



Universidade Federal de Sergipe
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Psicologia Social
Mestrado em Psicologia Social



GUSTAVO VILAS BOAS

CAMINHOS POSSÍVEIS: DA DESCONSTRUÇÃO DA
DOENÇA MENTAL À PRODUÇÃO DE CIDADANIA NAS
PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

São Cristóvão – Sergipe

2013

GUSTAVO VILAS BOAS

CAMINHOS POSSÍVEIS: DA DESCONSTRUÇÃO DA
DOENÇA MENTAL À PRODUÇÃO DE CIDADANIA NAS
PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

Dissertação Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Centro de Ciências de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Psicologia Social.

Orientador: Prof. Dr. José Maurício Manguiera Viana

São Cristóvão – Sergipe

2013

COMISSÃO JULGADORA

Dissertação do Discente Gustavo Vilas Boas intitulada, **CAMINHOS POSSÍVEIS: DA DESCONSTRUÇÃO DA DOENÇA MENTAL À PRODUÇÃO DE CIDADANIA NAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL** defendida e aprovada em 19/12/2013, pela Banca Examinadora constituída pelos Professores Doutores:

Prof. Dr. José Maurício Manguiera Viana
Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Prof^a. Dr^a. Liliana da Escóssia Melo
Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Prof^a. Dr^a. Michele de Freitas Faria de Vasconcelos
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Dedico este estudo aos Fluidos, grandes amigos e parceiros de trabalho,
e ao contágio criativo realizado no SUS, nas universidades, que se reflete
nos usuários, famílias atendidas e na minha vida.

AGRADECIMENTOS

A minha família pelo infinito acolhimento durante as longas jornadas de estudo que fizeram parte da minha rotina, fosse com um café ou o silêncio, uma leitura do texto ou um olhar, enfim, sou grato a vocês por demais!

A Fanny pelo companheirismo, suporte e compreensão durante minha longa jornada de trabalho e pesquisa pelas estradas afora.

Aos usuários e trabalhadores do CAPS pelos diversos ensinamentos, pela vida multiplicada nos encontros e toda a motivação gerada em mim, que transbordam e sedimentam neste texto. O convite para trabalhar no município veio a se transformar em uma verdadeira jornada.

A Maurício por ter sido tensão transformadora para a minha escrita ao longo da dissertação e a Liliana por sua exatidão e contundência nas pontuações. Ambos ajudaram a alavancar passos entre a orientação e a desorientação que constituem o processo de pesquisar.

A Michele por mais uma entrada em um ponto importante da minha trajetória, desta vez mais pontual, mas sem dúvida, marcante pela sagacidade da sua leitura.

A Bia pela disponibilidade com que me recebeu nos meus primeiros passos dentro da Universidade, quando ainda não havíamos ingressado no programa do mestrado. A leitura dos seus textos me cadenciava o pensamento. Você escreve com harmonia!

A Nedelka, a panamenha mais baiana que conheço, pelas trocas de experiência acadêmicas e de vida, pela música, alegria e vividez com que me recebeu por diversas vezes no seu lar sergipano.

A Lidiane pela parceria intensa que permeou um percurso de formação profissional valiosíssimo e uma amizade, assim como pelo convite que me fez para compor uma equipe de trabalho com sintonia ímpar.

A Carol pelas leituras sensíveis à intimidade dos vários textos, desde os mais

embrionários até os finais, extraindo deles o que ainda não estava sequer
formulado.

A Elaine pela agilidade, leveza e prestreza com que leu e retocou este texto nas
suas últimas versões.

Ao escrevermos, como evitar que escrevamos sobre aquilo que não sabemos ou que sabemos mal? É necessariamente neste ponto que imaginamos ter algo a dizer. Só escrevemos na extremidade de nosso próprio saber, nesta ponta externa que separa nosso saber e nossa ignorância e que transforma um no outro.

Gilles Deleuze

RESUMO

A reforma psiquiátrica brasileira, em consonância com as atuais políticas de saúde mental, aponta para a produção de cuidado enraizada no território do usuário como estratégia para aumentar a autonomia dos usuários e substituir os internamentos em hospitais psiquiátricos. No cruzamento entre esta perspectiva das políticas públicas e algumas passagens da experiência na assistência em um CAPS, buscamos elucidar embates vividos entre usuários, profissionais de saúde e outros atores, diante do desafio de produzir saúde mental em uma cidade interiorana do Nordeste. Cidadania, saúde mental e loucura se entrelaçam com o controle promovido a céu aberto, numa dinâmica onde não existem os muros do hospital psiquiátrico que demarcam até onde a liberdade é cerceada. Através da narrativa de algumas cenas do exercício no campo assistencial da saúde mental da cidade pesquisada, do resgate das políticas públicas brasileiras e da história produzida por Michel Foucault acerca da loucura e do nascimento da psiquiatria, procuramos assinalar resistências possíveis na experiência com o dito louco.

Palavras-chaves: Reforma Psiquiátrica, cuidado, controle, saúde mental, cidadania.

ABSTRACT

The Brazilian psychiatric reform, in line with the current mental health policies, points to the production of care rooted in the user territory as a strategy to increase the autonomy of the users and substitute hospitalizations in psychiatric hospitals. At the crossroads between this public policy perspective and some experiences in assisting at a CAPS, we seek to elucidate experienced challenges among users, health professionals and other actors, facing the challenge of producing mental health in a city in the northeastern. Citizenship, mental health and madness are interwoven with the control in an open pit promoted dynamics where there are no psychiatric hospital walls that demarcate where freedom is curtailed. Through the narrative of some scenes from the shocks of the mental health care field of the city surveyed, the rescue of brazilian public policy and history produced by Michel Foucault about the madness and the birth of Psychiatry, we point out possible resistances on the experience with people known as crazy.

Keywords: psychiatric reform, care, control, mental health, citizenship.

SUMÁRIO

Introdução	11
Primeiros passos rumo ao problema de pesquisa	12
Ferramentas para a construção de um problema	16
O percurso da problematização	25
Notas sobre a cartografia	32
Primeira aproximação com o campo:	
Descrição do município	36
Os verdes e os azuis: a cidade dividida	37
Sobre o funcionamento da unidade	39
Sobre a equipe	42
Instalações da unidade	44
Sobre o desmonte do Manicômio	47
Reforma Psiquiátrica brasileira	47
Paisagem das políticas públicas de saúde mental no Brasil	49
Desinstitucionalização da loucura	53
O fenômeno natural loucura: para um erro, uma solução	57
Por um olhar genealógico	60
Breve histórico da instituição hospitalar	75
Discussão	76
Segunda aproximação com o campo:	
Habitando um paradoxo: entre a produção de cuidado e a reprodução do controle	79
Tecendo uma rede de cuidados	81
Para gerar cuidado é preciso cuidar do trabalho	85
Congestão: o processo de trabalho em crise	94
Discussão final	97
Referências bibliográficas	99

INTRODUÇÃO

- “Ela também é?” – perguntou-me, um homem, com ar de surpresa e pesar, ao ver uma pessoa conhecida nos arredores da unidade de saúde mental onde conversávamos.

Confesso que não consegui responder sem hesitar. A sua pergunta insinuava algo exato e factual e a minha resposta não fazia par com ela. Minhas palavras não pareceram ter desfeito a sua impressão, apesar de haver uma tentativa de desfazer aquela pergunta tão incisiva. Quando ele foi embora, pareceu levar consigo o mesmo ar de surpresa de quando avistou sua conhecida.

Em outra ocasião, uma mulher que andava na rua parou e disse, em tom de protesto, para uma colega minha de trabalho: - “por que tem tanto doido na rua, se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) está funcionando?”. Sorrímos, eu e a minha colega, e explicamos para a mulher que aquele era um indicativo de que parte da função do CAPS estava sendo realizada.

Estas perguntas simples carregam questões a serem exploradas, problemas que incidem sobre a saúde pública brasileira, sobre os quais nos debruçamos nesta dissertação, em busca de saídas. Os problemas que buscamos enfrentar aqui são comuns e cotidianos. Eles se referem à contenção e exclusão da loucura realizada de diversas formas no tecido social. Esses problemas não estão somente materializados nos muros dos manicômios e na química dos medicamentos, mas se referem às contenções em forma de procedimentos jurídicos e administrativos, estão presentes na superproteção do familiar, na exclusão invisível do louco em meio à sociabilidade dos ditos normais. Ou, até mesmo, nos acolhimentos educados e polidos realizados por profissionais de saúde, bem como na organização das demandas de saúde mental das redes de serviços dos inúmeros municípios do Brasil.

A dimensão do cuidado à loucura foi proposta por diversos movimentos de trabalhadores da saúde, pacientes e familiares, desde o final da década de 1970, incidindo como crítica sobre o enclausuramento do dito louco nos manicômios. Seguindo este rastro histórico, avivamos a problemática que a própria condição de doente mental revela quando a ela a figura do louco é submetida. Dizendo de outro modo, chamamos atenção para as práticas de normatização postas no nosso tecido social através do conceito de doença mental, pois é nessa direção que tentamos colocar em cheque o modo como habitualmente é construída a relação com o louco, muitas vezes permeada pelo cerceamento, tutela e exclusão, desde quando o louco é considerado doente mental dentro das relações cotidianas.

Passadas quatro décadas de lutas pela democratização do país e mudanças no modo como se relacionam loucura e sociedade, os dispositivos que materializam as políticas

públicas de saúde mental brasileira enfrentam obstáculos consistentes entre os âmbitos da gestão e da atenção. São exemplos destes obstáculos a emergência dos serviços em uma cultura marcada pela patologização das experiências humanas, pela corrupção, por profissionais e usuários que agem na contramão da participação popular e da construção da autonomia destes últimos.

A dimensão das práticas em saúde mental é o ponto de partida e travessia por onde esta dissertação de mestrado se funda. Todo o corpo deste texto se articula com as práticas que vivi no campo da assistência em saúde mental, e parte da matéria que constitui este corpo se entrelaça com as experiências anteriores do campo da saúde pública brasileira, bem como os marcos teóricos que delas e com elas nascem. Desta forma, através de uma porção de memórias e análise de algumas passagens do trabalho realizado pela equipe de um CAPS, delineando dimensões teórico-práticas daquele plano de vivências, foi construído este trabalho.

Para colocar essa discussão em andamento organizamos o trabalho em cinco partes. Na primeira, apresentamos preliminarmente o referencial teórico que utilizamos para desenvolver a análise dos problemas, a metodologia, bem como o percurso pelo qual foi possível a construção dos problemas abordados. Na segunda parte, realizamos a primeira aproximação com o campo de pesquisa, através das memórias das experiências no campo da atenção em saúde mental na cidade pesquisada. Na terceira, trabalhamos os elementos teórico-práticos que constituem este campo com maior detalhe. Nesta seção são tratados os temas da Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização da loucura e o objeto “doença mental” é revisto, principalmente, à luz da análise histórica de Michel Foucault e da concepção de adaptação de Georges Canguilhem. A partir daí, preparamos a entrada para a quarta parte, quando são narradas algumas passagens da experiência e produzidas algumas problematizações com a cena local, sendo a quinta parte a discussão final desse estudo.

Primeiros passos rumo ao problema de pesquisa

Historicamente, o movimento da Reforma Psiquiátrica tem trazido contribuições ao modo como a nossa sociedade lida e concebe a loucura, evidenciando a construção, o exercício e a análise de práticas assistenciais que não mais admitem o enclausuramento e a afirmação da doença mental como elementos do cuidado.

Como consequência, resta, a nós, trabalhadores e usuários da saúde mental, o compromisso de inventar possibilidades concretas de cuidar do sofrimento humano com

respeito às peculiaridades de cada território existencial e à diferença. Assim, em vez do controle, a promoção de cidadania, e, da cura da doença, passa-se à problematização da figura do doente mental. Nesta perspectiva, busca-se abrir caminhos efetivos para saberes heterogêneos ante a tradicional psiquiatria, na direção da construção de cuidados como rotas de fuga contra a iatrogenia repetida há séculos por práticas do campo da saúde mental.

O contexto atual, que coloca os desafios da invenção e implementação de novos modos de cuidado, permeia e move a presente dissertação. Com o objetivo de analisar as práticas realizadas nos novos moldes de assistência preconizados pela Reforma Psiquiátrica, mergulhamos nas experiências de um CAPS¹, dando ênfase ao campo conceitual que ele carrega, enquanto um dos dispositivos do movimento da Reforma Psiquiátrica e das políticas públicas de saúde mental brasileira, promovemos a reflexão a respeito da produção de cuidados em saúde mental.

Quando colocamos em pauta a produção de cuidado em saúde mental, estamos nos referindo ao trabalho prestado por equipes que fazem funcionar unidades de saúde abertas. Diferente dos arcaicos, mas ainda presentes, manicômios ou clínicas que desenvolvem práticas em saúde mental em regime de internamento, as quais nomeamos aqui como clínicas fechadas.

As primeiras, já imbuídas do espírito da Reforma Psiquiátrica, foram criadas com a proposta de desenvolver cuidados voltados para o território do usuário que, ao ampliar os horizontes terapêuticos para o encontro com a vida pulsante das crises, mudanças, tristezas e alegrias do usuário² *na cidade*, estão postas para construir suas ações em saúde junto aos elementos concretos que fazem parte da existência de cada usuário ou grupo de usuários. Nesta perspectiva, busca-se transformar o *status* de paciente, frequentemente compreendido

¹ A partir do ano de 2001, o Estado Brasileiro, através da Lei Federal 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica, institui a política de Saúde Mental, tornando os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) o dispositivo substitutivo à intervenção centrada no hospital psiquiátrico. A Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002 estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad E CAPS ia, definindo-os por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Os CAPS são unidades de atendimento em saúde mental que encontram-se divididas em alguns tipos, de acordo com a dimensão populacional de cada município, a saber: CAPS I, de 20.000 a 70.000 habitantes, CAPS II, de 70.000 a 200.000 habitantes, CAPS III, acima de 200.000 habitantes, CAPS ad II (Álcool e outras drogas) mais de 70.000 habitantes e CAPS i II (Infância e adolescência) cerca de 200.000 habitantes ou outro parâmetro populacional, atendendo a critérios epidemiológicos. O público alvo dessas unidades são pessoas com transtorno mental severo ou persistente (AMARANTE, 2007).

² O termo “usuário” foi introduzido pela legislação do SUS (leis n. 8.080/90 e 8.142/90), de modo a destacar o protagonismo dessas pessoas na construção do projeto de saúde pública no país (AMARANTE, 2007). Ainda acerca da terminologia usuário, destacamos a força que a experiência da Itália exerce sobre a saúde mental brasileira. O termo italiano “utente”, que substitui o termo doente ou paciente, visa “carregar em si uma das propostas da psiquiatria democrática Italiana, a garantir a integralidade, enquanto pessoa, daquele que usufrui do serviço” (DELGADO, s/d, p. 16).

como passivo, em uma posição mais ativa, de quem faz uso dos serviços, de modo a construir a sua liberdade ou autonomia junto aos recursos disponíveis com ou sem a equipe de saúde. Produzir saúde, portanto, se torna mais a criação de novas possibilidades de viver que a compensação dos sintomas ou a adaptação à normalidade.

Já os manicômios ou clínicas fechadas, que têm o internamento como meio preponderante de tratamento, tendem a reter, conter ou, na melhor das hipóteses, monitorar o paciente. A intervenção fria operada pelo modelo de tratamento hegemônico³ realiza intervenções que mais controlam que impulsionam o paciente para os desafios relativos à sua vida.

Mais um passo à frente: as equipes de saúde mental e os usuários animam os locais de trabalho, assim como a estrutura arquitetônica diz respeito à proposta de trabalho das unidades, influenciando os fluxos e os atos das práticas. Porém, se a diferença entre a proposta de trabalho das unidades fechadas é, por um lado, marcada pela sua estrutura física e o modo como o processo de trabalho se concretiza no cotidiano dessas unidades, por outro, as práticas das equipes em unidades abertas correm o risco de reproduzirem o controle dos hospitais e das clínicas fechadas. A modulação da lógica de práticas em saúde que tendem a tutelar, infantilizar e patologizar as experiências dos usuários, nesse sentido, pode ser, paradoxalmente, realizada pelas equipes das unidades substitutivas ao manicômio.

Os avanços referentes ao processo de desconstrução dos manicômios são inquestionáveis. Não se trata de um relativismo indicar que a proposta de trabalho de uma unidade de saúde fechada e de outra aberta possam alternar entre si. Os manicômios, com sua estrutura física fechada e imponente, dificilmente farão a reversão do processo de trabalho a eles destinado. Já as unidades abertas, apesar de se erguerem sob a proposta de substituir o modo de operar manicomial, podem recair na repetição deste.

Devido ao fato de a lógica de tratamento manicomial ser disseminada pelo tecido social, nos encontramos diante de outro problema. O louco não precisa estar no manicômio para ser considerado como doente mental. Nas ruas, em casa, no ambiente de trabalho, encontramos exemplos dos impasses para se relacionar de forma menos excludente com a loucura. Se a substituição passa pela mudança nos moldes em que as práticas das equipes em saúde mental são realizadas, o próprio social demanda atenção e intervenção. Nessa direção, a assistência em saúde mental não se volta tão somente ao indivíduo que sofre, mas à vida na cidade. Desse

³ Por tratamento hegemônico, entendemos as práticas em saúde que se fundam na racionalidade biomédica, que fragmenta as associações entre sofrimento mental e cidadania através da ideia de doença mental, hierarquizando as práticas em saúde e sociais em nome da Razão, centrado nos atendimentos hospitalar e especializado.

modo, partimos para uma abordagem da loucura que não se restringe à área da saúde mental, mas à dimensão do social, da política e da história.

Entendemos que ao passo que a loucura é abordada por uma perspectiva estritamente da saúde, seja ela biológica ou psíquica, tem-se sérios prejuízos práticos. Além de uma tendência à repetição da lógica hegemônica que exclui e controla a experiência da loucura. O próprio nascimento da psiquiatria e das ciências humanas vem calcado exemplarmente como instrumento de saber e poder que opera e oficializa as práticas de exclusão.

Se apesar da estrutura arquitetônica das unidades abertas de saúde mental faz parte da lógica que está sendo operada por elas, as práticas de atenção destas equipes oscilam em seu potencial substitutivo, as clínicas fechadas ou os manicômios passam a ter o seu padrão revitalizado nas primeiras. Se o modo como operam as unidades substitutivas ao manicômio não produz um resultado, de fato, substitutivo, mas reproduz a lógica manicomial, deparamo-nos, então, com um problema que, talvez seja, também, uma saída. Pois, é justamente sobre esses padrões operacionais e as diferenciações deles que buscamos nos aproximar aqui, ao nos perguntar: como produzir cuidado em saúde mental sob a lógica não carcerária da produção de vida?

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um movimento rico em crítica aos modos arcaicos de tratamento psiquiátrico. Quando são propostas a desconstrução desses métodos e a construção de novas formas de cuidado em saúde mental, visa-se à emancipação da pessoa em sofrimento mental ou estigmatizada como louca para a posição de cidadão. Se existe uma classificação de doença mental que captura a pessoa e a torna inimputável (perda das obrigações e direitos como cidadão), a emancipação a que nos referimos diz respeito à invenção de várias “saúdes”, à experimentação de outros papéis sociais e à construção de outras cidadanias.

Cidadania, autonomia, laços socioafetivos, função laboral, sexualidade, são todos elementos que estão em pauta nas práticas de cuidado, de forma que a experiência da loucura extrapole os muros da doença mental e das práticas de tratamento clássicas, mesmo quando desenvolvidas nas unidades abertas.

Preocupamo-nos com a direção das práticas dos CAPS, uma vez que a substituição dos manicômios não está dada após a implantação deles no território brasileiro. Sabemos que a efetivação da função substitutiva passa, dentre outros aspectos, pela gestão do trabalho na unidade de saúde mental. Assim, para cumprir a sua proposta substitutiva, é preciso que os CAPS e outros dispositivos da Reforma Psiquiátrica brasileira extrapolem a simplificação repetida há séculos por modelos de tratamento pautados no objeto doença mental e

organizados verticalmente, mantendo a fragmentação entre profissionais e pacientes e entre quem pensa o trabalho e quem o executa.

As discussões que traçamos são nutridas em condições sociais locais, ao mesmo tempo que em relação a uma problemática posta em emergência diante de uma cena maior, a saber: a manutenção da hegemonia do modelo de tratamento clássico e o assentamento de uma naturalização da Reforma Psiquiátrica como algo já posto e constituído.

Partamos agora em direção à apresentação dos conceitos-ferramenta que encontramos no decorrer do processo de pesquisa e que nos foram úteis para pensar problemas e enfrentar desafios teórico-práticos envolvidos na complexa relação entre a loucura e a sociedade.

Ferramentas para a construção de um problema

Durante a construção da dissertação foram encontrados alguns elementos teóricos úteis para abordar e desenvolver questões que giram em torno das estratégias de cuidado em saúde mental, atualmente colocadas em prática com as políticas públicas brasileiras. Como verdadeiras ferramentas para o trabalho teórico, os conceitos nos convidam a pensar e nos posicionar frente a algumas situações do cotidiano.

Começamos pela perspectiva que leva em consideração a construção histórica e social da loucura. Tomando como base, principalmente, a análise foucaultiana, encontramos no período compreendido entre os finais dos séculos XVIII e XX, o manicômio, no ocidente, como principal meio de tratamento para o louco (FOUCAULT, 2004; 2006). Passado este momento, serão erguidos questionamentos acerca dos seus objetivos: sua eficácia enquanto agente terapêutico e sua função na trama social. A sua fórmula e a sua forma entram em crise.

Não que críticas semelhantes quanto ao modo de tratamento por ele operado sobre as pessoas não houvesse sido feitas anteriormente. Há séculos já era posto em cheque o sequestro realizado por instituições de saúde fechadas, tais como o manicômio e o hospital geral (CASTEL, 1978). O detalhe é que o contexto social da segunda metade do século passado acolhe as críticas a esse tipo de instituição de forma diferenciada, quando o cenário das práticas de saúde mental em diversos países do mundo ocidental e do oriente começa a se modificar.

No Brasil, a construção de formas de cuidado pautadas na crítica ao tratamento manicomial e em experiências de modelos substitutivos bem sucedidos em outros países começa a aparecer a partir do final da década de 1970 (AMARANTE, 1995; DELGADO et al., 2007). No texto de justificativa da lei da Reforma Psiquiátrica, enviado para o Senado

brasileiro mostra-se clara a proposta de desmonte e substituição dos manicômios e o modo como estava posto o problema na época, como segue:

“O hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais, seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer. Em todo o mundo, a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos. A experiência italiana, por exemplo, tem demonstrado a viabilidade e a tactibilidade da extinção dos manicômios, passados apenas dez anos da existência da “Lei Basaglia”. A inexistência de limites legais para o poder de sequestro do dispositivo psiquiátrico é essencial à sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coerção” (Deputado Paulo Delgado, Sala das Sessões, 1989).

Durante a década em que articulações no plano legislativo da política nacional de saúde mental e sanitária eram feitas, surgem novas experiências nas intervenções sobre o sofrimento mental, que pretendem se afastar dos parâmetros adotados pelo Manicômio⁴.

Se por um lado a clausura inerente ao tratamento nos manicômios vem regredindo, à medida que outras unidades de saúde são implantadas nas cidades do Brasil, surgem novas possibilidades para a produção de cuidado, bem como novos desafios e a repetição de problemas antigos, por vezes, em versões atualizadas.

Para que haja o Manicômio, torna-se necessária a figura do doente mental. Em outras palavras, para que seja justificada a existência da instituição manicomial é preciso um objeto que lhe seja compatível e abordável. O louco ganha o rosto de doente mental junto ao nascimento da psiquiatria (FOUCAULT, 2004; 2006). Essa afirmativa coloca em jogo a história dos próprios serviços de saúde mental e demarca a proposta da transformação desses serviços através da substituição do Manicômio.

Para que a função substitutiva seja efetuada não basta tratar o doente mental, mas restituir ou reinventar a experiência da loucura em meio à hegemônica figura do doente mental no campo das práticas sociais. Ou seja, não basta cuidar do sofrimento mental, pois diante desta perspectiva, a prática em saúde ganha uma direção diferente, ou melhor, esta última amplia-se para a produção de saúde diante da afirmação da diversidade ao invés de reduzir-se ao tecnicismo minimizador de sintomas ou anormalidades.

⁴ A partir de então usaremos Manicômio com letra maiúscula para indicar a instituição manicomial, tal como os italianos Franco Rotelli, Ota de Leonardis e Diana Mauri (2001) nos descrevem: “É o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto ‘doença’” (p. 30).

Não concebendo a doença mental como um fato orgânico ou psicológico, mas o efeito de uma produção social que atinge o seu ápice com a modernidade (MACHADO, 1981; FOUCAULT, 2004), associa-se a instituição psiquiátrica ao processo de patologização do louco. Esse processo sócio histórico, por sua vez, não corresponde ao desvelamento da experiência da loucura, mas ao primado da razão, como uma organização disciplinar e classificatória dessa experiência.

Seria confortável reconhecer no passado as formas das patologias que hoje nos são familiares. Encontrar nos comportamentos de pessoas em séculos passados vestígios das categorias de patologias mentais formuladas nas últimas décadas pode soar natural, porém, sobre isto, Foucault (2004) aponta a incongruência em reconhecer na ciência o porto seguro onde se encontra a verdade da loucura: sustentáculo para procedimentos de cura e de controle na malha social.

O resgate da história da loucura e da psiquiatria não é apenas um debate teórico. Os discursos de verdade sobre a loucura se concretizam no Manicômio: rede difusa na trama social, que incide sobre a normalização do homem através da sua verdade negatizada - a loucura.

No afã de curar e de tratar a loucura, as práticas “psi” naturalizam cotidianamente a loucura como sinônimo de doença mental através de “uma fabricação do rosto do paciente que funciona em oposição ao rosto normal” (MOURA, 2011, p. 161), revelando-se enquanto práticas acrílicas e reafirmando a sua função de controle. O suposto esclarecimento da loucura pela ciência corre em vias de uma descaracterização da primeira feita pela segunda, ao invés do pretendido desvelamento da loucura pela razão.

A relação entre o campo “psi” e essa descaracterização da “desrazão” que se concretiza em diferentes relações de domínio (FOUCAULT, 2001) nos chama atenção. Roberto Machado (1981), ao fazer uma leitura da História da Loucura de Michel Foucault, diz que a abordagem deste trabalho se revela através de uma hipótese em que:

“... o que demonstra Foucault é que o saber sobre a loucura não é o itinerário da razão para a verdade, como é a ciência para a epistemologia, mas a progressiva descaracterização e dominação da loucura para sua cada vez maior integração à ordem da razão. Eis o que é a história da loucura: a história da fabricação de uma grande mentira” (Ibid., p. 94).

As histórias construídas acerca da loucura, tomando como base, principalmente, os trabalhos de Michel Foucault, nos favoreceram pensar os novos arranjos de trabalho que apontam para práticas de cuidado recentes, imbuídas pelo objetivo de desmontar os pequenos

Manicômios existentes nas relações entre a experiência da loucura, a cidade e os serviços de saúde mental abertos.

O corpo profissional que constitui os novos arranjos de trabalho, enquanto campo psicossocial está posto através dos serviços abertos com a proposta de gerar interferências entre os modos de vida e as práticas de cuidado.

O desmonte secular das práticas calcadas na perspectiva de tratamento da figura do doente mental passa, necessariamente, pela quebra ou ruptura do controle enquanto método de cuidado e construção de saber. Se do Manicômio foi possível ler a realidade do louco enquanto alienação mental através da disciplina exercida nos espaços fechados e regradados das salas de tratamento e pátios; se observá-los com a objetividade necessária para criar uma classificação das patologias, com os seus respectivos prognósticos e possibilidades terapêuticas; se a neutralidade desse olhar pôde executar a formalização do conhecimento reconhecido como ciência médica (FOUCAULT, 2006, p. 4-5), hoje, desmontar o Manicômio significa experimentar a relação com os doentes mentais através da ênfase em relações mais horizontais, tanto dentro quanto fora dos serviços de saúde mental, bem como construir arranjos de trabalho que dialoguem com o campo existencial de cada usuário e que estejam pautados na gestão participativa da oferta desses serviços de saúde. Desse modo, a própria estrutura verticalizada do Manicômio passa a ser desconstruída, desde a relação entre os profissionais de saúde, até os profissionais que não compõem a chamada equipe técnica, chegando aos usuários.

Como já dissemos anteriormente, se o tratamento do doente mental remete à cura, o cuidado em saúde mental aponta para a produção de cidadania como a porta de saída para a remoção de um rosto amalgamado pela longa história da relação entre a loucura e os diversos mecanismos de dominação (jurídico-administrativo, prisional, terapêutico, educacional, etc.).

