Saúde Mental e produção de subjetividade: o discurso de profissionais do SUS sobre a loucura

Roberta Scaramussa – Msc. Em Psicologia e docente do Curso de Psicologia-Faculdade Pitágoras
Jussara Fae – Graduanda do Curso de Psicologia-Faculdade Pitágoras
Patrícia Rigoni Dantas - Graduanda do Curso de Psicologia-Faculdade Pitágoras
Paulo Sérgio Ribeiro Barbosa - Graduanda do Curso de Psicologia-Faculdade Pitágoras
Ruy Anderson Santos Martins - Graduando do Curso de Psicologia-Faculdade Pitágoras

Considerações sobre a história da loucura

A arqueologia[1] da loucura, de Foucault (2000) possibilitou a análise histórica da loucura, que na modernidade passou a ser vista como uma alienação mental, e mais tarde como doença mental, passível de cuidados médicos. É recente esse status de doença mental dado à loucura. Nas sociedades ocidentais nem sempre o louco foi considerado uma ameaça passível de exclusão e/ou cura.Ainda segundo o autor, durante a Idade Média – com o predomínio do pensamento cristão – o louco foi considerado como um "possuído", um doente da alma, ignorado, preso no interior da rede de uma história de significados religiosos e mágicos. Esse complexo problema da possessão não se revela diretamente de uma história da loucura, mas de uma história das idéias religiosas.

Com o surgimento do conceito de Alienação Mental em atribuição ao louco, criado pelo psiquiatra francês Philippe Pinel, no final do século XVIII, a loucura é capturada pela interpretação científica e institucional produzida pela medicina mental e pelo asilo de alienados mentais. Esse novo momento histórico – que define a loucura como uma doença mental e, por conseguinte busca meio de curá-la – acentua e agrava os preconceitos, estigmas e estereótipos já existentes. Tal modelo é sustentado por um discurso internalizado na sociedade de separação moral rígida entre o certo e o errado, entre o sadio e o doente, sendo cristalizada como uma verdade absoluta.

Segundo Foucault (2000) "[...] a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal" (p. 85). Isso significa que a relação normal-anormal, saúde-doença, se inscreve na realidade da existência coletiva. Cada cultura seleciona algumas das infinitas virtualidades da essência humana e propõe a seus membros modelos de conduta: aqueles cujas reações espontaneamente se aproximam mais do padrão proposto são favorecidos; aqueles cujos comportamentos se situam fora do arco de possibilidades antropológicas privilegiadas pela sociedade são os "anormais".

Segundo Canguilhem (1904), como uma pessoa pode ser taxada de doente ou normal, se o normal não tem a rigidez de um fato coercitivo coletivo, e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais?

> Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação porque ele é que sofre suas conseqüências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe (CANGUILHEM, 1904, p. 135).

Não é absurdo considerar o estado patológico como normal, na medida em que exprime uma relação com a normatividade da vida. Assim, a idéia de exclusão pelas diferenças, por mais

que pareçam absurdas, devem ser quebradas. Portanto, para Canguilhem (1904) o normal é definido muito mais como tipo ideal em condições experimentais determinadas do que como média aritmética ou freqüência estatística. O problema consiste em saber dentro de que oscilações em torno de um valor médio puramente teórico os indivíduos serão considerados normais. Os indivíduos reais que encontramos se afastam mais ou menos desse modelo (média, normal), e é precisamente nisso que consiste sua individualidade.

Dizer que há modelos sociais de loucura significa que o indivíduo não enlouquece segundo seus próprios desígnios, mas segundo um quadro previsto pela cultura da qual é membro. Cada sociedade possui idéias definidas acerca de como deve ser o modo de agir, pensar e sentir dos loucos. Há limites para a expressão da loucura. E isto significa que a loucura é uma criação cultural.

Sobre a Psiquiatria e a Reforma Psiquiátrica no Brasil

Segundo Amarante (1994), no Brasil a loucura só vem a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da Família Real, no início do século XIX. As mudanças sociais e econômicas, no período que se segue, exigem medidas eficientes de controle social, sem as quais torna-se impossível ordenar o crescimento das cidades e das populações. Convocada a participar dessa empresa de reordenamento do espaço urbano, a medicina termina por desenhar o projeto do qual emerge a psiquiatria brasileira.

