

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

Maura Lima

ENTRE O DISCURSO E A PRÁTICA: HÁ REFORMA?
UMA REFLEXÃO SOBRE PRÁTICAS INTERVENTIVAS DE CUIDADO NA CLÍNICA
DA SAÚDE MENTAL

Recife, 2006

Maura Lima

ENTRE O DISCURSO E A PRÁTICA: HÁ REFORMA?
UMA REFLEXÃO SOBRE PRÁTICAS INTERVENTIVAS DE CUIDADO NA CLÍNICA
DA SAÚDE MENTAL

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora pela aluna Maura Lima, participante do Programa de Mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica pela mesma Universidade.

Orientador: Prof. Dr. Zeferino de Jesus Barbosa Rocha
Co-orientador: Prof. Dr. Marcus Túlio Caldas

Recife, 2006

S586e Silva, Maura Lima Bezerra e
Entre o discurso e a prática : há reforma ? :
uma reflexão sobre práticas interventivas de
cuidados na clínica da saúde mental / Maura
Lima Bezerra e Silva ; orientador Zefirino de
Jesus Barbosa Rocha, 2006
1 v. [249p.]

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica
de Pernambuco. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e
Pesquisa , 2006.

1 Psicologia clínica. 2 .saúde mental - Brasil.
2 Práticas de cuidado. 4. Reforma psiquiátrica - Brasil.
I. Título.

CDU-616.89

Maura Lima

ENTRE O DISCURSO E A PRÁTICA: HÁ REFORMA?
UMA REFLEXÃO SOBRE PRÁTICAS INTERVENTIVAS DE CUIDADO NA CLÍNICA
DA SAÚDE MENTAL.

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora pela aluna Maura Lima, participante do Programa de Mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica pela mesma Universidade.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Zeferino de Jesus Barbosa Rocha
Orientador- UNICAP

Prof^ª. Dr^ª. Ana Lúcia Francisco
Examinadora Interna- UNICAP

Prof. Dr. João Alberto Carvalho
Examinador Externo-UFPE

Dedico esse trabalho a todos aqueles que um dia já puderam experimentar em suas andanças na vida uma intensa dor psíquica. E é, também, para os que se sentirem ecoados com estas palavras, ou que já foram inundados de sofrimento que endereço este trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus que recentemente renascido em mim foi fonte de toda possibilidade de realização desse trabalho.

Ao meu pai que mesmo em ausência continua me ensinando um modo de habitar e percorrer a vida.

À minha mãe que pela dor muito me ensina e destina.

À minha tia Nora que, junto com minha mãe, colaborou materialmente para a manutenção dessa proposta.

À Mirian que pôs suas mãos literalmente nesse trabalho e que as põe sempre sobre mim, sendo uma cuidadora importante na minha vida.

Ao meu orientador, Zeferino Rocha, que aceitou acompanhar-me na proposta desse trabalho mesmo ela não sendo em suas linhas de investigação principais.

Ao meu co-orientador, Marcus Túlio que, pela afinidade com a temática em questão, pôde trazer contribuições ao trabalho, e pela solicitude com qual sempre recepcionou as minhas solicitações.

À Henriette Moratto que, por várias vezes, concedeu-me uma escuta acolhedora, cuidadosa e amiga e por quem tenho muito carinho.

À Ana Lúcia Francisco que antes de ser examinadora foi uma colaboradora no processo de clarificação da proposta desse trabalho e por quem sou muito grata por isto.

À Lindair Araújo pela parceria de trabalho que voluntariamente estabeleceu comigo para auxiliar na concretização dessa proposta e por quem tenho profunda gratidão.

Aos meus amigos Edglay Maracajá e Leonardo Xavier que torceram e acreditaram no que, por vezes, nem eu acreditava ser possível e ofereceram suas mãos amigas para fortalecer as minhas, na ocasião, cansadas de escrever.

A Fred que, além de ter reavivado em mim o desejo de ingressar num programa de Mestrado, foi contribuinte inaugural, ainda no momento anterior à seleção.

Às andanças acadêmicas e profissionais que pude fazer e que me possibilitaram a inquietação de fazer brotar uma questão investigativa.

À Equipe do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Azul onde essa pesquisa foi realizada, que de forma muito receptiva me abriu suas portas para, mais do que o cumprimento de uma agenda de pesquisa, uma troca de experiências marcada pela reciprocidade de contribuições.

A todos os usuários do referido CAPS que, através de seus sofrimentos sempre plurais, puderam sinalizar para importantes reflexões deste trabalho e por quem sentimos dever um grande retorno dos frutos dessa pesquisa.