A lógica do tratamento que trilha na associação linear doença-cura ou “problema-solução” (ROTELLI et al., 2001; MOURA, 2011; BASAGLIA, 2001) se efetua como modo de operação diante do doente. O objeto doença mental é simples por perder a sua ligação com a vida concreta, a experiência existencial de cada pessoa. A complexidade à qual a experiência concreta que cada um revela desconecta-se da doença, desde quando esta se situa no plano representacional e classificatório. Justamente através da racionalidade biomédica, recurso terapêutico fundamental na operação de tratamento manicomial, a abstração encontra o seu expoente.

O conceito de “existência-sofrimento” (ROTELLI, 2001; AMARANTE, 1995) como plano de imanência constitutivo de um adoecimento encarnado na vida cotidiana contrapõe à

perspectiva manicomial da doença mental e produz um campo potencialmente diferenciado na relação profissional-usuário.

Desde que entendido que o objeto doente mental, objeto de tratamento do agente terapêutico manicomial, ganha contornos bem definidos e reduzidos, a problematização da ideia de cura se torna a própria direção frente a qual se começa a enfrentar um tratamento enquanto problema.

A estratégia hegemônica de intervenção em saúde afirma o controle ao pautar as suas ações sobre objetos pré-definidos: doenças representadas através de conceitos-diagnósticos. Os sistemas de classificação das doenças não são tomados como problemas em si, mas o efeito deles operacionalizados em práticas em saúde diante desses objetos. O paradigma biomédico é posto em ação incidiosamente como decalador de sintomatologias, através de formas identificadoras no tecido social por meio da avaliação psicopatológica. Através do decalque, a concepção de doente mental subtrai a experiência existencial em curso da potencial relação profissional-usuário. A reconstrução social do usuário, defendida pela prática da psiquiatria democrática italiana (ROTELLI, 2001), em detrimento da perspectiva de cura, deste modo, é apontada como pista para a desconstrução do Manicômio.

Compreendendo o Manicômio como algo aquém/além dos muros dos hospitais psiquiátricos, nos termos de algo fluido e difuso, que faz parte da cultura, que está nas relações entre as pessoas, compondo o campo científico e passando tanto pelos textos quanto nas intervenções de profissionais, o trabalho proposto nas unidades de saúde envolve o enfrentamento dessa dimensão do problema. Não se refere mais somente ao obstáculo imposto pela clausura de dentro dos serviços de saúde mental, mas também ao controle e à exclusão do louco a céu aberto.

Nessa direção, os serviços abertos propostos para a substituição do Manicômio funcionando com as portas destrancadas, frente ao trabalho de desmontar o Manicômio que o ronda, que passa por dentro das suas estruturas físicas, permeia a ação dos profissionais e usuários. O modo como o trabalho é realizado, a forma como se dão as relações entre as pessoas dentro dos serviços, como é realizada a gestão dos serviços, o tipo de oferta desenvolvida pelas equipes, bem como a lógica que elas operam na dinâmica dos serviços, o quanto existe de intercâmbio entre a vida na cidade e os serviços, levando em conta a qualidade dessas trocas, todos esses fatores dizem da realização desse desmonte ou da sua manutenção.

A cronificação do desejo dos profissionais em resgatar a saúde dos usuários através da cura, ao passo que não se dão conta que esse movimento é gerador de modulações do

Manicômio nos serviços abertos, colocam em perigo a proposta de desmonte resgatando-o lenta e cotidianamente.

Por essa via, chamamos atenção para a mudança, de acordo com Joana Angélica M. Oliveira, da tríade doença mental – tutela – manicômio para a tríade doença mental – controle – serviços abertos (OLIVEIRA, 2006, p. 20). A crítica ao manicômio realizada desde meados do século passado em diversos países da Europa serve de sustentáculo para os novos embates postos em cena com os serviços abertos no Brasil.

A repetição modulada pela lógica do tratamento manicomial tem se apresentado nos arranjos de trabalho recentes. Quando dizíamos mais acima que o Manicômio surge hoje “nos termos de algo fluido e difuso” e “aquém/além dos muros dos hospitais psiquiátricos”, apontávamos para essa mudança. A tecnologia de tratamento no manicômio (com “m” minúsculo) utiliza a contenção física como eminente componente terapêutico, ao passo que nos serviços abertos e outros dispositivos se tende a produzir a manutenção da lógica manicomial modulada como controle em rede e na gestão da dependência dos usuários em relação aos serviços.

O conceito “manicômios mentais” usado por Leila Machado e Maria Cristina Lavrador, nos apoia para pensar os desafios de enfrentamento do controle em rede e da dependência gerada no cotidiano pelos serviços abertos. Elas entendem tal conceito como:

“um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele” (MACHADO & LAVRADOR, 2002, p. 2).

Além desse desejo, a manutenção da lógica manicomial se difunde pelo tecido social, junto aos serviços abertos, compondo com os espaços da cidade uma malha difusa de controle. Nessa dimensão do problema a exclusão e a opressão tornam-se ardilosas e camufladas: o Manicômio se confunde na paisagem.

Como exemplo da possível naturalização dos manicômios mentais, trazemos a inclusão social como uma pauta usada em larga escala nos dispositivos de cuidado que materializam a proposta de desmonte do Manicômio. Se de um lado o problema do desmonte remete ao perigo dos manicômios mentais serem reiterados nos modos naturalizados de se relacionar com o louco, há, do outro lado, práticas e modelos de cuidados calcados na inclusão que não levam em conta a desinstitucionalização do louco no social.

A inclusão dos indivíduos, diante de uma estrutura social impregnada pela lógica manicomial, demanda algumas reflexões. Pensar em incluir, no caso das minorias, como o é a do louco, exige uma prudência para que não sejam reforçados os termos de uma normalidade que é também força motriz da criação dos Manicômios. A inclusão na norma é uma forma de exclusão da diferença, através de mecanismos diversos. Por isso, o processo de desmonte do Manicômio leva necessariamente na sua prática ao movimento inventivo.

Concordamos com Magda Dimentein e Alex Alverga (2006) acerca da necessidade de se realizar um “processo de desinstitucionalização do social” como ampliação das práticas calcadas na inserção social. Desse modo, se propõe instaurar práticas com a perspectiva de vitalizar as diferenças como existências possíveis, em detrimento de contribuir para a manutenção da exclusão dos excluíveis. Nas suas palavras, a desinstitucionalização do social é mudar:

“... nosso apego às formas de vida institucionalizadas, onde é preciso produzir um olhar que abandona o modo de ver próprio da razão, abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão, e fundante da sociabilidade capitalista, mas também instigar a desconstrução cotidiana e interminável das relações de dominação” (p. 303).

A própria noção de adaptação ou reabilitação que normalmente assume a direção de ajuste do indivíduo ao meio, por vezes impregnada nas estratégias de inclusão social, leva naturalmente o choque homogeneizante diante da larga cultura patologizante como parte da sua efetivação. Mas, se desinstitucionalizar é desmontar e inventar, desinstitucionalizar a loucura é ao mesmo passo produzir cidadania e saúde em outras direções, deixando assim o caminho da adaptação como algo relativo e potencialmente reprodutor da lógica que nos propomos suplantar.

O modo como é trabalhada a adaptação em “O normal e o patológico” (1963-1966), de Georges Canguilhem, afirma essa direção não unilateralmente normativa do conceito de adaptação. Primeiramente, ele usa um argumento negativo, ao indicar que a adaptação em relação ao homem frente à sociedade converge como uma adesão a uma regra geral ou local dominante. Sendo assim, a normalidade se torna compatível a uma atitude de submissão por parte do homem frente ao seu meio (p. 230-231). Mais adiante, ele soma que na relação organismo-meio há um “recolhimento” das influências do meio por parte do organismo, ao invés do primeiro “sofrer” influências do segundo. Assim, ele propõe a perspectiva de que numa relação organismo-meio, o meio está “centrado no organismo”, ou seja, o organismo

“estrutura seu meio ao mesmo tempo que desenvolve suas capacidades de organismo” (Ibid., p. 231).

O caminho aberto por Canguilhem nos apoia para chamar atenção acerca dos perigos que apontam as terapêuticas “ortopédicas”, ou seja, intervenções que procuram remontar ou reparar a função dita “normal”, anterior a um rompimento. Nesses casos, a concentração da intervenção se encontra na normalização, onde os processos de singularização e diferenciação são menosprezados enquanto erros, doença e anormalidade.

“A definição psicossocial do normal a partir do adaptado implica uma concepção da sociedade que o identifica sub-repticiamente e abusivamente com o meio, isto é, com um sistema de determinismos, apesar de qualquer relação entre o indivíduo e ela, já contém normas coletivas para a apreciação da qualidade dessas relações. Definir a anormalidade a partir da inadaptação social é aceitar mais ou menos a ideia de que o indivíduo deve aderir à maneira de ser de determinada sociedade, e, portanto, adaptar-se a ela como a uma realidade que seria, ao mesmo tempo, um bem. [...] Se as sociedades são conjuntos mal unificados de meios, podemos negar-lhes o direito de definir a normalidade pela atitude de subordinação que elas valorizam com o nome de adaptação” (CANGULLHEM, 2011, p. 231).

Os procedimentos que tem como orientação a adaptação, segundo a concepção de adaptação de Canguilhem, encontram-se na direção de submissão diante do social. A normalidade e a doença perdem radicalmente os contornos que as separam, valorizando a primeira em detrimento da segunda.

Levando em conta certa prudência no uso das estratégias de inclusão social, tais estratégias podem revelar-se potentes desinstitucionalizadores da loucura, já que atentas à necessidade de pôr em sintonia o movimento para desconstruir a hegemônica exclusão da loucura no seio social.

Eduardo Mourão Vasconcelos, por outro lado, aponta para o modo como os profissionais de saúde e saúde mental no Brasil e na América Latina operam suas práticas, carregando uma cultura terapêutica acentuada (VASCONCELOS, 2000). Ele entende por cultura terapêutica o modo de operar que “ênfatiza o papel do profissional no processo de tratamento e cura, em detrimento de dispositivos de cuidado mais horizontalizados” (p. 175). Essas características comumente observadas nos serviços públicos e privados incidem diretamente no desafio do desmonte do Manicômio.

Calcada neste padrão de relacionamento, a construção das práticas em saúde cada vez mais estabelece o poder nas mãos do profissional, enquanto detentor de um saber que pode suplantar a doença. O protagonismo profissional, nesse sentido, tende a promover uma

diminuição da expansão da vida por não enfatizar o outro como arquiteto do seu modo de vida e na coparticipação da construção das práticas dos serviços e projetos terapêuticos. Conseqüentemente, os arranjos de trabalho perdem cada vez mais a capacidade de autogerir os seus espaços e práticas coletivos, bem como as ações individuais; espaços estes que deveriam envolver a participação dos usuários na sua construção, segundo indicam os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009) e diversos autores (CAMPOS, 2010; VASCONCELOS, 2000; MERHY, 2007).

Em vias de pensar maneiras de produzir arranjos de trabalho em saúde pautados em uma lógica mais horizontal, aponta-se como apoio a noção de “intersecção partilhada”, formulada por Emerson Elias Mehry (2007). A intersecção é entendida aqui como o encontro entre dois elementos em um dado momento. A concepção de intersecção trazida por Mehry é a do encontro que só se efetiva através do contato de dois ou mais elementos em ato, não sendo realizável senão através e no encontro em dado momento no espaço e no tempo (Ibid. p. 14-13).

Com o objetivo de explicar o conceito, o autor dá como exemplo o trabalho do marceneiro e do profissional de saúde. Entre essas duas práticas profissionais pode-se distinguir de forma clara a intersecção partilhada e a intersecção do tipo “objetal”. No caso do marceneiro, o trabalho final não demanda interferência do cliente. Como é o caso da construção de uma cadeira. Dotado do conhecimento e de posse dos materiais necessários para construir o objeto, o profissional terá a sua prática distanciada do cliente até que seu trabalho final esteja pronto. Já o trabalhador do campo da saúde, que tem como parte fundamental para a efetivação da sua tarefa o usuário, seus procedimentos encontram o corpo do usuário enquanto meio *com* o qual as suas práticas serão materializadas.

Apesar da distinção acima ser bem definida diante do exemplo dado, o autor chama atenção sobre a existência de graus de intersecção nos diversos trabalhos realizados, por diferentes categorias profissionais. Nesse sentido, as intercessões do tipo objetal no campo da saúde mental “realizam-se com intensas perdas quanto ao mútuo processo instituinte, contido no momento da produção e consumo de atos de saúde” (MERHY, 1996, p. 16).

Dentro do âmbito do trabalho em saúde mental, encontramos diversos nuances que nos mostram os perigos de repetição enfrentados diante do desmonte do Manicômio. Até então temos algumas ferramentas teórico-práticas e alguns desafios acerca da desinstitucionalização da loucura, sendo possível ter indicativos para o trabalho que se coloca a frente para quem experimenta o campo da saúde mental.

O percurso da problematização

Como foi apresentado acima, a presente pesquisa encontra-se ancorada nos planos teórico e prático, enquanto forma de produção de conhecimento conectado com o real. Por um lado, tratamos de uma experiência da qual fiz parte dentro do campo da Saúde Pública e da Reforma Psiquiátrica. De outro, encontramos concepções teóricas que nos guiam e funcionam como ferramentas para a formulação e enfrentamento dos problemas relativos ao campo da saúde mental.

Mas antes de adentrarmos na problematização em si, uma breve contextualização do trajeto que percorri no campo da saúde mental. Tive a oportunidade de trabalhar em dois CAPS, ambos situados em um estado do nordeste do Brasil, em municípios fora da capital. Porém, ainda na graduação eu havia estagiado durante um ano em um dos manicômios da capital. Seis meses devido a uma matéria de psicopatologia do curso de psicologia, matéria esta obrigatória, e outros seis meses por via de um estágio que abriu seleção para poucos alunos. Vivenciar o manicômio foi algo marcante, diante da condição de higiene em que aquelas pessoas se encontravam, com os laços sociais rompidos, principalmente no caso dos moradores da instituição, o alheamento com relação à vida lá fora, os corpos juntos meio que sem função, descolados dos seus lugares para passar por um tratamento.

No período referente ao estágio curricular, eu tinha a visão voltada para os processos psicopatológicos, mas algo a mais me tocava. Aquele ambiente sinistro de alguma forma me atraía. Hoje é interessante lembrar do primeiro dia do estágio em psicopatologia e a imagem que eu pude fazer daquela unidade de saúde e do encontro com a loucura, se assim posso dizer.

No primeiro dia de estágio, eu cheguei atrasado, me deparando com a recepcionista, que indicou, sorrindo, a ala onde a turma se encontrava: “*no segundo andar, na grade à direita, depois da escada do refeitório*”. Depois que a sua explicação terminou, fiquei alguns segundos me deparando com aquela distância. Naqueles instantes o encontro acontecia. Desde ali, entre eu e a ala masculina de agudos, o medo surgia. Ela percebeu o que se passava e rindo me perguntou: “*tá com medo?*”. Eu já estava ali e não me permitia voltar, então respondi que não e fui.

A experiência desse estágio me atraiu. Depois dos primeiros momentos tensos, eu vi que havia muita vida ali dentro e muito sofrimento também. Visitei outros espaços do hospital e, no fim das contas, tive vontade de voltar até lá novamente, o que aconteceu no estágio subsequente.

Olhar para trás e entrar em contato com essa experiência hoje, diante de um trajeto no campo da saúde mental, é bem interessante. Até aquele momento eu não havia me relacionado com nada da Reforma Psiquiátrica ou da luta antimanicomial. A primeira coisa que me veio foi o medo e uma sensação de imprevisibilidade ao fitar os olhos dos pacientes, diante do desconhecido contato com a loucura, representada no hospital. O lugar do doente mental é claro: perigo, isso eu sabia, sem fazer esforço de pensamento.

Mais adiante, depois desse contato com o manicômio, passados cerca de quatro anos, entrei em um curso de especialização em saúde mental de uma faculdade da capital do estado. Lembro-me de ter pesquisado sobre os cursos disponíveis na região, que somavam o número de quatro. Dois deles vinculados a programas de instituições de educação públicas e os outros dois ligados a instituições particulares. Diante das características das ementas de cada um deles, terminei visitando o curso de uma das públicas, mas me vinculando, no fim das contas, ao curso de uma das particulares. Este último me chamou atenção por conta da abordagem não ser voltada a um campo mais específico, fosse a psicanálise ou através de uma concepção voltada ao conhecimento biomédico, como se apresentavam os outros.

O programa escolhido abordava a saúde mental por uma perspectiva crítica, tomando-a como uma produção datada histórica e socialmente, mas não como fatos estabelecidos fora de um enredo histórico e social. O curso apresentou através da análise história e política as práticas em saúde, em diferentes momentos e espaços. Os estudos produzidos por Michel Foucault (2004) e Robert Castel (1978) com o foco na Europa, Paulo Amarante e Roberto Machado, além de outros que abordaram o tema da saúde mental no Brasil, desfazendo a concepção clássica de tratamento, ao desenvolver a história da sua constituição, ao longo do tempo, enraizada no tecido social. Por um lado, o empreendimento dos autores que abordam o tema da saúde mental através de análises sócio-históricas mostra as ligações das práticas com a normalização. Por outro, a experiência Italiana da reforma psiquiátrica da década de 1960 e 1970, com Franco Basaglia (1985) e outros, carregava o vigor de uma luta pela produção de novas maneiras de fazer a saúde mental. A indignação exposta nos relatos dos italianos e a preocupação em serem construídas novas perspectivas práticas para o trabalho em saúde mental dava nortes a serem perseguidos. De modo semelhante, os trabalhos realizados pelas equipes de saúde mental na cidade de Santos, descritos por Lancetti (2009), têm o tom de invenção e a experimentação de quem desbrava o que ainda não está posto.

Este campo era novo para mim. Primeiro, a desconstrução da ideia hegemônica, e ingênua, de tratamento por meio da história, ligando-a a modos de controle, tutela, exclusão, opressão, violência e morte. Segundo, a produção de novos cuidados pautados no desmonte

das relações de poder do Manicômio e centrados no território existencial dos usuários. Ambas as direções impelidas por movimentos sociais e experiências coletivas multinacionais, tais como as democratizações com a derrubada de governos ditatoriais, tal qual o caso do Brasil e de outros países, ou episódios destruidores como as experiências dos campos de concentração da Segunda Guerra Mundial e do Nazismo, expressos nos escritos italianos, ou ainda diante de movimentos revolucionários como o maio de 1968, na França.

A oportunidade de entrar em contato com o campo conceitual da Reforma Psiquiátrica, através da especialização, foi paralela à minha primeira experiência de trabalho em um CAPS. O fato é que através dos estudos e da experiência no CAPS, me vi fazendo perguntas acerca da desinstitucionalização da loucura. A psicologia à qual eu havia sido apresentado e me vinculado estava sendo modulada por outras idéias e práticas. Durante esse momento, o trabalho técnico em psicologia não só se aproximava dos meus posicionamentos políticos como o entrelace deles era enfatizado, tornando-se elementos indissociáveis do processo de produção de conhecimento, prática em saúde e de subjetividade. A junção entre esses elementos no trabalho, sejam eles voltados a questões teóricas ou formulados em direção às práticas, possibilita que as relações entre desejos e inquietações que temos sobre a vida sejam incluídas, tornando-se parte declaradamente constituinte dos fazeres. O tecnicismo científico tende a sua diluição no campo, ao se deparar com esse campo *com* o qual produz suas práticas e não *sobre*, como afirmam Alvarez e Passos (ALVAREZ & PASSOS, 2009, p. 148) ao abordarem a importância do cultivo do território como pista para o trabalho de pesquisa.

Os questionamentos acerca da desinstitucionalização se dirigiam para algumas direções: uma delas era a minha própria prática. A neutralidade e a objetividade da psicologia clínica que eu conhecia encontraram outros enveredamentos diante dos *settings* “sujos”. Sujos no sentido de estarem abertos e hiperconectados com o território existencial do usuário e não isolados por salas de atendimento, tendendo a compor análises psicológicas insípidas.

Neste período, eu já atuava no primeiro CAPS e me perguntava se as práticas realizadas naqueles serviços punham os procedimentos autômatos (leia-se tecnicistas) em questão e se eles apontavam para verdadeiras desmontagens do aparato manicomial. O modo como o trabalho era operado chamava atenção, na medida em que a burocracia e a relação que a assistência mantinha com a dinâmica do controle, aproximando-se de relações marcadas pela tutela. O modo com que os usuários se relacionavam com o serviço e com o que havia fora dele passava frequentemente pela ordem do tratamento.

Por sua vez, as redes socioafetivas, enfatizadas como ferramenta do trabalho territorialmente orientado, que visa à construção e fortalecimento de vínculos e à promoção da

autonomia do indivíduo, quando vinculadas a relações entre os usuários e profissionais com a marca do controle e da tutela, terminam por consolidar a ampliação da dependência dos primeiros pelos segundos, minimizando a emancipação do usuário enquanto cidadão.

A noção de desinstitucionalização fundada nas práticas em saúde mental é uma grande e contínua questão que põe em movimento a Reforma Psiquiátrica, por tocar-lhes em um ponto basal: a substituição do tratamento manicomial. A partir dessa premissa foram criados dispositivos substitutivos ao manicômio com a proposta de afirmar novos modos de cuidado.

Abrir as portas do manicômio é o primeiro passo para planejar e experimentar serviços de saúde abertos. O segundo passo seria, então, abrir os canais de comunicação entre o que há dentro da unidade substitutiva e o que permanece além dos seus muros, frente a apostas em intervenções pautadas no território do usuário para daí serem disparados novos processos de transformação na relação entre sociedade e loucura. Ou seja, a direção das práticas de desinstitucionalização nos serviços substitutivos diz respeito à expansão das práticas nas unidades em direção ao território (substituição das unidades fechadas de tratamento) e dos atendimentos voltados ao controle para modos de cuidado em sintonia com a produção de autonomia, confrontando, assim, exatamente com a associação existente entre a figura do louco com a do doente mental (transformação do modelo de tratamento em processos de cuidado).

Ao ingressar no mestrado, a questão formulada para dar início à presente pesquisa era a seguinte: quais são os limites da clínica frente à desinstitucionalização da loucura? Essa formulação estava diretamente ligada ao envolvimento que tive com o campo da saúde mental, mais especificamente voltado ao arranjo de trabalho que eu estava imerso.

Convidado para trabalhar em um CAPS do interior de um estado do nordeste, me vi rodeado por alguns profissionais que estavam sedentos por novas experimentações. Havia um clima de confiança e renovação se formando na equipe. Pudemos perceber isso principalmente entre a equipe técnica, que de alguma forma fazia as práticas e as diretrizes iniciais rodarem.

Durante dois anos desenvolvemos algumas mudanças na unidade, tomando como base a noção de cogestão, que aumentava significativamente a participação dos “profissionais não técnicos” e dos usuários nas decisões da unidade, assim como realizando uma intensa articulação entre redes de cuidado, que produziu a diminuição de internações do município para zero no primeiro ano, mantendo esse índice muito baixo durante o segundo. Outra mudança realizada na unidade foi a diluição da função terapêutica da equipe por entre os profissionais não técnicos, bem como colocando em pauta a participação dos usuários no

planejamento do cotidiano da unidade de maneira que o poder passou a circular mais fluido entre os atores em desse espaço.

O que havia de mais potente nesse grupo não estava ligado a uma habilidade individual ou às habilidades individuais, mas à capacidade de trabalhar junto. Um dos técnicos disse certa vez: “tínhamos, naquela época, o privilégio de não precisarmos competir entre nós mesmos”. O nível de competitividade era baixo entre os técnicos de nível superior, o que possibilitou a criação e a manutenção de redes de relacionamento aquecidas dentro e fora da unidade. É realmente um privilégio poder trabalhar com as defesas mais baixas. Desta maneira, a comunicação e a criatividade ganham corpo, no caso, em redes de cuidado densas.

Através da experiência vivida desde 2007, quando tive contato pela primeira vez com a área da saúde mental, os protocolos de atendimento me geravam certo incômodo, pois além de organizar o trabalho e criar certa funcionalidade, esses procedimentos engessavam o trabalho e diminuía a potência das equipes. Percebi que as experiências concretas do período entre 2009 e 2010 me deram munição para desenvolver respostas para questões práticas e teóricas acerca dos protocolos de atendimento.

Eu havia visto protocolos de atendimento postos em prática para selecionar quem deveria ser atendido ali e quem teria outro espaço como via de atendimento, ao mesmo tempo em que havia processos de trabalho que encontravam limites na atenção por conta dessas formas estanques de trabalhar. Cerceados por naturalizações de quadros clínicos ou doenças crônicas, levando pessoas a serem assistidas pelas unidades de modo que com o passar do tempo eram esquecidas (contanto que se mantivessem assíduas nas atividades). Em outras palavras, a minha pergunta era posta como: quais elementos estão em jogo no processo de trabalho das unidades de saúde mental que facilmente identificam, rastreiam e ofertam atendimento a algumas experiências e não a outras? Essas formulações emergiram de experiências vividas no segundo CAPS onde trabalhei. Elas surgem quando alguns casos que acompanhávamos nos colocavam frente a limites de intervenção, diante de tentativas que se mostravam insuficientes na construção de mudanças.

Um desses casos, que eu chamava de casos-limite, foi o gancho para esse questionamento, pois havia meses que nós, equipe da citada unidade, nos debruçávamos sobre ele, apesar do desenrolar do caso não ser positivo, ou como esperávamos naquele momento.

Aproximemo-nos um pouco mais dessa experiência, pela importância que teve no desenvolvimento do trabalho que estava sendo desenvolvido na unidade e, conseqüentemente, para o processo de formação deste estudo. Tratava-se de um rapaz que ainda não havia alcançado a maioridade e caracterizava-se por relacionar-se com pessoas através da força

física e o uso da violência. Em dado momento do acompanhamento, havia-se construído um ciclo de ameaças e conflitos entre ele, a equipe da unidade, as pessoas da comunidade e os usuários do CAPS, que nos conduziam a alguns limites para que a produção do cuidado se consolidasse. Foram tentadas diversas formas de atendimento: em grupo, individual, em espaços mais abertos, tais como as assembléias, visitas domiciliares e em conjunto com a sua família. Porém havia um limite no cuidado.

Quando a própria equipe do CAPS passou a ser ameaçada e a equipe do Conselho Tutelar municipal passaria a não mais atendê-lo, por conta da sua idade, que beirava os dezoito anos, nos vimos diante de um impasse. Ele já acumulava diversas queixas formais no setor da justiça, bem como queixas informais espalhadas pelas redondezas. Temíamos pela possibilidade do jovem se manter em confusões ao redor da cidade e ser chamado pela Justiça a responder por seus atos, de modo que o seu destino poderia ser o de um louco infrator: ser internado em um Hospital de Custódia e Tratamento (HCT). Até aquele momento, já havíamos mantido contato com a Promotoria Pública da comarca do município para prevenirmos essa possibilidade, que parecia iminente.

O CAPS é o organizador das redes de saúde mental. É uma referência, não o centro dela. Imbuídos por esta lógica, naquele momento, fizemos uso das demais unidades de saúde, da assistência social, da justiça, assim como articulações com a cultura local e em passeios organizados pela unidade. Tentamos diversas formas de acesso, porém o limite acontecia, e o último recurso foi encaminhá-lo para ser atendido em formato ambulatorial pelo psiquiatra, desintensificando, assim, o cuidado.

O argumento de o CAPS ser um organizador da rede de saúde mental é forte, no sentido que resolvia o problema do atendimento conturbado no CAPS e os riscos à integridade física das pessoas e da unidade CAPS. Fiz parte das reuniões em equipe e com os usuários frente aos conflitos que estavam acontecendo, inclusive concordando com a decisão final do encaminhamento para o ambulatório de psiquiatria. Mas, ainda assim, aquela situação não estava resolvida para mim.

Eu chegava ao mestrado com essa questão, suscitada pelos atendimentos realizados para este jovem, mas não remetendo somente a este caso. O que me intrigava eram os limites das práticas clínicas frente ao desafio de cessar a iatrogenia, tão criticada nos modelos de tratamento manicomial, as desassistências em forma de naturalizações do olhar anestesiado em meio às práticas, conseguindo ver pouco além do mesmo: quadros clínicos se repetindo, um após o outro, às vezes se intercambiando entre si, mas dentro dos mesmos diagnósticos e prognósticos.

Os limites do trabalho estavam postos pela questão acima uma experiência específica que durou cerca de dois anos, entre 2009 e 2011, e que chegava ao “fim” e passava por um processo de crise-transformação.

