnica.

Em seu texto *Clínica: a palavra negada*, Onocko-Campos (2012, p. 100):

Para a tradição da saúde coletiva, a clínica tradicional opera – predominantemente – no setting individual, do encontro singular. E a própria área de Saúde Coletiva estruturou-se contrapondo as práticas coletivas às individuais; é, portanto, compreensível, que o tema da clínica tenha ficado fora de foco para a maioria dos sanitaristas.

Mas que ‘tradição’ seria essa, da saúde coletiva, que faz com que o tema da clínica (e da subjetividade) acabe por muitas vezes negado?

Referindo-se ao que podemos chamar provisoriamente de 'tradição', é importante lembrar-se daquilo que ganhamos de herança das contribuições da reforma psiquiátrica italiana, grande influenciadora da luta antimanicomial brasileira. Passos (2009) analisa que a ideologia basagliana foi a principal responsável por frisar a consideração das dimensões histórico-sociais da vida dos pacientes psiquiátricos. Mais do que qualquer outra proposta reformadora, inglesa ou francesa, foi ela que apontou a relevância de reunir elementos para uma efetiva transformação da vida material e moral do paciente.

Essa perspectiva implicou a responsabilidade social e política por parte do psiquiatra, na medida em que ele começa a compreender a demanda do paciente não apenas como doença, mas como um conjunto complexo de fatores individuais e sociais. De acordo com Passos (2009), Basaglia entendia que apenas nesse encontro direto entre profissional de saúde e paciente, sem a mediação da doença e da sua interpretação, poderia emergir a subjetividade de quem sofre de distúrbios psíquicos. Por isso, existiria tanta resistência por parte do psiquiatra ou de outros profissionais de saúde em considerar o contexto social onde o paciente está situado, pois, indiretamente, isso exige do profissional um deslocamento do seu lugar de saber. Colocar o diagnóstico em segundo plano para levar em conta outros elementos sociais e políticos também significa, neste caso, desapropriar-se em alguma medida de um saber-poder já antes adquirido. Nisso, surge o paradoxo onde o profissional que, tendo de se despir ou, no mínimo, suspeitar do saber do qual se apropriou, não pode dele prescindir totalmente (ibidem).

Voltamos assim à mesma questão apresentada nos parágrafos anteriores, onde apontávamos a armadilha gerada pelo paradoxo entre agarrar-se demais aos especialismos ou querer livrar-se deles a qualquer custo: em uma falta de medida, esquece-se do sujeito, pois ou fica-se apenas com um sujeito social (bem situado histórico e politicamente), ou com o reducionismo do diagnóstico (anulando a subjetividade). De acordo com Passos,

Há, no entanto, o risco de que esse diferencial político da proposta italiana leve a uma interpretação e a uma ação extremamente sociologizantes da realidade do doente, como pouca ou quase nenhuma ênfase em dimensões propriamente subjetivas ou intersubjetivas, nos moldes do que faria uma clínica psicologicamente orientada para a história da vida afetiva, imaginária ou fantasmático-simbólica do indivíduo. (ibidem, p. 222).

A autora prossegue, afirmando:

Tudo leva a crer que na atuação das equipes nas novas estruturas o avanço da crítica institucional e política, que os italianos realizam brilhantemente sobre o campo psiquiátrico, não é acompanhado por qualquer abordagem psicológica específica do adoecimento ou sofrimento psíquico. (ibidem, p. 223).

Existiu todo um contexto em Trieste, na Itália, apresentado pela autora, que explica a emergência dessas tendências dualistas. Ocorria uma propensão psicologizante e individualizante das abordagens teóricas psicológicas que, somadas às altas exigências nas propostas de formação em psicologia e psicanálise, caíam no risco de um reducionismo terapêutico e restringiam-se a um público predominantemente burguês e elitista. A partir desta cena, associava-se, enquanto resistência, o pouco aprofundamento clínico e um quase total abandono da perspectiva subjetiva do paciente no âmbito reformista, o que poderia ser tomado enquanto uma reação compreensível, porém nem sempre questionada por quem a assumia.

A própria demanda de alguns usuários por uma escuta individualizada passa, muitas vezes, despercebida ou negligenciada, quando esta poderia ser um recurso a mais na elaboração de conflitos e angústias pessoais em que a abordagem relacional falha ou mostra-se insuficiente. Ocorre que os triestinos não acreditam nos princípios psicológicos de uma tal escuta, o preconceito antipsicanalítico tendo aí papel decisivo, penso. (PASSOS, 2009, p. 226.)

É inegável a afinidade do relato da autora sobre a reforma triestina com os relatos aqui trazidos sobre a inserção dos residentes de saúde mental nos seus cenários de prática. As posições dicotômicas parecem se repetir, tanto na construção do argumento que deu origem à reforma psiquiátrica italiana quanto no dia a dia da formação em saúde mental coletiva. Os efeitos interessantes que assistimos no trabalho calcado no ideário da saúde coletiva são os mesmos defendidos pela proposta de Basaglia: uma maior coesão entre as equipes, um projeto político comum, a marca do desespecialismo que permite compreender o usuário como cidadão (no seu contexto social e de direitos). Isso tudo sob o risco de subestimar uma posição subjetiva daqueles que são atendidos ou assistidos.

O desafio que temos aqui é o de superar essas dicotomias, não deixando de diferenciar posições, sem tê-las como totalitárias ou inconciliáveis entre si. Um caminho possível aponta para a convivência entre clínica e política, sem que isso suscite, necessariamente, incompatibilidades éticas ou ideológicas. Tanto Onocko-Campos quanto Passos sugerem não nos afixarmos em uma oposição entre o clínico e o político. Estabelecer

um paradoxo aí parece im procedente na medida em que nenhuma prática, clínica ou outra, fugiria de problematizações ético-políticas.

Como disse Filippon¹⁹, em um debate sobre redução de danos²⁰, “a escuta precisa ser radical: é o que vai reposicionar politicamente a prática clínica”. Escuta radical, aqui, é assumida enquanto possibilidade de romper aquilo que se torna rotineiro nas consultas em saúde, como uma escuta que não está direcionada para a construção diagnóstica e para suas consequentes prescrições. É uma escuta aberta, que consegue ouvir o usuário enquanto cidadão e também enquanto sujeito; que coloque a doença entre parênteses, como muito bem nos ensinam as reformas psiquiátrica e sanitária, mas que não deixe de escutar o que há de singular em cada situação de vida.

Compreendemos a radicalidade da escuta enquanto uma inclinação radical, uma desacomodação ousada, sem medida prévia, que acontecerá conforme for necessário para que o sujeito possa falar. Utilizamos ‘radical’ para dizer da escuta clínica, defendendo a necessidade de existir algo de intransigente nessa prática, no sentido de que ela não esteja previamente direcionada. É importante que o profissional possa escutar outras lacunas que não sejam aquelas a serem preenchidas no formulário de acolhimento.

Dessa forma, a clínica é política pela posição ética que assume. E essa posição ética não tem como ser mensurada pela quantidade de usuários que vão sendo atendidos por vez, ou então pela técnica julgada mais adequada pra cada situação. A medida que vai traduzir a ética da escuta clínica é justamente aquela que diz respeito ao quanto possibilitaremos uma desacomodação suficiente para acolher as demandas dos sujeitos com os quais trabalhamos no contexto da saúde mental.

Para seguir adiante, levaremos conosco essa pista, de que nenhum aporte teórico ou corrente ideológica é esclarecedor o bastante para que sejamos capazes de resolver as demandas que o trabalho com a saúde mental nos exige. Nessa direção, será sempre importante recorrer a diferentes disciplinas em busca de elementos para a construção de uma operacionalização de nossas práticas.

¹⁹ Paula Filippon é enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, atua na área da redução de danos e trabalhou como tutora do núcleo de Enfermagem no Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva da UFRGS.

²⁰ Evento realizado na Escola de Enfermagem, em comemoração à semana da luta antimanicomial, em maio de 2018.

Também se faz relevante, a partir daqui, apostar no planejamento em saúde como uma preocupação fundamental com quem trabalha nos serviços de saúde, podendo subsidiar um exercício profissional que estimule novos modos de subjetivação e novas formas de pensar a clínica. Em parte, a eficácia da saúde coletiva depende, em alguma medida, destes trabalhadores que estão aí, aceitando este desafio todos os dias. Por isso, é importante perceber a formação em saúde mental coletiva enquanto um investimento nesse âmbito.

No capítulo que segue, situaremos o Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva na função de dispositivo da reforma psiquiátrica, já que uma de suas funções centrais é apostar na formação de trabalhadores para atuarem nesse contexto da saúde mental coletiva, como veremos.

4 O DISPOSITIVO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS

Encaramos a criação das residências multiprofissionais como parte importante da demarcação histórica em que novas discursividades da saúde ganham materialidade em processos de institucionalização. A conquista de espaços institucionais revela pontos de intersecção entre discursividades emergentes e tecnologias de dominação vigentes. Ao considerarmos os Programas de Residência Multiprofissional como dispositivos (efeitos de processos de ruptura), se faz crucial que empreendamos uma análise mais detalhada deste advento.

Faremos, assim, breves considerações sobre a origem desse tipo de programa de formação, especialmente sobre o contexto o qual propiciou seu início. Da mesma forma, pontuaremos as principais funções que a ênfase da saúde mental coletiva ocupa na construção destes aparatos. E, não menos relevante, situaremos na teoria foucaultiana sentidos dessa institucionalização, principalmente no que diz respeito ao saber universitário e às suas aderentes relações de poder.

4.1 A CRIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

As residências multiprofissionais em saúde surgiram enquanto proposta de formação apoiada pelos princípios do movimento da Reforma Sanitária no Brasil, balizada pela conjuntura política da época. Como já vimos, o movimento sanitário estava também calcado na derrubada da hegemonia médica e na reivindicação por um Sistema Único de Saúde (ABIB, 2012).

Até aquele momento, só tínhamos notícias de residências médicas, sendo que os profissionais médicos graduados eram os únicos que se especializavam e atuavam diretamente com a saúde da população em contextos públicos, principalmente em hospitais universitários. Em contrapartida, residências multiprofissionais que ocorriam em diversos contextos institucionais, desde a década de 1970, nunca tiveram sua institucionalidade legislada até o início do século XXI. Por fruto de muita reivindicação, as primeiras leis que se empenharam em conferir certo grau de legitimidade legal para este tipo de programa despontam apenas a partir dos anos 2000 (ibidem).

Eventos como a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, com o tema “A política de recursos humanos rumo à reforma sanitária”, e a VIII Conferência Nacional de Saúde tiveram fundamental importância na construção coletiva que ergueu estes projetos de formação em saúde. Tais mobilizações reuniram uma série de atores organizados – trabalhadores da saúde, gestores, residentes e representantes do controle social –, os quais reivindicavam a criação destes programas. Investir na sustentação legal das residências multiprofissionais representava a preocupação com a necessidade de formar trabalhadores para o cuidado em saúde, sobretudo profissionais que estivessem afinados com a elaboração e a implementação de políticas públicas.