Por volta de 1800 os loucos eram encontrados por todas as partes da cidade, já em enfermarias e hospitais era muito raro encontrar um louco submetido à tratamento. Em 1830 uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico da situação dessas pessoas, marcando no Brasil o momento em que os loucos passam a ser considerados doentes mentais que necessitam de um espaço social próprio para sua reclusão e tratamento.

Em 1852 foi inaugurado no Rio de Janeiro, o primeiro hospício do Brasil: o Hospício de Pedro II, que desde a sua criação até a Proclamação da República, foi alvo de críticas do meio científico, já que era uma instituição que se encontrava nas mãos da Igreja Católica. A partir de então é iniciada a era dos eletrochoques e da psiquiatria comunitária. Nos anos 30 a psiquiatria parece ter finalmente encontrado a tão procurada cura para as doenças mentais. É grande o entusiasmo com a descoberta dos eletrochoques e da lobotomia. A psiquiatria torna-se assim mais poderosa, e o asilamento mais freqüente. Na década de 50, fortalece-se este processo de psiquiatrização, com o aparecimento dos primeiros neurolépticos.

Deste modo, percebemos que a Política de Saúde Mental em vigor no Brasil, até a década de 1970, era essencialmente privatizante, hospitalocêntrica e reprodutora de estereótipos a respeito do paciente psiquiátrico e de seu tratamento. Tal situação, em especial o encarceramento, levava a conseqüências como: perda de vínculos afetivos, afastamento da participação da vida social e afrouxamento dos laços familiares.

No final dos anos 70 e início dos 80, com o declive da ditadura militar, o país passa por transformações importantes no campo político e social, apresentadas por vários fatores que vão construindo o trajeto da democracia. Os movimentos sociais emergem da multiplicidade de representações de novos atores legitimados: mulheres, camponeses, indígenas, negros, sem tetos e outros. Assim, as minorias discriminadas reclamam aspectos relativos à discriminação de gênero, raça e etnia, ecologia, violência e direitos humanos, reivindicando do Estado condições para o desempenho de sua cidadania (FERREIRA, 2007). Esse movimento

resultou, entre outras coisas, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – articulado a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 – e garantido na Sessão Saúde da Constituição Federal de 1988.

Ainda resultante desse movimento de Reforma Sanitária, em 1987 acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental onde foram apresentadas denúncias sobre a violência e os maus tratos que os internos dos hospitais psiquiátricos estavam expostos e foi exigido a Reforma Psiquiátrica.

> O movimento da Reforma Psiquiátrica assume assim, a partir de 1992, o desafio para expressar a ética em todos os domínios da vida, um desafio para construção de uma democracia real que tem na participação (interesse, valores e opiniões) a força do coletivo como instrumento de referência nas diversas instâncias que compõem o público (FERREIRA, 2007, p. 217).

Apesar das incertezas quanto à sustentabilidade plena da Reforma Psiquiátrica viabilizada como transformação cultural e política, todas as dúvidas se intercruzam e convergem para uma direção: o caminho percorrido pela Reforma é irreversível e aponta para uma nova ordem para a reconstrução de identidades políticas e sociais. A partir dos questionamentos sobre a realidade assistencial em saúde mental estabelece-se um consenso que irá nortear uma nova Política de Saúde Mental no Brasil, tal consenso estabelece que o melhor tratamento é o realizado por serviços extra-hospitalares de base comunitária.

Deste modo, a partir da Reforma e concretização do SUS o Ministério da Saúde assume, oficialmente, a condução da assistência em Saúde Mental com estabelecimento de importantes leis e portarias. A lei Federal Nº 10.216 de 04 de Abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. É uma das mais importantes conquistas políticas da Reforma Psiquiátrica.

> Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

A portaria Nº 224/92 de 29 de Janeiro de 1992 estabelece diretrizes e normas para atendimento de pacientes psiquiátricos na rede de serviços da saúde pública. Nesta rede estão incluídos as Unidades Básicas de Saúde com equipe de saúde Mental, CAPS, Ambulatórios de Saúde Mental, Pronto-Socorro Psiquiátrico, leitos psiquiátricos em Hospital Geral, Serviço Residencial Terapêutico, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e drogas, Hospital Especializado em psiquiatria.