Durante o processo da pesquisa essa experiência foi ganhando outro lugar, tornando-se menos densa e menos central, de modo que as questões que se formavam estavam além dos casos-limite. Ou seja, as referências que tínhamos no início para pensar os problemas dos limites das práticas de atenção passavam por essa experiência, e, mais adiante, a idéia dos casos-limite e os limites da produção do cuidado se relacionavam com transformações, mas não enquanto limites: havia um processo em curso e eu parecia resistir a segui-lo na sua mudança. No caso, aquele arranjo de trabalho que chegava ao fim tinha relação com outros fatores que não os casos-limite, e, aos poucos, se mostrava um problema mal colocado.

A experiência de trabalho foi ganhando um espaço específico dentro de um contexto que dava margem a pensar outras questões ou relacioná-la a outras experiências. Porém, não mais abraçando aquele caso como única referência para a problematização.

A formulação desta pesquisa diz respeito, de certa forma, à luta do desprendimento que tive que fazer de um arranjo de trabalho que findava: uma despedida. Por um lado havia desafios frente ao atendimento mencionado acima, mas por outro, a própria equipe estava fragilizada por diversos motivos: a possibilidade de três dos quatro técnicos saírem da equipe (sem contar com o psiquiatra) frente a seleção do presente programa de mestrado, a quarta técnica havia passado na seleção de um concurso público e se via desestimulada a permanecer na equipe com a possível saída dos três outros técnicos. Ainda, os conflitos entre a equipe técnica e os funcionários de nível médio só aumentavam, o que gerava um clima organizacional conflituoso no cotidiano. Outro fator que fragilizava a equipe era a insegurança com relação à gestão municipal de saúde devido à diminuição de recursos e ao atraso no salário de alguns. Isto é, os limites do atendimento diziam do limite de um processo de trabalho, não somente frente à produção do cuidado, mas do próprio arranjo da equipe e à estrutura material e da gestão municipal como um todo. Nesse sentido, o problema anterior se fundava em torno das práticas de cuidado em relação aos eventos que fragilizavam a equipe. No entanto, o próprio processo estava entrando em crise e transformação, e isso não foi percebido, senão com o desenvolvimento da pesquisa, com o desenvolvimento do problema.

O amadurecimento da pesquisa se refere à análise das implicações do pesquisador sobre o objeto pesquisado. Sabendo que o ato cartográfico não remete aos termos do afastamento entre pesquisador e objeto, a sobreimplicação deve ser observada de modo que a pesquisa não sofra limitações na análise, diminuindo, assim, o seu potencial interventivo no campo e no

pesquisador. Cecília Coimbra, Lilia Lobo e Maria Livia Nascimento alertam para o problema da sobreimplicação nas práticas de pesquisa, pois “um de seus efeitos é a dificuldade de se processar as análises de implicações, visto que todo o campo permanece ocupado por certo e único objeto” (COIMBRA & NASCIMENTO, 2012, p. 211).

Dos limites do trabalho para o cuidado com o trabalho. Em outras palavras, o problema desta dissertação partia das dificuldades que eram vivenciadas na produção do cuidado referente a casos clínicos específicos, como analisadores dos limites do fazer clínico. Mais adiante, o novo ponto de partida, ou a transformação do problema inicial foi colocado como a investigação das relações que se dão entre os atores envolvidos no trabalho desenvolvido na unidade, sendo este o analisador da implementação de práticas de cuidado locais.

Notas sobre a cartografia

A cartografia enquanto prática de pesquisa não cria um distanciamento ou uma dicotomia entre a produção de conhecimento e a produção de subjetividade. Nessa perspectiva, há uma inseparabilidade entre a construção teórica e o desenvolvimento de uma prática. A construção de um campo problemático, nessa direção, tem do início ao fim uma composição em que as dimensões teórica e prática são imanentes entre si.

Para que coisas como “pensar uma prática” ou “praticar a teoria” não soem como procedimentos cujos elementos permanecem estanques entre si, há de se destacar que é necessário um posicionamento ético-político de análise de implicação que se estabelece através da imersão no plano da experiência (ALVAREZ & PASSOS, 2009). É aqui que a intervenção como proposta implícita ao fazer pesquisa tem espaço e força para ser produzida e produzir-se numa dada relação com a realidade.

O esforço para definir a cartografia enquanto prática ou conceito se assemelha com o tentar represar um rio para conhecê-lo. A corrente das águas é o rio, que ganha seus contornos ao passo que se movimenta, ao tempo que não possui contorno estável, uma essência. É justamente escapando do conceito como definição representacional que chegamos a uma expressão de um processo de produção, um sistema de composição não totalizante no qual o conceito de cartografia é desenvolvido “como o plano de emergência de algo, isto é, a rede de circunstâncias engendradoras de dada realidade” (FONSECA & KIRST, 2003, p. 85). O ato cartográfico tende, assim, a distanciar-se da metafísica que, ligada a essências e a absolutos, busca alcançar a verdade ou a coisa em si, supostamente afastando-se domínio impuro da relação com os afetos, interesses, especificidades e parcialidades.

Como nos guiam Virgínia Kastrup e Regina Benevides:

“... a cartografia não é um método pronto, embora possamos encontrar pistas para praticá-lo. Falamos em praticar a cartografia, não em aplicá-la enquanto método, pois não se trata de um método baseado em regras gerais que servem para casos particulares. É um procedimento a ser construído caso a caso. Temos sempre, portanto, cartografias a serem praticadas em domínios específicos” (KASTRUP & BENEVIDES, 2009, p. 76).

Diferente de visar o acesso ao objeto de pesquisa por meio de procedimentos anteriormente determinados e técnicas a serem aplicados, a prática cartográfica sugere um encontro com esse objeto, seja este um indivíduo, documentos, um grupo de pessoas ou uma instituição. Essa prática metodológica consiste no ato e esforço de “dar língua aos afetos que pedem passagem [...] para a composição de cartografias que se fazem necessárias” (ROLNIK, 2009, p. 23). Cartografar é apostar na composição, no agenciamento entre os componentes que envolvem o ato de pesquisar. Sob a proposta de disponibilidade afetiva para produzir conhecimento entrando em contato com a realidade na qual se está implicado que Eduardo Passos e Regina Benevides dizem que a “diretriz da cartografia se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa, sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados” (PASSOS & BENEVIDES, 2009, p. 17).

A produção de metas ou regras previamente estabelecidas um viés possível para a reconhecimento. O direcionamento de uma estratégia (método) que vise à afirmação do rigor da ciência, por vezes, diante do rigor técnico, por vezes burocrático, provoca o distanciamento entre o fazer pesquisa e o mundo, de modo que as experiências murchem-se diante do pesquisador. A potência criadora, o diferencial, a heterogenia não são característicos de um pensar representacional e descritivo, mas um envolvimento local e único, que se caracteriza por pelo acompanhamento e uma conexão capaz produz com o diferente a diferença, ao invés de produzir com os seus o mesmo.

Mantendo essa direção da aposta no encontro com o objeto, etimologicamente falando, a cartografia enquanto metodologia (metá – hodós) de pesquisa emerge como reversão lógica: onde o metá-hódos é reconfigurado em hódos-metá, ou, a lógica de uma meta estabelecida para que se percorra um caminho é invertida para um caminho que ao ser trilhado passa a traçar/reconfigurar sua meta (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009, p. 10). A produção de conhecimento, a teoria, a pesquisa e o pensamento, nessa perspectiva, são indissociáveis da produção de subjetividade, da prática, da intervenção e da ação, respectiva e transversalmente.

Dessa maneira, a cartografia torna-se uma metodologia de pesquisa estratégica, bem

como assumidamente política, desde que “a cartografia gera conhecimento de interesse (interesse)” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009, p. 110) ao propor um posicionamento ético que, para além de experimentar práticas de pesquisa horizontalizadas frente ao objeto pesquisado, sugere a transversalidade como ferramenta de problematização no ato de construção do objeto de pesquisa. O terreno onde essa operação é realizada se encontra nos contornos dos espaços já demarcados pelas disciplinas da ciência, pela religião, cultura local, mais precisamente com o aumento dos *quanta* comunicacionais por entre esses campos, grupos e instituições. Assim, produz uma desestabilização do objeto e paralelamente uma desterritorialização dos saberes frente ao primeiro. É numa política inventiva pela complexificação do objeto e pelo cunho crítico que a prática cartográfica lança ao campo de pesquisa, sob a proposta de “compor com” para a produção de conhecimento de caráter interventivo. É um método transversal porque funciona na desestabilização daqueles eixos cartesianos (vertical/horizontal), onde as formas se apresentam previamente categorizadas, como segue:

“Fazer análise é, cada vez mais, o trabalho de desestabilização do que se apresenta tendo a unidade de uma forma ou de um campo: o instituído, o indivíduo, o social. Do uno ao coletivo, esta é a direção da análise. Em direção ao coletivo como dinâmica de contágio em um plano hiperconectivo ou de máxima comunicação” (PASSOS & BENEVIDES, 2009, p. 26).

Cartografar, então, é experimentar um ambiente com o que nele há. Vivenciar um coletivo é a criação de uma comunicação, de fato, entre heterogêneos, atento aos acontecimentos num ato de se desprender da busca guiada pelo lógico-racional, busca do que já se sabe ou se espera. Segundo Eduardo Passos e Johnny Alvarez (2009) o ato da cartografia é algo que se assemelha com a paciente atenção desfocada e vadia do estivador na beira do mar, enquanto novas cargas chegam pelas marés. Ou ainda, como o ato de colher informações a partir do semear e, antes disso, nutrir um território, numa coprodução de conhecimento, um trabalho de pesquisa com o outro-pesquisado ao invés de sobre o outro, “pois cultivar é diferente de dominar e controlar” (PASSOS & ALVAREZ, 2009, p. 143), como dizem e concluem os autores:

“Eis então a pista metodológica que é bem mais uma atitude do cartógrafo: pôr-se ao lado, o ethos da pesquisa. A lateralidade ou a prática da roda faz circular a experiência incluindo a todos e a tudo em um mesmo plano sem hierarquias, embora com diferenças; sem homogeneidade, embora traçando um comum, uma comunicação” (PASSOS & ALVAREZ, 2009, p. 142).

A cartografia encontra-se atravessada por vetores que tendem a uma direção oposta ao projeto de cientificidade moderno. A neutralidade, objetividade, isolamento e rigor técnico dão lugar à implicação, politização e ao posicionamento de coprodução do conhecimento numa relação construída com o objeto de pesquisa. Há nesse ínterim uma tendência à construção de conhecimento que se relaciona de forma específica com a produção de verdade e as suas consequências práticas.

A prática cartográfica é uma construção que joga com as regras do poder e da verdade, tendendo a versar sobre si e as verdades construídas, entendidas sempre como carregadas de poder e força política. Ela é uma atenção à hegemonia a favor do menor, do devir minoritário, imperceptível. Como disse Roberto Machado: devir não é encontrar uma forma, mas escapar de uma forma dominante (Roberto Machado, mini curso: Deleuze, a arte e a filosofia, UFBA, 2011). Ou ainda, com as palavras claras de Foucault sobre a verdade e a hegemonia.

“Não se trata de libertar a verdade de todo sistema de poder – o que seria quimérico na medida em que a própria verdade é poder – mas de desvincular o poder da verdade das formas de hegemonia (sociais, econômicas, culturais) no interior das quais ela funciona no momento” (FOUCAULT, 1979, p. 14).

Neste ponto do texto, nos aproximaremos das experiências do campo de trabalho da saúde mental, mais especificamente, de um CAPS e o contexto em que a equipe desta unidade desenvolve suas ações, fazendo emergir os embates em prol da produção de cuidado. A estratégia que usamos para fazer as aproximações que seguem foi a contextualização local onde está inserida a unidade, os dados demográficos e da política partidária municipais, as instalações e o funcionamento da unidade e da equipe. Além disso, na segunda aproximação com o campo, adentraremos em algumas cenas das quais fiz parte através de narrativas que dão substância às análises acerca da relação entre os trabalhadores, usuários e a rede local dentro da dinâmica da produção de saúde mental.

PRIMEIRA APROXIMAÇÃO COM O CAMPO

Descrição do Município

Passamos agora para uma primeira aproximação com a realidade do município observado, apresentando os contornos e o fazer de um processo de trabalho vivido num serviço de atenção à saúde mental específico. Trata-se de um município de pequeno porte, com pouco mais de 190 km² de extensão e 20 mil habitantes. Nele há um pequeno centro e uma extensa zona rural (90% do território), composta por vilas, sítios e fazendas, onde prevalecem a agricultura de subsistência e o comércio familiar.

A terra é fértil, planta-se feijão, laranja, cana-de-açúcar e raízes, principalmente a mandioca, matéria prima para a farinha, processada artesanal e industrialmente nas Casas de Farinha. No inverno, vê-se abundante cultivo de amendoim e milho, alimentos típicos das festas do mês de junho e de fácil comercialização na região e capital.

Senão pelas ruas do centro, que possuem calçamento de paralelepípedo, toda a zona rural é composta por estradas de barro. O relevo é acidentado, marcado por morros, um seguido do outro, e o clima é bem dividido entre duas estações: verão e inverno, sendo que em grande parte do ano os dias são quentes e as noites são frias.

O transporte público da cidade se dá através dos ônibus escolares, funcionando durante o período letivo. Este meio de transporte tem relevância para a acessibilidade de muitos munícipes aos diversos serviços que há no centro da cidade, inclusive o CAPS.

A rede de saúde pública do município é composta por cinco Unidades de Saúde da Família (USF), um Hospital Geral municipal, de pequeno porte, duas unidades de diagnose e terapia clínica, ambas da rede privada em convênio com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), um SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e um CAPS, tipo I.

Este CAPS é a referência para as demandas de saúde mental deste município, sediando e organizando o ambulatório de psiquiatria e a farmácia de saúde mental. A unidade possui aproximadamente 700 usuários cadastrados, dos quais, 548 vêm desde 2010 frequentando o serviço nas modalidades intensivo, semi e não intensivo.

Dessa população, majoritariamente composta por sujeitos adultos, residentes da zona rural, que sobrevivem da lavoura e dos benefícios do Governo Federal, com diagnósticos variados na psicose e na neurose grave, prevalece o sofrimento psíquico intenso e quadros de adoecimento emocional que inspiram cuidados de prevenção à agudização da crise.

Os verdes e os azuis: a cidade partida

Este município, tal como tantos outros desta região brasileira, tem uma história de disputa política acirrada, podendo ser comparado ao tempo dos grandes coronéis, porém em guerra fria. Nos meses que antecedem o período eleitoral, a cidade transpira essa luta intensamente. Diversas carreatas são organizadas, juntando milhares de carros, motos e cavalos em fila para atravessar a cidade em sinal de força partidária: número de votos.

Durante os meses que antecedem o dia da eleição, as casas são demarcadas por inúmeras bandeiras, penduradas nas fachadas e em longos mastros fincados nos quintais, como sinal de vinculação e apoio ao partido preferido. Tanto nas zonas rurais mais afastadas como no centro do município as cores dos partidos políticos demonstradas nas bandeiras é um modo típico da demonstração da coligação partidária.

A relação da política do município também é de paixão, como uma herança da família por antigos favores e associações quase esquecidos no tempo. De um lado, os verdes. Do outro, os azuis⁵. As práticas aqui descritas estão vinculadas ao partido verde, sendo que a gestão anterior foi realizada pelo azul.

A tendência ao assistencialismo e à troca de favores é marcada dentro das práticas públicas e da política eleitoreira neste município, que tem arraigado nos projetos de candidatura o ciclo de promessas individualizadas em troca de votos e o consequente desgaste durante o mandato, na tentativa de honrá-las e manter as coligações. Dentro desta conjuntura, os votantes e cabos eleitorais do partido vencedor mantêm o “mando de campo” com a indicação de cargos e empregos na prefeitura, aluguel de imóveis e automóveis e outras terceirizações de serviços. Deste modo, a máquina pública se sobrecarrega com excessivas contratações, a fim de “pagar” os favores políticos firmados.

Para ilustrar as dimensões desse jogo, citamos o caso da Secretaria Municipal de Saúde observada, que teve o seu orçamento quase sempre extrapolando o índice limite do permitido durante o seu mandato, com mais de 54% da verba total destinada à contratação de recursos humanos.

No município, é marcada a insuficiência de oferta de emprego. Os jovens que tentam não permanecer nas práticas de plantio nas lavouras sofrem com a falta de oportunidades para o primeiro e subsequentes empregos. Por conta de a agricultura ser sazonal, no período que o sol castiga a região, a condição econômica de centenas de famílias cai e a prefeitura termina

⁵ As cores referentes aos partidos políticos foram escolhidas aleatoriamente.

por exercer um papel de amparo, seja com benefícios oficiais ou troca de favores políticos. Esse é um pequeno exemplo de como o ciclo das trocas de promessas é perpetuado.

Os impactos da política partidária no ambiente de trabalho são notórios. Os trabalhadores que estão coligados com o partido da “situação” (os que assumem a gestão da cidade) têm mais chances de receber privilégios. A própria motivação para o trabalho é modificada de acordo com qual partido está no poder, sobretudo quando se aproxima o período que antecede as eleições.

Nesse momento, as pessoas se comportam de forma diferente. Os laços afetivos se transformam sob a interferência das candidaturas verde e azul. Há um clima de exaltação e distribuição “gratuita” de hostilidade, assim como o fortalecimento repentino de amizades. Vale tudo nessa disputa cujo ressarcimento são o poder, o prestígio político, o aumento da segurança de emprego pelos 4 anos que seguem, auxílio para uma construção, um exame ou medicamento de alto custo etc.

Para que se possa demonstrar a dimensão da força exercida nessa cultura local, algumas pessoas chegam ao ponto de evadir da cidade, alguns usuários param de comparecer à unidade, como modo de paralisação das práticas dos serviços, enfraquecendo a visibilidade do trabalho do grupo da “situação”.

Essa conjuntura da política local interferiu, inclusive, sobre o modo de gestão da unidade em questão. Hoje me dou conta de que além dos profissionais, os próprios usuários faziam parte dessa malha de jogo político partidário. As informações e as decisões que colocávamos para a discussão em roda por vezes não eram levadas adiante na tentativa de construir, mas sim para desmantelar o trabalho por ser referente ao partido contrário.

Naquele tempo, a equipe técnica entendia que a produção de práticas democráticas e participativas passava, necessariamente, pela visita à política local, que apresentava as suas resistências e ameaças. A cultura individualista dentro da política do município demandava certa cautela na gestão das informações acerca do serviço. Para que fosse possível haver uma emancipação da posição ocupada pelos trabalhadores e usuários era preciso estudar as informações a serem repassadas nas assembleias e reuniões de equipe, pois nem todos os dados eram usados em prol do benefício daquele coletivo, mas também para a consolidação de favores políticos de cunho individual ou até para o enfraquecimento do grupo que havia vencido as eleições.

O exercício da produção de cuidado e de uma gestão participativa é sensível e sutil, pois passa pelo ganho gradual de confiança entre as pessoas e do engajamento individual com o coletivo e vice-versa

Sobre o funcionamento da unidade

A unidade pode ser dividida exemplarmente em alguns setores, com o objetivo de oferecermos uma visão preliminar de como o trabalho era organizado. Neste item fizemos um divisão dos setores e das atividades desenvolvidas na unidade e um breve relato sobre cada um dos elementos que compunham a unidade em questão. Havia uma coordenação da unidade, uma equipe técnica em saúde mental⁶, a farmácia, a vigilância, a cozinha, a equipe da limpeza, a recepção.

As atividades desenvolvidas na unidade eram as seguintes:

- Acolhimento inicial;
- Atendimentos individuais dentro e fora das salas, bem como em espaços públicos;
- Visita domiciliar;
- Atendimentos grupais;
- Reunião de equipe;
- Assembléia;
- Realização e participação em eventos dentro e fora do município;
- Administração da farmácia de saúde mental.

O “acolhimento inicial”, denominado pela unidade de triagem, se refere ao primeiro atendimento realizado ao usuário que busca os serviços do CAPS. Nesse atendimento é utilizada uma folha onde serão inscritos os dados pessoais do usuário (endereço, telefone, religião, estado civil). Nela ainda constam alguns itens que podem servir como orientação para o relato escrito do atendimento, a saber: “queixa principal”, “história da doença atual”, “história pessoal (aspectos do cotidiano, auto cuidado, alimentação, sono, trabalho e lazer)”, “história patológica pregressa”, “exame psíquico”, “encaminhamento interno ou externo”, “conduta”, “modalidade do tratamento (intensivo, semi intensivo ou não intensivo)” e “visto do técnico da triagem”.

Essa ficha foi produzida no período em que a unidade era implantada no município, tendo sido palco de discussões acerca da sua estrutura e da função da triagem: o termo

⁶ Designamos como “técnicos” os profissionais com formação de Nível Superior, nomenclatura esta, amplamente utilizada no campo da saúde mental. Além disso a posição de técnico em saúde mental naquela equipe era reconhecida pelos contornos formais: por formação acadêmica de nível superior e contratação enquanto técnico; e pelo reconhecimento das habilidades específicas no desempenho da função na unidade, a saber: triagem (leia-se primeiro atendimento), desenvolvimento de apoio matricial e gestão de atendimentos grupais, principalmente.

“doença”, escrito no segundo item da ficha de triagem e o próprio nome triagem foram criticados. Durante a mudança da equipe foi proposta a modificação da estrutura da ficha, porém ela se manteve, diante de haver milhares cópias dessa ficha na unidade. Sobre o termo triagem, percebemos que ele tinha uma conotação de acolhimento, dentro da equipe, e já havia sido espalhado nas redondezas com esse sentido, de modo que não impactava negativamente na prática a permanência da nomenclatura “triagem”.

O registro nessa ficha segue, em partes, a sua orientação, de acordo com os itens que nela constam, mas oscila diante de cada atendimento e cada profissional. Nesta folha fica marcada a responsabilidade da função de técnico em dar o “visto” pelo atendimento realizado. Na unidade, esse procedimento é feito individualmente e em dupla. Em alguns momentos esse atendimento foi feito na presença de um técnico e outro profissional não técnico, o que era narrado na ficha, mas o visto final do técnico precisava estar colocado.

O médico psiquiatra da unidade não realiza triagens, pois o seu tempo é esgotado pelos atendimentos individuais. Essa ficha, no entanto, é utilizada por ele para dar velocidade ao seu atendimento, diante dos dados colhidos. Os “atendimentos individuais” eram realizados no início estritamente pelos técnicos. Porém, com o passar do tempo, passamos a fazer menção a algumas intervenções realizadas pelos não técnicos. Percebemos que o alcance de alguns desses profissionais sem a formação em nível superior ou específica em saúde mental estava relacionado com o vínculo que eles criaram com os usuários com o passar dos anos. Diante disso, desenvolvemos um trabalho de supervisão continuado através das discussões de caso que possibilitava a ampliação desses atendimentos à equipe não técnica.

Normalmente quem usava as salas para realizar os atendimentos individuais eram os técnicos, quando o usuário pedia para ser atendido com mais privacidade ou quando o técnico julgava que o assunto demandava o espaço fechado. No caso de “atendimentos nos espaços públicos”, esses eram realizados como forma de articular o usuário com a comunidade, vizinhança e/ou moradores de rua. Esses atendimentos eram feitos pelos técnicos individualmente, em dupla ou em companhia de um não técnico. A técnica de enfermagem também costumava realizar atendimentos individuais, acompanhada ou não por um técnico, normalmente com o fim de aplicar uma medicação injetável, fazer orientações ou fornecer medicação oral a usuários que moram mais distantes do centro ou com alguma dificuldade de acesso.

O ambulatório de psiquiatria foi vinculado ao CAPS, exceto em feriados ou quando o psiquiatra remanejava a data de atendimento para um dia de sábado, quando os atendimentos eram transferidos para o Hospital Municipal. Durante o dia do atendimento ambulatorial, o

CAPS tinha uma dinâmica diferenciada. A recepção era repleta de pessoas aguardando atendimento, sendo distribuídas fichas para organizar a espera. A farmácia recebia uma quantidade maior de usuários e familiares, se comparado aos outros dias da semana. O recepcionista fazia o recolhimento dos prontuários dos usuários que seriam atendidos no dia anterior ao atendimento. Em média eram atendidos entre vinte e trinta usuários, dependendo de se os atendimentos seriam realizados em dois turnos ou somente pela manhã.

Os “atendimentos em grupo” eram realizados por técnicos, oficinairos e a técnica de enfermagem. Os grupos fechados tinham a característica de utilizar mais da fala e trabalhar pautados no sigilo grupal, sendo chamados na unidade de grupos terapêuticos. Os grupos de portas abertas possuíam algum recurso material, tais como: esportivo, bolas, bastões para alongamento, pesos para musculação, instrumentos musicais, colchonetes etc.; ou uma atividade prescrita, como no caso da dança, da música, o artesanato ou teatro, devido ao uso de tintas *sprays* e a necessidade de espaços maiores diante da natureza da atividade. Esses espaços mais amplos disponíveis na unidade permitiam a circulação de pessoas, produzindo uma dinâmica grupal diferente, pois as práticas ficavam expostas aos visitantes, outros usuários que não participavam da atividade e os demais profissionais da unidade, que, por vezes, chegavam a participar delas.

Durante o período estudado nesta dissertação, o trabalho desenvolvido na unidade enfatizava os grupos como uma função na qual cada profissional poderiam utilizar suas habilidades pessoais, além do conhecimento científico e das competências referentes às suas funções específicas. Nesse sentido, os profissionais não técnicos eram estimulados a experimentar o lugar de facilitador de grupos, por, naquele espaço, essa atividade não ser considerado como algo específico do campo da saúde mental, ou melhor, por ampliarmos as práticas de saúde mental na unidade, fazendo uso de atividades da vida cotidiana.

A “reunião de equipe” acontecia durante as quartas-feiras, momento em que todos os profissionais estavam na unidade, devido às diferentes cargas horárias e à organização dos horários de cada profissional. No período da tarde desse dia da semana, era colocado um aviso no portão da unidade indicando o funcionamento interno. Atendíamos somente situações de urgência que apareciam esporadicamente. Nesse espaço, todos os funcionários participavam das discussões de caso e das decisões acerca do funcionamento da unidade. Somente dois profissionais tinham dificuldade de conciliar seus horários com a reunião, a saber: o vigilante noturno e o psiquiatra.

A “assembléia” é um espaço utilizado nas práticas de muitos CAPS, tomando características diferentes em cada arranjo de trabalho. Em nosso caso, o CAPS utilizava a

assembléia como uma reunião aberta ao público em geral, realizada na própria unidade. Nela, eram passadas informações sobre o serviço, discutidos problemas de diversas naturezas e realizadas decisões coletivas. As reuniões eram feitas em formato de roda, onde as discussões geradas eram anotadas em um caderno-ata e todos os presentes assinavam ao seu término. O dia de realização era às quartas-feiras pela manhã.

Os “eventos” propiciavam uma abertura do cuidado a lugares diferentes, tanto dentro quando fora do município. Passeios culturais como os realizados para os municípios dos arredores, a comemoração dos aniversariantes do mês da unidade, datas festivas do município, a participação em eventos de saúde mental na capital e fora do estado eram intervenções que apostavam na cultura, na valorização de cada pessoa, na emancipação política como recursos a favor da produção de saúde e cidadania.

A “farmácia” do CAPS é o setor responsável pelo fornecimento de toda a medicação de saúde mental do município. Ela é abastecida através das compras de medicamentos feitos pela Secretaria Municipal de Saúde e através do serviço suplementar da DORES, que oferece medicamentos de alto custo aos usuários indicados pela unidade, sendo que este serviço suplementar funciona especificamente para usuários com o diagnóstico de esquizofrenia.

Sobre a equipe

Não é possível descrever o quadro exato da equipe, pois houve algumas modificações nele durante a experiência de trabalho sobre a qual focamos neste estudo. Essas modificações estiveram encadeadas com mudanças dentro da equipe, bem como diante de uma conjuntura maior da SMS. Ademais, não temos aqui a intenção de representar a equipe como um quadro, mas nos aproximar da dinâmica que acontecia nela e que a modulava.

A composição da equipe de profissionais da unidade girou em torno da seguinte estrutura: uma coordenadora, cinco técnicos em saúde mental, uma técnica de enfermagem, dois oficinairos, duas a três cozinheiras, uma a duas auxiliares de limpeza, um recepcionista e dois vigilantes.

O trabalho da coordenação transitava entre as atividades técnicas em saúde mental, a supervisão destas e as demandas administrativas da unidade. A coordenadora estava presente nas discussões de caso e em intervenções pontuais, mas não se envolvia em grupos estabelecidos, apesar de demonstrar interesse em realizar esse trabalho. No entanto, fazia questão de manter contato com os usuários na assembléia.