Todo esse corpo de reivindicação produziu efeitos na discussão da formação em saúde. A prestação de cuidados via intervenção uniprofissional, que se fazia predominante nos serviços públicos de saúde, estava sendo colocada em xeque. Defendia-se uma atuação interdisciplinar, territorial, integral e de qualidade, centrada nas demandas dos usuários. De acordo com Ceccim e Palombini (2014, p. 639),

O projeto de luta pela reforma sanitária brasileira, expresso como Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988, ensejou a construção de um sistema de saúde com acesso universal, sob gestão descentralizada, orientado pelo atendimento integral aos usuários e pela participação popular. Deste projeto surge a preocupação com a educação dos profissionais e com a integração das instituições de ensino aos serviços de saúde, de forma que a formação universitária não se dissocie da formação política para sua implementação.

Enfim, as residências multiprofissionais em saúde assumem o caráter de formação especializada, realizada em serviço, sob orientação compartilhada entre o ensino universitário e os serviços na área profissional da saúde. Nesse sentido, elas representam a promessa do compromisso de integrar as instituições de ensino aos serviços, garantindo às universidades o comprometimento com um ensino superior que leve em conta as demandas das políticas públicas e, ao mesmo tempo, garantindo aos serviços de saúde um contingente de profissionais especializados nas especificidades necessárias para atuação no SUS.

4.2 UMA ÊNFASE PARA A FORMAÇÃO DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL

Fagundes (2006) relata que, desde o final da década de 1980, no estado do Rio Grande do Sul, vários cursos de formação em serviço usaram a denominação de saúde

mental coletiva como forma de sinalizar o objetivo de formar para a atuação em políticas públicas. A autora dedicou-se a situar a especificidade desse termo, construindo uma formulação enquanto conceito. Para ela, saúde mental coletiva é um

[...] processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações de modos de pensar, sentir e fazer política, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida. (FAGUNDES, 2006, p. 61).

De acordo com Ceccim e Palombini (2014), os campos de domínio intelectual da Educação em Saúde Coletiva e da Educação em Saúde Mental passaram a ser desenvolvidos em interface como Educação em Saúde Mental Coletiva. Segundo eles, esse novo domínio passou a envolver conhecimentos e práticas no âmbito da atenção psicossocial, da promoção de saúde mental, da psicopedagogia e da saúde mental coletiva. A proposta de atuação neste novo domínio seria sempre multiprofissional e interdisciplinar, podendo ampliar-se para vários serviços de saúde, como oficinas de criação e de geração de renda, espaços de integração escolar ou de recursos psicopedagógicos, e ainda junto às instituições de assistência socioeducativa.

Esses autores constroem um entendimento específico, no qual Saúde Mental Coletiva é tida enquanto conceito sempre relacionado ao âmbito da educação e da formação em saúde. Segundo Fagundes (2006), o momento histórico no qual este domínio intelectual surgiu exigia conceituações da saúde mental capazes de dar suporte às políticas públicas. A autora interpreta que este seria o marco no qual a saúde mental foi inscrita no campo da saúde coletiva.

Foi nesta trilha que surgiram alguns Programas de Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde Mental Coletiva. Ceccim e Palombini (2014, p. 638), ao referirem-se ao Programa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), explicam algumas motivações relativas à sua criação:

Designamos nossa área especificamente como Saúde Mental Coletiva, tendo em vista as concepções que orientam nossa prática: abordagem intersetorial, ênfase na atenção psicossocial, ensejo de estruturação de coletivos entre os trabalhadores (trabalho em equipe como natureza constitutiva das práticas) e construção de processos coletivos nos modos de lidar com o sofrimento e oferecer práticas de cuidado, proteção e preservação da autonomia.

Os autores acrescentam ainda, como justificativa da criação dessa ênfase, a escassez de oportunidades de cursos de especialização para profissões demandadas pela reforma psiquiátrica, pela reabilitação social e por políticas públicas de saúde mental. Os cursos também teriam sido criados para corresponder às necessidades contemporâneas de uma atenção integral aos usuários no campo da intervenção da clínica psicossocial. Se a concepção de residências multiprofissionais como um todo nasce por influência da reforma sanitária, também fica claro o quanto a intenção de direcioná-la para a área da saúde mental tem sua relação com o movimento da reforma psiquiátrica.

Nessa via, Ceccim e Palombini (2014) afirmam que investir na ênfase da saúde mental coletiva é romper com a noção de saúde mental enquanto especialidade da psiquiatria, ou seja, enquanto centrada nos aspectos biológicos do adoecimento, para pensá-la como aperfeiçoamento em atenção psicossocial, centrada no processo saúde-doença-cuidado-proteção da cidadania. Assim, pelo menos em relação às residências desta ênfase, nos parece que características associadas ao discurso antimanicomial e ao discurso da saúde coletiva estão presentes no advento destas especializações. Ceccim e outros (2010, p. 134), contribuem para essas impressões:

Se não em todas as especialidades em área profissional integradas ao SUS, ao menos na saúde mental não temos dúvida de que a especialização não pode limitar-se às competências e habilidades do núcleo de conhecimentos e práticas da saúde mental, como não pode limitar-se à prestação de cuidados pela intervenção uniprofissional, sob pena de tratarmos as doenças, não as pessoas e suas inscrições coletivas – onde doenças adquirem expressão, configuração e significados. Por isso falamos em Saúde Mental Coletiva sempre.

Não nos cabe, contudo, demonstrar aqui, com profundidade, um mapeamento da criação de residências multiprofissionais no país. Certamente esta demanda exigiria um estudo bastante detalhado. O que se faz relevante para esta pesquisa é destacar elementos que contribuíram para a construção destas formações especializadas, mais especificamente, das de ênfase em Saúde Mental Coletiva. Cabe-nos agora ponderar os caminhos dessa discursividade emergente, quando ela ganha espaço nas universidades, conquistando visibilidade em contextos institucionais específicos.

4.3 O DISCURSO DA UNIVERSIDADE: O SABER ESPECIALIZADO

É crucial reconhecer que, quando há reivindicação de formalizações legais de um espaço formativo, é porque existe um processo de institucionalização operando. O surgimento de um dispositivo implica necessariamente uma reinstitucionalização, pois, como já visto, o rompimento de formações discursivas abre espaço para novas montagens institucionais.

Um dispositivo que aparece como resultado desta situação resulta de emaranhados de elementos heterogêneos. Quando dizemos isso, afirmamos a relevância que os mecanismos institucionais exercem nessa conjuntura. Por exemplo, não existiriam internações psiquiátricas sem hospitais ou manicômios. Da mesma forma, não existe o ensino da saúde mental coletiva sem que haja um programa de residência ou algum outro espaço institucional que o sustente. Ou seja, o discurso necessita de um aparato não discursivo para ser enunciado.

A partir dessa lógica, localizamos a criação das residências multiprofissionais enquanto função estratégica para que discursos como o antimanicomial e o da saúde coletiva ganhem espaço no reconhecimento social. Enquanto dispositivo, residências multiprofissionais dão materialidade às reivindicações específicas e constituem-se como ferramentas de embate a discursividades contemporâneas que predominem nos regimes de verdade. Nesses termos, a universidade opera como lugar de enunciação, contribuindo com a conquista de espaços de saber e com o ganho de força no jogo das relações de poder onde impera a hegemonia do saber médico-biologicista.

No entanto cabe lembrar que toda nova discursividade, conforme se institucionaliza, corre o risco de se petrificar. Em um contexto onde problematizações são levantadas, sempre existe a chance de o saber científico tomar lugar para dar algumas respostas. Com ele, surgem novas especialidades, disciplinas, cursos de graduação e de especialização. Também surgem novos domínios de atuação – como pudemos lembrar no capítulo 2, com o estabelecimento da psiquiatria no Brasil, que emergiu a partir de um jogo de interesses também econômicos, por exemplo. Entendemos que não faz parte da estratégia dos discursos da saúde coletiva e antimanicomial assumir o lugar de saber hegemônico, nem associar-se com tecnologias de dominação. Porém não podemos encobrir o fato de que este risco existe.

Segundo Foucault (1979), o saber funciona na sociedade enquanto dotado de poder; ou seja, enquanto é saber, tem poder. E, nesse sentido, a universidade é uma potente produtora de relações de poder. Nessa conjuntura onde se produzem saberes e verdades, também se produzem dispositivos de controle das subjetividades.

Já sabemos que, onde há ruptura de discursividades e surgimento de novos dispositivos, nem sempre há quebra de hegemonias. Residências multiprofissionais são programas que têm como diretrizes básicas o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, num esforço pelo rompimento de especialismos disciplinares que geram fragmentação de saberes e práticas de segregação. De acordo com Ceccim e outros (2010, p. 128-129),

A Educação em Saúde Mental Coletiva surge em desdobramento dos valores éticos da dessegregação, seja da loucura, da deficiência mental, dos comportamentos atípicos ou das singularidades não previstas pelos espaços disciplinares da educação, da saúde e das culturas urbanas.

Ainda assim, sob a promessa de acolher tais premissas enquanto bandeira, há o risco de elas se tornarem fator impositivo. Esta é a armadilha do discurso da universidade: empedrar os saberes a ponto que neles não caiba mais nenhum tipo de contribuição ou invenção. E, no caso das residências multiprofissionais, isso parece ser o oposto do que se pretende.

Por outro lado, conquistar o espaço acadêmico tem um valor que pode ganhar força no sentido do reconhecimento social e potencializar a abertura de novos paradigmas. Existe uma preocupação por parte de programas de residências, em construir projetos pedagógicos que não estejam alinhados com o modelo universitário fragmentado e corporativista – científico x popular, ensino x trabalho, investigação científica x prática empírica, como apontam Ceccim e Palombini (2014).

Nesse caminho, o lugar da universidade afirma-se enquanto importante ator social, no que diz respeito à formação e à intervenção no âmbito da elaboração e da execução de políticas públicas. Criar espaços de produção de conhecimento a respeito da saúde mental coletiva é potente para impulsionar a atualização de propostas teórico-práticas vigentes. Como nos diz Rosa (2016, p. 20), “escrever é produzir discursividades que, esperamos, tenham desdobramentos no campo do conhecimento e incidam na produção de novos discursos e na condução de políticas públicas”. É dessa forma que tomaremos o discurso da universidade com parte da composição da discursividade que estamos colocando em questão.

5 O QUE ENUNCIAM OS RESIDENTES EGRESSOS?

Este capítulo pretende descrever inicialmente os procedimentos metodológicos da análise de discurso aqui empreendida. Do processo de análise, extrairemos enunciados os quais serão o principal subsídio para a discussão a respeito da discursividade da saúde mental coletiva. Posteriormente, apresentaremos a análise de discurso propriamente dita do material empírico.

Antes de iniciar a descrição dos procedimentos, se faz necessário retomar as principais construções desta escrita até aqui:

- a) A saúde mental coletiva é uma discursividade, efeito de rupturas de formações discursivas que coexistem com ela.
- b) As discursividades coexistentes que contribuem para o engendramento da saúde mental coletiva são:
 - I. o discurso antimanicomial: por uma sociedade sem manicômios, louco enquanto cidadão, garantia de direitos, psiquiatria é uma instituição a ser problematizada;
 - o discurso da saúde coletiva: representa também a quebra da hegemonia do saber médico, inflexão do discurso sanitário, consideração dos determinantes sociais, extrapolando o biologicismo;
 - II. o discurso da universidade: saúde mental coletiva é uma ênfase de formação, tomar a saúde mental coletiva enquanto especialidade, afirmar um saber-poder (competindo com o saber médico), necessidade de formação para o SUS.
- c) Programas de Residência Multiprofissional são considerados dispositivos deste processo de ruptura discursiva, pelos motivos que seguem:
 - I. apresentam em suas composições elementos heterogêneos – discursivos e não discursivos;
 - II. cumprem com funções estratégicas específicas;
 - III. abrem caminho para a superação de discursividades vigentes;
 - IV. sustentam esse novo campo discursivo, que é a discursividade da saúde mental coletiva.