No caso deste artigo, nós deteremos mais especificamente na legislação sobre leitos psiquiátricos em hospital geral, contudo, não queremos com isso, fazer um recorte na rede de serviços pois acreditamos que o sucesso de uma política em saúde pública implica no entrecruzamento incessante entre essas instituições.

Sobre a produção de subjetividade no campo da saúde mental

O foco da Reforma Psiquiátrica sendo a produção de subjetividade, que resistam à modelização e serialização das subjetividades capitalísticas (GUATARRI; ROLNIK apud AMARANTE; TORRE, 2007), isto nos conduz a uma consolidação dos processos de

avaliação que sejam sensíveis à captação dos movimentos de produção de subjetividades marcadas pelas singularidades, pela inovação, pelo escape ao modelo, pela superação de padrões de normalidade, e que sejam criativas e potencializadoras de novos modelos de existência, sejam elas advindas de movimentos de usuários, profissionais de saúde ou comunidades.

> A produção de subjetividade se refere aos modos de sentir, pensar e agir produzidos pelas redes da história formatando modos de sensibilidade e comportamento coletivos, através de discursos, instituições, leis e dispositivos sociais diversos ligados por uma rede de saber-poder que produz sujeitos e objetos de conhecimento. (GUATARRI; ROLNIK, 1986, p.64)

Para Amarante e Torre (2007), os novos serviços e novos dispositivos em saúde mental exigem a construção de novos modos de aferir, interpretar, compreender e avaliar a produção de subjetividades, já que os modelos arcaicos são insuficientes para dar conta desses novos projetos e objetivos.
A Reforma Psiquiátrica iniciada com Franco Basaglia, por volta dos anos 70, na Itália, é um desses grandes exemplos dessa nova ordem de pensamento, repercutindo por vários países, inclusive no Brasil.

Neste contexto, surge o projeto de lei 3657/89 que, ao propor a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades e práticas assistenciais, desencadeia um amplo debate nacional, realmente inédito, quando jamais a psiquiatria esteve tão permanente e conseqüentemente discutida por amplos setores sociais. Em muitas cidades e estados, acontece um processo muito rico de experiências inovadoras em psiquiatria, de criação de associações de psiquiatrizados e de familiares, e de aprovação de projetos de lei de reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1994).

Desta forma, compreendemos que se faz necessária uma avaliação constante dos discursos produzidos e/ou reproduzidos acerca da loucura no intuito de se pensar e construir estratégias que permitam mudanças na subjetividade da sociedade atual. Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo analisar o discurso produzido pelos profissionais da área de saúde de um hospital público da região norte do estado do Espírito Santo acerca de pacientes psiquiátricos visando identificar tanto elementos cristalizados quanto possíveis mudanças em seus modos de ser, pensar e agir.

O CAMINHO PERCORRIDO

Participaram dessa pesquisa 16 funcionários de diversos cargos de uma instituição hospitalar pública. Estes funcionários possuem nível de escolaridade variando desde ensino fundamental incompleto a nível superior. O tempo de serviço dos participantes nesta instituição varia entre dois meses e 27 anos.

A coleta de dados foi feita por meio de entrevista semi-estruturada realizada individualmente dentro da instituição hospitalar. Apenas duas entrevistas tiveram que ser realizadas fora da instituição devido a horários incompatíveis dos funcionários e dos realizadores da pesquisa.
A coleta de dados no hospital foi concedida pelo Diretor Geral por meio do Termo de Consentimento. Cada participante também autorizou a realização da pesquisa por meio da assinatura deste documento que visa respaldar tanto os pesquisadores quanto garantir o sigilo sobre a identidade dos participantes.