Os técnicos da unidade eram responsáveis por algumas atribuições específicas

diretamente ligadas ao cuidado em saúde mental, das quais as principais são: triagem, ocupar a função de plantonista⁷ do dia, realização de atendimentos individuais e em grupo, confecção de relatórios de atendimento, buscas ativas e visitas domiciliares.

A formação dos técnicos em saúde mental girou em torno das seguintes categorias profissionais: assistente social, enfermeira, psiquiatra, farmacêutico, psicólogo, educador físico e terapeuta ocupacional.

Durante a experiência em questão, os técnicos exerceram progressivamente a função de gestão da unidade de forma participativa, assumindo as negociações com o secretário de saúde municipal e outras autoridades. Sendo acordada a possibilidade de responderem em nome da equipe da unidade e, inclusive, assinar diversos documentos⁸ em nome da mesma, ficando claro que as decisões eram partilhadas, de forma que a coordenadora tanto tinha o respaldo de negociar em nome da equipe, como a equipe, em afinação prévia, normalmente estava apta a dar seguimentos às negociações iniciadas pela coordenadora e as que surgiam.

Por sua vez, o médico era reconhecido como técnico, porém a sua função na rotina da unidade não coincidia com as atividades específicas dos técnicos. Ele desempenhava com grande predominância atendimentos individuais em formato ambulatorial. Além disso, a confecção de relatórios de sanidade mental fazia parte, exclusivamente, da sua função.

As cozinheiras da unidade preparavam o café da manhã e o almoço e, eventualmente, um lanche da tarde. Na gestão anterior, havia o lanche da tarde rotineiramente, porém foi decidido entre equipe e usuários, depois de alguns meses, que este seria cortado. Elas eram responsáveis, também, pela liberação da alimentação para os usuários. Por uma janela lateral que ligava a cozinha a um vão coberto, onde eram realizadas as oficinas, assembléias e o almoço, eram liberadas as refeições, sendo deixados os pratos e copos usados na mesma janela.

A cozinha serviu de *setting* terapêutico para algumas intervenções específicas a usuários que demandavam cuidados intensivos. Quando o ato de cozinhar se tornava diretamente alívio para o usuário ou forma de acolhimento na unidade, essas profissionais incluíam o seu conhecimento como prática de cuidado. Os eventos da unidade eram típicos momentos em que o setor cozinha era usado como espaço coletivo. Nenhuma das profissionais do setor se colocou como facilitadora oficialmente, porém não deixavam de mobilizar os eventos com a

⁷ O plantonista do dia era o técnico em saúde mental responsável por organizar as demandas que chegavam à unidade no seu dia de plantão. Normalmente era o plantonista que fazia as triagens do dia e os relatos das ocorrências no livro destinado a este assunto.

⁸ É interessante notar que os ofícios e relatórios do período estudado são assinados e carimbados por um dos profissionais da unidade, contendo abaixo destes o escrito “Equipe CAPS – Vida Nova”.

preparação dos pratos, com a música, tudo frequentemente realizado com animação. É importante salientar que essas profissionais, todas nativas da cidade, tinham profundo conhecimento da região, sendo articuladoras ágeis entre as pessoas e os serviços formais e informais da cidade nas discussões de caso e durante as rotinas dos plantões.

Dois vigilantes ocuparam a função diurna, sendo que na gestão anterior, dos azuis, havia um esquema de revezamento entre eles. Nesse último período, o plantão diurno era alternado com uma folga no dia seguinte, o que foi modificado na gestão dos verdes. O primeiro vigia se posicionava mais próximo ao portão da frente, era mais sério e tinha uma relação amistosa com os usuários. O segundo era mais descontraído e com maior inserção no grupo dos usuários. Contudo, no final do período da pesquisa este último passou a ocupar uma posição menos estratégica, permanecendo grande parte do tempo na cozinha. Ambos realizavam visitas domiciliares quando necessário. Eles normalmente fechavam o CAPS nos finais da tarde. Já a abertura da unidade era feita por um das técnicas de enfermagem, que chegava mais cedo, por conta do horário do transporte escolar que ela usava, vindo de uma das zonas rurais.

A técnica de enfermagem fazia a liberação e controle das medicações da farmácia da unidade. Esse controle se refere ao fluxo entre compra e liberação, assim como pelo controle do uso dos usuários. Além disso, a técnica que se interessava pelas práticas grupais, passou a realizar o “Grupo do autocuidado” com a enfermeira. Sendo que quando a última deixou a unidade, a técnica de enfermagem se manteve como facilitadora do grupo. Este era realizado com a finalidade de informar os usuários acerca de cuidados básicos que relacionava com a higiene corporal e doenças típicas da região e/ou transmissíveis, bem como a temas e práticas estéticas, com o intuito de trabalhar a autoestima dos participantes.

Instalações da unidade

Logo ao serem iniciados os trabalhos na gestão dos verdes, o CAPS foi recolocado em outras instalações. No processo de mudança das instalações da unidade, a equipe técnica teve poder de decisão, sendo que o aluguel da unidade devia ser destinado a proprietários de imóveis que ajudaram com a candidatura do partido eleito. Ou seja, as casas à disposição eram as que estavam associadas a locatários coligados com o grupo político e que cumpriam os critérios de funcionamento da assistência em saúde mental.

Apesar da mudança de endereço ter sido rápida, após a primeira inspeção da Vigilância

Sanitária, a unidade foi notificada devido ao fato de a casa ser uma construção de adobe⁹. Condenada a possibilidade da permanência naquele lugar, iniciamos a busca por novo espaço. Dentre as três casas disponíveis na cidade, optamos por um espaço situado em uma das principais ruas, em frente ao Hospital Municipal, na mesma rua onde esteve situada a SMS.

Uma das casas não tinha a dimensão necessária para as atividades de grupo e espaços amplos o suficiente para a circulação e a convivência das pessoas na rotina do serviço. Já a outra tinha a estrutura física ampla e compatível com as expectativas do trabalho, mas havia reformas a serem feitas, o que, evidentemente, seria oneroso e levaria algum tempo até que o trabalho fosse terminado.

Além do cumprimento dos requisitos pedidos pela Vigilância Sanitária, apostávamos na escolha de um local mais central. Aquela era uma boa oportunidade para dar visibilidade ao CAPS, expondo a unidade a um trânsito maior de pessoas no cotidiano. Aquela foi uma alternativa para oferecer aos usuários a oportunidade de experimentar novos acontecimentos e colocar a referência da louca da cidade (o CAPS) em uma das suas principais vias.

A casa para onde o CAPS se mudou era composta por quatro quartos seguidos um do outro. Eles foram construídos ao longo do lado direito da casa, dispostos em frente a duas salas. A primeira, uma recepção onde era encontrada os arquivos de metal que guardava os prontuários dos usuários do CAPS e do ambulatório de psiquiatria, cadeiras do lado esquerdo e direito, encostadas nas paredes e uma mesa com computador e telefone para uso do recepcionista e equipe. A segunda sala era um espaço que servia de recepção em dias de maior fluxo de atendimento, o que acontecia normalmente nas quintas-feiras, quando o psiquiatra do serviço atendia.

Mais adiante, atravessada a segunda sala, encontrava-se uma escada estreita que dá na sala de coordenação¹⁰, único espaço da unidade elevado ao primeiro andar. À esquerda da citada escada, havia uma porta de madeira que se abria ao meio em duas partes, dando acesso à copa. Neste local eram preparadas as refeições dos usuários e profissionais da equipe, assim como os alimentos destinados a eventos da unidade.

Na lateral esquerda da casa, quando perspectivada de frente, havia uma varanda extensa que seguia paralela aos quatro quartos e às duas salas. No final dessa varanda existia um

⁹ Técnica de construção antiga na qual são usadas estruturas de madeira que formam como que um esqueleto estrutural da construção. Nesse modo de construção, ao invés de tijolos pré-moldados, é enxertado o barro ou argila no esqueleto, dando forma e rigidez às paredes, depois da secagem.

¹⁰ A “sala de coordenação” era um espaço habitado não só pela coordenadora do serviço. Desde que a unidade foi remanejada para a nova instalação, este espaço era sendo utilizado como um lugar de pesquisa, leitura, confecção de documentos, reuniões de equipe, onde são recebidos visitantes, realizadas conversas particulares e, eventualmente, atendimentos individuais.

alargamento à esquerda. Tratava-se de um espaço livre que se estendia até um muro, alinhado com a parede onde termina a cozinha. Neste lugar aconteciam eventos, oficinas artísticas, assembléias, os almoços servidos no cotidiano e reuniões de equipe.

Entre o muro e a cozinha havia uma abertura para os fundos da unidade e neste local encontrava-se um espaço cimentado, coberto por um telhado, onde fumantes usam cigarro e as pessoas vão para conversar. Nesse espaço almoçavam a maioria dos profissionais. Alguns usuários também faziam suas refeições ali, porém menos comumente, pois ali se instituiu, com o passar do tempo, como um espaço de descanso e descontração para os profissionais, durante o horário do almoço.

Ainda mais ao fundo do terreno da unidade, havia um espaço sem piso, preenchido com algumas árvores, cercado por muros nos três lados. Por ser afastado do movimento das pessoas da unidade, este lugar era habitado por quem estava interessado em ficar só por um tempo e conversar entre poucas pessoas. Este era um local que já serviu como palco de diversos acolhimentos a usuários e profissionais, sendo também lugar das conversas informais e aquecidas: as fofocas. Com a chegada do inverno esse espaço foi isolado da circulação pela abertura de uma fossa, devido à erosão da chuva.

SOBRE O DESMONTE DO MANICÔMIO

Como vimos até aqui, o processo de construção de novas formas de abordagem acerca da loucura demanda uma reformulação ampla, que atinge as dimensões da assistência, da cultura, da lei e de processos administrativos do Estado. Adiante, faremos uma primeira aproximação com o campo de pesquisa, dialogando com os aspectos que consideramos importantes para o desenvolvimento desse estudo.

Reforma Psiquiátrica brasileira

Uma característica das reformas psiquiátricas em diferentes contextos e momentos históricos diz respeito ao seu nascimento associado a momentos sociopolíticos de resistência e transformação. Grosso modo, as reformas psiquiátricas estão postas frente ao desafio de criar novas e concretas possibilidades de cuidado ao sofrimento mental de maneira que sejam incluídas nessas práticas o enfrentamento ao problema da exclusão da loucura efetuado pelo tecido social como um todo, o que abrange as próprias práticas em saúde.

A Reforma Psiquiátrica brasileira nasce em meio ao processo de redemocratização do país e estabelece inicialmente uma crítica geral ao modelo de tratamento pautado nas instituições psiquiátricas clássicas (AMARANTE, 1995, p. 87). Tomando como base o processo de construção da Política de Saúde Mental brasileira, desde a década de 70 até os dias de hoje, a direção adotada assume a desconstrução dos hospitais psiquiátricos e a instituição manicomial, tal como apontamos anteriormente. Sobre o perigo da redução dos objetivos dessa política nas práticas, Ronaldo Ribeiro Jacobina (2000) indica:

“Nesse formato tem-se sustentado o modelo clássico-biológico de explicação causal das doenças, que nasceu na prática pineliana no interior do asilo e no preventivismo caplaniano, para construir o seu sistema de saúde ideal, já que o preventivismo pressupõe aquela linearidade no processo de saúde/enfermidade, tal qual o planejamento normativo e, tal qual ainda o modelo psiquiátrico clássico” (JACOBINA, 2000, p. 112-113).

Os CAPS encontram-se como frente de batalha do processo de desinstitucionalização no Brasil. Porém, como já assinalamos, esse processo não está garantido diante da implantação desses serviços no território nacional.

A reforma psiquiátrica impõe mudança local acerca do fluxo de atendimento na rede de saúde e fora dela ao propor e implementar novas unidades de saúde mental substitutivas ao

Manicômio. Nessa direção, à primeira vista, o aspecto topológico é atingido, pois há uma transformação que orienta a produção de cuidado local, ao invés dos longos encaminhamentos a centros de referência das macrorregiões. Deste modo, o processo reformista incide sobre o “onde” se assiste a loucura. Em seguida, o processo reformista aponta para “o quê” se propõe a assistir a loucura e o que se entende por loucura, quais saberes, poderes, fazeres e afetos estão em jogo.

A forma de se lidar com a loucura não é necessariamente questionada com o avanço do número de serviços substitutivos, apesar desta ser uma questão fundamental a se pensar ao ser proposto um processo desinstitucionalizante da assistência prestada em saúde mental, tal como a brasileira. Nas palavras de Paulo Amarante (1996), a Reforma:

“... pode ser caracterizada pela predominância da crítica epistemológica ao saber constituinte da psiquiatria, onde inclusive a cidadania ultrapassa o sentido do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos” (AMARANTE, 1996, p. 20).

Se estudarmos a lei 10.216, de 2001, e outros dispositivos legais ligados a ela, vemos a formulação de uma proposta de fechamento gradual dos manicômios como meta da Reforma Psiquiátrica. Meta esta que tem como objetivo a desconstrução das unidades hospitalares manicomialmente existentes no território e a correlata implantação de novas células de atendimento reguladas e geridas pela lógica de cuidado, que orienta a realização das práticas em saúde mental para as redes de assistência locais, ou seja, inclinadas à articulação territorial como via de substituição do modelo hospitalocêntrico vigente.

Passados mais de 10 anos da aprovação da referida lei, a maioria das cidades brasileiras reverberam a Reforma Psiquiátrica através de algum mecanismo institucional, dos quais encontramos no CAPS sua maior constância e referência para a efetivação da política de extinção dos manicômios¹¹. Percebemos que com o tempo as Políticas Públicas voltadas para o campo da saúde mental têm mostrado que estamos percorrendo uma estruturação da rede de serviços extra hospitalares, que vem passando pelo processo de amadurecimento e

¹¹ Em 2010, havia 1.620 unidades CAPS espalhadas pelo território brasileiro. Os parâmetros demográficos acerca da cobertura são: Cobertura muito boa (acima de 0,70), Cobertura regular/boa (entre 0,50 e 0,69), Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34), Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20). O percentual calculado neste senso foi de 0,66. (Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS; IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Censo 2010).

experimentação.

A ideia da desarticulação dos grandes complexos hospitalares, apesar de ainda controversa para muitos, se mostra presente desde o início da luta antimanicomial. Por exemplo, os CAPS III têm sido referência de discussões importantes a respeito da cristalização desses serviços como novos modos de operação do Manicômio, por terem uma equipe mais ampla e a rotina de trabalho estendida, semelhante à de uma unidade hospitalar. Atualmente, o Hospital Juliano Moreira foi exemplo dessa discussão ao ser idealizado como possível sede de um CAPS III. Com a abertura de outras modalidades de CAPS III, tais como de referência a álcool e outras drogas (ad) e de infância e adolescência (ia), sem a devida ênfase de acordo com as políticas municipais do trabalho em rede, a proposta de desmonte do Manicômio pode sofrer desvios graves.

Apesar das práticas em saúde mental estarem em processo de ampliação, a hegemonia psiquiátrica prevalece. Isto foi pontuado precisamente na II Conferência Nacional de Saúde Mental, quando solicitada no seu texto final à substituição das variações do nome “psiquiatria” por outros menos restritivos em documentos legais e programas do Estado, no que tange a nomeação dos doentes, do tratamento, do campo assistencial etc. A própria ideia de “reforma” é problemática, segundo Amarante, por indicar mudanças superficiais de algo que, no fundo, se mantém (AMARANTE, 1995). As práticas da Reforma Psiquiátrica podem ser entendidas como o campo da velha psiquiatria, porém reformada.

A desinstitucionalização da loucura e do social remete à desconstrução do louco como puro e simples doente e de modelos de atenção pautados no controle e na disciplina. A Reforma Psiquiátrica, por sua vez, apesar de ser chamada de psiquiátrica, é um processo que afirma estratégias de cuidado que envolve a presença de saberes e poderes que se situam além das fronteiras da psiquiatria. Nesse sentido, o próprio termo “Reforma Psiquiátrica” soa caduco e reducionista ao nomear o movimento de substituição do Manicômio brasileiro.

Paisagem das políticas públicas de saúde mental no Brasil

Na atual Política de Saúde Mental do Brasil, vemos as práticas assistenciais reorientadas para formas clínicas com a marca do cuidado a céu aberto. Isto é, modelos de atenção que minimamente mantêm relação assistencial voltada para o território dos seus usuários ou ao menos possibilitam o acesso destes aos seus lares cotidianamente.

Nessa medida, a implantação dos serviços abertos revigora não só o campo assistencial como as possibilidades legislativas em saúde mental, como já indicava o texto do Deputado

Paulo Delgado (BRASIL, 1989):

“No Brasil, os efeitos danosos da política de privatização paroxística da saúde, nos anos 60 e 70, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais. A interrupção do crescimento desses leitos é imperativa para o início de uma nova política, mais competente, eficaz e ética, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais.”

No campo da legislação, por sua vez, os hospitais psiquiátricos já não encontram tão somente a necessidade de serem administrados ou regulados nos seus modos e critérios de internação. Para além do sistema hospitalar, frente a uma atenção cada vez mais conectada com o território existencial do usuário, discussões acerca da modalidade das internações (se são compulsórias ou voluntárias), se os hospitais estão em conformidade com os critérios de qualidade definidos por lei ou se precisam realizar novas mudanças para a humanização dos leitos e alas, ou ainda sobre a abertura de novos leitos, tornam-se limitadas.

Desde que a abertura do tratamento foi experimentada na década de 1980, após diversas denúncias que chegaram ao domínio público a respeito da Casa de Saúde Anchieta – manicômio que foi fechado após anos de intervenção (LANCETTI, 2007) e o primeiro Projeto de Lei (PL) no campo da saúde mental em caráter substitutivo ao manicômio - formulado em 1989, o campo da legislação encontrou um novo terreno para a inauguração de novos fazeres.

Tanto a nível Federal como nos âmbitos estadual e municipal, verifica-se o pronunciamento efetivo de práticas direcionadas para a estruturação de uma assistência em saúde mental que se propõe substitutiva à lógica hegemônica do tratamento hospitalar, contrapondo a perspectiva reducionista da loucura enquanto transtorno biológico e/ou psicológico (utilizando o termo em voga nas práticas jurídico-administrativas).

No desenrolar da última década, foi notável a redução dos números de internações em leitos de hospitais psiquiátricos, acompanhada pelo aumento do número de atendimentos realizados em unidades de saúde mental abertas. O desencadeamento de ações diluídas nas frentes de expansão e retração de unidades manicomiais e unidades substitutivas ao Manicômio, respectivamente, converge para a descentralização das ações em saúde mental, tal como é sugerido pelo SUS. A primeira, impondo ritmo ao desmonte do aparato manicomial e, a segunda, desenvolvendo a criação das estratégias de enfrentamento através das práticas substitutivas. A primeira frente se caracteriza pela operação de dois mecanismos,

a saber: o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH). Na segunda frente encontramos as unidades e serviços que formam a rede substitutiva ao manicômio.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde entre 1997 e 2004 houve um considerável aumento do investimento no campo das práticas substitutivas ao manicômio. No ano de 1997, os gastos com procedimentos realizados em hospitais psiquiátricos marcavam 93,14% dos recursos da saúde mental! Já em 2001, momento em que a lei 10.216 era aprovada, esse número baixou para 79,54%. No ano de 2004, os hospitais psiquiátricos produziam um gasto de 63,84%. Ainda em referência ao ano de 2004, havia 689 CAPS no território brasileiro (BRASIL, 2005). Já em 2010, esse número explode para 1620 unidades espalhadas pelo país (BRASIL, 2013). Esses números demonstram as ações provenientes dos dispositivos legais desenvolvidos desde o final da década de 1990 até os dias atuais.

Desde o ano de 1990, quando o Brasil assinava a Declaração de Caracas, na Venezuela, até hoje, o país desenvolve a reorientação das práticas em saúde mental. Em 1991, o Projeto de Lei (PL) do Deputado Paulo Delgado inaugurava a mobilização no plano Legislativo e estimulava a criação de outras leis a nível estadual e federal.

Após o referido PL, ainda nessa mesma década, a Portaria (PT) 224/92 surge traçando e especificando a diretriz da diversidade terapêutica nos modos de atendimento dentro do âmbito da política nacional de saúde mental. Após a sua aprovação, a PT GM 336 e PT SAS 189 elaboram mais detalhadamente o porte, horários de funcionamento, os critérios para implantação das unidades nos municípios, a forma de financiamento, assim como a dimensão mínima das equipes para cada um dos tipos de CAPS. Ou seja, as duas últimas portarias criam detalhamentos, novas especificações e assim delimitam os critérios para a efetiva implantação dessas unidades na esfera municipal.

Em 1999, a PT 1077 assegura o fornecimento da especificidade farmacêutica da assistência no campo da saúde mental. Já um ano antes da aprovação do PL que se tornaria a lei referência para a Reforma Psiquiátrica brasileira, as PT 106 e 1220 abrem as residências terapêuticas como modalidade de atendimento em saúde mental.

Em 2011, a PT 3088 orienta a relação entre os serviços específicos de saúde mental, da atenção básica, urgência e emergência, hospitalares e outros. Em outras palavras, essa portaria resume o que encontramos instituído em termos de unidades de atendimento no âmbito da política de saúde nacional, agrupando-as em uma frente atenção para o campo da saúde mental com a adição de algumas especificidades. Além disso, esse documento traça uma

proposta de implementação da rede de saúde mental em cada município, em associação com instâncias regionais. Fazem parte desse cenário as seguintes unidades:

- Atenção básica:

- Programa de Saúde da Família (PSF), dentro das quais são pensadas equipes da atenção básica para populações específicas, podendo atender em formato de consultório de rua ou em serviços de atenção residencial de caráter transitório;

- Atenção Especializada:

- NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família);
- Centros de Convivência;
- Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- Unidade de Atendimento (UA) Adulto;
- Unidade de Atendimento Infanto-juvenil;
- CAPS (do tipo I, II, III, ad, ad III, ia);
- Atenção de Urgência e Emergência;

- Atenção Hospitalar;

- Estratégias de Desinstitucionalização:

- Residência terapêutica;
- Programa de volta para casa;

- Reabilitação psicossocial:

- Cooperativas.

A marca da mudança é viva nas práticas. Espalhados pelo território brasileiro, os CAPS constituem um terreno de cuidados locais imenso. Isto é, o campo do cuidado se estende ao âmbito da existência encarnada na lógica de cada território, na experiência em comunidade, o que força o desenrolar de uma sociabilidade entre a loucura e a cidade que há séculos tem sido diminuída pelo internamento.

A constituição das equipes que dão corpo à experiência dessas práticas está relacionada com a dimensão macropolítica, na medida em que aderem a normatizações, tais como: o

financiamento dos recursos das unidades CAPS, à dimensão e composição de cada uma dessas unidades, às regras e diretrizes que regem o seu funcionamento etc. Além disso, o modo como o processo de trabalho, na sua multidisciplinaridade, é conduzido em cada agrupamento de equipe, está associado a certos preceitos ligados ao conhecimento técnico, ao fazer de cada classe profissional etc. Neste ponto acomoda-se certa força organizadora nas relações entre as pessoas que fazem rodar as práticas de cuidado das unidades substitutivas ao manicômio.

A aproximação que aqui fazemos aos desafios que se colocam no cotidiano da produção de cuidado em saúde mental no referido CAPS tem o objetivo favorecer a emergência e relacionar as condições locais e cotidianas que dão corpo à dimensão macropolítica desses serviços. Acreditamos que entre os trabalhadores dessas unidades e as suas redes locais existam tensões que apontam para as estratégias menores, que se edificam, em meio às prescrições legais, em cada território.

A desinstitucionalização da loucura

Pensar na noção de desinstitucionalização da loucura remete à ideia de desconstrução desta enquanto objeto definido, tal como a temos predominantemente no cenário contemporâneo. Ou seja, encontrar na loucura algo que esteja para além do seu contorno hegemônico atual, diminuída e negativada como o outro da razão, sócio-historicamente e cientificamente conceituada enquanto pura patologia mental. Produzir com a experiência da loucura algo que paire para além das noções que a engessam, fraturam seu corpo e a alma, desabilitando-lhe, assim, desejos, impregnados por olhares que lhe apontam um lugar calado, só e fechado, é o desafio do cuidado no qual apostamos.

Em que bases o dito louco pode hoje apoiar-se dentro da sociedade? Sob quais relações é oprimido? Quais instituições lhe atravessam, rompendo-lhe o corpo ainda mais fraco e em menores chances de contratos sociais? O que pode a loucura? O que pode o cuidado?

O cuidado ao sofrimento mental humano não é restrito apenas ao espaço da assistência em saúde, posto que tal cuidado por vezes sugere e engloba formas de fazer que ganham contornos eficazes nas redes informais, do Estado ou privadas.

Desinstitucionalizar como forma de escape, nos remete ao caminho que passa pela ciência e pelas formas oficialmente estabelecidas de assistência em saúde, mas também à urgência rumo ao encontro com outros espaços existenciais e sociabilidades enquanto estratégias para a potencialização da vida. Nesse sentido, desinstitucionalizar inclina-se para o

desmonte da estrutura assistencial, jurídico e administrativa que liga a doença ao tratamento.

O tratamento, enquanto função na sociedade torna-se uma saída para um processo de adoecimento. Ou melhor, para a doença, a cura, e o tratamento como ponte fundamental entre elas. Diante do aceite do profissional ao mandato social referente ao tratamento, se estabelece o doente em relação à norma, como segue o texto de Franco Basaglia (1985):

“É daí que decorre a ação exclusivamente tutelar das instituições psiquiátricas, expressão direta da impotência de uma disciplina que, diante da doença mental, limitou-se, de certo modo, a defini-la, catalogá-la e geri-la. De outra parte, as próprias teorias psicodinâmicas, que tentaram encontrar o *sentido* do sintoma através da investigação do inconsciente, mantiveram o caráter objetal do paciente, mesmo que o tenham feito através de um tipo distinto de objetualização: objetando-o não mais como *corpo*, mas enquanto pessoa. Da mesma forma como a contribuição ulterior do pensamento fenomenológico não foi capaz, apesar de sua busca desesperada em que está *jogado*: o homem e sua objetividade ainda são considerados um *dado* sobre o qual não é possível intervir a não ser através de uma vaga *compreensão*” (p. 104).¹²

O mandato social posto hegemonicamente para o profissional em saúde mental na direção de intervir sobre o doente, tratando-o, estimula a normalização dele enquanto corpo doente. Nesse processo acontece, o que Franco Basaglia chamou de objetualização do doente - quando ele se refere tanto aos procedimentos em saúde do campo biomédico como aos das ciências humanas, que tendem a operar uma ação em direção ao objeto doença, predefinido, e classificá-lo, produzindo, assim, efeitos sobre o doente na sua experiência consigo mesmo.

A negação afirmada nas práticas da Reforma Psiquiátrica italiana foi um dos primeiros passos para a materialização da crítica ao Manicômio nas vias da montagem de cuidado pautado na vida do cidadão.

Diante do contexto das políticas públicas em saúde mental no Brasil, o conceito de desinstitucionalização, que carrega a proposta da desconstrução do modo de tratamento hegemônico, atravessa a estrutura científica, assistencial, administrativa e jurídica, que tende a englobar modos de cuidado fora do circuito linear doença-cura, como indicam Rotelli, Leonardis e Mauri (2001):

¹² Grifos do autor.

“O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de ‘cura’ mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’ (p. 30).

A condição do louco nos espaços sociais permeados pela concepção de doente mental estará sempre limitada para trocas sociais concretas, já que a sua forma de existir é comumente percebida através do olhar normal(izante). Esta tendência se assemelha ao que acontece dentro das instituições de tratamento fechadas. Espaços onde a distância produzida pela lente normalizante (“normais” de um lado e os “anormais” do outro), agora rotulados de “doentes” que precisam ser recuperados, voltando a um estado anterior tido como normal, a partir da ação dos corpos normais sobre os corpos adoecidos. Esse mecanismo estabelece uma relação de assimetria que vai do positivo ao negativo, respectivamente.

Os modos de subjetivação do louco costumam ser sobrecodificados: delírio, alucinação, falta de adesão ao tratamento, pensamento não linear etc. Capturados, são traduzidos em maneiras ‘inferiores’ de pensar, agir, conviver consigo, com o outro e com o mundo. A capacidade de entrar em contato, conviver, afetar-se e relacionar-se em um pé de igualdade contratual com a loucura é minimizada pelo paradigma médico, pactuada por outras instituições e outros espaços da cidade.