- d) Os residentes egressos de Programas de Residência Multiprofissionais que tenham ênfase em saúde mental coletiva são reconhecidos enquanto sujeitos que enunciam a discursividade em foco, ao mesmo tempo em que representam a produção de subjetividade deste campo discursivo.

De acordo com a recomendação de alguns autores pesquisados (PINTO, 1989; FAIRCLOUGH, 2001), a primeira etapa de uma análise de discurso consiste em tomar enquanto objeto de estudo um corpo discursivo em específico. Para isso, é necessário obedecer a duas dinâmicas distintas: por um lado precisamos demarcar uma unidade que possibilite estudar a discursividade enquanto um fenômeno singular que, no nosso caso, equivale à unidade discursiva da saúde mental coletiva. Na outra via, deve conter nesta unidade a pluralidade dos discursos que a formam e que lhe dão condições de existência – que, na nossa pesquisa, referem-se aos já citados anteriormente: o discurso antimanicomial, o da saúde coletiva e o da universidade. Tendo cumprido estes primeiros passos, pudemos autorizar-nos a iniciar a produção de dados.

5.1 ONDE ESTÃO OS RESIDENTES EGRESSOS?

Durante a elaboração da escrita e da construção do planejamento metodológico, houve a oportunidade de aproximação de outra pesquisa, já em andamento, intitulada *Residências Multiprofissionais em Saúde: onde estão os profissionais egressos e que dispositivos de cuidado em saúde mental estão produzindo?*²¹.

A oportunidade surgiu através da participação da Profa. Dra. Vera Lúcia Pasini, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na apresentação de defesa do projeto de qualificação do presente trabalho. Naquela ocasião, o debate em relação ao projeto de mestrado enriqueceu-se, desenhando-se linhas de condução mais claras de como investigar o conceito de saúde mental coletiva. Foi possível vislumbrar que a aproximação entre essas duas pesquisas poderia enriquecer a trajetória de ambas.

²¹ A produção de dados desta pesquisa foi realizada a partir do projeto intitulado *Residências Multiprofissionais em Saúde: onde estão os profissionais egressos e que dispositivos de cuidado em saúde mental estão produzindo?*. Tal projeto de pesquisa é coordenado pela Profa. Dra. Vera Lucia Pasini, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Tendo em vista que a investigação aqui desenvolvida aproxima-se de objetivos da pesquisa acima mencionada, criou-se uma oportunidade de realizar uma construção colaborativa para coletar dados.

O referido trabalho pretende, a partir dessa coleta, investigar a inserção em serviços da saúde, dos profissionais egressos no período de 2005 a 2014 de Programas de RMS com ênfase/área de concentração em Saúde da Família, Atenção Básica, Atenção Primária em Saúde e Saúde Mental, sediados no Rio Grande do Sul (RS). A investigação de Pasini (2014, p. 6) considera fundamental “analisar os efeitos produzidos pelo processo de formação nas RMS para a qualificação dos trabalhadores do SUS”. O problema de pesquisa do projeto citado remete às seguintes questões (ibidem, p. 7):

Que possíveis efeitos nos modos como os profissionais se inserem nos equipamentos de saúde têm se produzido após uma formação em RMS? Têm se produzido mudanças no sentido de seu olhar e na abordagem dos processos de adoecimento, da implicação com o projeto da atenção integral dos indivíduos e coletivos, do exercício do trabalho em equipe, da articulação entre atenção, gestão, educação e controle social, como preconiza a atual Política Nacional de Formação em Saúde? Em suma: quais efeitos sobre as ações de cuidado em saúde mental podem ser visibilizados a partir da inserção de egressos de RMS em estabelecimentos de saúde?

Essas perguntas vêm ao encontro de algumas intenções de nossa pesquisa, no sentido de averiguar que efeitos os dispositivos de formação têm tido, tanto no trabalho dos profissionais que por ele passaram, como também, por consequência, nos serviços de saúde que contam com esses residentes egressos. Também é comum o interesse em entrevistar o sujeito-residente egresso, compreendendo a especificidade e a relevância do lugar de fala que ocupa.

Sendo assim, para coletar os dados de nossa pesquisa, seguimos os procedimentos junto à coleta de Pasini (ibidem) e operamos um recorte nos resultados, como explicaremos a partir de agora.

A pesquisa de Pasini utiliza um formulário, na Plataforma FormSUS, com questões relacionadas aos objetivos da pesquisa, o qual está sendo enviado via e-mail para os residentes egressos de programas de RMS que concluíram seus processos de formação no período compreendido entre 2005 e 2014. Esse instrumento permite uma primeira aproximação ao perfil dos participantes, levantando informações sobre a atual inserção dos egressos em espaços de trabalho após a conclusão da residência, bem como, sobre a

vivência do processo de formação e seus desdobramentos após a conclusão. Estima-se que o número de egressos de Programas de Residências em Saúde no período a ser estudado na pesquisa de Pasini esteja em torno de 500 pessoas, considerando a quantidade de ingressantes nos programas das instituições participantes. Tendo em vista que se espera um retorno de 25% dos formulários de pesquisa enviados, estima-se a participação de 125 egressos.

Apesar de a produção de dados contar com residentes egressos de programas também com ênfase em saúde mental, dentre outras ênfases, optamos por direcionar as perguntas lançadas apenas aos egressos de programas nomeados enquanto 'saúde mental coletiva'. Pela especificidade dos objetivos dessa pesquisa, descartamos os programas que nomeiam sua ênfase apenas por 'saúde mental', ainda que, na maioria das vezes, tenham projetos curriculares semelhantes. Esse recorte resultou no total de dois programas de residência investigados dentre 12 que a pesquisa de Pasini selecionou.

A primeira etapa da produção de dados se faz a partir de um contato operado pela pesquisadora responsável do projeto, presencialmente ou por telefone, com os responsáveis pela coordenação dos programas de RMS, a fim de solicitar a disponibilização do cadastro dos residentes que concluíram o processo de formação entre os anos de 2005 e 2014. A definição por este período de investigação se deve por compreender o período entre a publicação da lei que cria as Residências em Área Profissional da Saúde (2005) e o ano de desenvolvimento do projeto original da pesquisa de Pasini.

Quanto às informações cadastrais solicitadas aos programas, restringem-se àquelas que possibilitem o contato com os ex-residentes, como: nomes, números de telefone, endereços de e-mail, endereços residenciais. Essa etapa, até o presente momento, apresentou grandes desafios, pois alguns programas de residência não se mostraram favoráveis em disponibilizar os contatos dos egressos. Nesses casos, estão sendo feitas consultas aos conselhos regionais das profissões envolvidas, a fim de buscar a atualização de endereços e contatos de e-mail e telefones dos profissionais egressos.

A segunda etapa da coleta caracteriza-se pelo contato com os residentes egressos identificados na etapa anterior, através de e-mail, ligação telefônica ou contato via rede social, apresentando a proposta da pesquisa e buscando adesão a ela, através da autorização para envio do primeiro instrumento de pesquisa.

A terceira etapa consiste no envio do formulário aos egressos os quais já aceitaram participar da pesquisa na segunda etapa. O instrumento inclui questões para identificação dos egressos e para recolher informações sobre suas trajetórias de formação, conforme os objetivos da pesquisa de Pasini (2014 – ANEXO I). O formulário é acompanhado de mensagem explicativa sobre os objetivos da pesquisa e só poderá ser respondido caso haja o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – ANEXO II). Nossa investigação, em colaboração com Pasini, acrescentou a esse formulário indicado as duas perguntas que seguem:

- 1) Você compreende que há diferença nas concepções de ‘saúde mental’ e ‘saúde mental coletiva’?
- 2) Quais seriam?

Essas perguntas acima ficaram sistematizadas no formulário a ser respondido apenas por egressos que definissem sua ênfase de formação enquanto ‘saúde mental coletiva’. Ocorreu de alguns pesquisados serem oriundos de residências de ênfase almejada por nossa investigação, mas que, pelo fato de terem definido sua ênfase apenas enquanto ‘saúde mental’, acabaram não sendo direcionados para as perguntas do Quadro 1. O trabalho da Profa. Dra. Vera Pasini e de sua equipe de pesquisa entrevistou, até o momento em que esta escrita conseguiu mensurar, mais de 80 residentes egressos através do formulário (FormSUS), como descrevemos nas etapas acima. Deste número de entrevistados, responderam às perguntas do Quadro 1 quatorze residentes egressos, oriundos de dois programas de residência, ambos com ênfase definida por ‘saúde mental coletiva’.

Após obter as respostas (ANEXO III), nossa metodologia seguiu os passos demonstrados abaixo, inspirados nas sugestões de Pinto (1989) e Fairclough (2001), no objetivo central de analisá-las para que delas pudéssemos extrair enunciados, como será demonstrado.

5.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Nosso passo a passo metodológico seguiu as etapas de elencar categorias, obter enunciados e analisá-los, como se pode observar nas seções a seguir.

5.2.1 Elencar categorias

Foram elencadas categorias de acordo com características que as repostas apresentaram, na medida em que se repetiam, se complementavam ou formavam antagonismos. Obtivemos três diferentes categorias (A, B e C) e, derivando dessas, obtivemos sete subcategorias (A1, A2, B1, B2, C1, C2 e C3).

5.2.2 Obter enunciados

Para que pudéssemos pinçar enunciados dessas categorias, precisamos primeiro mapear suas condições de existência a partir da pluralidade discursiva apresentada pelas respostas. Uma sugestão dada por Pinto (1989) para analisar as categorias criadas consiste em montar colunas, estabelecendo relações de equivalências, de diferenças, e também de relações antagônicas, ou seja, encontrar os antagonismos expressos nos não ditos dos enunciados ditos. Em seguida, faz-se necessário compará-las, entendendo como se opõem e como se repetem. A partir daí, deve-se avançar, identificando a relação estabelecida no interior do discurso.

Inspirados nas orientações da autora, após fragmentar as respostas, remontá-las, repeti-las e até produzir suas contradições, elencamos enunciados que poderão ser observados em quadros ao fim da análise de cada categoria.

5.2.3 Analisar os enunciados

A partir da obtenção dos enunciados, serão utilizadas três formas de analisá-los:

- a) correlacionar enunciados a outros enunciados;
- b) relacionar os enunciados às formações discursivas já estabelecidas (os três discursos elencados por nossa investigação: discurso antimanicomial, discurso da saúde coletiva e discurso da universidade);
- c) relacioná-los com práticas não discursivas, de forma que elas possam complementar o sentido que o enunciado já carrega. Para isso, escolhemos as duas cenas já utilizadas nesta escrita:

- I. *Cena 1: Não querer atender individualmente* – O fato de haver resistência dos residentes em curso para realização de atendimentos individuais com os usuários; fenômeno mencionado enquanto relevante por repetir-se inúmeras vezes, com diferentes residentes e em diferentes turmas (ver página 59 desta dissertação);
- II. *Cena 2: Interpretar o ‘coletiva’ da saúde mental indiscriminadamente* – Nesta escrita, relatamos duas cenas que remetem a certa confusão quanto ao termo ‘saúde mental coletiva’. Na primeira, quando o residente concluinte de curso afirma que não precisa explicar do que trata o conceito de SMC, pois todos já deveriam saber. Na segunda, quando a residente associa a palavra ‘coletiva’ a um funcionamento grupal o qual deveria existir entre os membros que compõem o curso de formação; fenômeno que também foi considerado relevante por repetição. (ver páginas 12 e 54)

Ao fim, teremos um conjunto de signos a investigar, o que será feito a partir do conhecimento teórico aqui desenvolvido e do reconhecimento da lógica própria do discurso a ser analisado.