RESUMO

A proposta da reforma psiquiátrica é introduzir uma modificação radical nas práticas asilares. Isto significa que a reforma adotou outra forma de pensar a loucura, o sofrimento psíquico e a assistência/cuidado; em outras palavras, isto significa construir novos paradigmas e novas referências para nortear as intervenções em saúde mental. O compromisso com a lógica da reforma implica em um exercício constante de revisão sistemática das práticas de cuidado, para que não se corra o risco de repetir os velhos hábitos mais do que desconstruí-los. A principal intenção dessa pesquisa foi observar se as práticas de cuidado em saúde mental estão sintonizadas com a lógica e os paradigmas propostos pela reforma. Esta observação foi desenvolvida de acordo com uma metodologia clínico-fenomenológica e implementada através do recurso da observação participante, tendo sido os dados construídos a partir na nossa experiência dentro de um serviço de saúde mental do município, especificamente o Centro de Atenção Psicossocial Espaço Azul, que tem a concepção da reforma como pano de fundo. O embasamento fenomenológico fez emergir dos dados, consubstanciados em um Diário de Observação, quatro categorias que desvelaram em que medida as ações de cuidado empreendidas no serviço se aproximavam da ética da reforma, em que medida se distanciavam dela, o modo de funcionamento do serviço/equipe com relação ao exercício do cuidado e o modo de relação da pesquisadora com o serviço. Chegou-se à conclusão que as práticas de cuidado desenvolvidas no serviço tanto sinalizavam para aproximações com a ética da reforma, quanto para afastamentos, refletindo uma prática oscilante. Constatou-se que entre o desejo de cuidar da Equipe e as ações indicativas de afastamento da ética da reforma havia um espaço preenchido por estados afetivos de desânimo e cansaço que diziam da experiência de sofrimento psíquico da Equipe. Uma observação mais cuidadosa apontou a recente municipalização do serviço como fator de mudança sentido como uma marca traumática. Deste modo, aquele afastamento foi compreendido tanto como uma forma da Equipe de se proteger para preencher o vazio sentido enquanto descuido, quanto de a Equipe sinalizar sua dor e solicitar intervenção e cuidado para consigo própria, para que possam bem realizar o seu ofício de Equipe-cuidadora.

Palavras-chave: Práticas de cuidado; Reforma psiquiátrica; Clínica da saúde mental.

ABSTRACT

The purpose of psychiatric reform is to introduce a radical change in asylum practices. This means the reform adopted another form of thinking madness, psychic suffering and assistance/care; in other words, it means build new paradigms and new references to guide the interventions in mental health. The compromise with reform's logic implies in a constant exercise of a systematic revision of care practices, so there are not the risk of repeating the old habits more than deconstructing them. The main intention of this research was to watch if the practices of mental health care are related with the logic and paradigms proposed by the reform. This observation was developed in accordance with a methodology clinic-phenomenologic and implemented with the means of participant observation, being the data build based on our experience inside a municipal health care service, specifically the Blue Space Psychosocial Attention Center, which has the conception of reform as a background. The phenomenologic basement made emerge from the data, put together in an Observation Diary, four categories that showed in what measure the actions of care in the service came close to the reform's ethic, in what measure they got far, the operational mode of the service/team concerning to the exercise of care and the mode of relationship of the researcher with the service. The conclusion was that practices of care developed in service both signalized to approximations with the reform's ethic, as with separation, reflecting an oscillating practice, nevertheless a tendency to depart have been more strong. It was noticed that between the desire of taking care of the team and the actions pointing to the depart of reform's ethics there was a space filled by affective states of loss of heart and tiredness which showed about the experience of psychic suffering of the team. A more careful observation pointed a recent service's municipalization as a factor of changing felt as a traumatic mark. This way, that departure was understood both as a form of the team protect itself to fulfill the empty felt as incautiousness, as of the team signalize its pain and ask intervention and care for its own, so they can develop correctly their work of team-care.

Keywords: Care practices; Psychiatric reform; Mental health clinic.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
UM HISTÓRICO DA QUESTÃO	11
<i>O Projeto Inicial</i>	11
<i>Problematizando o Projeto</i>	12
<i>O Projeto hoje</i>	12
CAPÍTULO 1:	
UMA RECORRÊNCIA HISTÓRICA: UM RECORTE NECESSÁRIO	21
1.1. Loucura, quem és tu?	22
1.2. Razão que define, julga e condena: uma paisagem Moderna.....	26
1.3. Da singularidade à doença mental: o nascimento da psiquiatria e do asilo.....	30
1.4. O asilo medicado e melhorado: uma aparente calmaria.....	36
1.5. Um caminho de algumas rupturas para emergência de uma nova assistência ao sofrimento.....	47
CAPÍTULO 2:	
A LOUCURA E A PSIQUIATRIA NO BRASIL: ONDE SE LOCALIZAM?	52
2.1. A Liga Brasileira de Higiene Mental: uma passagem para uma psiquiatria higienista	55
CAPÍTULO 3:	
CARTOGRAFANDO A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: UM EXERCÍCIO POLÍTICO DE TRANSFORMAÇÕES	62
3.1. A Desconstrução como início de uma nova construção: outros parâmetros epistemológicos.....	78
3.2. Por uma clínica antimanicomial.....	88
3.3. Um produto da desconstrução: o serviço substitutivo.....	101
CAPÍTULO 4:	
CUIDANDO EM PENSAR O CUIDADO	105
CAPÍTULO 5:	
UMA DISCUSSÃO METODOLÓGICA: CAMINHOS SUGERIDOS PELA QUESTÃO	119
5.1. Caminhando pela noção de perspectiva	119
5.2. Para cada questão, um caminho epistemológico.....	123
5.3. A questão lançando uma destinação/um caminhar para pesquisa.....	128
5.4. A construção de parceria(s): iluminando o nosso campo.....	132
5.5. Revisitando o campo e redescrivendo trajetórias.....	135
5.5.1. Primeiros passos rumo ao campo: uma apresentação/uma conquista.....	135
5.5.2. A nossa proposta inicial e sua redefinição: dialogando com a questão.....	136
5.6. Mais do que uma descrição, um compartilhamento: a questão em ação	141
CAPÍTULO 6:	
O NOSSO CAMPO ILUMINADO	147
CONCLUSÃO	234
REFERÊNCIAS	245
ANEXO	250