Quando se propõe a ampliação da circulação da loucura fora da clausura dos muros manicomial ou da porta ‘aberta’ dos CAPS, através do termo reinserção social, há impasses e limites, muitas vezes implícitos, mas que precisam ser considerados. A ‘pura’ promoção dessa inserção, no sentido de haver contato social nos espaços públicos com a loucura, poderá encontrar-se com sentido restrito. Quer dizer, a própria circulação da loucura nesses espaços está submetida a um modo de internamento mais sorrateiro, mais sutil, porém não menos incisivo que o internamento nos muros físicos do manicômio, sobre o qual podemos intitular de internamento mental efetuado pela valoração negativista e limitante das sociedades capitalistas sobre a loucura. Isso remete a obstáculos severos na impossibilidade de exercer atividade laboral, inserção em grupos sociais, validação como membro na própria família, dentre outros aspectos.

Sem ampliação do sentido teórico-prático de desinstitucionalizar, as políticas públicas de saúde mental prosseguirão reducionistas, não respeitando as diversas formas de existência que habitam o espaço social, reiterando a circunscrição do outro, dos tantos outros ao Mesmo (ALVERGA & DIMENSTEIN, 2006).

A esse respeito, Michele Vasconcelos (2008) aponta que a partir de tais políticas, tende-

se a institucionalizar a Reforma Psiquiátrica e, da mesma forma a:

“...restringir o sentido e o funcionamento dos CAPS a serviços de saúde ensimesmados, ilhados, destinados exclusivamente a tratar da doença e, quando muito, do doente, traduzindo a inclusão social como normalização, ou seja, como modo de abrandar/apaziguar as diferenças: quanto menos estranheza ou diferença o usuário apresentar ao longo do ‘tratamento’, mais fácil ele será aproveitado no ‘mundo real’, mundo do capital” (p. 49).

Nessa mesma direção, afirmam Alverga e Dimenstein (2006):

“Acreditamos que é limitada a luta pela reforma psiquiátrica calcada na perspectiva da reinserção social, busca pela reafirmação dos ideais modernos de liberdade, igualdade e fraternidade, sem uma crítica (ruptura) radical aos fundamentos de um processo societal que se desenvolveu ancorado na rejeição de tudo o que não se identificava com a racionalização da vida cotidiana” (p. 302).

A desassociação linear da experiência da loucura com a doença mental como (des)lugar de cidadão, talvez ocupe atualmente um dos pontos altos como efeito do procedimento a ser realizado pelas redes substitutivas ao manicômio. Extrapolar a razão científica e a ordem cidadã é um caminho árduo pelo qual a noção de inclusão pode ser ampliada para algo além da cidadania, ou talvez, para outras formas de cidadania, que sejam capazes de mostrar perspectivas concretas de modos de subjetivação vívidos e não em secas e falidas inclusões, onde a loucura não cabe.

Apontamos que o nivelamento que as sociedades capitalistas impõem através de um ideal normativo de ser humano, termina por colocar em cheque a questão da diferença enquanto positividade. Nesse patamar, a diferença entra numa dinâmica linear de classificação, na qual estará mais ou menos próxima da referência ideal. Esse é um beco sem saída cruel, produzido, translúcido, sócio-historicamente por fundamentos de uma ética vinculada a certa humanidade, expandida como “a humanidade”, como apontam Cecília Coimbra, Lilia Lobo e Maria Lívia do Nascimento:

“Isto quer dizer que a diferença foi reduzida à desigualdade. [...] Para estes [os 'marginais', os 'deficientes' de todos os tipos, os 'desviantes', os 'miseráveis', dentre muitos outros], efetivamente, os direitos, assim como o que se alardeia como plena dimensão humana, sempre foram e continuam sendo negados, pois tais segmentos foram produzidos para serem vistos como inferiores, pertencentes a uma humanidade menorizada” (COIMBRA, LOBO e NASCIMENTO, 2009).

Por outra via, que não a imersão na discussão sobre os direitos humanos e o lugar que a cidadania guarda para certos tipos de humanos, fazemos um esforço de tratar sobre como ainda se reproduz hegemonicamente modos de tratamento frente à doença mental há séculos. Envolvidos por uma inércia de difícil frenagem, uma engrenagem complexa que se imbrica em retroalimentações potentes o suficiente a ponto de englobarem as denúncias e estranhamentos frente às violências cotidianas às pessoas em sofrimento mental de forma habilidosa e sem muitos ruídos.

Aqui, referimo-nos ao processo de desinstitucionalização da loucura, de modo a fazer uma aposta multidirecional e dimensional, tanto para fora do circuito científico, quanto para dentro dele, possibilitado através de mergulhos em experiências em um CAPS e o cenário político atual. O *background* teórico acima referido nos direciona, então, para desafios postos no enfrentamento da institucionalização da loucura e possíveis rotas de fuga.

O fenômeno natural loucura: para um erro, uma solução

Em meio ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, as formas de cuidado a céu aberto se tornam cada vez mais presentes, ao passo que os lugares onde ainda são segregadas pessoas ditas loucas tornam-se menos visíveis, seja pela sua faixa “*clean-ica*” ou pulverizada em confinamentos, microconfinamentos não hospitalares, tais como casas de repouso, *spars*, abrigos, cárceres privados, singelas casas de caridade em formato de ONGs etc. Nesse contexto de cuidado voltado para o meio social ou projetado para ser territorialmente operado, a concepção de doença, e mais especificamente a loucura enquanto doença e fenômeno natural, permanece com importantes limites de intervenção. Afinal, nesta perspectiva, ela reserva uma sequência particular referente ao seu desenvolvimento que impacta diretamente na possibilidade de se impor ritmo a um plano interventivo de criação.

Desde que inscrita no tracejo de desenvolvimento “normal” da sua “natureza”, uma doença dentro de um corpo, que será pela doença desviado do seu curso normal (natural), diante da interferência sofrida, também possui uma natureza. Contanto que expresse determinados sinais e revele certo padrão reconhecido como natural, a doença constitui-se também como uma natureza. Ou seja, mesmo levando um corpo a um percurso alternativo, a doença assume uma natureza própria, por ser também uma espécie de conduta natural. “Se a loucura é considerada um rompimento com a racionalidade, rompimento este que se expressa por meio de determinados sinais, precisos e constantes, pode ser então classificada e agrupada, de acordo com suas aproximações e distanciamentos, em classes, gêneros e

espécies, enfim, numa nosografia” (AMARANTE, 1996, p. 40).

As práticas em saúde que têm como objeto de intervenção as doenças pela perspectiva do modelo da História Natural (Ibid., p. 39), tendem a gerar intervenções corretivas, ou a busca da cura como o retorno ao natural, ao estado primeiro. Se, no caso, a loucura é uma natureza-desvio, a cura é o retorno ao padrão de desenvolvimento. E se, por fim, a sua vivência não encontrar retorno possível àquele estado primeiro, nasce aí um desvio do homem ou um cidadão desviado, sem cura. Aqui é transportado o binarismo saúde-doença para outro circuito binário, normal-anormal, que pode escorrer para outros, tais como cidadão-interditado, trabalhador-aposentado, etc.

Esses binarismos no campo da saúde mental tornam-se problemáticos. A adaptação e a cura dentro do meio científico e sociocultural encarnam alguns significados e usos que se aproximam e divergem entre si. Preocupam-nos aqui alguns, dentre eles, os que reduzem a relação entre a expansão e a pluralização da vida frente ao processo saúde-doença hegemônico. Chamamos, para tanto, atenção sobre a comunicabilidade entre as áreas do conhecimento que, interligadas, veiculam práticas e conceitos entre si. O rastro constituinte dos conceitos, definidos por sua aplicação dentro de uma rede de relações própria ao seu campo, quando deslocado para outro espaço, imerso em outra matéria, diante das relações e interferências que sofre e produz, materializam outro exercício em termos de função e efeitos. Como nos afirma Canguilhem (2011) acerca da noção de “erro”: “durante o último quarto de século, esse conceito tem recebido tal extensão – às vezes descabida – em psicologia e em sociologia que, mesmo em biologia, só pode ser utilizado do ponto de vista mais crítico possível” (p. 230).

De modo geral, tanto a adaptação como a cura referem-se aos encontros entre um organismo e o meio ambiente, uma regulação do indivíduo diante das exigências de um meio externo e determinante. As referências das ciências naturais trazem alguns perigos já conhecidos em termos de reducionismos ou incompatibilidade diante dos desafios do campo da clínica em saúde mental. Observamos, no entanto, a concepção de Georges Canguilhem sobre o conceito de erro, que nos ajudará a provocar o debate sobre cura, adaptação e loucura.

Este autor começa a sua argumentação com base em exemplos de mecanismos fisiológicos ligados à genética humana que fogem à regra. Ele os utiliza como demonstrações de um nível mais elementar da organização do ser vivo como uma porta de entrada para mostrar como esses erros são abordados pelo campo da saúde e da genética. Canguilhem assinala também que há condições elementares de formação e desenvolvimento do organismo que não são passíveis de transitar por desvios, sob o risco de encontrar irreversibilidades

penosas para a vida. A concepção de anormalidade é balizada por processos menos móveis em termos de resultados possíveis para a vida, elementos tão basais da constituição, que os jogos de possibilidade entre eles não encontra margens largas para o desvio.

O que nos interessa é que para ele não satisfaz a adaptação como relação do meio enquanto determinante, no qual sobre ele o organismo fará os investimentos de regulação de suas habilidades e do corpo como um todo, como originalmente foi concebido dentro das ciências humanas (sociologia e psicologia). Canguillhem se distancia da adaptação enquanto uma relação em que o organismo menor, vai de encontro ao meio ambiente, externo e adverso ao organismo. O autor adverte que “a definição psicossocial do normal a partir do adaptado implica numa concepção da sociedade que o identifica sub-repticiamente e abusivamente com o meio, isto é, com um sistema de pressões que, antes de qualquer relação entre o indivíduo e ela, já contém normas coletivas para a apreciação da qualidade dessas relações” (CANGUILLHEM, 2011, p. 230).

A sua compreensão do fenômeno de adaptação coloca o organismo em posição de revezamento de dominância frente ao ambiente, onde este organismo fará, conscientemente ou não, recortes do lugar onde vive, escolhendo os pontos nos quais será possível se fixar, infiltrar suas habilidades de forma que tire melhor proveito em, digamos, subambientes, de modo que esse território se torne mais apto ao seu estilo de operar. Uma inversão da lógica de territorialização em que, determinante, o ambiente deforma ou limita o organismo. Nas suas palavras: “definir a anormalidade a partir da inadaptação social é aceitar mais ou menos a ideia de que o indivíduo deve aderir à maneira de ser de determinada sociedade, e, portanto, adaptar-se a ela como a uma realidade que seria, ao mesmo tempo, um bem.” (Ibidem, 2011, p. 230).

Acerca da concepção do conceito de adaptação biológica, o autor ainda diz que:

“[...] o meio é considerado como fato físico, e não como um fato biológico, como fato constituído e não como um fato a ser constituído. Ao passo que, se considerarmos a relação organismo-meio como a procura de uma situação na qual o ser vivo, em vez de sofrer influências, recolhe as influências e as qualidades que correspondem a suas exigências, então os meios nos quais os seres vivos estão colocados estão delimitados por eles, centrados neles.” (CANGUILLHEM, 2011, p. 231)

Dando mais um passo à frente, propomos pensar a desnaturalização da ligação entre a loucura, cura e a racionalidade biomédica dominante, ao transportar esse debate teórico para o campo das práticas de inclusão social, inserção social e adaptação funcional, colocando em

pauta algumas formas de assujeitamento sutis.

A proposta de trabalho dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica visa interrogar a violência exercida pelos excessos de poder. Este é um campo animado pelos frequentes questionamentos sobre as falas esgotadas em sentido, envolvido com a (in)justiça que tem sido palco de tantas experiências de exclusão refinadamente respaldadas. Por entre os fundamentos mais reconhecidos das práticas em saúde, tal como a noção de neutralidade científica que por vezes ganha o tom de contenção das afetações dos profissionais ou limite do alcance do pensamento e das sensações. Até mesmo, na objetividade extremamente eficaz na precisão e limitação do campo de ação passível de ser investido, que, por vezes, apontam para um pessimismo estanque sobre os potenciais da vida, pois pouco ultrapassa o alcance da lógica e (ir)racionalidade das práticas em saúde hegemônica. As consequências desses referenciais revelam-se comumente em procedimentos que acompanham as pessoas que ocupam o lugar de usuários por longos e crônicos períodos sem levar em conta algo que esteja logo além do biológico e da razão/visão/lógica/paradigma científico.

A questão que colocamos não se refere somente em ir ou não ir além do limite da fisiologia ou dos processos neuroquímicos ao pensar e intervir sobre o sofrimento humano, mas, na verdade, e é como entendemos aqui, esses procedimentos são a operacionalização de referenciais que reduzem os contornos da demanda, especificam e localizam o ponto de intervenção, realizando assim uma prática de manutenção da lógica problema-resolução, tal como sugerem os italianos (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2001; ROTELLI & AMARANTE, 1992).

A problemática dos estreitamentos do objeto de cuidado revela um grande impacto nas práticas de saúde mental, de modo que, em sintonia com Vasconcelos (2009), afirmamos a necessária ampliação do objeto e, conseqüentemente, das práticas em saúde mental como terreno propício ao trabalho de desinstitucionalização da clínica e da loucura:

“[...] uma verdadeira revolução epistemológica e teórica no processo de construção do conhecimento, na direção de mais complexidade, bem como em um processo de crítica, desconstrução e reconstrução dos paradigmas convencionais de conhecimento científico e profissional.” (p. 143)

Por um olhar genealógico para saúde mental e para loucura

Nesse ponto fizemos uma imersão na história da loucura com o objetivo de apresentar as formas instituídas socialmente para lidar com as faces que o louco assume ao longo do

tempo e problematizar alguns elementos das práticas atuais.

Começamos dizendo que para iluminar o nosso caminho neste trecho do presente estudo, buscamos elementos na história que ultrapassem a busca pela origem dos tratamentos. Procuramos percorrer as condições de surgimento do tratamento em saúde mental. Desnaturalizá-lo. Portanto, o objetivo primeiro que se coloca nessa busca histórica é a compreensão acerca de como foram inventadas a noção de doença mental e o seu correlato, o tratamento mental.

Deste modo, nos deparamos com uma escolha a fazer: tomar uma direção entre duas linhas diferentes de percorrer a história. De um lado, a produção de uma história das práticas e das ideias das ciências acerca da loucura que nos levará à história desse conhecimento e às práticas a ele enlaçadas, e, de outro, um percurso diferente, no qual encontramos os vestígios das peripécias da ciência, que não nos orientará. Ao invés disso, incluiremos a busca pelos elementos externos à ciência. Dessa forma, faremos uma investigação das condições que possibilitaram o surgimento dessas práticas e desse campo científico: a história da doença mental e a história da psiquiatria.

Os dois modos de fazer história não diferem entre si quanto ao ângulo através do qual visualizam os objetos. Essas histórias são capazes de fazer emergir problematizações e relações entre objetos realmente distintas umas das outras. A primeira delas é o modo factual de fazer história, o outro é genealógico ou conceitual.

Se optássemos pela primeira opção, que trajeto faríamos? Quais são os achados possíveis e as suas consequências? O caminho que se mostra à frente seria o da história das ciências. Isto é, a construção de uma história das ciências tal como comumente se faz, que tem como base o resgate dos pressupostos teóricos que ascendem em novas formulações, dentro do círculo científico. Sejam práticas ou teoremas, estes são os rastros que encorpam a linha histórica como um progresso que repercute, finalmente, no presente. Presente como uma condição melhor elaborada do que se pensava ou fazia no passado, como um processo de lapidação que tende naturalmente a acontecer no campo do conhecimento e das práticas sociais.

Em outras palavras, esse trajeto é o da história da psiquiatria contada de dentro da psiquiatria, valendo-se das suas ideias, com os seus conceitos seguidos historicamente como num lance de degraus, elevados um pelo outro, passo a passo, de acordo com os seus critérios de validade e de cientificidade.

Nesse encadeamento, através da conexão entre os degraus teóricos que compõem o tratamento psiquiátrico, teríamos o início onde se encontra a origem das práticas clínicas em

saúde mental. As práticas que se desenvolveram dentro do asilo desde a metade do século XVIII com investimento da medicina sobre a loucura, cada vez mais como um mal curável. Ou mais adiante, já nas primeiras décadas do século XIX, quando são encontrados importantes trabalhos dentro da linhagem psiquiátrica, tais como: “O tratado do delírio”, autoria de Fodéré, datado de 1817; “Tratado médico-filosófico”, de Pinel, que marcava a virada do século, precisamente em 1800; e “Das doenças mentais”, de Esquirol, em 1838.

Antes desse período, a psiquiatria ainda não estava em cena. Mas não por isso instituições e diversas práticas para dar conta da loucura no âmbito social deixavam de existir. Não por causa da falta de efetividade da medicina com relação às intervenções da internação havia menor incidência de práticas de contenção da loucura. Pelo menos é o que vemos ocorrer durante os longos séculos que se passam desde o período do Renascimento, no final da Idade Média.

Em outras palavras, todo o percurso que fica para trás da psiquiatria, toda essa heterogeneidade de reações e construções, discursos, práticas e instituições que intervinham sobre a loucura, não menos consistentes ou representando ausência de saber, somam-se como elementos da trajetória a ser percorrida pela outra forma de fazer história. De outro modo, a história das ciências e a história desses outros elementos que fazem parte da pesquisa genealógica que, principalmente, Michel Foucault desenvolveu, nos leva a um período anterior ao da existência da ciência médica e a um território social onde outras forças montavam o seu surgimento.

Pois bem, preferimos caminhar para outra direção e nos guiarmos por elementos de uma história, como dissemos acima, externa ao tratamento clínico e às ideias das ciências, tomando como referência as construções foucaultianas. Com essa escolha, referimo-nos a duas coisas, simultaneamente: a uma postura metodológica e ao desenvolvimento de uma forma específica de problematização. Esta última evidencia-se exatamente na contradição que existe em pensar a psiquiatria como ferramenta científica que desvela a loucura. Nessa direção, verifica-se um processo sócio-histórico no qual a primeira produz a segunda, e de modo cada vez mais ostensivo. Talvez essa seja a primeira grande problematização ou ruptura que emerge da construção dessa história. Metodologicamente, essa escolha diz respeito à negação da busca pela origem dos pressupostos das práticas clínicas da atualidade, no sentido de que eles estariam, hipoteticamente, escondidos sob as realizações dos seus antecessores. Ou seja, a análise caminha em direção a um horizonte que de forma alguma exclui o estudo das orientações teóricas médicas acerca da loucura, porém os ultrapassa. Isto se dá pelo simples motivo de que seguindo os pressupostos médicos não haveria condição suficiente de

encontrar o chão necessário para o empreendimento dessa genealogia da psiquiatria e da doença mental, já que o limite seria o próprio conhecimento médico, a função terapêutica e a doença.

Isto resulta em uma argumentação que vai além das fronteiras da epistemologia e da história das ciências. “A concepção da loucura em diferentes épocas não é exclusivamente de nenhum tipo específico de texto ou de disciplina. Daí a extensão maior que caracteriza essa nova *démarche* com relação à epistemologia” (MACHADO, 1978, p. 84). Ultrapassar esses campos exige, por sua vez, a investida na busca por conceitos mais gerais, expressões institucionais associadas a práticas sociais que compõem cada cenário sócio-histórico.

Ao contrário, as bases sobre as quais se guiam as histórias factuais fazem delas um esforço para resgatar, passo a passo, nomes e fatos precursores que originaram a loucura, dando forma, ou melhor, deformando as experiências da loucura em outros momentos históricos. Oorganizadas com referência tal como formulada na modernidade, tendem a assumir o tom eterno da loucura caracterizada pela psicopatologia.

No texto abaixo, encontramos a discussão sobre o rompimento da barreira do conhecimento médico que caracteriza a investigação genealógica:

“É um jogo ao qual se prestam com prazer os médicos-historiadores e que consiste em reconhecer nos próprios registros do internamento, e através da aproximação das palavras, as sólidas categorias médicas entre as quais a patologia dividiu, na eternidade do saber, as doenças do espírito [...] É que a medicina mental recebe dessas constatações as primeiras certezas de sua eternidade; e se lhe acontecesse ter a consciência pesada, seria tranquilizada, sem dúvida, ao reconhecer que o objeto de sua pesquisa estava ali, esperando-a através dos tempos” (FOUCAULT, 2004, p. 118).

De acordo com este modo de fazer a história, outro elemento que lhe caracteriza é a abertura ao confronto, à “falta de um sentido lógico” entre as práticas institucionais, nas relações do passado com o presente. Isto é, uma abertura para a história descontínua entre a loucura, a doença mental, a medicina e a psiquiatria. Como exemplo disso, temos no início do século XIX, no contexto que envolve a psiquiatria emergente e a sua relação com a medicina, uma falta de comunicação ou filiação da primeira para com a segunda, tanto no nível das práticas como em termos da teoria sobre a loucura. Ou seja, a psiquiatria distancia-se da instituição médica para se aproximar da prática institucional do asilamento.

Enquanto especialidade médica, a psiquiatria demonstra um grau de distanciamento maior que se supõe normalmente. A genealogia da psiquiatria mostra que entre o final do século XVIII e meados do século XIX, o que aparece na base das práticas psiquiátricas dentro

dos asilos não tem relação com a descrição, a análise e o diagnóstico ou algo como conhecimento verdadeiro acerca da loucura. Isso quer dizer que a psiquiatria não realiza procedimentos correlatos aos da medicina, que, apesar de gradualmente firmar o seu mandato social, solidificando suas fundações enquanto campo independente, permanece afastada da sua “matriz”. É nessa medida que a genealogia põe “em evidência a base das relações de poder que constituem o elemento nuclear da prática psiquiátrica...” (FOUCAULT, 2006), através da diferença criada pela estranheza que o passado pode revelar, se deixado aparecer da forma própria como era experimentado no seu tempo. Somente levando em conta esse tipo de desarranjo entre os momentos históricos, revelaram-se possíveis as análises genealógicas.

Em outras palavras, a análise histórica que Foucault (2004) realiza em História da Loucura revela uma cautela em olhar para o passado sem fazer dele um tempo com traços do presente, orientado e organizado pelos discursos da contemporaneidade.

“Não trata-se aqui de estabelecer uma hierarquia, nem de mostrar que a era clássica foi uma regressão com referência ao século XVI no conhecimento que teve da loucura. (...) Trata-se apenas, isolando as cronologias e as sucessões históricas de toda perspectiva de 'progresso', restituindo à história da experiência um movimento que nada toma emprestado do conhecimento ou da ortogênese do saber – trata-se de deixar aparecer o desenho e as estruturas dessa experiência da loucura, tal como o Classicismo realmente a sentiu” (p. 124-125).

Desse texto, fica claro tanto o investimento da análise foucaultiana em privar-se do “olhar retrospectivo”, quanto uma especial atenção à descontinuidade entre os momentos históricos que se sucedem. Por um lado, as concepções que possivelmente os conceitos mais recentes da psiquiatria sobre a loucura produziram no passado analisado precisariam ser afastadas. Isto é, aceitar as deformações impostas pelo nosso olhar faz parte da apuração metodológica de sua análise. O olhar retrospectivo fará surgir, assim, um contexto bem arquitetado e justo às composições do nosso tempo. É justamente por isso que as histórias factuais, na incapacidade de assumir as faltas de conexão ou descontinuidades entre fatos e as particularidades que dão contorno ao que havia no passado em relação ao presente, afastam-nas das vistas por esse desassossego.

Por outro lado, as análises que Foucault realiza tem a característica de procederem através de uma escala de tempo larga. Isso é o que justamente lhe dá margem para situar as mutações ocorridas acerca dos seus objetos de estudo. Ao investir sua análise começando pela Idade Média, foi possível encontrar uma linha de tempo suficiente longa para demonstrar as oscilações processadas socialmente acerca da loucura de uma forma inovadora, na medida em

que força um profundo descolamento entre loucura e doença mental. As cisões ocorridas entre os três momentos históricos, o Renascimento, a Idade Clássica e a modernidade, demonstram o desligamento da concepção de história continuísta, ou seja, que tende a afirmar a medicina numa evolução em passos que se sucedem, em cadeia, linearmente.

A versão mais comumente aceita de uma história da loucura é a da sua associação com a formação da psiquiatria. As versões dessas histórias seguiriam os rastros da instituição que lhe legisla prioritariamente, trata e descobre. A história da construção da disciplina psiquiatria se tornaria explicação e justificativa para essa experiência, que através desse saber foi esmiuçado. Ou ainda, se alongada um pouco mais, essa histórica voltaria, talvez, até o cerco imediatamente anterior medicina, mantendo a unidade da sua discussão.

Em *História da loucura*, o que diz Foucault sobre estas outras histórias que ele encontrou no caminho, que por meio das quais obteve impulso, mas delas diferenciou a sua? Diz, ele, que a eternidade é muito para um saber e que esse conhecimento não conforma a verdade sobre a experiência da loucura. Isso parece tão óbvio ao ser exposto. Mas, apesar disso essa concepção é repetitivamente atualizada nas práticas clínicas. “O mecanicismo se insinua como verdade científica” (MOURA, 2011), encontrando-se presente diante das monótonas constatações de tantas pessoas diagnosticadas como esquizofrênicos: - *É... Parece ser esquizofrenia*, diz o profissional de saúde como que diante de uma verdade final, uma vida terminal.

Nas palavras do próprio Foucault:

“Para os médicos, é importante e reconfortante poder constatar que sempre houve alucinações sob o sol da loucura, delírios nos discursos do desatino, e reencontrar as mesmas angústias em todos esses corações sem repouso. É que a medicina mental recebe dessas constatações as primeiras certezas de sua eternidade; e se lhe acontecesse ter a consciência pesada, seria tranquilizada, sem dúvida, ao reconhecer que o objeto de sua pesquisa estava ali, esperando-a através dos tempos” (FOUCAULT, 2004, p. 118).

Nesse ponto e por essa perspectiva, fazer uma história sobre os registros que envolvem a condição em que as práticas acerca da loucura são formadas, torna-se um gatilho para possíveis linhas de fuga de noções universalizantes.

“A genealogia seria portanto, com relação ao projeto de uma inscrição dos saberes na hierarquia de poderes próprios à ciência, um empreendimento para libertar da sujeição os saberes históricos, isto é, torná-los capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico, unitário, formal e científico” (FOUCAULT, 1979, p. 172).

A referência que o passado ocupa, termina por apoiar a produção de um futuro que não o tem como simples causa nem será dele uma consequência direta, como em um trajeto concebido em linha evolutiva. O que está em jogo nesse tipo de análise são os processos produzidos por determinados agenciamentos de forças do seu momento e contexto, pois o futuro é justamente esse jogo de forças em vias de experimentação, ele não é o amanhã.

Comentando sobre o sentido histórico, diz, Foucault (1979):

“Ele deve ter apenas a acuidade de um olhar que distingue, reparte, dispersa, deixa operar as separações e as margens – uma espécie de olhar que dissocia e é capaz ele mesmo de se dissociar e apagar a unidade deste ser humano que supostamente o dirige soberanamente para o seu passado” (p. 27).

Em *História da loucura* configura-se uma “análise conceitual” (MACHADO, 1981, p. 81-84) (e Foucault não deixa de apontar isso ao longo do texto, como o trecho acima citado confirma). Conceito, neste caso entendido como resultado de uma análise que toma os elementos que compõem um dispositivo¹³ de dado momento histórico, lhes remetendo a uma concepção da época. Ou seja, quando se fala em história conceitual, refere-se à apreensão desses elementos, tais como, práticas religiosas e científicas, técnicas, teorias, leis, ações de interdição, etc. para montagem de uma concepção mais geral. Ou seja, conceito como uma formulação, que circunscreve e expressa um domínio sob o qual as práticas se realizam, obtém estrutura e criam associações discursivas entre si. “Pelo fato de a loucura ter sido patologizada pelo discurso psiquiátrico não se deve pensar que sempre foi assim. É preciso dar conta do sentido conceitual tal como é definido pelos discursos da própria época” (MACHADO, 1978, p. 82).