5.3 CATEGORIAS: RECORTAR, REPETIR, ANALISAR

As categorias citadas abaixo são efeito da etapa da análise de discurso correspondente à obtenção de enunciados. Para realizá-la, seguimos as sugestões de Pinto (1989). Montamos colunas, estabelecendo relações entre as respostas obtidas, entre as quais pudemos observar semelhanças, diferenças, repetições e contradições. Preocupamo-nos em encontrar, além das contradições explícitas, os antagonismos não ditos a partir dos enunciados ditos. As categorias criadas demonstrarão os exercícios de relação e comparações que fizemos e que nos conduziram até que conseguíssemos extrair alguns enunciados mais significativos. As respostas dos residentes egressos que aparecem nos quadros estão cortadas, recortadas e repetidas o quanto foi necessário para que, mais facilmente, pudéssemos compará-las e compreendê-las em toda sua complexidade. As respostas podem ser observadas no seu formato sem recortes no Anexo III deste trabalho.

5.3.1 Conceituais (A)

A categoria denominada ‘conceituais’ (A) foi nomeada desta forma para tratar das respostas dos pesquisados que circunscrevem os conceitos abordados, ou no sentido de defini-los, ou no sentido de compará-los. Para demarcar essa diferença de sentidos, criamos as subcategorias ‘definições’ (A1) e ‘comparações’ (A2). Os conceitos aqui considerados são aqueles de referência da pergunta lançada aos respondentes: conceito de saúde mental coletiva e conceito de saúde mental. No Quadro 1, abaixo, podemos visualizar as duas colunas da categoria A, contendo as respostas que se enquadram em cada especificidade das subcategorias A1 e A2.

Quadro 1 – Subcategorias A1 e A2

A1. Definições	A2. Comparações
<p>Racionalidade de cuidado, gestão e formação.</p> <p>A saúde mental coletiva necessita a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade.</p>	<p>Não há diferença entre saúde mental e saúde mental coletiva.</p> <p>Mais integrativa entre as diferentes práticas da saúde, educação e assistência.</p>
<p>O processo de cuidado, portanto, deve estar sintonizado com as necessidades mais amplas dos sujeitos e com referências teóricas e práticas que extravasam área ‘psi’.</p>	<p>Esforço mais amplo de construir dispositivos de intervenção e métodos de gestão de casos onde haja uma circulação de protagonismos no cuidado.</p>
<p>O termo coletivo remeteria à saúde coletiva, fazendo-me crer que a formação abarcaria vivências em cenários de prática e conteúdo teórico para além das questões específicas de saúde mental. Estaria no repertório de aprendizado o sistema público de saúde, SUS.</p>	<p>Saúde mental é uma concepção mais ampla (não necessariamente um profissional trabalhando com saúde mental está trabalhando em saúde mental coletiva, como, por exemplo, em consultórios privados).</p>

<p>O conceito de saúde mental coletiva propõe uma análise e abordagem mais ampla que conceito de saúde mental, procurando interpretar as causas e consequências sociais, culturais e históricas dos processos de saúde-adoecimento-cuidado-qualidade de vida da população. Propõe abordagens levando em consideração a intersecção desses fatores, rompendo com o paradigma biomédico que tende a intervir sobre tais processos de adoecimento de modo desconectado dos fenômenos sociais e culturais.</p>	<p>Saúde mental coletiva remete a política pública, ao SUS, enquanto saúde mental refere a um campo da saúde que sustenta ou não a perspectiva da saúde mental coletiva. Não os considero excludentes, utilizo os dois termos, mas quando insiro “coletiva” é para reivindicar o debate da saúde coletiva.</p>
<p>Entendo que a saúde mental coletiva marca uma posição de concepção e de entendimento dos processos de produção de saúde e/ou adoecimento atrelada à saúde coletiva, isto é, considerando os determinantes sociais, políticos e das coletividades e recusando posições que reduzem os processos de saúde e doença a processos individuais e descontextualizados.</p>	<p>Entendo que o conceito de saúde mental coletiva é mais abrangente, e compreende o ambiente onde as pessoas estão inseridas como parte do processo de saúde, não somente o ambiente, mas ainda as relações estabelecidas entre os sujeitos e coletividades.</p>
<p>O termo saúde mental já se difere do termo psiquiatria, deslocando algo que até então estava no âmbito do saber médico para um campo de atuação, educação e pesquisa multiprofissional. O termo saúde mental coletiva amplia um pouco mais essa concepção, aliando a saúde mental com a saúde coletiva, agregando outros saberes e olhares sobre o campo de atuação, pesquisa e educação relacionado à saúde mental.</p> <p>O termo ‘coletiva’ nos remete à impossibilidade de reduzirmos a saúde e o adoecimento a fatores internos dos pacientes.</p> <p>Saúde mental coletiva se refere à saúde mental dentro do embasamento e prática da saúde coletiva.</p> <p>Expressam uma concepção política, metodológica e teórica. Saúde mental coletiva remete a política pública, ao SUS.</p>	<p>O termo saúde mental já se difere do termo psiquiatria, deslocando algo que até então estava no âmbito do saber médico para um campo de atuação, educação e pesquisa multiprofissional. O termo saúde mental coletiva amplia um pouco mais essa concepção, aliando a saúde mental com a saúde coletiva, agregando outros saberes e olhares sobre o campo de atuação, pesquisa e educação relacionado à saúde mental.</p>

Fonte: a autora (2018)

A categoria A1 demonstra algumas respostas que se dedicam a definir conceitualmente os termos ‘saúde mental’ e ‘saúde mental coletiva’, sendo a segunda definição mais recorrente.

5.3.1.1 Da definição de saúde mental coletiva

A saúde mental coletiva foi a definição conceitual mais recorrente nas respostas da categoria A1. O quadro abaixo propõe uma visualização aos sentidos que foram agregados a esta noção:

Quadro 2 – Categoria A1 – Definições de saúde mental coletiva

Necessita a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade.	Está para além das questões específicas de saúde mental.	Propõe uma análise e abordagem mais ampla que conceito de saúde mental.
Agrega outros saberes e olhares sobre o campo de atuação, pesquisa e educação relacionado à saúde mental.	Remete à impossibilidade de reduzirmos a saúde e o adoecimento a fatores internos dos pacientes.	Amplia um pouco mais essa concepção, aliando a saúde mental com a saúde coletiva.
Sintoniza-se com referências teóricas e práticas que extravasam área 'psi'.	Recusando posições que reduzem os processos de saúde e doença a processos individuais e descontextualizados.	Considera os determinantes sociais, políticos e das coletividades.
É uma racionalidade de cuidado, gestão e formação.	Remete a política pública, ao SUS.	Rompe com o paradigma biomédico.

Fonte: a autora (2018)

Ao observarmos o Quadro 2, podemos deduzir que, de acordo com os residentes egressos entrevistados, saúde mental coletiva é um conceito que diz da associação entre saúde mental e saúde coletiva. E ainda, segundo os profissionais pesquisados, saúde mental coletiva refere-se à saúde mental associada à interdisciplinaridade e à multidisciplinaridade, ao extravasamento das disciplinas 'psi' e a uma racionalidade que extrapole a individualidade do público atendido, que considere as coletividades e que construa um cuidado destinado à política pública de saúde, englobando gestão e formação.

5.3.1.2 Da definição de saúde mental

A definição conceitual de saúde mental aparece na categoria A1 apenas enquanto definição indireta, ou seja, quando a saúde mental se define a partir do que é dito da saúde

mental coletiva, ou, dito de outra forma, quando para se definir saúde mental coletiva, se utiliza uma diferenciação em relação à saúde mental. Podemos visualizar no esquema abaixo.

Quadro 3 – Categoria A1 – Definições de saúde mental

<p>O conceito de saúde mental coletiva propõe uma análise e abordagem mais ampla que conceito de saúde mental, procurando interpretar as causas e consequências sociais, culturais e históricas dos processos de saúde-adoecimento-cuidado-qualidade de vida da população. Propõe abordagens levando em consideração a intersecção desses fatores, rompendo com o paradigma biomédico que tende a intervir sobre tais processos de adoecimento de modo desconectado dos fenômenos sociais e culturais.</p>	<p>O termo saúde mental já se difere do termo psiquiatria, deslocando algo que até então estava no âmbito do saber médico para um campo de atuação, educação e pesquisa multiprofissional. O termo saúde mental coletiva amplia um pouco mais essa concepção, aliando a saúde mental com a saúde coletiva, agregando outros saberes e olhares sobre o campo de atuação, pesquisa e educação relacionado à saúde mental.</p>
--	---

Fonte: a autora (2018)

Quando lemos a definição na coluna esquerda do quadro acima, podemos inferir que saúde mental é menos ampla do que saúde mental coletiva, e que ela não levaria em conta consequências culturais e históricas dos processos de saúde-adoecimento da população. Também seria possível deduzir que a saúde mental não consideraria a intersecção desses fatores sociais, e, nesse sentido, poderia reafirmar o paradigma biomédico.

Também quando lemos a definição da coluna direita, podemos inferir que saúde mental é um conceito responsável por ampliar a gama das profissões envolvidas com um saber que antes era restrito ao saber médico (psiquiatria). Também é possível, a partir da resposta supracitada, chegar à compreensão que saúde mental é mais abrangente do que psiquiatria e menos abrangente do que saúde mental coletiva.

Da categoria A1, portanto, podemos separar alguns enunciados, de acordo com o quadro a seguir:

Quadro 4 – Categoria A1 – Definições: enunciados

Saúde mental coletiva é um conceito que diz da associação entre saúde mental e saúde coletiva.
Saúde mental coletiva refere-se à saúde mental associada à inter e multidisciplinaridade, ao extravasamento das disciplinas 'psi' e que extrapole a individualidade do público atendido, considerando as coletividades.
Saúde mental coletiva é um campo de racionalidade que se preocupa em construir um cuidado destinado à política pública de saúde, englobando gestão e formação.
Saúde mental coletiva é mais abrangente do que saúde mental.
Saúde mental é um conceito mais amplo do que psiquiatria, por deslocar o saber que anteriormente era restrito à medicina, ampliando-o a um campo multiprofissional.
Saúde mental é um conceito menos amplo do que o conceito saúde mental coletiva, pois não leva em conta consequências culturais e históricas dos processos de saúde-adoecimento da população.
Saúde mental , diferente da saúde mental coletiva, não considera a intersecção dos fatores sociais no processo de saúde-doença, podendo reafirmar o paradigma biomédico.

Fonte: a autora (2018)

A categoria A2 demonstra as respostas que determinam conceitos diretamente por comparação. Dessa forma, as respostas frequentemente apontam características ou elementos para ambos os conceitos, mas diferenciando-os entre si. Elegemos respostas que fazem essa comparação explícita, atribuindo a cada conceito características específicas, diferenciando um do outro. Elencamos, também, respostas que fazem comparações indiretas, utilizando-se de expressões que indicam comparação, ainda que a resposta atribua características a apenas um dos conceitos. Com a esquematização abaixo, é possível dar maior visibilidade aos fenômenos aqui apontados: distribuimos as definições de cada conceito nas colunas correspondentes. No caso das comparações indiretas, preenchemos a coluna do outro conceito a partir de uma dedução por antagonismo, como é possível visualizar em seguida.