INTRODUÇÃO

Ninguém o pode aconselhar ou ajudar [...] Não há senão um caminho. Procure entrar em si mesmo. Investigue o motivo que o manda escrever. Examine se estende suas raízes pelos recantos mais profundos de sua alma; confesse a si mesmo: morreria, se lhe fosse vedado a escrever? Isto, acima de tudo, pergunte a si mesmo na hora mais tranqüila [...]: ‘Sou mesmo forçado a escrever?’. Escave dentro de si uma resposta profunda. Se for afirmativa, se puder contestar àquela pergunta severa por um forte e simples ‘sou’, então construa a sua vida de acordo com essa necessidade (RILKE, 2003, p.26).

Estas são palavras do poeta Rainer Maria Rilke destinadas a um jovem poeta que lhe solicita ajuda para comentar aquilo que escreve. Mas o leitor deve estar se perguntando por que esse auxílio na poesia para abrir um texto dissertativo. A esse respeito diremos que recorreremos a Rilke para expressar aquilo que é uma marca no nosso texto: uma escrita recheada de palavras, frases, trechos, tópicos e itens que para nós foram absolutamente necessários. E reconhecer esse caráter de necessidade é, desde já, situar o leitor na nossa afetação para com a temática do presente trabalho e para com aquilo que por ventura possa estar para além dela, circundando-a e que para alguns poderia ser considerado irrelevante de ser dito e mais prudente que não fosse incluído no texto, para atender a uma objetividade.

Apesar de termos levado em consideração esse pensamento que, aliás, nos serviu estrategicamente como um bom e necessário enquadre frente a nossa tendência incessante de sempre e um pouco mais desejar escrever, diríamos que ela – a tendência – insistiu em não silenciar, fazendo-nos por vezes extrapolar um modo tradicional ou formal de escrita dissertativa.

De todo modo, e isto é o fundamental para nós, esperamos e desejamos sinceramente que o nosso leitor possa nos acompanhar nesse percurso próprio e compartilhar conosco dos sentidos que pudemos construir ao longo de um trabalho intenso – ora muito prazeroso, ora sôfrego – fruto de uma escrita “solitária”.

Dizemos solitária, para nos referirmos aos momentos em que só a nós cabe determinadas decisões e arranjos. Quando só a nós cabe escolher com que parceiros teóricos

iremos dialogar, dentre tantos possíveis. Quando só a nós é dado um prazo para que, em quaisquer condições, estejamos com nossa produção finalizada, mesmo que provisoriamente, sobretudo para aqueles que intencionam assumir realmente a paternidade dessa obra – filho – e pretendem dar continuidade a ela. Enfim, quando só nós mesmos é quem nos tornamos autores e responsáveis pelo nosso texto vivo.

Não ignoramos, entretanto, o fato de que todo esse processo de composição, que ora se dá tão suavemente e ora de modo angustiante se perfaz, a todo tempo, atravessado por falas, pensamentos e personagens outros, que não os nossos – e ainda bem que assim o é – pois tal contingência nos dá, ao menos, a impressão de certa parceria tranquilizadora.

Mas se pensarmos, ainda com mais atenção, nos momentos de escrita seremos convidados a nos indagar: quantas vezes não nos sentimos acompanhados por “fantasminhas” do bem que parecem, de fato, iluminar-nos ao acenarem para novos caminhos, idéias e palavras que por vezes se tornam tão escassos em nossas escritas? Quantas vezes nos supomos fora dos trilhos daquilo que nós próprios traçamos e os nossos orientadores e colaboradores outros nos ajudam a retomá-lo, ou mesmo, ao contrário, nos incentivam a abrir bifurcações no que, em princípio, supomos descarriladas dos objetivos da pesquisa? Quantas, inúmeras vezes, nos filiamos ao pensamento de outros autores? Aliás, estes nos servem como mentores para podermos dar passos importantes na nossa escrita argumentativa. Quantas vezes durante a escrita não nos sentimos invadidos por personagens e cenas de histórias outras, que não a que nos propusemos realizar na ocasião, tornando o nosso pensamento fugitivo? Mas, ao mesmo tempo, o quanto muitas vezes estes personagens – presentes, passados ou fantasiados no nosso incansável desejo – protagonistas de histórias outras, também não nos auxiliam com os saberes da experiência que dispomos em nosso acervo mental/histórico?

Solitário, numa visão, e não solitário, em outra, pensamos na escrita como um ato paradoxalmente solitário e acompanhado; parte de um tal jogo da vida, com o qual temos, no mínimo, alguma familiaridade, sem necessariamente implicar em afinidade.

UM HISTÓRICO DA QUESTÃO

Antes de realizar uma apresentação da Dissertação, seus pressupostos teóricos, sua discussão epistemológica, bem como a forma que foi encaminhada rumo ao campo e analisada, gostaríamos de historiar o seu percurso desde sua apresentação enquanto projeto, contextualizando a partir de que cenário emergiu, bem como a linha de pensamento trilhada como lastro e referência para o nascimento da questão que lhe deu possibilidade de existência. Tendo em vista este objetivo, achamos conveniente, ainda, sinalizar brevemente o projeto anterior – submetido à seleção do Mestrado – já que foi a partir da nossa tentativa de melhor esclarecê-lo que o atual pôde emergir.