Procederemos a discussão das entrevistas a partir da Análise do Discurso proposta por Foucault e isso significa que "não é preciso remeter o discurso à longínqua presença da origem: é preciso tratá-lo no jogo de sua instância" (2005, p. 28-31). Assim, ao optarmos pela Análise do Discurso, não estamos buscando um *a priori* identificável na fala dos entrevistados; também não nos referimos à busca de algo oculto que será revelado mediante a interpretação do autor. A descrição de acontecimentos do discurso coloca uma outra questão bem diferente: "como apareceu um determinado enunciado, e não outro em seu lugar?" ou "que singular existência é essa que vem à tona no que se diz e em nenhuma outra parte?". Analisar o discurso seria, para o autor, dar conta de relações históricas, de práticas concretas que estão 'vivas' nos discursos. Foucault ainda sublinha a idéia de que o discurso sempre se produziria em razão de relações de poder. Para esse autor, tudo se refere às relações de poder e saber; tudo é prática social e se implica mutuamente. Assim, o discurso constitui-se como uma prática, e exercer uma prática discursiva significa falar segundo determinadas regras e expor certas relações que se dão dentro do discurso (FISCHER, 2001).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quem é o louco?

Agressivo

A concepção sobre a loucura que mais se destacou no discurso dos participantes foi a do louco como uma pessoa agressiva. É atribuído a esse paciente o estereótipo de violento, seja para com a família ou com os profissionais da saúde que o atendem, já que eles agridem tanto verbalmente como fisicamente essas pessoas. Existe uma preocupação muito grande em manter o louco afastado do convívio social, internado, sedado, pois ele representa perigo para quem está próximo. Esses resultados corroboram com a epistemologia da loucura de Michel Foucault, onde ele fala da periculosidade que a sociedade atribui ao louco. Foucault diz (2005) que essas atitudes nos mostram não a relação da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos. O louco seria, nesta concepção, perigoso para os outros, e até mesmo para si (FOUCAULT, 2000).

> Esse paciente é normalmente agressivo, inquieto. Não é todo medicamento que consegue sedar esse paciente. [...] (Nível Superior).
> [...] Foi o que eu te falei, a gente acaba tendo um pouco de medo, né? Principalmente porque eu sou mulher, né? É... e a gente fica com medo porque às vezes eles são agressivos e batem mesmo, tem caso de enfermeiro, de enfermeira, de já ter sofrido agressão por parte deles, então a gente fica sempre com pé atrás [...] (Nível Superior).

Amoral e desviante

A segunda subcategoria sobre a concepção da loucura no discurso dos participantes foi a representação do louco como sendo alguém que se comporta amoralmente, que não aceita e não respeita as regras e os padrões sociais. A idéia que se tem do louco é de um desviante das normas, dos costumes de uma cultura. Foucault (2005) ensina que cada cultura seleciona algumas das infinitas virtualidades da essência humana e propõe a seus membros modelos de conduta.

> A loucura é tudo aquilo que não é normal, o que a sociedade chama de normal. A loucura pra mim é tudo aquilo que foge da normalidade que a sociedade rotula (Nível Superior).

Essas informações confirmam o que Foucault (2005) já dizia em sua obra *A História da Loucura*. De acordo com ele a loucura passa a ser descrita como uma falha da forma pessoal, consciente, normal, equilibrada e sadia de ser, um desvio do grupo social. Esses relatos

também corroboram com o que Ferreira (1982) diz sobre os estudos da loucura nas mais variadas culturas, pois, independente do meio cultural, a loucura é concebida como um problema eterno. Se é relativa a uma cultura, é apenas na condição de conduta ou modo de ser que ela não se integra, isto é, como desviante por excelência.

> A loucura na verdade é aquilo que sai fora do padrão do que a gente chama de normal da vida da gente, né?Do hábito, do que você tem costume, né? [...] (Nível Superior).

Irracional[2]

De acordo com os participantes, o louco permanece em um estado inconsciente, um estado involuntário de se comportar no mundo. O louco aqui é visto como um sujeito que age sem pensar, que não têm consciência do que faz, do que fala e do que sabe. A loucura fala, portanto, de uma pessoa alienada de si mesmo e do mundo (FOUCAULT, 2000).

> O que é a loucura? Seria assim, um estado em que a pessoa não está mais raciocinando de acordo com a sociedade, a pessoa já está agindo sem pensar (Superior Incompleto).
> Loucura pra mim é quando a pessoa está fora de si [...] isso pra mim é louco (Ensino Médio Incompleto).