Quadro 5 – Categoria A2 – Comparações

Saúde mental coletiva	Saúde mental
Mais integrativa entre as diferentes práticas da saúde, educação e assistência.	Menos integrativa entre as diferentes práticas da saúde, educação e assistência.
Esforço mais amplo na circulação do protagonismo do cuidado.	Menor esforço na circulação do protagonismo do cuidado.
Saúde mental coletiva remete a política pública, ao SUS. Não os considero excludentes, utilizo os dois termos, mas quando insiro “coletiva” é para reivindicar o debate da saúde coletiva.	Saúde mental refere a um campo da saúde que sustenta ou não a perspectiva da saúde mental coletiva. Não os considero excludentes, utilizo os dois termos.
Entendo que o conceito de saúde mental coletiva é mais abrangente, e compreende o ambiente onde as pessoas estão inseridas como parte do processo de saúde, não somente o ambiente, mas ainda as relações estabelecidas entre os sujeitos e coletividades	Saúde mental é menos abrangente, pois não compreende o ambiente onde as pessoas estão inseridas como parte do processo de saúde, nem as relações estabelecidas entre os sujeitos e as coletividades.
Não há diferença entre saúde mental e saúde mental coletiva.	Não há diferença entre saúde mental e saúde mental coletiva.
Saúde mental coletiva é menos ampla do que saúde mental, pois não compreende a atuação em consultórios privados, por exemplo.	Mais ampla que saúde mental coletiva – compreende a atuação em consultórios privados, por exemplo.
O termo saúde mental coletiva amplia um pouco mais essa concepção, aliando a saúde mental com a saúde coletiva, agregando outros saberes e olhares sobre o campo de atuação, pesquisa e educação relacionado à saúde mental.	O termo saúde mental já se difere do termo psiquiatria, deslocando algo que até então estava no âmbito do saber médico para um campo de atuação, educação e pesquisa multiprofissional.

Fonte: a autora (2018)

Quando observamos as colocações do Quadro 5, podemos elencar sentidos muito heterogêneos entre as respostas. Foi feito um exercício de correlação entre elas, extraindo sentidos por comparação direta (utilizando as respostas dos pesquisados) e por comparação indireta, produzindo antagonismos a partir das afirmações dos pesquisados (podem ser visualizados nas células mais escuras do Quadro 5). Os sentidos que surgem têm efeitos diversos entre si: algumas vezes semelhantes, outras contraditórios e, muitas vezes, até contrários. Sendo assim, da categoria A1, podemos separar alguns enunciados, conforme exposto no Quadro 6:

Quadro 6 – Categoria A2 – Comparações: enunciados

Não há diferença entre saúde mental e saúde mental coletiva .
Saúde mental coletiva é mais integrativa entre as diferentes práticas de saúde, educação e assistência do que a saúde mental .
Saúde mental coletiva tem um esforço mais amplo em investir na circulação do protagonismo do cuidado do que a saúde mental .
Saúde mental coletiva remete à política pública e ao SUS. Saúde mental , nem sempre.
O conceito de saúde mental coletiva é mais abrangente do que o conceito de saúde mental .
Saúde mental é mais ampla do que saúde mental coletiva .
Saúde mental coletiva é um termo mais amplo que saúde mental , que por sua vez é um termo mais amplo do que psiquiatria.

Fonte: a autora (2018)

Após a análise proposta pela categoria A, seguiremos com as categorias B e C, extraindo outros enunciados que, ao final, conduzirão nossa discussão.

5.3.2 Repetitivas (B)

A categoria denominada ‘repetitivas’ (B) foi nomeada desta forma para abordar um agrupamento de diferentes respostas que repetem grupos de sentidos, sempre quando associados ao conceito de saúde mental coletiva. As subcategorias foram organizadas de acordo com sentidos específicos que se repetem: o sentido de ampliar (B1), que apareceu ligado a muitos elementos diferentes, muitas vezes; e o sentido de ser múltiplo, diverso, ‘mais de um’ (B2), que também foi percebido repetidamente. Teremos assim, as subcategorias expostas abaixo:

B1. Ampliações – associam a saúde mental coletiva à noção de ampliação;

B2. Múltiplo, diverso e ‘mais de um’ – associam a saúde mental coletiva às noções de múltiplo, diverso e ‘mais de um’.

Quadro 7 – Subcategorias B1 e B2

B1. Ampliações	B2. Múltiplo, diverso e ‘mais de um’
Esforço mais amplo de construir dispositivos de intervenção	Formação mais integrativa entre as diferentes práticas da saúde, educação e assistência
Ampliação dos efeitos e consequências de suas intervenções	Diferentes racionalidades de compreensão
Impossibilidade de reduzirmos a saúde e o adoecimento a fatores internos dos pacientes	Participação de vários atores
Recusando posições que reduzem os processos de saúde e doença a processos individuais e descontextualizados	Multiprofissionalidade
Necessidades mais amplas dos sujeitos	Interdisciplinaridade
A saúde mental coletiva é mais abrangente do que saúde mental	Variedade imensa de fatores externos
Prática mais abrangente do que saúde mental	Referências teóricas e práticas que extravasam área ‘psi’
	Conteúdo teórico para além das questões específicas de saúde mental

Fonte: a autora (2018)

O que foi organizado e exposto no Quadro 7 pretende demonstrar de que forma os sentidos circunscritos pelas subcategorias B1 e B2 se repetem. A categoria B1 expõe a noção de ampliação sendo relacionada a diversas características da saúde mental coletiva: ao esforço e à prática dos profissionais, às necessidades dos sujeitos, aos efeitos das intervenções e à perspectiva de saúde. Da mesma forma, a categoria B2 expõe as noções de múltiplo, diverso e ‘mais de um’ relacionadas à saúde mental coletiva: às referências teóricas que dão sustentação à prática, também enquanto racionalidades de compreensão; às práticas em si; à quantidade de atores do cuidado; aos tipos de profissões envolvidas e aos fatores externos considerados numa intervenção. Ou seja, podemos afirmar que é uma constante nas respostas dos egressos tanto a relação do conceito de saúde mental coletiva a noções de ampliação, como também a noções de múltiplo, ‘mais de um’. Sendo assim, da categoria B, podemos separar alguns enunciados, conforme exposto no Quadro 8:

Quadro 8 – Categorias B1 e B2: enunciados

B1. Ampliações	B2. Múltiplo, diverso e ‘mais de um’
A saúde mental coletiva amplia esforços para a construção de intervenções.	A saúde mental coletiva está associada a uma prática que envolve diversas profissões e disciplinas.
A saúde mental coletiva amplia as noções de saúde e adoecimento, indo além dos processos internos e individuais, atendendo necessidades mais amplas dos pacientes.	A saúde mental coletiva está associada a uma prática que opera diversos campos de atuação, como saúde, educação e assistência.
A saúde mental coletiva é mais ampla que a saúde mental .	A saúde mental coletiva está associada a uma prática que é operada por vários atores.

Fonte: a autora (2018)

Após a análise proposta pela categoria B, seguiremos com a categoria C, complementando a busca por enunciados, o que enriquecerá nossa discussão.

5.3.3 Discursivas (C)

A categoria ‘discursivas’ (C) foi assim denominada forma para dizer de um agrupamento de diferentes respostas que reafirmam as discursividades que coexistem e constituem a discursividade da saúde mental coletiva, já trazidas nesta escrita. As subcategorias foram organizadas de acordo com cada discurso reafirmado: o discurso antimanicomial (C1), o discurso da saúde coletiva (C2) e o discurso da universidade (C3). Teremos assim, as subcategorias expostas abaixo.

Quadro 9 – Categoria C – Discursivas: subcategorias C1, C2 e C3

C1. Antimanicomial	C2. Saúde coletiva	C3. Universidade
<p>Refere-se ao discurso antimanicomial, que carrega consigo uma lógica específica, aqui traduzida por algumas premissas: por uma sociedade sem manicômios; louco enquanto cidadão; garantia de direitos; psiquiatria é uma instituição a ser problematizada.</p>	<p>Refere-se ao discurso da saúde coletiva, que carrega consigo uma lógica específica, aqui traduzida por algumas premissas: quebra da hegemonia do saber médico; inflexão do discurso sanitário; consideração dos determinantes sociais, extrapolando o biologicismo.</p>	<p>Refere-se ao discurso da universidade, que carrega consigo uma lógica específica, aqui traduzida por algumas premissas: saúde mental coletiva é uma ênfase de formação; tomar a saúde mental coletiva enquanto especialidade – afirmar um saber-poder (competindo com o saber médico); necessidade de formação para o SUS.</p>
<p>Expressam uma concepção política, metodológica e teórica. Saúde mental coletiva remete a política pública, ao SUS, enquanto saúde mental refere a um campo da saúde que sustenta ou não a perspectiva da saúde mental coletiva. Não os considero excludentes, utilizo os dois termos, mas quando insiro "coletiva" é para reivindicar o debate da saúde coletiva.</p>	<p>Essa marca pode-se fazer necessária em momentos como esse em que vemos, por exemplo, a captura da concepção de saúde mental por lógicas e discursos biologicistas e reducionistas, que acabam por colocar nos indivíduos isolados questões e sofrimentos que dizem respeito à coletividade e aos modos de vida produzidos a cada tempo.</p>	<p>O termo coletivo remeteria à saúde coletiva, fazendo-me crer que a formação abarcaria vivências em cenários de prática e conteúdo teórico para além das questões específicas de saúde mental. Estaria no repertório de aprendizado o sistema público de saúde, SUS.</p>
<p>O termo saúde mental já se difere do termo psiquiatria, deslocando algo que até então estava no âmbito do saber médico para um campo de atuação, educação e pesquisa multiprofissional.</p>	<p>O conceito de saúde mental coletiva propõe uma análise e abordagem mais ampla que conceito de saúde mental, procurando interpretar as causas e consequências sociais, culturais e históricas dos processos de saúde-adoecimento-cuidado-qualidade de vida da população. Propõe abordagens levando em consideração a intersecção desses fatores, rompendo com o paradigma biomédico que tende a intervir sobre tais processos de adoecimento de modo desconectado dos fenômenos sociais e culturais.</p>	<p>O termo saúde mental já se difere do termo psiquiatria, deslocando algo que até então estava no âmbito do saber médico para um campo de atuação, educação e pesquisa multiprofissional. O termo saúde mental coletiva amplia um pouco mais essa concepção, aliando a saúde mental com a saúde coletiva, agregando outros saberes e olhares sobre o campo de atuação, pesquisa e educação relacionado à saúde mental.</p>

Fonte: a autora (2018)

A categoria C1 traz recortes que evidenciam a lógica do discurso antimanicomial nas respostas dos residentes egressos.

Quando lemos, por exemplo, que saúde mental coletiva remete ao SUS, necessariamente, traduzindo sua concepção política, isso quer dizer que, nessa resposta, o conceito de saúde mental coletiva está sustentando a lógica da garantia de direitos e de reivindicação da cidadania. A política pública de saúde defende, como já vimos, princípios relacionados ao cuidado em liberdade, associando garantia de direitos com direito à cidadania.