A análise foucaultiana, ao negar a psiquiatria e as ciências humanas como o efeito de um suposto progresso da medicina, possibilita alguns deslocamentos do status, tais quais esses saberes, práticas e concepções atualmente possuem. Esse empreendimento realiza-se por meio da análise histórica que tem início no Renascimento – final da Idade Média –, e tem como alvo a modernidade, especificamente a relação presente entre a psiquiatria e a doença mental como loucura. Nessa direção, ela não surge enquanto projeto constituído pela intensificação de esforços internos e inerentes ao seu círculo médico, enquanto disciplina, tão somente, mas, e principalmente, a partir da condição externa que possibilitou a sua constituição. Isto é, a sua

¹³ “Através do termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos” (FOUCAULT, 1979, p. 244).

análise demonstra que, apesar de a psiquiatria encontrar entre os séculos XVIII e XIX um terreno de práticas institucionais e teorias médicas que cada vez mais se estabeleciam, foi preciso haver uma trama social, um campo com elementos externos a ela, que lhe desse consistência ao ponto de ser possível o seu surgimento.

Abre-se, nessa medida, um poderoso concentrado de verdade para a produção de outros sentidos possíveis, de modo a expor a sua verdade sobre a loucura como uma “espécie de erro que tem a seu favor o fato de não poder ser refutada, sem dúvida porque o longo cozimento da história a tornou inalterável” (FOUCAULT, 1979).

“... explicar o aparecimento de saberes a partir de condições de possibilidade externas aos próprios saberes, ou melhor, que imanentes a eles – pois não se trata de considerá-los como efeito ou resultante – os situam como elementos de um dispositivo de natureza essencialmente estratégica” (MACHADO In FOUCAULT, 1979, p. X).

Nessa perspectiva, os objetos, tais quais os saberes científicos, por exemplo, se formam e ganham definição enquanto disciplina e prática social por meio de uma condição externa a eles. Essas investigações tornam-se possíveis por meio de análises acerca das formações institucionais, jurídicas, do conhecimento, das percepções, da verdade, ou seja, buscando referências que estão fora do saber em questão, além da sua organização interna. Dessa forma, ao partir para a investigação de elementos que passam ao redor, por entre, compondo um condensado heterogêneo de elementos que se relacionam e se articulam, encontra-se o que Foucault (1979) chamou de dispositivo.

Entre os séculos XVII e XIX, as transformações entre os mecanismos do internamento, as instituições e a interdição, ou seja, o solo para o nascimento da psiquiatria é constituído, chegando ao ponto da concepção da alienação mental fundar-se.

“As genealogias não são, portanto retornos positivistas a uma forma de ciência mais atenta ou mais exata, mas anti-ciências. Não que reivindiquem o direito lírico à ignorância ou ao não-saber; não que se trate da recusa imediata não ainda captada pelo saber. Trata-se da insurreição dos saberes não tanto contra os conteúdos, os métodos e os conceitos de uma ciência, mas de uma insurreição dos saberes antes de tudo contra os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa” (FOUCAULT, 1979, p. 171).

Foucault (2006), ao analisar as práticas da psiquiatria entre o final do século XVIII e o início do século XIX, nomeia-as de “protopsiquiatria”. A sua análise discorre de modo a evidenciar que as operações realizadas nos pacientes por seus médicos não estavam em

conexão com as práticas da medicina da época. Ou seja, não há ainda a esta altura um procedimento “que possa valer como descrição, análise, diagnóstico, conhecimento verdadeiro do que é a doença” (FOUCAULT, 2006, p. 33). A instituição manicomial, por sua vez, também não estava construída, tão pouco a importação de modelos de compreensão acerca da doença havia sido feita. E não foi somente sobre essas lacunas na história da formação da psiquiatria que incide o seu estudo, mas, sobretudo a um dispositivo do qual essas práticas são efeito e elemento.

Ainda acerca da descontinuidade entre o nascimento da psiquiatria e a medicina, no início do século XIX, mais especificamente entre os anos 1800 e 1830, quando ele reflete sobre o tratamento moral, diz Foucault (2006):

“Parece-me – sem colocar ainda o problema de saber por que uma prática como essa pôde efetivamente ser considerada prática médica, por que foi necessário que pessoas que faziam essas operações fossem médicos [...] entre os que podemos considerar como fundadores da psiquiatria, a operação médica que efetuam quando curam não tem em sua morfologia, em sua disposição geral, praticamente nada a ver com o que está se tornando a experiência, a observação, a atividade diagnóstica, o processo terapêutico da medicina.” (p. 15-16)

Nessa perspectiva, o que isso vem denunciar é a emergência de uma mudança nas relações de poder na sociedade atual. No fim do século XVIII e início do XIX, ele analisa as cenas de cura da época para mostrar como a psiquiatria encontra-se em continuidade com a formação do que nomeou de poder disciplinar. Foucault indica que a direção para a compreensão da psiquiatria não reside na investigação da instituição asilar ou através do seu discurso de verdade, mas a partir do funcionamento desse poder que tende a agir diretamente sobre o corpo individual, deve-se analisar o nascimento da psiquiatria. Nesse sentido, ela ocupa apenas o lugar de um dos seus elementos operantes dentro da sociedade disciplinar. Como caracteriza, Foucault (2006), a sua ação:

“o poder disciplinar tem a dupla propriedade de ser anomizante, isto é, de sempre pôr de lado certo número de indivíduos, de ressaltar a anomia, o irreduzível, e de ser sempre normatizador, de sempre inventar novos sistemas recuperadores, de sempre restabelecer a regra. Um perpétuo trabalho da norma na anomia caracteriza os sistemas disciplinares” (p. 68).

Em História da loucura, Foucault (2004) mostra que no período do Renascimento era presente uma ambiguidade entre os discursos sobre a experiência da loucura e uma marcada oposição entre a sua experiência trágica e a consciência crítica sobre a mesma (MACHADO,

1981). Dessa ambígua relação resulta um enfraquecimento da loucura enquanto experiência trágica em detrimento de um saber racional sobre ela. Ou seja, a força do saber que à loucura era associado anteriormente, e mesmo durante esse período, passa cada vez mais a perder espaço. Ela própria começa a ser instaurada sob os parâmetros da razão.

Na época clássica, o isolamento de certa parcela de pessoas nas internações ainda não estava vinculada à ação médica, assim como do asilamento se viu surgir uma especificação para o louco, apenas gradativamente. Os motivos das internações dessa época ligavam-se apenas superficialmente a questões de tratamento ou doença, muito menos à doença mental. A preocupação sobre o padecimento das pessoas na era Clássica volta-se para os cuidados na expansão das doenças dentro do ambiente asilar, porém não como um espaço destinado ao tratamento de quem fora dele contraia algum mal.

Distante de ser um procedimento alimentado, ou melhor, exercido pela sustentação da razão médica, o internamento da época clássica encontrava fundamento, ideia e força, em outras direções. Por um lado, através do campo “social”, onde a loucura cindiu com os elementos da moral, as regras do convívio, enfim, avaliada por uma “percepção social”. Dessa forma, “... a loucura se tornou assunto de sensibilidade social; aproximando-se do crime, da desordem, do escândalo, ela pode ser julgada, com estes [círculo de pessoas além da família nuclear], pelas formas mais espontâneas e mais primitivas dessas sensibilidades” (FOUCAULT, 2004, p. 128). Do outro lado, o internamento era regido pelo universo jurídico, que na época apurava os seus critérios, buscava as formas nas quais a loucura poderia assumir. No primeiro caso, a “culpabilidade moral” é a forma que monta força e sustenta o caminho do louco para dentro do asilo: estrangeiro, excluído, por meio de uma condenação ética, desfeitos os laços que unem os homens nas vizinhanças e família. Já no segundo, a “limitação da subjetividade” encontra na interdição a resposta para a irresponsabilidade na qual é colocado. Livre das respostas civis, “consequentemente”, encontra a abertura das portas do asilo, aproximando-se do determinismo da doença (FOUCAULT, 1978, p. 134).

“O “Grande Enclausuramento” (FOUCAULT, 1972; CASTEL, 1978) usando um termo da época Clássica para as práticas do asilamento, que remete a esse fenômeno institucional de sequestro do bloco de desrazoáveis, não por terem perdido a razão da sua consciência, mas por afastarem-se da Razão da era Clássica. A pobreza, a sexualidade imoral, a profanação do sagrado, a libertinagem e o louco são cinco domínios mais ou menos formados que a razão da época clássica procura afastar por meio dos mecanismos institucionais do asilamento” (MACHADO, 1981, p. 65).

O asilamento da soma desses blocos faz surgir um grande bloco da desrazão clássica.

“A desrazão é um campo de experiência que objetiva o negativo da razão em tipos concretos, sociais, existentes, individualizados; é a negação da razão, realizada como espaço social banido, excluído” (MACHADO, 1981, p. 67). A análise foucaultiana sobre esse mecanismo da época clássica indica a resultância desse bloco para além da sua face negativa. Além de excluída do convívio social, surgia com ela uma delimitação positiva dos excluíveis na sociedade.

Porém, onde se encontra a medicina dentro dessa arquitetura histórica e desses mecanismos que envolvem e sustentam o asilamento Clássico? De fato, a medicina ainda não era uma disciplina capaz de acionar o procedimento de internação de forma independente. Vimos que a prática médica estava nesse momento associada prioritariamente a intervenções dentro dos hospitais como meio de remediar a expansão interna de doenças. Porém, os procedimentos médicos encontravam-se como articuladores da vida social com a vida jurídica dos mesmos. A essa altura, o seu papel era o de articuladora entre essas duas dimensões da pessoa na cidade.

Mais adiante, somente no final do século XVIII, vai-se assistir a essas duas experiências contemporâneas ao período clássico, de fato entrelaçadas entre si. O sujeito social e o sujeito de direito serão encarnados num só corpo, o corpo do louco, através do conceito de alienação mental.

Ainda durante a era clássica, o papel secundário da medicina diante do internamento fica explicitado, como segue o texto abaixo:

“... com maior razão, não se deve supor que é ela [a medicina] que sustenta, ainda que obscuramente, todas as outras formas de experiência. Ela está simplesmente localizada em certas práticas da hospitalização; ela ocorre também no interior da análise jurídica da alienação, mas não constitui a parte essencial deste, nem de longe” (FOUCAULT, 2004, p. 133).

No final do século XVIII, houve algumas modificações importantes na instituição asilar, bem como em alguns mecanismos do asilamento para que fosse fundado o conceito de alienação mental. Essas mudanças possuem laços internos e externos ao campo da medicina, isto é, há fatores que determinam a reforma do asilamento tanto em termos teóricos, quanto ligados a elementos de natureza sociopolítica.

A doença e a assistência ao pobre eram redirecionadas diante de exigências econômicas. A hospitalização se fazia por demais onerosa, de modo que cresciam argumentos a favor da assistência em ambiente privado, domiciliar. Mas, não somente determinado pelo fator econômico modificou-se o modo do internamento e o desencadeamento do conceito de

alienação mental. Havia novas exigências no campo da ética, da política e da justiça que também guardam sua força em meio a esse processo. “O grande Internamento” tornava-se menor, um mecanismo regrado, no sentido da especificação, localizando fatias da população de modo que as exigências sociais fossem supridas.

O internamento se mantém como prática social, mas a aproximação da Revolução Francesa já dava sinais das modificações por vir e as influências que causaria nos modos como seria realizado. O fator econômico e as mudanças provindas do capitalismo emergente, somados com a discussão humanista e jurídica, exprimiam as novas necessidades presentes na sociedade, as quais atravessavam toda a sociedade, sendo que as instituições asilar e médica não permaneceram ilesas. Tanto um fator quanto o outro está na base de uma modificação social mais ampla, cujos efeitos marcarão a forma da sociedade ocidental se relacionar com a loucura.

No campo do conhecimento médico, a loucura passa por um processo de individualização, de maneira a habitar o mundo interno de cada um, como experiência subjetiva. A concepção de loucura como desrazão inicia sua modulação ao opor-se à natureza humana. Loucura, sinônimo de “desnatureza”. A teorização transitava para o sentido de compreender que por influência do mundo externo – civilização, religião e sociedade – a loucura se instaura, não mais como desrazão, mas como alienação. Ou seja, a verdade do homem louco vai de encontro ao grupo social, mas refere-se, fundamentalmente, a uma verdade nova, como perda da própria verdade individual, como afastamento de si mesmo. Mas como essa modulação acerca da loucura pôde ser efetivada? Sob que forças, esteve a medicina impelida a contemplar e julgar o internamento, função esta não conhecida até então?

Para que a loucura como desrazão desembocasse na noção de alienação mental, o papel da teorização médica nesse processo não foi o principal. A massa dos internamentos vinha de longa data envolvida por uma percepção social, ainda distante do que se pode chamar de teorização. “O que pode determinar e isolar a loucura não é tanto uma ciência médica quanto uma consciência suscetível de escândalo” (FOUCAULT, 2004, p. 128).

O balizamento teórico encontra-se, na verdade, sobre a sustentação das condições sociais e práticas institucionais que estão vivas ao seu redor. “É no nível da percepção e não do conhecimento que aparece como fundamental quando se trata de estabelecer suas condições de possibilidade” (MACHADO, 1981, p. 79).

De certo, a ambiguidade marcava a forma de conduzir a loucura a partir da segunda metade do século XVIII. Em meio às mudanças no trato do internamento, a nova divisão, ainda indefinida, da sua população interna somava-se ao fato de não haver instituições

destinadas especificamente para os loucos. Ou seja, este era um momento em que as práticas de internamento anteriores, se estranhavam, não cabiam mais como antes e que, correlato a isso, não havia a infraestrutura para a realização da mudança que se esboçava. “Enorme era a confusão nesses anos, difícil era determinar o lugar que a loucura deveria ocupar na 'humanidade' que estava sendo reavaliada, difícil era situar a loucura num espaço social que estava em vias de reestruturação” (FOUCAULT, 2004, p. 422).

As instituições de asilamento sofriam críticas acerca do seu funcionamento, assim como sobre as suas incidências no campo social. Por um lado, a homogeneidade daquele bloco de desrazoáveis característico do “Grande Enclausuramento” começa a causar incômodos. No final do século XVIII, próximo a Revolução Francesa, os loucos ganhavam rosto específico, e nessa esteira uma incompatibilidade crescia no ambiente da internação. Aos presos, a divisão do espaço do asilamento com os loucos era sentida como uma condição desumana. O que estava em consonância crescente com a opinião das autoridades da época.

O fator econômico revelava-se diante das mudanças nos modos de produção como influencia para a movimentação da engrenagem do Internamento. O mercantilismo que até então colaborava com o internamento do pobre indigente, o criminoso, o louco e os demais componentes do grande bloco da desrazão, começa a ficar para trás. Lugar este que o crescente capitalismo vem ocupar de forma a operar uma mudança significativa acerca do valor do indivíduo para a nação.

Se antes o internamento era realizado com o objetivo de excluir a pobreza, nesse momento, com a valorização da força de trabalho fazia valer a minúcia sobre se o pobre, o indigente e os demais que tinham capacidade ou não para o trabalho. Ou seja, a regra do internamento se modifica diante da emergente forma de produção. Alguns internáveis se convertem em operários em potencial. O que está em jogo não é mais o “grau de miséria” do indivíduo, e sim a “natureza da miséria” que ele exprime.

Na dimensão econômica, o pobre era a materialização da pobreza. Ele, confundido com esta, recebia o veredito do asilamento como forma de sanar os inconvenientes no mundo da ética cristã, a mendicância. Ou seja, a dimensão econômica que se estabelece no classicismo não está inscrito nos termos da riqueza, mas no âmbito do pecado e da imoralidade.

Mas esta mesma mendicância era também fonte da purificação dos ricos através da caridade. O pobre dessa maneira guardava lugar, até meados do século XVIII, como ponte de evolução espiritual para o rico. Ao pobre era destinada a assistência e assistência era o internamento.

Essa assistência, no entanto, se tonava perigosa para o Estado. Diante das modificações

o mesmo pobre passa a ter o papel de sustentáculo dos bens do rico, desde que metamorfoseado gradativamente na solidez da força de trabalho.

A pobreza, ligada ao divino através da caridade encontra fios que conectam a economia no interior da discussão sobre os custos e a localização da responsabilidade dessa assistência. A formação desse problema foi responsável pelo disparo que abre o campo da doença separado da pobreza. A miséria humana e a caridade, essa união que colocava o homem em aproximação com o Céu, quando se encontra com as noções da economia capitalista, produz aí um diálogo que se torna mais junção dos temas que oposição. A caridade como natureza que liga os homens entre si, como movimento imanente ao convívio em sociedade, se depara com os novos discursos e práticas econômicas.

As evidências econômicas caminhavam para que a assistência ao doente fosse realizada no domicílio. Três fatores eram responsáveis para a argumentação a favor desse destino: o sentimental, o econômico e o médico. A manutenção da “piedade”, já que com possibilidade de realizar a assistência cotidiana frente o enfermo; a diminuição dos custos com o “alojamento e a alimentação” sob a responsabilidade da família; e, por fim, o resguardo da deprimente cena e injúrias que o “templo da morte” causava aos doentes. (FOUCAULT, 2004, p. 413) Esses eram, respectivamente, os ganhos ao se pensar em realizar a assistência domiciliar na França do final do século XVIII.

Há um novo modo de atenção à pobreza e à doença se formando nesse contexto, mas o que se passa acerca da loucura? A sua condição deflagra algumas particularidades que não passarão em branco.

E é justamente nesse internamento especificado que surgem três “figuras” importantes para a construção do que se torna a relação social com a loucura no século XIX. Dentro de um espaço destinado ao louco foi possível objetivar, medicalizar e inocentar a loucura. (MACHADO, 1981, p. 76). A loucura torna-se uma interioridade psicológica, aproximando-se, enfim, do conceito de alienação.

Primeiro, a loucura mantém agora relação “pura” na instituição asilar, encontra-se ineditamente assistida por um corpo médico. Ou melhor, gradativamente, diante desse modelo de internação, o próprio corpo material do isolamento torna-se um ato curativo em si. Reclusa separadamente, essa reestruturação da dimensão do internamento fará do isolamento um lugar de verdade sobre loucura.

“E se se devesse resumir toda essa evolução numa palavra, seria possível dizer, sem dúvida, que o próprio da experiência do Desatino é o fato de nele a loucura ser sujeito de si mesma, mas que na experiência que se forma, nesse fim de século XVIII, a loucura é alienada de si mesma no estatuto do objeto que ela recebe” (FOUCAULT, 2004, p. 440).

A segunda figura, que muito se relaciona com a primeira, se refere ao processo de objetivação da loucura feito dentro do espaço do confinamento asilar. O esquema de observação ao qual os corpos são submetidos possibilita a formação do conhecimento médico. Com essa mesma distribuição e organização interna do asilo torna-se possível o processo de cura, do qual a primeira figura é efeito.

A observação médica e a produção do conhecimento estão em sintonia com o asilamento, na medida que sem a ordem e as regularidades do sistema da internação seria impossível a realização de uma observação exata da loucura. Estão aqui muito bem alojadas as práticas que processam a constituição do saber médico enquanto cientificidade. Nesse novo procedimento de internamento participa o olhar médico, no auge da sua neutralidade, constitutiva da própria relação de objetividade que se estabelece, que, por sua vez, é o critério de validade para englobar a loucura pela instauração da sua verdade: a verdade médica.

A terceira figura que se forma, já não está diretamente ligada à medicina. A sua formação se dá diante das transformações da justiça penal da época da Revolução Francesa. O julgamento acerca dos atos dos homens torna-se algo passível de ser feito pela própria população. Com a formação dos “tribunais da família”, há uma inversão do antigo regime do internamento. O que era escondido por meio do internamento, e com isso expulso como negatividade social, deve agora ser olhado pela justiça. Justiça esta que se espalha pelo tecido social diante da nova contratualidade burguesa em formação.

Esses “tribunais de família” surgem com a dupla função de desafogar as jurisdições do Estado e de deixar permear essa função jurídica pelo círculo familiar, antes referenciado na autoridade real. Com a distribuição do poder jurídico para a população, a soberania burguesa exercita agora uma função que se caracteriza pelo olhar homem a homem.

“Da noite para o dia, o homem privado se vê encarregado de assegurar essa divisão social imediata, anterior ao ato da justiça, que é tarefa de toda polícia. Ele lida diretamente, sem intermédios nem controle, com todo o material humano que era antes enviado ao internamento: vagabundagem, prostituição, devassidão, imoralidade e, por certo, todas as formas confusas que vão da violência ao furor, da fraqueza de espírito à demência” (FOUCAULT, 2004, p. 441).

Mas o que essa reformulação da justiça produziu afinal, além da clara diluição das

formas jurídicas concentradas nas jurisdições do Estado?

Através desse arranjo jurídico, com a substituição da exclusão da loucura como erro, surge a possibilidade do julgamento do próprio homem através da loucura. Diante da dicotomia que balizava a época clássica, formulada entre o erro e a verdade, que dela tira-se a loucura como erro, a fundação da verdade do homem ergue-se através da loucura, como a sua negatividade, ao mesmo tempo que como sua verdade.

Dentro do sistema jurídico, esse novo plano estendido de verificação da verdade do homem pelo homem cotidiano, a loucura é um elemento que ainda é alvo do internamento, mas de maneira diferente. Ela é atenuante ou ainda concebida como natureza inumana de um ato, quando capaz de escandalizar a consciência coletiva. Mas, apesar de representar consequências concretas diante dos processos prisionais, de interdição e dos internamentos em geral, nos chama atenção a positividade dessa verdade no tecido social.

Breve histórico da instituição hospitalar

A instituição hospitalar da segunda metade do século XVIII não era um consenso no que se refere à assistência em saúde nem unânime em termos de sua função social (FOUCAULT, 1979; CASTEL, 1978). Apesar de persistir socialmente e fazer parte de um complexo de serviços públicos, o hospital dividia e alternava sua função com casas de detenção e depósitos de mendigos, mesclava, assim, a função de prover cuidados com a operação de reclusão sobre um leque específico de “sequestráveis”. Para que a própria psiquiatria, e antes, a medicina, fizessem dele um lugar prioritariamente médico, sob o poder do ato e ordem biomédicos, outras histórias se cruzaram.

As instituições hospitalares encontravam os braços fortes do Império e Igreja e o “colo” fundamental da filantropia. A primeira questão é a de que a instituição hospitalar exercia “naturalmente” as funções de detenção e abrigo, assistência aos pobres e instituição de passagem-salvação, ou “morredouro”. Desse modo, a condição de existência da instituição hospitalar estava ligada ao escoamento de demandas referentes à ordem pública e ao cumprimento da moral social e religiosa, onde a assistência em saúde era minoritária e precariamente realizada. Havia diversos relatos e críticas como o escrito de Michelet citado por Castel, que indicavam as reações causadas nos doentes pelo cuidado prestado por essa instituição mista: “Ele sofria tratamentos cruéis. Uma caridade tão terrível assustava. (...) Os doentes escondiam-se para morrer, de medo de para lá serem arrastados” (MICHELET apud CASTEL, 1978 p. 65).

Assim, o hospital enquanto função social desenvolvia o seu papel, povoado por pessoas abandonadas, sem suporte familiar ou de amizade, loucos, crianças, órfãos e velhos; alguns com a vida jurídica em dívida, vagabundos, pedintes e ladrões, uns atordoados pela doença no corpo, outros mais especificamente com doenças venéreas. Cada um passageiro de alguma dor ou dívida e todos com a vida dividida, marcada pelo asilamento (FOUCAULT, 1978; CASTEL 1978). Uma segunda questão girava em torno da economia, em decorrência dos bens destinados às instituições de caridade serem inalienáveis, de modo que parte da riqueza do país permanecia imobilizada, “improdutiva”, como reafirma Foucault: “a prática das 'fundações' que imobilizam somas importantes e cuja renda serve para entreter ociosos que podem, assim, permanecer fora dos circuitos de produção, é criticada pelos economistas e pelos administradores da época” (FOUCAULT, 1979, p. 196).

As críticas dos economistas da época apontavam para a reorientação da forma de assistência. Associada a essa mesma questão, a ideia de que o trabalho era o meio pelo qual a nação alcança a sua riqueza, fez com que essa fosse uma prática marcada também dentro dos Hospitais e Depósitos de Mendigos. “Na medida em que se faz com que os pobres trabalhem, eles serão assistidos sem empobrecer a nação” (TURGOT apud FOUCAULT, 1978, p. 19). Apesar de diversas declarações terem sido feitas para que a mão de obra dos internos fosse usada para o trabalho, a condição dessa população para essa tarefa era mínima. O espaço hospitalar era insalubre e “o seu regime interior é tal que as populações enclausuradas são praticamente improdutivoas” (CASTEL, 1978, p. 66). Ainda sobre o problema econômico, Foucault coloca que os Hospitais marítimos eram um foco de “desordem econômica”, na medida em que “dele se fazia, na França, tráfico de mercadorias, objetos preciosos, matérias raras, especiarias, etc., trazido das colônias. O traficante fazia-se de doente...” (FOUCAULT, 1979, p. 103), com isso ele expõe a hipótese de que a reformulação da instituição hospitalar, em meados do século XVIII, está menos voltada para a sua função de cura e tratamento dos doentes, mas à anulação dos seus efeitos negativos: econômico e gerador de doenças.

Se a reformulação do hospital como lugar de assistência aos pobres e de salvação dessas almas, ainda mais especificamente tematizando as questões de saúde que envolve procedimentos de tratamento do corpo, se a reformulação da instituição hospitalar encontra-se ligada a outras urgências que não essas propriamente “da saúde”, ao conhecimento biomédico, estamos percorrendo um ambiente onde a doença, a cura, a saúde e a função carcerária se confundem. Se se tende a pensar a evolução da instituição hospitalar como algo que se processava através do conhecimento médico, tal como hoje se percebe, inclui-se nela uma lacuna. A esse projeto dito científico, passam a ser inclusas outras questões, urgências de

naturezas diferentes.

Discussão

Através da apresentação histórica acerca da instituição hospitalar e do nascimento da psiquiatria aponta-se uma direção através da qual se compreende o desafio de realizar a substituição do Manicômio por um cuidado que se abre à existência dos usuários diante do seu contexto de vida.

Quando aproximamos as análises de Foucault, será que com isso se pode falar em tentativa de aumento do rigor com relação aos objetivos das pesquisas no campo da Reforma Psiquiátrica? Caso se trate de rigor, esse certamente não está inscrito na apuração técnica ou metodológica de um saber sobre a loucura. Caso se tratasse com rigor o tema da Reforma Psiquiátrica, esse rigor toma a forma de engajamento com o contexto no qual os processos de trabalho se efetuam e como a prática da pesquisa incide sobre a realidade vivida das pessoas em sofrimento mental, tal como os autores problematizam o ato de pesquisar, frente à fixação de metas predefinidas:

“O rigor do caminho, sua precisão, está mais próximo dos movimentos da vida ou da normatividade do vivo, de que fala Canguilhem. A precisão não é tomada como exatidão, mas como compromisso e interesse, como implicação na realidade, como intervenção” (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009, p. 11).

Associações tais como, fazer clínico-disciplina, relações de poder-cura, jurisdição-conhecimento científico remetem ao problema do alcance das práticas substitutivas ao manicômio. O processo de implantação de mecanismos que a Reforma Psiquiátrica brasileira disparou, promoveu a diminuição dos números de internamentos e os regulou no registro legislativo, refazendo a proposta de direcionamento político da assistência. Hoje, prioritariamente localizados nas esferas municipais, novos dispositivos de cuidado aberto estão postos, bem como o desafio de habitar o paradoxo dessas associações, no liame entre o cuidado e o controle, abertos, em composição com a cidade.

A implantação da rede de serviços abertos afirma a conquista de parte das reivindicações da Reforma Psiquiátrica. Marcadamente, são avanços quanto ao modo violento de tratamento realizado pelas instituições asilares. No entanto, é preciso perguntar acerca dos impactos dessa mudança na cidade em sua relação com a experiência da loucura.

Historicizar, nesse sentido, é utilizar a história a favor de mudanças no presente

(PRADO, 2012). Usar a história como ferramenta de desestabilização das formas de atenção à saúde que estão calcadas na figura do louco como o outro da Razão. Mostrando o processo de flutuação da figura do louco e das práticas de reclusão, se tem notícias de um processo histórico complexo e longo que possibilita ser colocado em cheque o lugar da clínica em saúde mental como ferramenta normalizadora do social.

Pensar a produção social da saúde mental é uma forma de se colocar as práticas em cheque. O modo como se desenvolve o cuidado em saúde mental brasileiro está atravessado por um processo de democratização do país, movimentos sociais, uma política nacional de saúde mental, as culturas locais e saberes que direcionam as linhas de atuação. O fazer é uma composição que se ergue numa trama sócio-histórica que está em movimento e segue em modulação constante. A própria Reforma Psiquiátrica está ficando velha, tem ganhado idade, possui alguns rumos definidos, é uma instituição consolidada, mesmo que marginalmente.

Com essa afirmativa não colocamos de forma alguma a Reforma Psiquiátrica como pronta ou com os seus objetivos estabelecidos. A sua luta é constante e interminável, tal como é a sua modulação, pois não tem um rumo predefinido.