Esses dados corroboram com o pensamento de Foucault (2005), onde ele fala que foi a partir da modernidade que o louco ganhou o status de alienado mental. O que há, portanto, é uma nova forma de interpretação dos comportamentos, onde no século XVII o mundo da loucura torna-se o mundo da exclusão. É nesse momento que Pinel, psiquiatra europeu, captura os alienados dentro dos asilos para interpretação científica e institucional. Esse novo momento histórico fez com que o louco fosse vítima de preconceitos, estigmas e estereótipos. O louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros, pois o louco é também um homem a quem a sociedade não quis ouvir e a quem quis impedir a expressão de insuportáveis verdades.

Possuído

O louco é visto aqui como um ser possuído pelo demônio, um espírito maligno, sendo ele vítima do mal. Essa representação da loucura tem como fórmulas de cura a oração. De acordo com alguns participantes:

> [...] muitas vezes eu vejo paciente chegarem aqui como psiquiátrico, mas muitos deles não são. Ainda existe essa dificuldade de se perceber quando é um psiquiátrico e quando se trata de uma questão espiritual. E a gente sabe que não maioria das vezes os médicos psiquiátricos não aceitam a questão espiritual, né?
> [...] existem muitas questões, a fala, o olhar, o jeito, fica nítido quando é psiquiátrico e quando não é. Isso a gente percebe, só que o médico psiquiátrico não entende, ai fica complicado ajudar essas pessoas que é de ordem espiritual (Nível Superior).

Esses dados mostram uma relação com a arqueologia da loucura feita por Foucault (2005), onde traz as concepções da loucura na Idade Média no século XVI. Há mais de cinco séculos o louco era considerado um “possuído”, um doente ignorado, preso no interior da rede de uma história de significados religiosos e mágicos. Esse complexo problema da possessão não se revela diretamente de uma história da loucura, mas de uma história das idéias religiosas.

> Eles [os médicos] falam louco porque não conhecem a verdade. Tem alguma coisa por trás disso aí que fica a desejar, que o remédio não vai curar. (...) Quando a menina [enfermeira] foi agredida, eu abracei ela e falei:”Filha, ora por ela [paciente], ela é digna de pena, é uma pessoa

> que nas suas orações, ‘alembra’ dela, que Deus pode fazer uma obra na vida dela e ela vai ficar liberta disso ai” (Nível Técnico).

Doente Mental

Outra concepção que aparece no discurso se refere ao louco como doente mental. O louco também é visto como um sujeito que tem um sofrimento emocional muito grande. Para que esse sofrimento cesse é preciso utilizar medicamentos e serviços hospitalares. A intervenção biomédica também é justificada em virtude da necessidade de controlar o agitamento, a impulsividade e a inquietude dos pacientes.

> [...] eu vejo (a loucura) como alguma coisa que está faltando ali. Um ponto de equilíbrio, uma doença e que realmente precisa ser tratada, e alguns casos você ouve que não tem cura (Superior).

Segundo Foucault (2005) o louco da modernidade passa então a receber o status de doente mental e fica sob a direção de um médico que está, nesta época, encarregado mais de um controle moral que de uma intervenção terapêutica. Na contemporaneidade, contudo, os especialistas buscam explicações científicas que respaldem suas técnicas de intervenção e sustentem um modelo curativo para loucura, em casos em que o estado é considerado irreversível o medicamento se mantém como forma de controle e adequação social.

> Creio que seja um resultado de uma desorganização do aparelho psíquico. Existem implicações sociais, do próprio indivíduo, a nível de receptores cerebrais, no biológico. E o diagnóstico deve ser feito sabendo para quem e para quê, É individualizado (Superior).

Essa representação da loucura como uma doença mental trazida a partir do saber científico foi influenciada pela normatização emprestada da objetividade matemática em estabelecer a média para melhor explicação dos casos estudados em questão.

Georges Canguilhem (1904) diz que não é possível taxar uma pessoa de doente ou normal, já que o normal não tem a rigidez imposta socialmente através de regras violentas válidas para todo o grupo social e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais. Não há uma normalidade padronizada, pois os indivíduos reais se afastam mais ou menos da média, do normal, e é precisamente nisso que consiste a individualidade.