O Projeto Inicial

Através de uma disciplina, ainda no período da graduação em psicologia e cuja temática principal era a reforma psiquiátrica, foi possível abrir uma discussão acerca de formas interventivas de abordagem ao sofrimento psíquico. Do conjunto de práticas terapêuticas citadas pela literatura estava a eletroconvulsoterapia (ECT), inserida no rol de tratamentos biológicos ou físicos em psiquiatria.

Tivemos a idéia de, à luz do conjunto de conhecimentos da reforma psiquiátrica, realizar uma leitura da técnica de eletroconvulsoterapia no cenário atual da reforma. Propusemos, então, algumas questões que funcionariam como norteadoras de nosso estudo:

Que elementos epistemológicos oferecem subsídios de sustentação para a prática da ECT? Tomando como base o lastro epistemológico da reforma, que leitura poderia ser feita da prática de ECT? Qual é a compreensão dos profissionais de saúde mental em relação à eletroconvulsoterapia no cenário da reforma psiquiátrica? E ainda, que uso dessa técnica é feito no cenário atual dentro da assistência em saúde mental?

Problematizando o Projeto

Algo que desde o início da proposta do primeiro projeto se mostrou claro para nós foi que a técnica de ECT era utilizada como um exemplo de modelo interventivo ou como um recurso terapêutico que emerge dentro do contexto da lógica clássica de funcionamento interventivo.

Era neste ponto da discussão que se inseria o nosso trabalho na medida em que se propunha se aproximar e problematizar tópicos da técnica de ECT e de sua utilização, caso fossem identificados elementos epistemológicos ou práticas que sinalizassem para o tipo de proposta interventiva fundada na lógica clássica. Isto porque, já que comungamos do ideário da reforma, que implica na revisão de paradigmas clássicos, temos como tarefa da ordem do dia procurar rever nossas práticas de assistência e cuidado, afim de que as mesmas não se apresentem como práticas com o emblema da reforma mas que no lugar de estar em processo de identificação e monitoramento dos tão freqüentes vícios institucionais, acriticamente, tende a repetí-los, mais do que os desconstruí-los.

O Projeto Hoje

Quando referimos que a técnica de ECT era apenas uma das formas possíveis de intervenção ao sofrimento psíquico fazíamos referência, talvez implícita, e isto só ficou claro a partir do momento em que trabalhávamos para esclarecer melhor a nossa questão investigativa, de que a preocupação de base do debate proposto para o presente trabalho não seria propriamente com técnica de ECT, mas com a possibilidade de presentificação da lógica clássico/asilar nas práticas atuais de assistência ao sofrimento psíquico em saúde mental.

Esta preocupação se coloca pelo desejo de compreender se estamos, de fato, em nossas práticas interventivas de cuidado em saúde mental, lançados no exercício de buscar sintonizar e promover a lógica da reforma psiquiátrica e de que modo estamos nos comprometendo com sua ética para viabilizá-la em nossas ações. Em outras palavras, dizemos que a nossa preocupação de base nos interrogou se pudemos referenciar nossas práticas de cuidado como representativas de atitudes de desconstrução de modelos clássicos.

Falar na ética da reforma é, para citar alguns referenciais principais, pensar na adoção de posturas críticas; na promoção do estímulo à autonomia; na promoção de processos de singularização; no exercício pelo respeito às diferenças; no combate às ações que intencionam que diferentes modos de existência subjetiva possam ceder lugar a um suposto padrão normal; e ainda, trabalhar para contribuir para a construção de liberdades existenciais e, portanto, para um outro lugar social para a loucura.

Ao percebermos que a preocupação que norteou o projeto anterior era mais ampla, e estava referenciada às práticas de cuidado, pudemos refletir que permanecer ligada àquela investigação através da técnica de ECT, era limitar, acentuadamente, à problemática que nos mobiliza, bem como seu campo de observação e, talvez, promover um deslocamento entre o que era, de fato, figura e fundo; afinal a técnica de ECT é apenas uma, das muitas modalidades interventivas e, por isso, se prestaria melhor aos nossos objetivos como um exemplo daquilo que se pretendeu problematizar. Deste modo o que emergiu como proposta

de investigação inicial pôde se apresentar como abertura para uma nova direção investigativa, a partir de uma maior clareza da questão que impulsionou a temática do projeto.

Foi no contato mais fino com algumas disciplinas do Mestrado que tivemos a oportunidade de dar início a esse trabalho de refletir, não propriamente e somente o tema que havíamos proposto, mas a questão que o mobiliza e que nos demandou um tratamento investigativo. Mas, foi também recorrendo a nossa experiência profissional em que, tendo passado por alguns serviços de saúde mental e sempre nos colocado numa postura crítico-reflexiva de pensar o cotidiano desses serviços a partir da nossa afinidade com o ideário crítico-inventivo da reforma psiquiátrica, que pudemos sentir que a nossa prática e que o nosso fazer era permeado por um conjunto de dificuldades, contradições e impasses com relação aquele ideário, a despeito de nossa intenção de, sempre e mais, nos aproximarmos desse ideário e de sua ética – que nos inspiram outras práticas interventivas e que têm como principal característica o rompimento com o aparato teórico-prático, os códigos de referência culturais, todos ligados à cultura asilar.