Parece que ao se escolher fazer esse trajeto histórico, ao invés de serem construídas respostas para essas perguntas, ele faz-se como que um mostruário das suas formulações. Esse texto pretende clarificar as referências encontradas para a formulação de algumas perguntas e problemas sobre as práticas e propostas atuais.

SEGUNDA APROXIMAÇÃO COM O CAMPO

Habitando um paradoxo: entre a produção de cuidado e a reprodução do controle

Se as conquistas pelo cuidado realizado em unidades abertas é um processo de estruturação e amadurecimento concreto, promovendo mudanças em algumas dimensões da assistência, este exige o desenvolvimento de novas práticas nos bairros e vizinhanças de cada município, direcionadas para a transformação do seio social local, de modo que seja possível, de fato, a inclusão da experiência da loucura na cidade.

A inauguração de uma função terapêutica e um modo de controle menos centralizado, o dispositivo de cuidado sob a lógica territorial e a racionalização do tratamento pulverizada: essas duas condições estão ligadas sócio-historicamente com a função “terapêutica” em saúde mental. Esse é um dos nossos desafios ao pensar a produção de cuidado no presente estudo, onde os termos técnicos e políticos, de cuidado e controle, são dimensões intimamente associadas na trama social.

O lugar residual¹⁴ que o Manicômio ocupa historicamente em nossa sociedade e o encontro com a política de saúde mental atual é um problema que trazemos para elucidar os mecanismos de controle extremamente associados aos arranjos das equipes dos dispositivos da saúde mental. Entendendo que esses rastros se entrecruzam, estabelecendo as experiências no trabalho assistencial em saúde mental, nos instigamos a fazer uma aproximação à produção dessa realidade através de uma imersão no campo dessas práticas, com a narrativa de uma passagem do CAPS, como segue.

Um cidadão chegou até o CAPS para reclamar de outro cidadão que é usuário da unidade, por este último ter jogado uma pedra no seu carro e ameaçado sua filha. O usuário estava em acompanhamento intensivo durante aquelas semanas. Por se tratar de uma queixa que envolvia a dimensão legal, pedimos que o autor da queixa fosse à justiça ou requerer uma

¹⁴ Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) retrataram o manicômio como esse local residual da seguinte forma: “... o manicômio efetivamente se constitui sobretudo como local de descarga e de ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social, resulta incoerente frente aos códigos de interpretação e de intervenção (de problema-solução) das instituições que fazem fronteira com a psiquiatria, ou seja, a medicina, a justiça e a assistência” (p. 26). Foucault (2006), por sua vez, sobre a questão residual, diz: “Quanto ao doente mental, ele é sem dúvida nenhuma o resíduo de todos os resíduos, o resíduo de todas as disciplinas, aquele que é inassimilável a todas as disciplinas escolares, militares, policiais etc., que podem ser encontradas numa sociedade. [...] Creio que temos aí uma característica própria dessa isotopia dos sistemas disciplinares: é a existência dos resíduos que vai acarretar evidentemente o aparecimento de sistemas disciplinares suplementares para poder recuperar esses indivíduos, e isto ao infinito” (p. 67). Utilizamos estas duas concepções acerca do Manicômio para realizar a presente imersão do paradoxo existente no exercício da função terapêutica em saúde mental.

abordagem policial. No entanto, depois de mais alguns minutos de conversa, o cidadão que se queixava nos disse que quem lhe havia indicado para ir até o CAPS foi o próprio delegado de polícia da cidade. Esse último argumentava, segundo o cidadão que nos falava, que aquele era um caso de doença mental, que por isso inspirava a busca por providências no CAPS diante daquele ato de violência contra o patrimônio e a ameaça à sua família.

A oposição entre o normal e o anormal nesse binômio, antigo binômio, como vimos anteriormente, torna-se um obstáculo concreto ao acesso do usuário a outras unidades da rede formal, tal como se inclina a presente situação. Esta circunstância nos faz pensar a anormalidade, na figura do louco, sendo juridicamente operável somente em outro nível, que não nas situações concretas e comuns da cidade. Sim, o louco é julgado pela lei sob algumas peculiaridades e isso é tanto previsto como realizado. Como prova, podemos citar as unidades de detenção e tratamento e os dispositivos legais que dispõem dos critérios para a inimputabilidade do louco. No entanto, o que colocamos em questão é que, neste caso, o louco fez parte de outro plano, que não o da experiência das pessoas tocáveis pelas mãos da justiça *na cidade*. Chamamos atenção para a paradoxal posição entre ser livre do asilamento e permanecer estrangeiro em meio aos demais cidadãos.

Os limites de ação da delegacia de polícia frente aos atos desse usuário estão circunscritos num modo de relação generalizado ou hegemônico. O lance que distancia o anormal da inscrição nas formas de ação da justiça efetua na prática também sua expulsão ao lugar residual. O efeito: uma ação “infrajurídica” comumente solicitada, segundo a qual as unidades de saúde mental em cada município são chamadas a responder.

Experimentei participar do transporte de usuários para atendimentos em unidades de saúde, com o apoio do corpo policial municipal como medida de proteção e prevenção, mas nesse caso (e sabemos que não se trata de algo extraordinário e fora do comum) o usuário realmente não foi tocado pelas mãos da justiça, houve hesitação. O encaminhamento foi executado ao tempo em que a queixa da vítima foi ouvida, como que num ato “irrefletido”. O outro é um usuário do CAPS. Diante disso, não parece haver dúvidas nem nuances questionáveis acerca do tangenciamento desse Outro no campo de ação da Justiça.

A ação desta unidade de justiça está permeada pelo cumprimento de uma prática comum, porque ele, enquanto usuário do CAPS, não foi abordado pelos policiais como outra pessoa qualquer. Por que ao arremessar uma pedra no carro da suposta vítima o usuário foi tratado daquela maneira? Diante de uma situação como esta, nos perguntamos sobre a função de escuta e atendimento especializados exercidos pelos dispositivos de saúde mental abertos e o risco em afirmarem a sua função de ímã, reprodutora de resíduos: os doentes mentais.

O trânsito dos encaminhamentos ou a fragmentação destes, quando se trata de um cidadão usuário de um CAPS, torna-se marcada pela função residual da qual nos referimos. Função esta, que não parece estar fixada no CAPS em si, mas ramificada através de outros elementos. Esses elementos aparecem interligados através das famílias, entre o conhecimento dos profissionais que animam a rede municipal de saúde, os dispositivos de segurança pública, nos relatórios e encaminhamentos escritos, nos sentimentos de dó, misericórdia ou repulsa etc., tendendo à codificação dos atos e das experiências desses cidadãos em gestos com formas estrangeiras e ao conseqüente escoamento dessas pessoas à unidade de referência desses códigos, a (des)lugares, à condição de assujeitada, de tratados.

Esse lugar paradoxal em que habita a função residual e de controle e, ao mesmo tempo, um dispositivo de modificação do cuidado historicamente hospitalocêntrico é o lugar em que discutimos a produção de cuidado saúde mental: as pontas assistenciais¹⁵. Por fim, os trabalhos que dividi com as equipes e usuários, em direção à emancipação de modos de gerir a produção de cuidado e lidar com a experiência da loucura diante da cultura local, nos faz depararmos com diversas situações limítrofes. Elas são experiências locais e não são frutos de um olhar aguçado, da fala daquele grupo da experiência, muito menos da minha ideia. Faz-se através do conjunto desses atores, do emaranhado das políticas públicas, da falta de leis locais e estaduais e da execução de outras e de alguns conceitos que nos norteiam neste trabalho.

Tratamos de uma espessura histórica que se modula no presente. Nesse ínterim, habitar o paradoxo cotidianamente como ponto vacilante de desmonte e reconstrução do Manicômio dentro e fora do CAPS parece ser um dos nossos grandes desafios.

Tecendo uma rede de cuidados

Através da desinstitucionalização do processo de trabalho em saúde mental centrados na doença mental, encontra-se um leque de possibilidades para práticas que antes se resumiam ao espaço, lógica e tempo dos hospitais psiquiátricos. Da demarcação do espaço realizada pelos muros do manicômio, propõe-se a ampliação para os contornos da casa e da vizinhança, contornos estes que avançam para a amplidão da cidade.

¹⁵ Segundo Foucault (2006) o poder disciplinar opera em duas direções simultaneamente: “Em suma, o poder disciplinar tem a dupla propriedade de ser anomizante, isto é, de sempre pôr de lado certo número de indivíduos, de ressaltar a anomia, o irredutível, e de ser sempre normalizador, de sempre inventar novos sistemas recuperadores, de sempre restabelecer a regra. Um perpétuo trabalho de norma na anomia característica dos sistemas disciplinares” (p. 68).

Enquanto as relações intrainstitucionais, paridas pelo regime da internação e construídas entre moradores, população flutuante e funcionários era o que restava para o interno, com a abertura do cuidado em unidades abertas, ergue-se nova possibilidade de contato com os vizinhos, parentes e amigos deixados em algum tempo anterior. Sem o tempo do seu corpo gerido pela cronologia da rotina do trabalho das unidades fechadas, abrem-se outros laços diante dos amigos, da construção de papéis sociais e pelos encontros com a vizinhança.

Como vimos enfatizando, a desinstitucionalização do processo de trabalho incide também na ampliação da perspectiva de tratamento, que remete ao modelo hospitalocêntrico, pautado na doença e nos especialismos, para práticas de cuidado. Esta última não é somente uma mudança de nomenclatura, como maneira de reformar os nomes de determinados procedimentos em prol da retórica pautada na ideia de um suposto humanismo. Por cuidado entende-se a direção das práticas em saúde que avançam frente o território existencial do usuário e dos coletivos para criar articulações: processo de produção de saúde e de subjetivação. Desse modo, saúde não é uma meta predefinida, mas o encontro entre uma experiência de vida *com* a qual serão negociadas e construídas demandas específicas, referentes àquela realidade em que se dá o atendimento.

Durante a experiência de trabalho evidenciada neste estudo, a equipe técnica do CAPS usava como pressuposto a ideia de que a produção de saúde não estava ligada a um saber específico, e sim, possibilitado ou não diante do encontro efetivo entre o(s) agente(s) terapêutico(s) e o usuário de modo singular. Conseguíamos, àquele tempo, observar, dentro e fora da nossa equipe, acolhimentos, intervenções eficazes que, por vezes, não ganhavam reconhecimento como tal. Entendíamos que produzir uma rede de referências de cuidado era sinônimo de uma potencialização de ações cotidianas entrelaçadas, de onde pontos de apoio surgem concretamente. A ideia do cruzamento entre os profissionais de referência em saúde mental e outros atores presentes em cada caso atendido era o alvo da nossa intervenção em sentido transversal, do qual tentávamos fazer emergir, sustentar ou ampliar a consistência de uma rede de cuidados antimanicomial.

As relações pessoais das culturas latinas tem a marca de serem aproximadas e hierarquizadas, de modo que as decisões individuais muitas vezes passam pelo consenso com outras pessoas ou pela necessidade de se tê-la dividida com uma pessoa próxima. A ideia de cuidado, assim, termina por passar comumente por entre essas relações (VASCONCELOS, 2000). A posição onde o profissional de saúde se encontra, muitas vezes está envolto nesta conjuntura relacional: em pé de igualdade com o lugar de amigo e ocupando um lugar de respeito e autoridade de “doutor”.

Um exemplo de intervenção que insinua algumas das características que afirmamos foi a assistência à crise oferecida a Anita¹⁶, uma usuária que estava grávida, morando com duas pessoas em uma casa próxima ao centro da cidade.

Ao sermos notificados pelo Conselho Tutelar acerca da demanda, fomos até a sua casa para iniciarmos uma intervenção que se fazia urgente. Na ocasião, duas conselheiras tutelares, a coordenadora da unidade e eu constituíamos a equipe de referência inicial. As duas conselheiras seguiram de moto na frente por já conhecerem o local da residência, seguidas por nós, que fomos com o meu carro.

A casa onde a usuária residia ficava no final de um beco onde conseguíamos entrar apenas andando. Passamos por, mais ou menos, quatro casas antes de chegar até à dela, sendo percebidos por toda a vizinhança, dado o barulho da moto e do carro nos quais chegamos. Algumas crianças estavam à beira de duas casas, assim como cachorros de estimação. Cumprimentávamos os vizinhos que nos retribuía, em sinal de boas vindas, provavelmente já sabendo que estávamos ali para realizar um atendimento àquela usuária, pois as conselheiras já haviam estado lá poucos dias antes. Eles estavam atentos e conheciam de perto a realidade que Anita estava vivendo naquelas semanas. Estavam preocupados com a vizinha.

Anita estava em casa com uma porta trancada com cadeado e a outra arrombada. A sua fala era ansiosa e confusa, notoriamente grávida, talvez de seis meses. Trocamos algumas palavras em meio a apresentações e já que ela não nos convidou a entrar na casa, um de nós fez o convite, sendo aceito sem maiores problemas, acompanhado por risos de todos. A casa estava em pedaços. Quase sem exceção, todos os objetos estavam quebrados, estilhaçados e espalhados pelo chão da sala e quartos. Até a sua cama estava quebrada ao meio!

Buscamos apoio entre os vizinhos para aquela noite, visto a vulnerabilidade na qual a usuária se encontrava. Ela não se alimentava há dias, pois havia poucos alimentos em condição para o consumo. A usuária mantinha relação sexual com alguns homens, além dos dois que habitavam de forma mais fixa a sua casa, sem qualquer tipo de proteção, oscilava muito o humor e estava insone há semanas, além de nos ter relatado a vontade de dar fim à própria vida, em momentos de desespero e desesperança.

Na verdade, já havia cuidado anterior à nossa chegada sendo realizada naquela vizinhança. Duas das suas vizinhas lhe ofereciam alimentação, revezando a oferta a Anita entre si. Encontramos medicação em casa, mas a usuária não soube dizer ao certo qual era a prescrição, nem se tinha uma referência que soubesse indicar como estavam sendo usados os

¹⁶ Os nomes dos usuários contidos nesse texto foram alterados por nomes fictícios contra qualquer tipo de exposição dessas pessoas.

comprimidos. Além disso, a vizinhança estava atenta à movimentação das pessoas na casa, servindo, de alguma forma, como contenção e cuidado, diante da dificuldade que a usuária mostrava em se proteger.

Acompanhamos a usuária durante cerca de três meses em caráter intensivo. Nas primeiras semanas, os vizinhos foram de suma importância para os cuidados com a medicação, a vigilância com relação à movimentação da sua casa, a alimentação, somando-se a isso, a companhia que eles lhe faziam durante as noites e finais de semana. Conversamos com os vizinhos indicando os horários de atendimento na unidade no decorrer desse processo, articulamos auxílio alimentação através da Secretaria de Ação Social, que, inicialmente foi entregue a um dos vizinhos para ajudar com as despesas das refeições que Anita veio a fazer durante poucas semanas que seguiram.

Em seguida ampliamos a oferta de cuidado para a unidade, mantendo o contato com os vizinhos, tanto na unidade quanto na vizinhança. Essa ligação foi primordial naquelas primeiras semanas, pois ela precisava de cuidados além do que a unidade poderia oferecer.

Foi com a consolidação desses laços que se tornou possível inserir a atenção do PSF da sua região para a sua gestação. Durante esse processo de articulação entre o CAPS e o PSF, os vizinhos puderam desintensificar a atenção dada à usuária. Apesar de ser de bom grado, tudo aquilo que os vizinhos ofereceram provavelmente não seria suportado por muito mais tempo. Afinal de contas, foi a própria vizinhança que sinalizou a necessidade de atenção à usuária para o Conselho Tutelar.

Anita passou a frequentar a unidade cotidianamente, sendo inserida em algumas atividades. Fizemos alguns contatos com a família dela que residia em um município circunvizinho. Percebemos ao longo dos atendimentos que a usuária havia chegado no município em que estávamos realizando os atendimentos depois de alguns conflitos com sua família, onde encontrou apoio do pai da sua outra filha, já nascida.

A articulação entre toda essa rede culminou com o acompanhamento de um dos técnicos do CAPS até a maternidade de um Hospital em Salvador. Após o parto, Anita seguiu para o município onde ela reside a maior parte do tempo, junto aos seus familiares.

O plano de organização das intervenções acima narradas se deu através do engajamento dos profissionais da rede municipal de saúde e ação social frente a condição existencial de Anita. Na maioria dos municípios do interior do país, um profissional que tem formação de Nível Superior é chamado de “médico” ou “doutor”. A condição de superioridade hierárquica é dada de antemão por muitos. Facilmente esse eixo vertical captura as ações dos agentes terapêuticos em potencial, retirando ferramentas territoriais importantes para a promoção do

cuidado.

Neste caso, os vizinhos, o PSF, a Ação Social e as conselheiras tutelares se colocavam para o apoio e alavancaram conosco uma parceria que se revezava. Entre uma informação e outra, a composição de cuidados noturnos, acompanhamento da medicação, orientações e companhia durante o dia, apoio e conexão com as referências familiares do município de origem da usuária foram construídos.

O atendimento clínico se deu de modo transversal, na medida em que o mergulho no território daquela vizinhança aproximava as funções entre os atores envolvidos e Anita. Dado o aumento da abertura entre os atores, nos articulávamos naquela produção de cuidado.

Essa lógica de organização foi capaz, em alguns momentos, de atravessar a organização hegemônica (tratamento), pautada na noção dicotômica doença-cura que se realiza através de um agente puro, sujeito do conhecimento, modulando-a em atos e articulações de cuidado entre profissionais de saúde e rede informal. A produção das práticas em saúde foi experimentada¹⁷ arguindo-as a cada intervenção, ao desbravar a vizinhança, as funções que cada um assumia e revezava ao intervir na situação, em cada discussão de caso após as intervenções.

Para gerar cuidado é preciso cuidar do trabalho

Tradicionalmente as práticas em saúde se baseiam em uma organização do trabalho verticalmente dirigida. O ato do trabalho em saúde torna-se, a partir desse padrão, uma mecânica regulada pela tendência unilateral, seja por um gestor de saúde, um protocolo institucional ou ligado a padrões de registro de produção da unidade através de um sistema de saúde local. Acredita-se que através deste modo de gerir o processo de trabalho das unidades de saúde parte da proposta da desinstitucionalização da loucura se perde. Como vimos acima, o desmonte do Manicômio passa, necessariamente, pela participação ativa do coletivo de trabalhadores, usuários e outros atores. Deste modo, a participação de todos envolvidos nas práticas de cuidado, como afirma a concepção de cogestão proposta pela Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, favorece a experimentação de pontos cruciais para práticas em

¹⁷ “Como experimentar quando nos percebemos invadidos pela ignorância para viver esse verbo na pesquisa [aquí substituíamos pesquisa por prática em saúde mental]? Aprendendo. A presença dessa ignorância diz menos de um não saber e mais de um saber naturalizado que lhe orienta a reproduzir o conhecimento [agora, substituíamos conhecimento por intervenção] pelas vias do bom senso e do senso comum. Os sentidos produzidos com a ignorância abrem caminhos para a criação de um estilo próprio a ser experimentado, bem como um exercício ético que traz a liberdade de pensamento para afirmar uma ciência que se faz no encontro com a arte de viver” (LAZZAROTTO, 2012, p. 102-103).

saúde mental antimanicomial:

“A co-gestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores. Os serviços de saúde têm três objetivos finalísticos: a produção de saúde, a realização profissional e pessoal dos trabalhadores e a sua própria reprodução enquanto política democrática e solidária, isto é, que inclui a participação de trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, em um pacto de co-responsabilidade” (BRASIL, 2009, p. 8).

No período da experiência do CAPS pesquisado, esse conceito ganhou forma na prática ao ser investida atenção ao modo como a gestão da equipe daquela unidade era realizada. A cogestão foi usada como um norte possível para a construção das práticas em saúde da unidade.

Concebe-se a prática e a teoria como dimensões intimamente ligadas entre si no ato da pesquisa. Os conceitos são ideias relativamente definidas, pois as suas características, os seus contornos, remetem ao modo como são articulados e ao contexto em que se encontram materializados. A ação conceitual, tanto no trabalho teórico quanto na prática, exercem uma dinâmica diante do seu uso: não são neutros, por carregarem perspectiva, sentido e direção. Desta forma, os conceitos “não são abstratos, não são dados, não são preexistentes. Eles compõem, o tempo todo, um sistema aberto relacionado a circunstâncias, e não a essências” (PASSOS & BENEVIDES, 2000, p. 19).

Como mencionado mais acima, a reconhecimento é algo que se tenta livrar-se ao mergulhar em um território no ato da pesquisa. A busca por resultados predefinidos na pesquisa diz respeito a uma afirmação prévia à pesquisa (uma hipótese), que leva o pesquisador a sua confirmação através de um labirinto cognitivo no qual as entradas e saídas já estão, desde o início, premeditadas, ainda que inconscientemente.

Nesta dissertação são narradas algumas experiências que se deram diante do embate entre profissionais, usuários e outros atores, tomando como referência um CAPS que, dentre algumas características, tinha a cogestão como ferramenta da produção do trabalho, porém sem saber como seriam processadas mais à frente as transformações desencadeadas com a intervenção que sucedia.

Ao invés de coleta de dados da pesquisa, a narrativa da intervenção. A relação entre pesquisador e campo de pesquisa se dá de maneira interligada, em um movimento de coemergência. Portanto, o desafio que se coloca na produção da pesquisa não é clarificar os

contornos do pesquisador enquanto mais um dado na pesquisa e, do outro lado, o objeto a ser pesquisado, porque assim teríamos todos os componentes da intervenção (pesquisa de campo), da pesquisa (referenciais teórico, metodológico), do objeto (emergente da intervenção em relação à pesquisa) e do pesquisador (sua experiência), contudo, seria perdida a “espessura processual” (BARROS & KASTRUP, 2009, p. 58) do território em relação ao ato da pesquisar.

As expressões usadas, as cenas que se constituem com as ações das pessoas envolvidas e o lugar onde as experiências aconteceram promovem a emergência do coletivo presente na pesquisa (BARROS & KASTRUP, 2009). A expressão das intervenções, dessa maneira, surge das ações de todos que participam do cuidado desenvolvido junto ao CAPS em questão.

A experiência a que nos referimos se situa na transição de equipes do referido CAPS. O início deste período coincide com a mudança da gestão municipal, em período pós eleitoral do ano de 2009, momento em que culturalmente no Brasil essa mudança de governos significa demissões de muitos profissionais, o que não foi diferente no presente caso.

A experiência que se desenvolveu na unidade tinha uma orientação verticalizada, inicialmente. Como uma forma preliminar de apresentar as propostas de gestão do trabalho da unidade, usamos duas frases, repetidas algumas vezes por profissionais que vivenciaram os modos de gestão anterior ao período da experiência e a gestão da experiência em questão. A primeira frase é a seguinte: “até se um alfinete cair nessa unidade, eu quero ficar sabendo”. Ela foi usada por um dos profissionais que compunha a equipe anterior, ainda fazendo eco, era repetida por diversas vezes pelos trabalhadores para dizer como se fazia funcionar a gestão do trabalho daquela equipe.

Alguns aspectos acerca desse período valem ser esboçados agora e outros aparecerão mais a frente, durante as narrativas e análises. Esses aspectos foram falados pelos funcionários mais antigos durante a experiência e através de perguntas mais diretas feitas a uma das profissionais da unidade, que também participou das duas gestões daquela unidade. Esta última foi a única profissional que não é concursada e que não foi demitida durante a mudança de gestão.

Na gestão que antecedeu a experiência em questão, o trabalho que a equipe desenvolvia tinha a figura ativa da coordenadora. A organização da unidade era afirmada e cobrada por ela. As salas eram organizadas regularmente, da mesma maneira a cozinha e os espaços de convivência. Havia uma sistemática de funcionamento entre os funcionários que limpavam as salas e os que realizavam as atividades terapêuticas, de forma que a manutenção, a organização do ambiente e dos horários se mantinham bem estabelecidos. Se houvesse falta

de material para oficina, limpeza ou de qualquer outra natureza, os pedidos e cobranças eram assumidos por esta coordenação, que efetivamente resolvia as questões.

Caso houvesse alguma queixa trabalhista, esta coordenação assumia a função da busca pela negociação com o trabalhador e/ou com o gestor de saúde, pessoalmente. Um efeito da forma com que o trabalho era realizado, durante a gestão anterior, foi a divisão clara das funções e entre as categorias profissionais. A gestão da unidade tinha a figura nítida da coordenadora, a psicologia realizava atendimentos individuais e grupais, a assistente social realizava visitas domiciliares, a terapeuta ocupacional desenvolvia oficinas, a enfermeira tinha a incumbência de organizar as medicações e procedimentos que inspiravam cuidados clínicos, e assim se seguia com os outros profissionais, com as funções mais ou menos definidas, baseadas nas suas formações.

Ainda usando frases das distintas formações de equipe, como uma forma preliminar de aproximação com esses arranjos de trabalho, a expressão-imagem da formação mais recente foi: “somos como um colar de pérolas, cada um compondo um espaço através de um fio condutor que nos une.” Por diversas vezes essa frase também foi usada pela equipe como meio de fazer menção a diversas situações vividas na unidade.

Na transição das equipes, o desafio de produzir uma gestão coletiva do trabalho era uma das perspectivas colocadas à frente. Diante disso, se tinha a necessidade de fazer diluir a centralização das decisões desde o lugar da coordenação da unidade, passando pelos técnicos, os não técnicos, chegando até o usuários. Mas como fazer isso?

O primeiro passo foi incluir os profissionais que não eram da área técnica em saúde mental no espaço de planejamento e decisão da unidade. Ou seja, remontar o espaço da reunião de equipe com a presença cativa de todos os profissionais. O investimento de tempo e atenção na gestão do trabalho da equipe expunha os profissionais rumo à experimentação de trabalhar olhando para o todo, a partir das funções específicas de cada um.

O espaço da reunião era realizado em formato de roda, onde os funcionários se agrupavam semanalmente na unidade. Dentro desse espaço duas funções principais foram realizadas: avaliação e planejamento acerca da produção do cuidado coletivo; organização das funções, cargos, salários e clima organizacional.

A primeira função, inicialmente, remeteu a atenção à inclusão de toda a equipe no rotina de trabalho referente à produção do cuidado em saúde mental propriamente dita. Houve uma análise em massa que apontava para as conversas que aconteciam entre cada um dos trabalhadores reconhecidos como não técnicos e os usuários no cotidiano do serviço enquanto relações que se constituíam como intervenções em potencial, articulações que se faziam

cotidianamente entre representantes daquele CAPS e seus usuários.

Um dos exemplos desse trabalho que trazia alegria à equipe é o de uma das não técnicas, Tina¹⁸, que fez um trabalho extraordinário de referência a um dos usuários, Timóteo, justamente nos finais de semana e durante as noites, quando o CAPS estava fechado.

O cuidado realizado por essa profissional foi discutido as reuniões e durante os plantões. Eram realizadas supervisões coletivas com a profissional para que fossem entendidas quais eram as necessidades do usuário e como estava sendo para ela recebê-lo na sua casa ou ir até a casa dele. Aos poucos as orientações que Tina dava para Timóteo ganhava a conotação de intervenção em saúde mental aos olhos de todos daquela equipe, inclusive aos dela.

Eles moravam na mesma rua. Começou-se pelo acompanhamento com relação aos horários de administração da medicação oral e a alimentação. Eram fornecidos medicamentos e alimentos para Tina, que se dispôs a acolhê-lo na sua casa nos momentos das refeições. O acompanhamento ampliava-se com o ganho de confiança entre o usuário, a profissional e sua família.

A construção do plano de ações daquele projeto terapêutico singular gerou mudança na funcionária em relação ao seu trabalho e no usuário com o seu meio social. Este arranjo disparou uma reação em cadeia que ganhou consistência diante de muitos encontros nas reuniões de equipe, em diversas investidas associadas a outros atores no seu território e ao cotidiano do serviço. Um dos efeitos do empoderamento feito sobre Tina como cuidadora de Timóteo – relação esta reconhecida pela equipe técnica - foi a contaminação de uma das cozinheiras e da faxineira do CAPS, que passaram a se colocar na posição de cuidadoras em outras situações.