A outra resposta observada na categoria C1 diferencia a saúde mental da psiquiatria, demonstrando a lógica da problematização da instituição psiquiátrica, onde se concebe saúde mental enquanto afirmação de um saber não apenas médico. Refere-se à problematização do lugar de poder que a medicina ocupa com a emergência da psiquiatria nas relações sociais.

A categoria C2 traz recortes que evidenciam a lógica do discurso da saúde coletiva nas respostas dos residentes egressos. Quando se diz que saúde mental coletiva é uma marca necessária para contrapor a captura da concepção saúde mental por lógicas e discursos biologicistas e reducionistas, está-se dizendo justamente aquilo que o discurso da saúde coletiva reivindica: que a perspectiva em saúde não esteja associada apenas ao biológico, entendendo a perspectiva biologicista enquanto reducionista.

O mesmo ocorre com a outra resposta observada na categoria C2, quando se trata do rompimento com o paradigma biomédico, associando-o com uma intervenção em saúde que se desconecta dos fatores sociais culturais. Podemos facilmente resgatar as premissas que reservamos ao discurso da saúde coletiva, que estão claramente expressas nas respostas elencadas acima: quebra da hegemonia do saber médico; inflexão do discurso sanitário; consideração dos determinantes sociais.

A categoria C3 traz recortes que evidenciam a lógica do discurso da universidade nas respostas dos residentes egressos. Percebemos na primeira resposta observada que o residente egresso, ao responder sobre a noção de saúde mental coletiva, já associa o contexto de formação. É como se, ao referir-se ao termo da saúde mental coletiva, já estivéssemos referindo-nos, necessariamente, a um repertório de aprendizado. Essa resposta reafirma a premissa do discurso da universidade e seu entendimento de que saúde

mental coletiva é uma ênfase de formação. E mais: entende que esta ênfase deve atender à necessidade de formação para o SUS.

A outra resposta observada na categoria C3 evidencia outro aspecto do discurso da universidade. Compara as concepções de saúde mental com saúde mental coletiva, inferindo que a segunda agrega à primeira outros saberes e olhares não apenas no campo de atuação, como também no campo de pesquisa e educação. Fica evidente a perspectiva de tomar a saúde mental coletiva enquanto uma especialidade, afirmando-a enquanto um saber-poder e fazendo frente com a hegemonia do saber médico.

Quadro 10 – Categoria C – Discursivas: enunciados

C1. Antimanicomial	C2. Saúde coletiva	C3. Universidade
Saúde mental coletiva sustenta a lógica da garantia de direitos e de reivindicação da cidadania.	Saúde mental coletiva é uma perspectiva em saúde antirreducionista.	Saúde mental coletiva é uma ênfase de formação.
Saúde mental coletiva problematiza o saber psiquiátrico.	Saúde mental coletiva leva em conta os determinantes sociais.	Saúde mental coletiva é uma especialidade que atende necessidades do SUS.

Fonte: a autora (2018)

O conteúdo obtido com as respostas dos residentes egressos nos parece oferecer uma ampla possibilidade de exercícios de análise. Porém a categorização até aqui já feita nos empresta uma quantidade de elementos suficientes para que façamos uma discussão dos resultados.

5.4 O DITO PELO NÃO DITO

É oportuno relembrar as cenas que relatamos nesta dissertação para suscitar outros elementos que possam dar sentidos aos enunciados extraídos. As cenas, resgatadas da experiência de trabalho como tutora de um programa de residência, funcionam enquanto práticas não discursivas. Como mencionado, as práticas não discursivas reafirmam as discursivas, por isso é importante relacionar os enunciados com as cenas vividas.

5.4.1 Déjà vu de um paradoxo

Cena 1: *Não querer atender individualmente* – O fato de haver resistência dos residentes em curso para realização de atendimentos individuais com os usuários; fenômeno mencionado enquanto relevante por repetir-se inúmeras vezes, com diferentes residentes e em diferentes turmas.

O que essa cena mostra explicitamente – ou seja, o que ela diz pelo ‘dito’ – tem a ver com a naturalização do ato de resistir a atender usuários individualmente, como já foi contado no capítulo 3. Enquanto uma prática não discursiva que opera entre os residentes, podemos também pensá-la como um funcionamento institucional, parte do processo de subjetivação do sujeito-residente.

Observemos os enunciados que seguem, extraídos no exercício anterior:

Saúde mental coletiva refere-se à saúde mental associada à inter e multidisciplinaridade, ao extravasamento das disciplinas ‘psi’ e que extrapola a individualidade do público atendido, considerando as coletividades.

A **saúde mental coletiva** é mais ampla que a **saúde mental**.

Saúde mental, diferente da **saúde mental coletiva**, não considera a intersecção dos fatores sociais no processo de saúde-doença, podendo reafirmar o paradigma biomédico.

Esse conjunto de enunciados nos auxilia a encontrar o ‘não dito’ da cena, ou seja, aquilo que ela mostra implicitamente. Uma resposta possível para a resistência dos residentes em atender individualmente pode ser lida nos antagonismos marcados pelas afirmações acima. Nesse caso, a atribuição de ampliação à concepção de saúde mental coletiva está relacionada com o extravasamento das disciplinas ‘psi’ e com a extrapolação da individualidade do público atendido. O que fica subentendido nessa prática não discursiva é que atender individualmente, enquanto marca tradicional de uma prática ‘psi’, ganha o sentido contrário de trabalhar na perspectiva de saúde mental coletiva. É como se tomar um usuário em prática de atendimento individual correspondesse, necessariamente, a não considerar a intersecção dos fatores sociais no processo de saúde e adoecimento da população. O antagonismo entre concepções de saúde mental e saúde mental coletiva fica explícito. Se levarmos em conta todos os enunciados obtidos no processo de análise, poderíamos chegar a essa mesma conclusão, inúmeras vezes.

Em certa medida, é uma reedição do dualismo entre indivíduo e sociedade, como apresentado pelas autoras Escóssia e Kastrup (2005). É como se, em um ímpeto interpretativo, já que a saúde mental coletiva ganha o lugar da perspectiva do cuidado que considera determinantes sociais, a concepção que não leva a denominação de coletiva não levaria em consideração estes fatores. Nesse viés, saúde mental fica associada, automaticamente, a uma perspectiva individualista e reducionista, podendo até reafirmar o paradigma biomédico.

Como já vimos, essa dualidade pode se estender para a questão clínica, produzindo um paradoxo desnecessário entre clínica e política. A saúde mental aqui estaria representando a prática clínica, estando separada da política, manifestada pela saúde mental coletiva.

O que a correlação entre prática discursiva e não discursiva nos expõe é um funcionamento colocado pelas lógicas discursivas. Esses funcionamentos ganham espaço no interior dos dispositivos, seja nas instituições, seja nas concepções que vão se estabelecendo. Não é à toa que o paradoxo estudado nesta pesquisa, como pertencente ao discurso da saúde coletiva, reafirma-se repetidamente na prática do residente. Este último, enquanto sujeito produzido por enunciados, subjetiva-se a partir de elementos disponíveis no campo discursivo pelo qual circula. Assim, o termo saúde mental, ainda que não tenha surgido para traduzir certo entendimento, passa a ocupar um lugar de oposição em relação ao termo saúde mental coletiva, o que soa bastante arriscado.

5.4.2 De que coletividade estamos falando?

Cena 2: *Interpretar o 'coletiva' da saúde mental indiscriminadamente* – Nesta escrita, relatamos duas cenas que remetem a certa confusão quanto ao termo 'saúde mental coletiva'. Na primeira, quando o residente concluinte de curso afirma que não precisa explicar do que trata o conceito de SMC, pois todos já deveriam saber. Na segunda, quando a residente associa a palavra 'coletiva' a um funcionamento grupal o qual deveria existir entre os membros que compõem o curso de formação; fenômeno que também foi considerado relevante por repetição.

Nessa cena, juntamos dois episódios para dizer de apenas um só sentido. O que a cena mostra explicitamente, ou seja, o que ela diz pelo 'dito', tem a ver com a variedade interpretativa sobre o conceito de saúde mental coletiva. O que parece naturalizado, em ambos episódios, é o ato de poder utilizar o termo a partir de livres interpretações.

Observemos os enunciados que seguem, extraídos no exercício anterior:

Não há diferença entre **saúde mental** e **saúde mental coletiva**.

Saúde mental é mais ampla do que **saúde mental coletiva**.

A **saúde mental coletiva** é mais ampla que a **saúde mental**.

Os enunciados acima apresentados são suficientes para verificarmos que, em termos de definições das concepções trabalhadas, encontramos divergências e contradições explícitas. É interessante lembrar as contribuições de Guimarães (2015) em relação à variação do coletivo na saúde. O autor afirma a característica processual do termo coletivo, tomando-o como um conceito vivo e, por isso, potente. De fato, as práticas discursivas e não discursivas aqui correlacionadas apontam para a existência desse fenômeno.

Entretanto o que parece implícito na referida cena é a confusão que se apresenta a respeito do termo, ou melhor, uma fragilidade de entendimento sobre o conceito. Ao que tudo indica, os residentes que enunciam variados sentidos sobre a temática do coletivo não estão confusos, mas convictos. Porém, quando emparelhamos os episódios, colocando-os lado a lado, e os correlacionamos com os enunciados, fica evidente a fragilidade conceitual. Torna-se visível a vasta incidência de contradições entre as respostas enunciadas pelos egressos.

A relativa confusão presente nas enunciações dos residentes egressos pode ser explicada pelo fato de a discursividade da SMC ainda ser emergente. Se essa formação discursiva ainda não está exatamente delineada, estabelecida, institucionalizada, pode ainda estar confusa. A partir de tal ponto de vista, a fragilidade conceitual também seria dada pelos efeitos das relações de poder que vão regendo a institucionalização dessa nova discursividade e, conseqüentemente, dessa nova ênfase de formação. Mas deixaremos essa questão enquanto uma hipótese, abrindo espaço para perguntas que podemos nos fazer a partir das elaborações até aqui realizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental coletiva, enquanto discursividade, demonstra carregar em sua composição elementos que se associam aos discursos antimanicomial, da saúde coletiva e da universidade, como esta pesquisa procurou demonstrar, sendo também efeito de rupturas dessas formações discursivas, que coexistem com ela.

Nesse sentido, Programas de Residência Multiprofissionais que assumem a ênfase de saúde mental coletiva podem ser considerados dispositivos, também efeito de rupturas discursivas, reafirmando pelo menos esses três discursos aqui investigados. Na medida em que oferecem aparatos institucionais, da mesma maneira materializam os princípios da reforma sanitária e psiquiátrica, abrindo espaço de sustentação dessas novas discursividades. Programas de Residência Multiprofissional ainda cumprem com a função específica de formar trabalhadores para o Sistema Único de Saúde, afirmando os princípios de uma atuação em saúde mental voltada para serviços substitutivos, com cuidado em liberdade ao mesmo tempo em que oferece uma nova especialidade (saber-poder), que ganha espaço na universidade.

O sujeito-residente, especificamente os egressos pesquisados, revela-se importante sujeito de enunciação da discursividade da saúde mental coletiva. O discurso do residente dá pistas de um processo de subjetivação engendrado nos acontecimentos da luta antimanicomial brasileira, na constituição da saúde coletiva no Brasil e, claro, na institucionalização dessa especialidade, materializada na formação em serviço, a especialização Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva.