A partir desse percurso desenvolvido, pensamos que nossas preocupações de base nos direcionaram a re-orientar a nossa proposta, a nossa questão inicial e o nosso projeto. Tendo revisitadas as nossas primeiras intenções investigativas, apresentamos a nossa questão central ou aquilo que mais à frente chamamos do foco do nosso trabalho, que foi poder compreender de que modo e através de quais recursos um Centro de Atenção Psicossocial específico do Município vem tentando, de forma singularizada, implementar em suas práticas de cuidado a ética da reforma psiquiátrica.

Tínhamos um desejo mais amplo que era o de poder compreender a quanto anda o processo de reforma dentro dos serviços chamados substitutivos (CAPS) e de que modo, e através de quais recursos, ele tem sido levado para dentro da prática desses serviços. No entanto, pela circunscrição em um tempo de dois anos que um programa de Mestrado nos

solicita, precisamos revisitar por diversas vezes o nosso desejo e fazer um recorte em nossa intenção investigativa. Desse modo, ao invés de uma intenção mais ampla, nos decidimos em delimitar a compreender a nossa questão na realidade de um desses serviços de saúde mental, ou Centro de Atenção Psicossocial, guardando a amplitude de nosso questionamento para estudos ou trabalhos posteriores a este.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica constrói no cenário da saúde mental uma outra forma de pensar a loucura e o sofrimento psíquico e ainda se propõe a inaugurar uma prática interventiva com outra concepção de assistência e cuidado. Concebendo *pathos* como sofrimento e pensando nesse *pathos* como algo que marca o humano, poder-se-ia dizer que o sofrimento psíquico se descola da noção psicopatológica tradicional da doença mental.

Pensar em outra proposta de assistência ao sofrimento psíquico em saúde mental, dentro dessa perspectiva, é propor que a noção de cuidado possa servir epistemologicamente mais coerente do que a de tratamento, já que a idéia de tratar implica numa intenção de cura, em estados de equilíbrio – meta questionável quando se pensa no sofrimento enquanto aquilo que atravessa e marca o humano.

Embora essa reflexão sinalize para discursos e pensamentos epistemológicos em sintonia com a lógica da reforma e represente um ponto de maior concordância entre profissionais que compartilham de uma noção de clínica atravessada pelas desconstruções de modelos clássicos, cabe pensar que entre o discurso e a prática possa existir um território amplo de dificuldades, contradições e impasses que, se não problematizado, termina por funcionar como forte colaborador silencioso da manutenção de códigos lingüísticos e práticas interventivas marcadas pela filosofia da cultura asilar. Cultura essa que se coloca, ao mesmo tempo, como potencializadora dos processos de cronificação de situações de sofrimento psíquico e grande obstáculo à implementação do discurso proposto pela reforma, dentro dos chamados serviços substitutivos ou Centros de Atenção Psicossocial.

No curso da reforma foi lançada a batalha a favor da desospitalização, da humanização, do fechamento de leitos psiquiátricos, da abertura de mais serviços substitutivos. Recife conta atualmente com um amplo quadro desses serviços, sendo necessário que se pense de que forma estão funcionando, de que forma vêm conseguindo aproximar suas práticas de cuidado da ética da reforma, que dificuldades têm encontrado e como tentam solucioná-las, cada um ao seu modo e possibilidade, para garantir a assistência de qualidade ao usuário e para que possam funcionar como espaço de cuidado para pouso breve de dores psíquicas.

Pensamos que não realizar esse tipo de reflexão é incorrer no risco de criarmos, como coloca Bezerra (1992), micro-espacos asilares quando estes espacos, apesar de reformados em suas estruturas físicas, podem funcionar atrelados a um modelo de assistência ao sofrimento ainda herdado da nossa tradição clássica/manicomial.

Rolnik e Guatari (1986), pensando na responsabilidade social do que chamam de trabalhadores sociais – e nessa categoria incluem o psicólogo – colocam que estes profissionais:

[...] se encontram numa encruzilhada da política e da micropolítica fundamental. Ou vão fazer o jogo dessa reprodução de modelos que não nos permitem criar saídas para os processos de singularização, ou, ao contrário, vão estar trabalhando para o funcionamento desses processos na medida em que consigam pôr para funcionar (1986, p.29).

Pensar na forma como os serviços substitutivos/CAPS realizam sua assistência aos usuários é pensar no modo como cuidam daqueles que buscam ajuda; no modo como operam com o sofrimento psíquico e isto é, no nosso entendimento, sinalizador justamente do modelo de assistência viabilizado ou da ética que atravessa as práticas nos serviços e, portanto, do nível de compromisso e aproximação ou distanciamento com a proposta da reforma.

Neste sentido, olhar para as práticas de cuidado dentro de um CAPS bastante específico, por ser o mais antigo da região, e tentar identificar como a Equipe opera com o

sofrimento psíquico se configurou para este trabalho como um meio de aproximação de seu foco de investigação e, ainda, da possibilidade de, na interação e troca com ele, construir algum sentido que atenda às demandas investigativas da pesquisa.