Com o passar do tempo, Tina aumentou o feixe de ações de promoção de cuidado ao usuário. Ela, vinculada a uma das Paróquia do município, referência da Igreja Católica da sua localidade, já mantinha um vínculo de solidariedade com o usuário antes dessa relação ser tratada mais detalhada e frequentemente na equipe. Acompanhado do aumento da quantidade e da natureza das intervenções, Tina, que pautava o seu cuidado ao usuário no auxílio com arrecadação de alimentos, vestimentas e com a administração da medicação psiquiátrica, passou a levá-lo para as missas dos domingos na Igreja Matriz do município, a acompanhá-lo até os mercados, fazendo com que ele entrasse nos estabelecimentos, estimulando o seu manejo com o dinheiro e estabelecer trocas, ampliando o seu contato com os espaços da sua

¹⁸ Mantemos a confidencialidade dos atores envolvidos na experiência, usando nomes aleatórios, assim como em narrativas anteriores deste texto.

vizinhança. A produção de intervenções que aumentava a autonomia de Timóteo e ampliava a sua rede social, aos poucos, foi tomando espaço das intervenções anteriores, que tinham tonalidade mais assistencialista.

Timóteo era alguém que a maioria da população sentia medo pelo seu modo alocado, a forma abrupta como abordava as pessoas, principalmente as mulheres, o olhar estatelado, a carência construída por ser muito só e pela desconfiança típica de quem experimenta a rua como morada.

Certa vez, saímos Timóteo e eu para comprar um “geladinho” (um tipo de picolé envolto num saco de plástico, típico do nordeste). Durante o caminho foi emocionante ver como as pessoas estavam se relacionando com ele, ao reconhecê-lo, perguntando “como vai, fulano?” e fazendo brincadeiras agradáveis. Ele, por sua vez, é responsivo e sabe cativar as pessoas, com o seu jeito engraçado (seu riso desmedido e muitas vezes fora do tempo) e com a atenção que tem com as pessoas. Quando chegamos à casa da senhora que vende o geladinho, batemos palmas algumas vezes, chamando alguém que nos atendesse. Depois dessa tentativa, ele me vem com uma frase, mais ou menos assim, em alto e bom som: “Sou da companhia de luz estadual! Eu vim aqui cortar a energia!” Olhei para ele imediatamente, meio tomado por um susto, seguido pelo seu olhar lateral, que me captava convidativo. Em seguida, caímos na gargalhada, quando depois de poucos segundos veio uma voz dizendo o seu nome, em tom de intimidade, a oferecer o cardápio.

Voltando ao processo de intervenção acerca da gestão coletiva... a segunda função da reunião de equipe, apesar de ser mais discreta e não ser diretamente voltada ao cuidado em saúde mental, era responsável pela construção da base do arranjo de trabalho que se formava. Durante todo o tempo, as duas funções da reunião de equipe foram importantes para o funcionamento da unidade. Por um lado, diante do acolhimento necessário através do acompanhamento mais próximo aos não técnicos para a emancipação da sua função como agente terapêutico. Por outro, diante das demandas que havia por insatisfações quanto ao salário e relacionamento interpessoal.

A coletivização da gestão do trabalho, enquanto política de saúde, toca nos perigos que enfrentamos ao ser construído um trabalho frustrante que mostra sinais como: a fragmentação, alienação e o descompromisso frente o processo de trabalho (MERHY, 1998). Nesse sentido, a produção coletiva do trabalho não trata somente do trabalho enquanto produção de cuidado em saúde mental. A concepção de trabalho coletivo incide nas diversas direções às quais as atividades realizadas por cada funcionário tomam. Nos termos da operacionalização do trabalho, o objetivo central da função do profissional da cozinha é preparar os alimentos para

aquele coletivo, ao passo que o vigilante estará primordialmente atento à segurança às pessoas e o patrimônio da unidade, já a coordenadora terá a ocupação principal voltada para a gestão das pessoas, dos atendimentos e das questões administrativas, e assim por diante, sendo a construção coletiva do trabalho a conexão entre a construção coletiva das atividades individuais, de acordo com a função de cada trabalhador, e a relação dessas com as demais atividades que são desenvolvidas pela unidade.

Durante o primeiro ano da experiência em questão, com a implementação da cogestão, o trabalho desenvolvido na unidade evidenciou modificação nos seguintes aspectos. Durante os plantões houve maior comunicação entre os profissionais sobre as demandas da unidade. As demandas que chegavam à unidade tinham um escoamento ágil. O tema da comunicação vinha sendo debatido entre os funcionários da unidade, o que gerava eficácia na prática cotidiana. Houve uma valorização dos profissionais não técnicos, ao serem chamados para compartilhar ou se corresponsabilizar pela função terapêutica da unidade.

Um dos efeitos desse momento foi o uso da arte em diversas atividades dentro e fora da unidade. A arte em si não reflete práticas potentes, mas no caso desse período, ela fez parte de interações ricas, em outras palavras, de conexões de “redes quentes”¹⁹.

O CAPS era reconhecido como o lugar do louco na cidade. E ainda o é pela maioria. Porém, nesta fase em que a organização dos eixos verticais e horizontais estava desestabilizada pela mobilização feita na unidade, o aumento da energia dos profissionais emanou tanto internamente quanto nas ruas. Quando aconteciam os eventos culturais da cidade, tais como: aniversário da cidade, dia das crianças, o dia contra a exploração sexual das crianças, etc., o CAPS esteve representado com a sua equipe, como se diz na linguagem popular, “de corpo e alma”.

Um ponto importante acerca dessa experiência foi que para esses eventos ganharem consistência, o potencial dos profissionais precisou estar ativado naquela rede que se formava entre a equipe e os usuários. Havia uma ampliação das atividades específicas, um verdadeiro borramento²⁰ das funções de origem, assim como o posicionamento dos usuários frente aos profissionais, principalmente com relação à equipe técnica, o que gerava uma maior coesão

¹⁹ “Do ponto de vista clínico-político, a intervenção só é possível nos momento quentes da rede, quando o sistema de rebatimento se desarranja, permitindo devires minoritários através das variáveis menores” (PASSOS & BENEVIDES, 2009, p. 30).

²⁰ Entendemos como prática transversal uma modificação na forma de agir enquanto agente terapêutico, na medida em que são desvirtuados os eixos organizadores - vertical (hierarquia) e horizontal (homogeneidade) – responsáveis pelos modos de intervenção previamente categorizados. Nesse sentido, essas práticas se dão como “ato perturbador da racionalidade moderna em todas as suas pretensões de articulação para regular e controlar os discursos e a distribuição do poder que produzem sujeitos disciplinados e disciplinares” (AMADOR, 2012, p. 231).

entre os atores e, conseqüentemente, um aumento do potencial criativo e interventivo.

O canto de um dos usuários que cresceu trabalhando na lavoura com cantigas de samba de roda se misturava com o samba no pé de outra usuária e a cozinheira da unidade, que por sua vez se conectava com o batuque que eu gostava de fazer junto a mais um usuário e dois auxiliares administrativos da Secretaria de Saúde Municipal. Os encontros nos eventos geravam uma intimidade diferente entre a equipe da unidade e os usuários, bem como entre o coletivo equipe-usuários com a cidade. Depois dos eventos, durante a semana e em meio à rotina, quando os presentes nesse processo passavam pela rua havia um cumprimento quente, com alegria, com a lembrança de algo ainda vívido, de onde surgiam perguntas na expectativa de outros momentos.

A presença do CAPS foi solicitada algumas vezes diante da movimentação que vinha sendo feita nos eventos. Houve também alguns pedidos de profissionais de outros setores da SMS para trabalhar na unidade, devido à imagem que era formada do trabalho ali realizado, ironicamente, naquele “lugar do louco”.

Se a diversão e a alegria eram atrativas para a aproximação de alguns, a emancipação da loucura estava justamente nessa atração exercida pelos atores mais diretamente envolvidos com o CAPS sobre outras pessoas da cidade, gerando uma certa contaminação. Era essa uma via de reconstrução social do louco, quando o movimento de atração acontecia, gerando trocas socioafetivas positivas, ao invés do medo, indiferença e afastamento.

Em 2010 um vereador chamou o coletivo da unidade para um evento em uma localidade na zona rural, em comemoração ao dia das crianças. Ele fez esse convite para que o fossemos dinamizar o evento. Ele disponibilizaria o transporte, a alimentação, toldos e materiais recreativos. O convite foi aceito e o coletivo se reuniu, uma ou duas semanas antes do dia do evento, para organizar quem iria de ônibus, qual seria o horário do evento, a proposta do evento e como divulgar para os usuários interessados que não estivessem na unidade frequentemente.

Chegado o dia, cerca de dez usuários estavam na unidade no horário marcado e quase a mesma quantidade de profissionais. Preparamo-nos todos e pegamos o transporte como acordado com o vereador. Com as peças de roupa que tínhamos à disposição na unidade, nos fantasiamos. Os personagens ficaram hilários. Quando estávamos chegando na localidade, avistamos muita gente espalhada em frente à pequena igreja rodeada de árvores e chão batido. Havia caixas de som, toldo montado e muitas crianças. Ainda dentro do ônibus nos olhávamos rindo. Estávamos com um pouco de vergonha ao chegar naquele local “desconhecido” e ter tanta gente nos esperando para dar início ao evento daquele Dia das Crianças.

Enfim, descemos do ônibus e começamos a circular. As crianças estavam ávidas por brincadeiras. A relação entre os presente esquentou rapidamente. O educador físico da unidade, com o seu humor, já mudou de voz e começou a imitar um velho, chamando atenção dos menores e dos adultos. Eu fui para a lateral da igreja chamando uma dúzia de crianças para brincar de pega-pega enquanto parte da equipe organizava o evento junto ao vereador.

A tarde foi preenchida com brincadeiras, os usuários nos viam brincando como crianças e fazendo palhaçadas, alguns entrava nos jogos, outros só olhavam de fora. Naquela tarde a loucura fazia a festa literalmente. Era interessante ver que os ditos loucos da cidade estavam próximos a todos, diante de um pedido de um vereador e o aceite da população, demonstrado na recepção feita com a presença de tantos, até que o sol caísse e o evento deixasse uma clara saudade, expressa diante do pedido de um “repeteco” do ato no ano seguinte, que aconteceu, porém sem a vivacidade experimentada nesse dia.

Além do uso da arte, as práticas que realizávamos durante este período, por ser permeada pela construção coletiva, tinha a marca da articulação com as pessoas da cidade, para além da equipe e dos usuários. A “rede quente”, a que nos referimos acima, tinha um efeito cascata que facilitava o contágio e o contato com outros atores na produção de arranjos de cuidado.

Quando falamos desse efeito em cascata ou por contágio, estamos nos referindo a uma participação que foi construída pelas práticas de cogestão. Talvez a melhor forma de dizer isso seja que a atuação ampliada aos não técnicos na equipe e fora dela, junto a outros serviços da cidade, tenha sido apenas *facilitada* pelas práticas da cogestão, pois o conhecimento que os não técnicos carregavam acerca do território vem do dia a dia, do pertencimento, do cultivo dos laços com aquele lugar, desde que não surge de uma hora para a outra, processo que exige a ação do tempo. O que foi realizado naquela equipe esteve ligado à disposição para ativar esse potencial, que muitas vezes é esquecido ou reprimido nos arranjos de trabalho.

O exemplo do acompanhamento terapêutico narrado acima diz disso. O uso do território pela profissional, a sua articulação entre a feira dos sábados e os eventos da igreja, é possível quando alguém está imerso na comunidade. A sua posição enquanto pessoa nativa, quando ao lado de um usuário, produz outras interferências, diferentes das de profissionais de fora.

O pertencimento à comunidade que a citada profissional encarna possibilita os comentários que chegam dos vizinhos até ela e as suas ações, em resposta, criam inserções para aquele usuário na vizinhança. Estes são efeitos que talvez um profissional de fora (estrangeiro àquele território existencial) não fosse capaz de fazer.

Houve ganho de confiança da comunidade frente este usuário. A sua circulação pela

cidade é repleta de cumprimentos que mostram a aproximação criada entre ele e os demais moradores. Este é um exemplo dos efeitos da articulação da cogestão como ferramenta de intervenção em uma unidade destinada à substituição do Manicômio.

Congestão: o processo de trabalho em crise

No entanto, dentro desse processo surgiram alguns obstáculos. Da mesma forma que a cidade pequena facilita a comunicação e a passagem de informações de uma forma rápida para a construção de estratégias de cuidado, os envenenamentos e os efeitos colaterais também correm em uma proporção veloz.

Depois do primeiro ano de uma prática “turbinada”, como diria Lancetti, e alguns avanços no trabalho, foram percebidos efeitos colaterais deste trabalho voltado para a gestão partilhada ou participativa. Havia uma cogestão às avessas acontecendo em certo momento: uma “congestão” acionada, à qual nos atemos agora.

Críticas surgiam acerca dos gastos excessivos com os eventos do CAPS. Havia uma “crise na administração financeira” falada em vários cantos da cidade, que logo mostrou seus sinais, quando alguns cortes foram sentidos. Primeiro, os investimentos para os eventos festivos diminuíram, depois os gastos com materiais para as oficinas de arte, bem como materiais de limpeza. Mais adiante, a alimentação e a medicação começaram a diminuir em quantidade e a acontecerem oscilações nos prazos de recebimento.

As crises surgiram e a organização do serviço se tornou um desafio. Os obstáculos enfrentados não impediam que as práticas coletivas se mantivessem, porém, naquele momento, já que a motivação inicial diante da novidade de novos componentes na equipe e o movimento de expansão haviam passado, algumas queixas começaram a surgir.

Houve uma separação entre os não técnicos e os técnicos, uma divisão na equipe que era demarcada pelos “funcionários de nível superior”, de um lado, e os de “nível inferior”²¹ do outro. O ganho de intimidade e o aumento da comunicação entre aquele coletivo mostrava um lado sombrio.

Houve um incidente entre Tina e eu que merece ser relatado por ter sido um dos visíveis sinais da divisão da equipe. Durante o momento em que a divisão entre equipe de “nível superior” e “inferior” aumentava, Tina já havia comentado sobre as roupas que eu usava, uma ou duas vezes anteriormente. Ela é bastante observadora. Quando em uma manhã eu chegava

²¹ Esses termos foram criados pelos trabalhadores de nível médio e passaram a ter uso depois da divisão da equipe. Este modo de distinção entre os grupos dentro da equipe tinha uma conotação depreciativa e irônica.

na unidade, ela comentou novamente sobre uma calça nova que eu usava naquele dia, porém dessa vez eu lhe respondi, dizendo que ela parecia conhecer todo o meu armário. Nesse momento foi criada uma tensão entre eu e ela e, de certa forma, entre as duas metades da equipe.

Mais adiante, foi possível conversarmos sobre o assunto, ela e eu, o que fez com que conseguíssemos lidar com mais tranquilidade, um em relação ao outro. Naquele momento eu havia me incomodado com a meticulosidade com que ela observava as minhas roupas. Já ela sentiu-se ofendida como se eu tivesse insinuado que ela conhecia meu armário, o meu quarto, o que não caberia ser dito para uma mulher casada. Expressos os incômodos e os motivos de cada um, foi possível darmos seguimento à relação, cada um sabendo um pouco mais dos limites do outro.

Outro episódio que marcou o período de crise da equipe aconteceu em uma reunião de equipe, quando o educador físico falou sobre a atuação do vigilante acerca de um usuário que precisava da sua intervenção. A sua queixa sobre o vigilante tratava especificamente do usuário que foi citado acima, exatamente o que surgiu como gancho para o problema dos casos-limite. O vigilante retrucou à sua afirmativa dizendo que não estava sendo pago para colocar a sua vida em risco, por temer uma possível retaliação do usuário fora do serviço, direcionada a ele ou a sua família. Daí em diante a conversa que acontecia em formato de roda, na reunião de equipe, enveredou para uma acusação mútua entre o vigilante e o técnico, com o vigilante retrucando sobre os atrasos no horário de chegada por parte do técnico.

Esse segundo evento aconteceu poucos meses depois do primeiro e já demonstrava uma fragilidade aumentada diante da incapacidade da equipe em gerir alguns problemas que anteriormente seriam provavelmente sanados sem maiores dificuldades. Nessa situação específica, veio à tona a função de cada um dos profissionais envolvidos, não sendo possível desenvolver a discussão de forma produtiva.

Com esse evento, temos notícias do processo de diminuição do grau de coesão frente ao trabalho produzido coletivamente, dado o aumento da defesa individual em relação ao seu próprio trabalho, ou melhor, função específica, assim como a afirmação da divisão primeira entre os grupos de “nível superior” e “inferior”.

Nesse ponto em que a divisão da equipe aumentava, o abismo entre a função “terapêutica” e “administrativa” também aumentava, se assim podermos dizer. Aqui recaímos sobre a segunda função da reunião de equipe, que mencionamos acima, referente ao clima organizacional. Durante esse período, o envolvimento da equipe com relação aos usuários era mais baixo. Quando se entrava nas discussões de caso, os não técnicos saíam da roda. Quando

eles permaneciam, as falas se direcionavam para folga, férias e aumento de salário. Na mesma direção, a realização profissional e pessoal, pauta da proposta da cogestão andava mal das pernas.

Houve ainda um terceiro evento no qual, diante da demanda do preenchimento das APACs (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais)²², quando uma das cozinheiras se negou a colaborar. O preenchimento desses papéis era algo trabalhoso, diante das outras demandas que o serviço apresentava, e nesse momento a colaboração estava diminuída a quase zero, por parte dos não técnicos. Quando eu lhe solicitei ajuda, ela respondeu que não iria. Então, eu lhe disse que havia coisas relativas a sua função específica a serem feitas na unidade. Nesse momento, a outra profissional responsável pela faxina disse que o “cordão do colar de pérolas” havia sido quebrado, que o trabalho colaborativo proposto no início só seguia a direção do trabalho terapêutico frente aos usuários, mas não existia no sentido do apoio na cozinha e na faxina.

Durante esse momento, o processo de trabalho da unidade se desmantelava. A equipe técnica se desfazia. A coordenadora e eu havíamos passado na seleção do presente programa de mestrado, a enfermeira havia diminuído a sua carga horária por ter sido aprovada e assumido um concurso público na capital. Somando-se aos conflitos entre a equipe, alguns componentes haviam sido demitidos e recontratados, outros tendo passado períodos sem receber salários, além da falta de estrutura que foi acima colocada.

A proposta de trabalho que foi construída contou inicialmente com as facilidades de relacionamento entre a coordenadora da equipe e a gestão municipal, porém passados dois anos de trabalho, as alianças se dissolveram e a administração dos recursos restringiam as possibilidades materiais, fundamentais para a manutenção do trabalho. Este cenário compôs uma quebra na equipe que somente muitos meses depois pôde ser transformada.

²² Entendemos como prática transversal uma modificação na forma de agir enquanto agente terapêutico, na medida em que são desvirtuados os eixos organizadores - vertical (hierarquia) e horizontal (homogeneidade) – responsáveis pelos modos de intervenção previamente categorizados. Nesse sentido, essas práticas se dão como “ato perturbador da racionalidade moderna em todas as suas pretensões de articulação para regular e controlar os discursos e a distribuição do poder que produzem sujeitos disciplinados e disciplinares” (AMADOR, 2012, p. 231).

DISCUSSÃO FINAL

O trabalho em saúde mental perspectivado através da crítica ao Manicômio e em consonância com o movimento de democratização das práticas assistenciais é um grande desafio. Talvez um desafio que para o campo da produção teórica seja descompassado, em certo sentido, pois concepções como transversalidade, cogestão, democracia e desinstitucionalização já são antigas em relação aos desafios de materializá-las enquanto práticas dentro das equipes, nos modos como os profissionais relacionam-se com o saber, os usuários e a construção de saúde e cidadania.

Dos descompassos entre os dois campos: atos. Quando Merhy (1998) diz que “nos modelos tecnoassistenciais predominantes hoje na saúde, no Brasil, as relações entre usuários de serviços de saúde e trabalhadores se produzem em espaços intercessores preenchidos pela ‘voz’ do trabalhador e pela ‘mudez’ do usuário”, ele aponta para uma das características que concretizam esse desnível. Porém, o desafio de realizar o trabalho no campo da saúde (mental) inclui ultrapassar a mudez desse usuário para fazer ressoar o que muitas vezes esse silêncio não consegue afirmar.

Essa característica extremamente comum nas práticas de saúde do país parece não se referir exclusivamente ao movimento da Reforma Psiquiátrica. Esta última é um movimento de emancipação que constitui a área da saúde mental mais especificamente, que por sua vez é envolvida pelo sistema maior, da saúde e do SUS. Apesar de as práticas públicas, através da promoção da participação popular, forçam uma mudança no cenário cultural da maioria das localidades do território brasileiro, que, assolado pela verticalidade das relações entre as pessoas, usuários e profissionais, comumente vitimizam-se, desresponsabilizam-se e oprimem.

No município da experiência, em meio às políticas locais, entre históricas compra e venda de votos, entre as ilusórias promessas de melhorias individuais e a reprodução da condição coletiva, em meio ao descompromisso com o público, o ciclo de opressões é um fenômeno de difícil frenagem, da qual as populações locais não conseguem sair facilmente.

Talvez a luta travada pelos movimentos sociais que fundam a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial sejam a contramão ou ramificações que tentam romper com esse fluxo individualista. Democracia, autonomia, cogestão tornam-se ferramentas cada vez mais importantes, enquanto atos concretos em prol da produção de cidadania e saúde mental.

Durante a experiência no CAPS, houve exemplos de uma tentativa de implementar

processos de trabalho horizontais, assim como intervenções nas quais o cuidado ofertado se materializasse em composição com a realidade vivida pelo usuário. A satisfação sobre a qual o trabalho criativo se formou naquela equipe irrompia associada com envolvimento de cada ator em relação às demandas que apareciam. A implicação de cada profissional com as práticas do CAPS se dava ao passo que as ideias e atos de cada um fossem, de fato, acolhidos e processados no coletivo.

As práticas em saúde mental, na perspectiva substitutiva ao Manicômio, travam um processo para além da doença. Diferente do tratamento, que ao alcançar a cura ou ao busca-la incessantemente tem o seu fim como dado, os desafios da produção de cuidado incidem sobre as intermináveis formas de dominação, em direção à emancipação da diferença como modo de desarticular a objetualização exercida com o conceito de doença, materializado na figura do doente mental.

Se as práticas das experiências aqui narradas encontraram limites, estes últimos foram postos diante do máximo de tensão suportada pelo coletivo de onde insurgiram. Dificilmente as experiências que romperam os laços de cuidado produzidos entre usuários e a equipe serão esquecidas pelos envolvidos. Da mesma forma que as alegrias, o cuidado oferecido e recebido, a emancipação de diversas pessoas enquanto gente e/ou profissional o serão. Resta a expectativa de que elas sirvam a novos atos em prol da liberdade e da vida, como aqui se fizeram na formulação deste texto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências citadas:

ALVAREZ, Johnny & PASSOS, Eduardo. Cartografar é habitar um território existencial. P. 131-149 In: PASSOS, Eduardo.; KASTRUP, V.;ESCÓSSIA, L. (Orgs.) Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2009. p. 131-149.

ALVERGA, Alex R. & DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v. 10, n. 20, p. 299-316, jul/dez, 2006.

AMADOR, Fernanda S. Transdisciplinarizar. In: FONSECA, Tânia. M. G., NASCIMENTO, Maria. L, MARASCHIN, Cleci. (Orgs.). Pesquisar na diferença: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 231-233.

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 1995.

_____. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

_____. Saúde mental e atenção psicossocial. 3ª ed. Ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BARROS, Laura Pozzana & KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo.; KASTRUP, V.;ESCÓSSIA, L. (Orgs.) Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2009. p. 52.

BASAGLIA, F. A instituição negada. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão. 2ª ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

CASTEL, Robert. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

COIMBRA, Cecilia M. B.; LOBO, Lilia F.; NASCIMENTO, Maria L. A invenção do humano como modo de assujeitamento. In: MENDONÇA F., Manoel. & NOBRE, Maria. T. (Orgs.). Política e afetividade: narrativas e trajetórias de pesquisa. Salvador/ São Cristóvão: Editora EDUFBA/ EDUFS, 2009. p. 31-42.

_____. Sobreimplicar. In: FONSECA, Tânia. M. G., NASCIMENTO, Maria. L, MARASCHIN, Cleci. (Orgs.). Pesquisar na diferença: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 211-213.

- DELGADO, J. M. F. A loucura na sala de jantar. Santos: Sem editora, 1991.
- FOUCAULT, Michel. História da Loucura. São Paulo: Perspectiva, 2004.
- _____. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- _____. O poder psiquiátrico. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2006.
- LANCETTI, Antônio. Clínica Peripatética. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- JACOBINA, Ronaldo. R. O Manicômio e os movimentos de reforma psiquiátrica. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, CEBES, v. 24, n. 54, 2000.
- LAZZAROTTO, Gislei D. R. Experimentar. In: FONSECA, Tânia. M. G., NASCIMENTO, Maria. L, MARASCHIN, Cleci. (Orgs.). Pesquisar na diferença: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 101-103.
- MACHADO, Roberto. Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- MEHRY, Emerson. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde - um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo In: Democracia e Saúde. São Paulo: CEBES/LEMOS, 1998.
- MOURA, Antônio. Trair a psiquiatria. Vitória da Conquista. Edições Própria do autor, 2011.
- OLIVEIRA, Joana A. M. O processo de desinstitucionalização da loucura em serviços de saúde mental no estado de Sergipe: um problema clínico-político. 105 p. Dissertação (mestrado) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, 2006.
- PASSOS, Isabel. C. F. Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PASSOS, Eduardo.; KASTRUP, V.;ESCÓSSIA, L. (Orgs.) Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2009.
- PRADO FILHO, Kleber. Historicizar. In: FONSECA, Tânia. M. G., NASCIMENTO, Maria. L, MARASCHIN, Cleci. (Orgs.). Pesquisar na diferença: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 125-126.
- ROLNIK, Suely. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina. Ed. UFRGS, 2011.
- ROTELLI, Franco. & AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: Psiquiatria sem hospício – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará, 1992. p. 41-55
- ROTELLI, Franco.; LEONARDIS, de Ota.; MAURI, Diana. Desinstitucionalização. 2ª ed.

São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, Paulo. Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 169-194.

VASCONCELOS, Michele F. F. Loucos e Homossexuais: consumidores como outros quaisquer. Um estudo sobre modos de subjetivação de relações homoeróticas em um CAPS de Aracaju-SE 233 p. Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2008.

Referências consultadas:

AMARANTE, Paulo. (Org.). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1994.

BARRETO, Jubel. O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2005

CUNHA, Gustavo. T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo; Ed. Hucitec, 2005.

DESVIAT, Manoel. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

ESCÓSSIA, Liliana. O coletivo como campo de intensidades pré-individuais. In: ESCÓSSIA, Liliana; CUNHA, Eduardo L. (Orgs.) A psicologia entre indivíduo e sociedade. São Cristóvão: Ed. UFS, 2008. p. 15-35.

FONSECA, Tânia. M. G.; KIRST, Patrícia G. Cartografia e devires: a construção do presente. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2003.

FOUCAULT, Michel. A arqueologia do saber. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Universitária, 2009.

_____. A ordem do discurso. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. A verdade e as formas jurídicas. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Editora NAU, 2003.

_____. Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. Nascimento da Biopolítica. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2008.

_____. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

GILLES, Deleuze & GUATARRI, Felix. Mil platôs. Vol. 4. 2ª Ed. São Paulo: Editora 34, 2011.

GILLES, Deleuze. & PARNET, Claire. Diálogos. São Paulo: Editora Escuta, 1988.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.14. LOUGON, Maurício. Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MACHADO, Roberto. (Org.). A danação da norma. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

_____. Nietzsche e a verdade. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2002.

MANGUEIRA, Maurício. Microfísica das criações parciais: pensamento, subjetividade e prática a partir de Nietzsche e Deleuze. São Cristóvão: Editora UFS, 2001.

NIETZSCHE, Friedrich. A genealogia da Moral. 3ª Ed. São Paulo: Editora Escala, 2009.

LIMA, Fernanda R. E experiência do cuidado de si: a clínica entre o cuidado do tempo e o tempo do cuidado. 161 p. Dissertação (mestrado) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, 2010.

SILVA FILHO, J. F. (Org.). 1968 e a saúde mental. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa, 2008.

SILVA, Rosane N. A invenção da psicologia social. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

SANTOS, Boaventura S. Um discurso sobre as Ciências. Porto: Editora Afrontamento, 1987.

VASCONCELOS, Eduardo. M. Abordagens psicossociais, v. 1: história, teoria e prática no campo. 2. São Paulo: Editora Aderaldo & Rothschild, 2009.

VEYNE, Paul. Como se escreve a história. Foucault revoluciona a história. Brasília, Editora UnB, 1982.

Outras referências:

MACEDO, Joaquim Manuel. As vítimas algozes: quadros da escravidão. 4ª ed. 2ª reimpr. Porto Alegre: Zouk, 2006.

PIRANDELLO, Luigi. Um nenhum e cem mil. São Paulo: Cosac Naify, 2010.