A análise de discurso suscitou algumas linhas conceituais mais consistentes que definem as concepções de saúde mental e de saúde mental coletiva.

Quanto à saúde mental coletiva, a partir dos achados desta pesquisa, podemos pensar que ela é efeito da associação entre saúde mental e saúde coletiva; associando a perspectiva em saúde à interdisciplinaridade, à multidisciplinaridade e ao extravasamento das práticas 'psi'. E ainda parece ser uma racionalidade que extrapola a individualidade do público atendido, considerando as coletividades e construindo um cuidado destinado às políticas públicas de saúde, sem deixar de lado questões relacionadas à gestão e à formação. Essas afirmações são resultado dos enunciados retirados da discursividade residente, mas também foram demonstradas ao longo desta escrita, já que se articulam com o que foi

exposto quanto ao desenvolvimento da saúde coletiva no Brasil e suas associações com o campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica.

Quanto à saúde mental, de acordo com os resultados da análise de discurso aqui empreendida, é um conceito que surge com a finalidade de diferenciar-se da psiquiatria, ampliando o referencial de profissões e especialidades envolvidas com um saber que antes era restrito ao saber médico. Ao mesmo tempo, o resultado da pesquisa sugere que saúde mental é uma concepção mais restrita do que saúde mental coletiva, menos ampla, podendo não levar em conta elementos culturais e históricos no processo de saúde-adoecimento da população.

Essas interpretações coincidem em parte com as construções dos capítulos anteriores. Certamente, como pudemos acompanhar no capítulo 2, *A Reforma Psiquiátrica Brasileira e o discurso antimanicomial*, a saúde mental surge como um dispositivo de despsiquiatrização, ou seja, contribuiu para novas perspectivas da loucura, desassociando-a de uma exclusividade do saber psiquiátrico. Todavia, quanto à ideia de que a saúde mental, enquanto conceito, não leva em conta a intersecção dos fatores sociais, podendo até reafirmar o paradigma biomédico, não consideramos que haja encontro com as construções desenvolvidas nesta pesquisa.

Como vimos, os enunciados extraídos pela análise de discurso apontam sentidos muito heterogêneos entre as respostas, divergindo entre si. Quando associados a práticas não discursivas, acabam expondo algumas confusões, tensões e até mesmo disputas que podem estar se produzindo na articulação desta temática.

Nesse sentido, faz-se interessante pensar que a discursividade aqui estudada, enquanto uma prática operada pelos sujeitos-residentes egressos, pode ser definida como parcela de um funcionamento institucional, expondo parte do processo de subjetivação do sujeito-residente. Ao identificar o estabelecimento de práticas discursivas como institucionalizadas, podemos reafirmar associação da discursividade da saúde mental coletiva a tecnologias de poder, como as engendradas ao discurso da universidade, as quais explicitamos no capítulo 4, *O dispositivo das Residências Multiprofissionais*. Melhor dizendo, temos algumas pistas que nos permitem supor o quanto a discursividade da saúde mental coletiva pode estar reproduzindo lógicas de dominação vigentes, às quais sempre encontramos associadas a determinados regimes de verdade.

Como já vimos, as rupturas discursivas e seus consequentes novos dispositivos nem sempre alcançam mudanças de paradigma. Nesse sentido, esta escrita propõe reflexões: quanto a discursividade da saúde mental coletiva, efeito de rupturas, está sustentando mudança de paradigmas? Quanto o dispositivo das residências multiprofissionais pode estar reproduzindo as tecnologias de dominação vigentes e hegemônicas?

São questões as quais consideramos necessitar de maior atenção, pois, como Foucault (2008) nos mostra, somos sujeitos de discurso, imbricados nessas discursividades. Ou seja, enquanto trabalhadores desta formação, somos parte responsável do que se produz nessa conjuntura, tanto no que diz respeito às formações discursivas as quais sustentamos, quanto aos processos de subjetivação dos quais acabamos por fazer parte. Estamos satisfeitos com aquilo que transmitimos nesta formação? Que discursividade nos interessa sustentar?

Sem nenhuma intenção de responder a estas perguntas, sugerimos que fiquem como provocações. Interessa-nos apontar caminhos que possam contribuir com constantes e necessárias reflexões. Dessa forma, lembrar da importância de uma escuta radical parece fundamental: aquela escuta que assumimos enquanto possibilidade de romper com o que se torna rotineiro nas consultas em saúde, mas que agora pode apontar a possibilidade de produzir fissuras nos discursos institucionais que estejam reproduzindo tecnologias de dominação. Fazemos a aposta de que escutar, de forma radical, é ferramenta importante, tanto no atendimento ao usuário quanto no trabalho formativo dos residentes. Ajudar a conduzir práticas formativas certamente não é tarefa fácil. Por isso, atentar ao que enunciam os residentes é, no exercício aqui realizado, uma tentativa de escutar qual discursividade estamos ajudando a construir e sustentar.

Entendemos, assim, que tomar saúde mental coletiva enquanto discursividade se faz potente, desde que possamos operar uma escuta radical do contexto que ela engendra. Talvez dessa forma consigamos estar mais atentos aos paradoxos que ajudamos a produzir e às práticas do cuidado em liberdade as quais queremos operar.

REFERÊNCIAS

- ABIB, L. T. **“Caminhando contra o vento...”**: a história das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde. 2012. 55 f. Trabalho de conclusão (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/70214>>. Acesso em: 05 de ago. 2018.
- AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da Psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994a. p. 73-85.
- _____. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 61-77, jul./out. 1994b.
- _____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- _____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- BINKOWSKI, G. I. **Racionalidade e discursos da saúde mental coletiva**: notas de um percurso crítico de formação na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Saarbrücken (Alemanha): Novas Edições Acadêmicas, 2016.
- BIRMAN, J. A Physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro [online], v. 15, supl. 0, p. 11-16, 2005.
- BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 41-73.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. s/p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html>. Acesso em: 05 de ago. 2018.
- CABRAL, K. V. et al. A construção da residência integrada multiprofissional em saúde mental coletiva – EDUCASAÚDE – UFRGS. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, [online], supl. 3, 2014.
- CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.
- CECCIM, R. B. et al. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva: educação pós-graduada em área profissional da saúde realizada em serviço, sob orientação docente-assistencial. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). **Residências em saúde**: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 127-144.

CECCIM, R. B.; PALOMBINI, A. L. A construção da residência integrada multiprofissional em saúde mental: docência universitária e trabalho em saúde mental. In: MEMBIELA, P.; CASADO, N.; CEBREIROS, M. I. (Orgs.). **Experiencias e innovación docente en el contexto actual de la docencia universitaria**. Ourense: Educación Editora, 2014. p. 637-641.

COSTA, L. B. Fronteiras desguarnecidas: noturnos de uma residência multiprofissional em saúde mental coletiva. In: KASTRUP, V.; MACHADO, A. M. (Orgs.). **Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação**. Curitiba: CRV, 2016. p. 136-150. v. 1.

DIAS, M. F. C. P. **Reflexões e vivências produzidas nos desassossegos cotidianos de uma residência multiprofissional em saúde mental coletiva**. 2013. 38 f. Trabalho de conclusão (Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

ESCÓSSIA, L.; KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em Estudo** [on-line], Maringá, v. 10, n. 2, p. 295-304, maio/ago. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000200017>>. Acesso em: 05 de abr. 2018.

FAGUNDES, S. M. S. **Águas da pedagogia da implicação**: intercessões da educação para políticas públicas de saúde. 2006. 249 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

FERREIRA NETO, J. L. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Psicologia: Ciência e Profissão** [on-line], Brasília, v. 30, n. 2, p. 390-403, 2010.

FISCHER, R. M. B. A paixão de trabalhar com Foucault. In: COSTA, M. V. **Caminhos investigativos**: novos olhares na pesquisa em educação. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 39-60.

FONSECA, T. M. G.; ENGELMAN, S.; PERRONE, C. M. Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação. Porto Alegre: Sulina; Ed. UFRGS, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. **História da sexualidade II**: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

_____. **O poder psiquiátrico**. Curso no Collège de France. Paris: Galimard, 2003.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. Verdade, poder e si mesmo. In: _____. **Ditos & Escritos V**: Ética, Sexualidade, Política. Trad. Manoel Barros da Motta. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p. 294-300.

GAGEIRO, A. M.; TOROSSIAN, S. D. A história da psicanálise em Porto Alegre. **Analytica: Revista de Psicanálise**, São João del Rei, v. 3, n. 4, jan. 2014.

GASTAL, F. L. et al. Reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: uma análise histórica, econômica e do impacto da legislação de 1992. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, jan./abr. 2007.

GUIMARÃES, C. F. **A variação do coletivo na saúde**. Tese (doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

KANTORSKI, L. P.; WETZEL, C.; MIRON, V. L. Resgatando práticas reformistas de atenção em psiquiatria e saúde mental no Rio Grande do Sul. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 16-26, jul. 2002.

MACHADO, R. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978. n. 3.

MUCHAIL, S. T.; FONSECA, M. A.; VEIGA-NETO, A. (Orgs.). **O mesmo e o outro**: 50 anos de história da Loucura. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 17-37.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. **Psicanálise e saúde coletiva**: interfaces. São Paulo: Hucitec, 2012.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade** [on-line], São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018>>. Acesso em: 09 de abr. 2018.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública** [on-line], São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001>>. Acesso em: 09 abr. 2018.

PALOMBINI, A. **Programa de Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva**. 2017. 21 slides.

PASINI, V. L. **Residências Multiprofissionais em Saúde**: onde estão os profissionais egressos e que dispositivos de cuidado em saúde mental estão produzindo? Relatório (Projeto de Pesquisa) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

PASSOS, I. C. F. **Reforma psiquiátrica**: as experiências francesas e italianas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. (Loucura e Civilização).

PINTO, C. R. J. **Com a palavra, o Senhor Presidente José Sarney**: o discurso do Plano Cruzado. São Paulo: Hucitec, 1989. v. 2

RAGO, M. Libertar a história. In: RAGO, M.; ORLANDI, L.; VEIGA-NETO, A. (Orgs.). **Imagens de Foucault e Deleuze**: ressonâncias nietzschianas. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 13-34.

ROSA, M. D. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. São Paulo: Escuta; Fapesp, 2016.

SANTOS, D. E. R. **Rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS)**: uma análise do município de São Lourenço do Sul. 2015. 37 f. Trabalho de conclusão (Especialização em Gestão em Saúde) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

SCHMIDT, A. **A formação da residência integrada multiprofissional em saúde mental coletiva na oficina de geração de renda de Novo Hamburgo**. 2013. 36 f. Trabalho de conclusão (Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SILVA, L. A. **Era uma casa muito engraçada**: relato de experiência de um tutor na residência multiprofissional em saúde mental coletiva. 2013. 30 f. Trabalho de conclusão (Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

VASQUES, G. A. **Implantação da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde**: uma narrativa de sentimentos coletivos e individuais desse processo. 2013. 31 f. Trabalho de conclusão (Especialização em Saúde Mental Coletiva) – Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; Escola de Saúde Pública, São Lourenço do Sul, 2013.

VEIGA-NETO, A. **Foucault e a educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

VEIGA-NETO, A.; RAGO, M. **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

ANEXO I – FormSUS (questões para os egressos)

Caro colega, egresso da RMS X, este é um dos instrumentos da pesquisa *Residências Multiprofissionais em Saúde: onde estão os profissionais egressos e que dispositivos de cuidado em saúde mental estão produzindo?*, coordenado pela Profa. Vera Lucia Pasini, para a qual você foi convidado e aceitou participar.