É importante ressaltar que, apesar da linha de pensamento que conduziu a nossa proposta ter sido de natureza crítica, tal como acompanhamos no raciocínio da reforma psiquiátrica, os nossos objetivos não pretenderam assumir um caráter de julgamento, ou investigativo em seu sentido mais coercivo; tal postura inviabilizaria o diálogo necessário com o nosso campo e se distanciaria do objetivo de tentar compreender dentro das práticas de assistência/cuidado do serviço, o modo como elas se aproximam ou se distanciam dos referenciais da reforma, ou ainda, o modo como esse serviço operacionaliza ou põe em marcha as orientações da reforma.

Além disso, a proposta desse trabalho emerge de nossas inquietações enquanto atores sociais também submersos nas dificuldades, nas contradições e nos impasses que a tentativa de implementação dessa lógica pode implicar. A nossa postura neste trabalho, portanto, jamais poderia ser colocada de forma distanciada ou mesma desimplicada e muito menos, ainda, com uma postura judicial que de fora investiga para depois sentenciar. Desde já assumimos, portanto, o nosso envolvimento e enlace com os questionamentos aqui trazidos e com os caminhos percorridos.

E insistimos que o nosso desejo, mais do que qualquer outro, foi o de poder, através do que aqui pôde ser elaborado, desconstruído, construído, sinalizado e proposto, produzir uma forma de inquietação, tal qual pudemos sentir quando em exercício da função de cuidadores de saúde mental. Inquietação que possa oportunizar para o serviço por nós eleito e para aqueles que possam sentir-se ecoados com as nossas colocações, um modo de reflexão acerca das suas práticas de cuidado em que a tônica propositiva seja revisitar para mudar, para aprimorar e para finalmente poder, cada vez mais, se aproximar de um modo de cuidar

permeado pelo espírito, filosofia e ética da reforma psiquiátrica. Desse modo, dizemos que o nosso desejo foi o de inquietar, não para paralisar mas, para catalisar tais processos.

Embora saibamos da possibilidade de que profissionais de outros CAPS possam sentir ressonâncias do nosso texto, gostaríamos de lembrar que o nosso estudo não se dotou de nenhuma intenção generalizadora, já que primou pelo singular do cuidado que o serviço em questão pôde dispor. Mas, na medida em que em todo particular, há algo de um universal, caso contrário nem sequer conseguiríamos uma forma de comunicação, entendemos que o singular do modo de cuidar que aquele serviço por ora nos apresentou, pode refletir, se não semelhanças, ao menos analogias com outros serviços.

Tendo exposto as nossas intenções e, sucintamente, aquilo que está subsidiando o nosso pensamento, passamos a apresentar o itinerário da escrita dissertativa. No primeiro capítulo explicitamos a trajetória histórica que marca a loucura e a psiquiatria num contexto mundial, passando por diferentes noções de loucura em momentos históricos distintos, pela marca das idéias racionais que passam a defini-la e ainda pelo nascimento da psiquiatria como disciplina autorizada a falar sobre ela – a loucura. Além disso, apresentamos as primeiras propostas de reformulação da assistência psiquiátrica, desde a era pineliana, passando pelas propostas reformistas trazidas por alguns países da Europa e Estados Unidos e ainda o caminho de algumas rupturas para a emergência de uma nova forma de cuidar que tiveram na experiência italiana sua origem.

No capítulo dois procuramos realizar um percurso semelhante ao descrito acima, focalizando, entretanto, esse histórico num contexto nacional e procurando ressaltar as particularidades que tornaram a trajetória brasileira específica, sem nos esquecer de pontuar as tendências de espelhamento e continuidade que identificamos no Brasil com relação ao contexto mundial. Nele vimos, ainda, a constituição de uma entidade que se apresentou como ator de destaque nessa trajetória brasileira: a Liga Brasileira de Higiene Mental.

No capítulo três, apresentamos o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, contextualizando-o historicamente, explicitando suas referências político/jurídico-legais e sinalizando para um debate que buscou contemplar uma proposta clínica. Para isto fizemos pouso em um campo epistemológico dando destaque à noção de homem, sofrimento psíquico e cuidado, que puderam subsidiar o desenho de suas principais proposições e que serviram de lastro para nos inclinarmos à reflexão acerca das práticas de cuidado.

No quarto capítulo nos detivemos a refletir sobre uma noção de cuidado que pudesse ampliar aquela que viemos nos referenciando através do debate da reforma psiquiátrica, e que pudesse nos auxiliar na tarefa de compreender as práticas de cuidado realizadas dentro do serviço que escolhemos para realizar nossa pesquisa. A ampliação dessa noção de cuidado nos foi possibilitada através de uma inspiração no pensamento filosófico heideggeriano.

No quinto capítulo trouxemos inicialmente algumas considerações epistemológicas sobre formas de conhecimento ou de abordagem dos fenômenos do real. Além disso, resgatamos o trajeto que nos conduziu a proposta do presente trabalho e fizemos o relato e a reconstrução da experiência da pesquisa, que traduz a história do caminho percorrido durante a fase de exploração e interação com o campo de observação por nós delimitado, bem como, apresentamos a forma como trabalhamos os nossos dados.

No sexto capítulo descrevemos os resultados da pesquisa procurando, através do estabelecimento de categorias e de variáveis, expressar os principais vetores de análise que traduziram, ainda, aquilo que de mais relevante, no nosso modo de experiência no campo, pôde emergir com relação às práticas de cuidado e a ética da reforma.