Considerações finais

As diferentes representações que se tem do louco no decorrer da história, como diz Foucault (2000), nos mostra como a loucura é muito mais histórica do que se acredita geralmente. Não há nada de natural na imagem que se tem do louco. O discurso dos participantes da pesquisa aponta para uma reprodução das concepções que foram produzidas há muito tempo atrás. Fala-se do louco, do seu comportamento agressivo, imoral como algo naturalizado, como se em algum momento da história a loucura não tivesse recebido outras significações; afirmam, do mesmo modo que eles representam um perigo constante a todos os que estão ao seu alcance (ele mesmo, pacientes ”normais”, profissionais). Falar dessas crenças é falar sobretudo de produção de subjetividade. Produção essa que está entrelaçada na rede de saber-poder que reproduz de alguma forma os modos de sentir, pensar e agir sobre o louco.

Em cada subcategoria apresentada, todas as falas das entrevistas ilustraram como esses discursos foram instituídos em outro momento da história e estão sendo reproduzidos nos dias atuais, e através da análise destes foi identificado possíveis movimentos instituintes que

apontam indícios de rompimento com a cristalização do conceito sobre a loucura, mas que ainda há muito o que se fazer em termos de reestruturação das políticas de Saúde Pública, principalmente no apoio à rede de Saúde Mental existente no país e de desinstitucionalização do louco perante a sociedade. Falou-se de alternativas para a desospitalização, mas é visível que para muitas pessoas ainda não está clara a idéia de que o paciente psiquiátrico é também um sujeito potencialmente capaz de se afirmar como cidadão frente a sua diferença.

Referências

AMARANTE, P. (Org.). Asilos, alienados e alienistas. In: **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.

_____. Forças e diversidade: as transformações na saúde e na loucura. In: BRANCO, G. C.; NEVES, L. F. B. (Org.). **Michel Foucault: da arqueologia do saber à estética da existência**. Rio de Janeiro: NAU, 1998. p. 11-32.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 73-85.

_____. Avaliação em Saúde Mental: da mensuração diagnóstica e psicopatológica em direção à complexidade no campo da saúde e das políticas públicas. In: GULJOR, A. P. (Org.). **Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2007. p. 41-61.

ANDRADE, A. N.; LAVRADOR M. C. C. Configuração Loucura: Poderes, Saberes e Fazeres. In: ROSA, E. M., et al (Org.). **Psicologia e Saúde: desafios às políticas públicas no Brasil**. Vitória: EDUFES, 2007. p. 111-143.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

DESCARTES, R. **O Discurso do Método**. Coleção Universidade, Ediouro, 1986.

FISCHER, R. M. B. Foucault e a Análise do Discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa,** São Paulo**,** n.114, p. 197-223, nov. 2001.

FIGUEIREDO, V. V. de; RODRIGUES, M. M. P. Atuação do psicólogo nos CAPS do Espírito Santo. In: **Psicologia em Estudo**. v.9, nº 2. Maringá: 2004. p. 173-181.

FOUCAULT, M. A História da Loucura: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2005 [1961].

_____. A constituição histórica da doença mental. In: _____. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Sexta. v.11, 2000 [1972]. p. 75-86.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

_____. **A arqueologia do saber**. Petrópolis: Vozes, 1969.

FERREIRA, G. Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: GULJOR, A. P. (Org.). **Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2007. p. 209-223.

GUATARRI, F.; ROLNIK, S. **Cartografias do Desejo.** São Paulo: Graal, 1986.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo – Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? In: **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: jul/sep, 1993. p. 239-262.

PEREIRA, J. F. **O que é loucura**. 10 ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.

YASUI, S. CAPS: estratégia de produção de cuidado e de bons encontros. In: GULJOR, A. P. (Org.). **Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2007. p. 155-167.

1 A arqueologia é uma espécie de atividade histórico-política que procura responder como os saberes aparecem e se transformam. Ele [Foucault] explica que sustentando todo saber, e todo conhecimento, o que está em jogo é uma luta de poder.

2 O termo “irracional” é usado aqui de acordo com a conceituação proposta por Descartes (1986), onde ele diz que: a capacidade de bem julgar e de distinguir o verdadeiro do falso, que recebe o nome de senso ou razão, é por natureza igual em todos os homens, portanto, a disparidade de nossas opiniões não provém do fato de que umas são mais racionais que as outras, mas apenas de conduzirmos nossos pensamentos por caminhos diferentes, sem levar as coisas em consideração (...). Neste sentido a razão se oporá à loucura e à paixão, sendo que o louco e o apaixonado raciocinam mal, contrariando as leis lógicas.