Solicitamos que responda livremente às questões formuladas, mas procurando usar uma letra legível (caso as respostas não sejam digitadas) e linguagem clara, para que os riscos de interpretações equivocadas sejam diminuídos.

O instrumento deverá ser devolvido à pesquisadora responsável por e-mail ou através do envelope selado que foi remetido àqueles que não possuem endereço eletrônico de e-mails, em até 30 dias após o recebimento deste.

Obrigada por sua participação!

Data da resposta ao instrumento de pesquisa ___/___/_____

Número de identificação: _____ (a ser preenchido pela pesquisadora)

Identificação

Idade:

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

Naturalidade:

Local de moradia:

Data de conclusão da graduação: ___/___/_____

Instituição formadora:

Curso realizado:

Programa de residência do qual é egresso:

Área de ênfase/concentração/temática na qual realizou sua formação na RMS:

Ano de ingresso na residência:

Ano de conclusão da residência:

Questões sobre o processo de formação em RMS e inserção no mundo do trabalho:

- 1) Após quanto tempo de conclusão da graduação você buscou a formação em RMS?
- 2) Você já havia trabalhado na saúde, em sua formação e graduação, antes de ingressar na RMS? Em que serviço(s)? Por quanto tempo?
- 3) Quais eram as suas motivações para buscar uma RMS para sua especialização?

- 4) Você trabalhou e/ou está trabalhando no campo da saúde em sua área de graduação e especialização no momento? Há quanto tempo? Um que município? Qual seu vínculo empregatício? De quantas horas é o seu contrato de trabalho?
- 5) Você pode dizer qual é o seu salário atual? Se sim, você considera que este valor é compatível com as funções que desempenha?
- 6) A experiência de inserção em serviços de saúde, pelo período de dois anos da Residência, com o acompanhamento permanente de profissionais experientes, facilitou a inserção sua inserção no campo de trabalho em saúde? Como e por quê?
- 7) Na sua concepção, a formação em um Programa de RMS promove a qualificação desejada para o trabalho em equipe na área da saúde? Conte um exemplo de como isso se apresenta no seu cotidiano de trabalho.
- 8) Você consegue articular em sua prática cotidiana, no serviço em que atua, ações de atenção, gestão, educação e controle social?
- 9) Ser egresso de um Programa de RMS favorece a possibilidade de problematizar as práticas vigentes e a capacidade de transformação do exercício do cuidado em saúde no cotidiano do serviço em que está inserido? Conte um exemplo de como isso acontece.
- 10) A experiência prévia como residente favorece a criação/invenção/produção de novos dispositivos de cuidado em saúde mental aos usuários do serviço em que está inserido?
- 11) Quais são os principais desafios que você enfrenta no mundo do trabalho em saúde? E como lida com estes desafios?
- 12) Qual é a sua avaliação quanto ao processo de formação no programa de RMS que você realizou? Algum aspecto da formação merece ser ressaltado? Que questões você considera que precisam ser qualificadas?
- 13) Quais considera serem as expectativas dos gestores dos serviços de saúde ao receberem um egresso de RMS como trabalhador de um serviço de saúde? Como você se sente em relação a estas expectativas?
- 14) Se há outras contribuições que você gostaria de dar a esta pesquisa, sobre questões que não foram perguntadas, fique à vontade.

ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (egressos)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico intitulada *Residências Multiprofissionais em Saúde: onde estão os profissionais egressos e que dispositivos de cuidado em saúde mental estão produzindo?*, que tem como objetivo principal investigar a inserção em serviços da saúde, dos profissionais egressos no período de 2005 a 2014 de Programas de RMS com ênfase/área de concentração em Saúde da Família/Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde e Saúde Mental, sediados no Rio Grande do Sul (RS).

O trabalho está sob coordenação da Profa. Dra. Vera Lúcia Pasini e com a participação dos demais pesquisadores: Ana Maria Ponzoni Pretto, aluna do curso de psicologia da UFRGS, bolsista de iniciação científica; Bruna Stephanou, socióloga e bolsista técnica de pesquisa.

Para alcançar os objetivos do estudo, você responderá ao instrumento de pesquisa que está recebendo, no qual constam informações de identificação e as questões referentes aos objetivos da pesquisa. Você ocupará em torno de 60 a 90 minutos para respondê-lo, respeitando o limite de prazo para retorno das informações estabelecido no envio do formulário. Em momento posterior você poderá ser novamente convidado a participar da realização de um grupo de discussão com egressos selecionados a partir da análise do instrumento da primeira etapa.

Não identificamos potenciais riscos relacionados à participação na pesquisa, apenas o possível desconforto do tempo despendido para a realização da leitura e resposta das perguntas, mas ficamos à disposição para conversar se algo neste sentido for identificado pelo participante. O participante está livre para deixar a participação da pesquisa quando desejar.

Espera-se que os resultados da pesquisa possam contribuir com elementos para qualificação dos processos de formação de trabalhadores na modalidade RMS, bem como da atenção em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial.

As informações obtidas serão utilizadas somente para este estudo, sendo os materiais armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos, conforme preconiza a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

EU _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.
- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem ao meu vínculo de trabalho.
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Vera Lúcia Pasini, pelo telefone (51) 3308-5518, ou pelo e-mail verapasini@gmail.com ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS – Rua Ramiro Barcelos, 2600, Porto Alegre/RS, telefone (51) 3308-5698; Comitê de Ética ULBRA – Av. Farroupilha 8001, prédio 14, sala 224, Canoas/RS, telefone (51) 3477-9217; Comitê de Ética Escola de Saúde Pública ESP/SES/RS – Av. Ipiranga 6311, Porto Alegre/RS, telefone (51) 3901-1532; Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição – Av. Francisco Trein, 596, Prédio Administrativo, térreo e 1º andar, Porto Alegre/RS, telefone (51) 3357-2285; Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da FURG – Rua Visconde de Paranaguá, 102, Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, 1º Andar, Rio Grande/RS, telefone (53) 3237-4652; Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS – Av. Ipiranga 6681, prédio 50, sala 703, Porto Alegre/RS, telefone (51) 3320-3345; Comitê de Ética em Pesquisa Unijuí – Rua do Comércio, 3000, Bairro Universitário, Ijuí/RS, telefone (55) 3332-0200; Comitê de Ética em Pesquisa UFSM – Avenida Roraima, 1000, prédio da Reitoria, 2º andar, Sala Comitê de Ética, Cidade Universitária, Bairro Camobi, Santa Maria /RS, telefone (55) 3220-9362.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do entrevistado

Nome:

Assinatura da pesquisadora

Nome da pesquisadora: Vera L. Pasini

ANEXO III – Respostas

Resposta 16	Resposta 17
X	X
Sim.	A saúde mental coletiva se pauta numa racionalidade de cuidado, gestão e formação mais integrativa entre as diferentes práticas da saúde, educação e assistência. Diante disso, há um esforço mais amplo de construir dispositivos de intervenção e métodos de gestão de casos onde haja uma circulação de protagonismos no cuidado. Parece-me essencial a distinção entre práticas de campo e de núcleo: os profissionais guardam, claro, seus saberes e singularidades práticas, no entanto, há uma maior disposição para engajar outros profissionais (e mesmo usuários) numa ampliação dos efeitos e consequências de suas intervenções e das diferentes racionalidades de compreensão do que tem sido vivido pelas equipes de trabalho e pelas populações atendidas. Com isso, a ideia de campo parece indicar que o cultivo do que se faz e experimenta é de benefício e de participação de vários atores.
Sim.	A saúde mental coletiva necessita a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade.
Sim.	Saúde mental coletiva se refere à saúde mental dentro do embasamento e prática da saúde coletiva. Saúde mental é uma concepção mais ampla (não necessariamente um profissional trabalhando com saúde mental está trabalhando em saúde mental coletiva, como, por exemplo, em consultórios privados).
Sim.	O termo 'coletiva' nos remete à impossibilidade de reduzirmos a saúde e o adoecimento a fatores internos dos pacientes. Todos nós somos afetados por uma variedade imensa de fatores externos – sociais, culturais, políticos, econômicos, entre outros – que influenciam a maneira como enxergamos o mundo e reagimos às suas provocações. O processo de cuidado, portanto, deve estar sintonizado com as necessidades mais amplas dos sujeitos e com referências teóricas e práticas que extravasam área 'psi'.
Sim.	Entendo que a saúde mental coletiva marca uma posição de concepção e de entendimento dos processos de produção de saúde e/ou adoecimento atrelada à saúde coletiva, isto é, considerando os determinantes sociais, políticos e das coletividades e recusando posições que reduzem os processos de saúde e doença a processos individuais e descontextualizados. Essa marca pode-se fazer necessária em momentos como esse em que vemos, por exemplo, a captura da concepção de saúde mental por lógicas e discursos biologicistas e reducionistas, que acabam por colocar nos indivíduos isolados questões e sofrimentos que dizem respeito à coletividade e aos modos de vida produzidos a cada tempo.
Sim.	X
Não.	X
Sim.	Entendo que o conceito de saúde mental coletiva é mais abrangente e compreende o ambiente onde as pessoas estão inseridas como parte do processo de saúde, não somente o ambiente, mas ainda as relações estabelecidas entre os sujeitos e coletividades.
Sim.	O termo coletivo remeteria à saúde coletiva, fazendo-me crer que a formação abarcaria vivências em cenários de prática e conteúdo teórico para além das questões específicas de saúde mental. Estaria no repertório de aprendizado o sistema público de saúde, SUS.
Sim.	O conceito de saúde mental coletiva propõe uma análise e abordagem mais ampla que conceito de saúde mental, procurando interpretar as causas e consequências sociais, culturais e históricas dos processos de saúde-adoecimento-cuidado-qualidade de vida da população. Propõe abordagens levando em consideração a intersecção desses fatores, rompendo com o paradigma biomédico que tende a intervir sobre tais processos de adoecimento de modo desconectado dos fenômenos sociais e culturais.
Sim.	Expressam uma concepção política, metodológica e teórica. Saúde mental coletiva remete a política pública, ao SUS, enquanto saúde mental refere a um campo da saúde que sustenta ou não a perspectiva da saúde mental coletiva. Não os considero excludentes, utilizo os dois termos, mas quando insiro 'coletiva' é para reivindicar o debate da saúde coletiva.
X	X
Sim.	O termo saúde mental já se difere do termo psiquiatria, deslocando algo que até então estava no âmbito do saber médico para um campo de atuação, educação e pesquisa multiprofissional. O termo saúde mental coletiva amplia um pouco mais essa concepção, aliando a saúde mental com a saúde coletiva, agregando outros saberes e olhares sobre o campo de atuação, pesquisa e educação relacionado à saúde mental.

CIP - Catalogação na Publicação

Becker, Julia Lângaro
A DISCURSIVIDADE DA SAÚDE MENTAL COLETIVA NO
DISPOSITIVO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS / Julia
Lângaro Becker. -- 2018.
109 f.
Orientador: José Geraldo Soares Damico.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2018.

1. Residências multiprofissionais em saúde. 2.
Saúde mental coletiva. 3. Saúde coletiva. 4. Análise
de discurso . I. Damico, José Geraldo Soares, orient.
II. Título.