Por fim, no último capítulo, pretendemos realizar possíveis considerações e articulações que traduzam algum sentido para o que, até então, viemos nos colocando a refletir prática e teoricamente mas, sobretudo, apontar para as nossas inconclusões que

possibilitam a abertura de novos e necessários questionamentos. Essa caracterização faz desse capítulo, ao contrário de uma conclusão, um convite à novas discussões.

CAPITULO 1

UMA RECORRÊNCIA HISTÓRICA: UM RECORTE NECESSÁRIO

Antes de nos aventurarmos em solos históricos a fim de poder trazer algumas concepções de loucura ao longo de importantes momentos supomos importante dialogar sobre o título proposto. Então, por que “Uma Recorrência Histórica”?

Quando utilizamos a palavra recorrência é para explicitar, já de início, que nossa intenção aqui é lançar um olhar - o nosso - sobre outros olhares. Isto porque, entendemos que a história, apesar da concretude de seus acontecimentos, não está lá no passado de seus fatos como algo posta, portando uma única verdade a ser desvelada, e carente de arqueólogos do saber que possam “descobri-los”, num discurso fiel e puro, sem nenhum tipo de interferências do historiador. Se assim fosse, o historiador, de posse de um discurso unívoco e absolutamente verdadeiro, teria a função de apenas contá-la ou ainda descrevê-la fielmente aos ouvintes e estudiosos e não interpreta-la ou de lançar um sentido sobre ela.

Mas esta é uma perspectiva da História com a qual não partilhamos, pois partimos de um pressuposto de que o discurso que se faz sobre a História, isto é, o contar e re-contar sobre ela, merece ser compreendido enquanto uma visão entre outras possíveis acerca de fatos ocorridos no passado, ou mesmo, um modo de ler e interpretar tais fatos.

Pensamos que seria mais coerente recorrer à palavra construção já que no nosso entendimento a primeira remete a um tipo de pensamento histórico conduzido por argumentos que têm como base um processo anterior de criação¹ e redescrição de outras fontes, outros ditos, ou dados históricos, constituídos também, por sua vez, em processo análogo.

¹ Quando utilizamos a palavra criação não é pretendendo conferir ao seu significado necessariamente uma dimensão de originalidade absoluta da obra, mas aludir ao aspecto de que criar é também “inventar”, ainda que a “invenção” não possa ser adjetivada da mais pura criação original. O contraponto que se pretendeu dar destaque diz respeito à criação como possibilidade de “invenção” e construção e não como descoberta, já que nessa concepção assume-se a dimensão subjetiva do historiador interferindo naquilo que ele produz.

Assim, tendo a nossa pesquisa recorrido a estudiosos da história para poder lançar a nossa compreensão acerca do fenômeno da loucura, a denominação de uma recorrência emerge como palavra que melhor traduz esse sentido de utilização. Trata-se do uso das fontes históricas, para então, sentirmo-nos aptos a lançar uma leitura sobre o fenômeno em questão, respaldado na forma como compreendemos que ele desliza de um fenômeno do social, representado positivamente, para uma visão crítica operada pelo discurso médico clássico que constrói um novo estado de coisas, uma nova subjetivação e um novo lugar: o da ausência.

Pretender adentrar na temática da loucura e da psiquiatria sem visitar o debate histórico é amputar-lhes um elemento central, afinal, muito mais do que mero cenário, a história é sua estrutura e lastro de formação. Falar de reforma psiquiátrica, enquanto uma tradição de pensamento que busca romper com práticas de assistência clássicas, implica, portanto, em revisitar algumas histórias da loucura e da tradição dessa psiquiatria.

É com esta compreensão que recorreremos à História como um recorte necessário na tentativa de oferecer uma cartografia da loucura e da psiquiatria; cartografia essa constituída aqui através da costura de outras leituras e que nos conduzirá a pensar no que elegemos como foco de nosso estudo: as práticas de cuidado e sua relação com a ética da reforma.

1.1. Loucura, quem² és tu?

Pensemos então na loucura. Mas afinal, quem ³é a loucura?

Será que podemos falar em loucura ou seria mais coerente adotarmos o seu plural?

Pensamos que a designação loucuras atende melhor ao percurso que aqui nos pretendemos na

² Aqui, usamos de uma licença poética nos distanciarmos da forma convencional de questionamento de nossa língua com a intenção de ser fiel ao sentido de nossa pergunta.

³ Preferimos perguntar quem é a loucura e não o que é a loucura pela preocupação epistemológica com o segundo tipo de pergunta que, no nosso entendimento, tende a substancializar e conferir ao conteúdo da resposta um caráter de essência ou substância; ao contrário de uma resposta que diga respeito a quem seria a tal loucura, que não pede por uma resposta unívoca e abre a possibilidade de diferentes óticas sobre ela.

medida em que, em cada contexto histórico ela tende a receber diferente representação e lugar social. Desde a travessia sofrida, saindo do campo de significação sócio-político, até sua captura pelo discurso médico e sua conseqüente nomeação de doença mental, a loucura desliza em representações e lugares sociais distintos, ora positivo, ora negativo, ora exaltada, ora abafada.

Pensamos em cada momento histórico como determinante de um protótipo são, de uma promessa de felicidade, de um ideal a ser buscado e atingido pelos indivíduos. Cada cultura, cada discurso sócio-cultural traz como meta a tarefa de justapor os sujeitos ao ideal vigente - seja ele, de saúde, estético, intelectual, moral, etc. Tomando emprestado um termo foucaultiano, poder-se-ia dizer que em cada momento histórico circulam dispositivos que operam na sociedade promovendo as normas e os padrões ideais, bem como medidas de ajustes que como bordas imperativas – explícitas ou não – circunscrevem os sujeitos a elas.

Nesta lógica de raciocínio Guatari e Rolnik (1986) se referem ao humano e aos processos de subjetivação como fomentados pelo registro do social. Esses autores chamam a atenção para uma “economia coletiva do desejo”, no sentido de “[...] sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas, as grandes máquinas de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber o mundo” (GUATARI; ROLNIK, 1986, p.28).

Entender o humano nessa perspectiva é pensa-lo como uma espécie de terminal: “[...] esse terminal individual se encontra na posição de consumidor de subjetividade. Ele consome sistemas de representação, de sensibilidade[...]que não tem nada a ver com categorias naturais universais”(GUATARI; ROLNIK, 1986, p.32). Essa noção de uma economia coletiva do desejo sinaliza para formas de agenciamentos coletivos de subjetividade⁴ enquanto

⁴ Nesta perspectiva, a noção de subjetividade não pode ser pensada apenas como sinônimo de identidade individual, ou como espécie de recipiente intrapsíquico depositário da parte íntima, singular e afetiva do sujeito, mas, como um “campo de forças” composto das mais variadas interferências: sociais, econômicas, tecnológicas, de mídia, psíquicas, biológicas e etc.

dispositivos que facilitam, por sua força coesiva, a massificação da cultura e a homogeneização dos sujeitos. Para os autores:

A subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais[...]o modo como os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: **uma relação de alienação e opressão**, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou **uma relação de expressão e criação**, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade produzindo um modo[...] de singularização (Ibid, p.33, grifo nosso).

Como então pensar em sujeitos que “resistem” ou “escolhem” não funcionar sob o restrito “trilho” da norma subjetiva padrão? Que tipo de resposta uma determinada sociedade aguarda para estas pessoas? Se pensarmos que cada contexto sócio-histórico se organiza de um modo particular, em função de um ideal de felicidade estabelecido e em função do conjunto de pactos e normas eleitos como bem ou da construção de um modelo ideal de homem, teremos que pensar num amplo vocabulário histórico de respostas e destinos possíveis para estes sujeitos. Estamos aqui lançados à reflexão acerca do modo como os diferentes povos, as diferentes sociedades lidam com a problemática da diferença.

Se pudermos revisitar a História dos povos antigos e eleger a Grécia como exemplo inicial, vislumbraremos a figura do louco como alguém detentor de saberes sobre-humanos, um enunciador de verdades divinas e, portanto, um canal de contato com o plano divino. É a loucura revestida de uma significação divina; e, já que estamos nos referindo a um modo de organização social atravessado pela valorização do que é da ordem do plano espiritual identificaremos o louco como alguém digno do respeito e do reconhecimento social. Portanto, não emerge do desenho de vida grego o projeto de controle e exclusão da loucura. Não há o que controlar em pessoas que, mesmo diferentes, atendem aos pré-requisitos do contrato social da época ou que possuem uma utilidade pública; ao contrário, há o que legitimar, preservar e inscrever no universo simbólico.

Nesse contexto, a diferença que o louco representa, é protegida de um envoltório adjetivamente positivado, na medida em que não é vista como fonte de nenhuma ameaça ao bom funcionamento e ordenação do modo de vida social instituído. “[...] A loucura era representada certamente como uma figura diferenciada da não loucura, mas não obstante a isso não era simbolicamente desqualificada [...]” (BIRMAN, 1992, p.76).

Na Idade Média destaca-se uma certa ambivalência na representação do louco. Ainda assim ele parece carregar ainda alguma positividade. Entendida como expressão das forças da natureza - boas ou más - a loucura é, ao mesmo tempo, exaltada e temida. Em sua positividade, há o reconhecimento da figura do louco como alguém que pode destinar vidas, ao funcionar como espécie de “oráculo”. Em sua positividade guarda portanto uma semelhança com a função social no contexto da cultura grega. Segundo Foucault (1999, p.73) “[...] a sensibilidade à loucura estava ligada a presença de transcendências imaginárias”. Já em sua negatividade, basta que lembremos dos destinos das “bruxas” queimadas vivas nas fogueiras das praças públicas, na intenção de serem conduzidas pela inquisição ao “bom caminho”. Era a loucura vista como expressão de forças malignas e que precisavam ser expurgadas, pelo ideal de salvação. Nesse contexto, talvez um ponto interessante a ser investigado⁵ fosse tentar identificar qual seria a nuance promotora de tamanha diferenciação entre vidas; entre aqueles que eram socialmente protegidos e os que tinham como destino a fogueira e a morte.

⁵ Essa nos parece uma questão interessante de ser pensada, entretanto aqui fica só apontada como questionamento aberto a reflexões posteriores, pela impossibilidade de, no momento, a nossa proposta de estudo poder dar conta.

1.2. Razão que Define, Julga e Condena: uma paisagem Moderna

Uma ruptura no modo de relação com a loucura parece ser decisivamente operada quando ela passa a ser lida como o anverso da razão. A loucura passa a ser balizada por parâmetros morais, só que, neste cenário cultural inaugurado com o discurso da razão iluminista, ela não mais atende aos requisitos do pacto social moralmente valorizado, sendo, por isso, desqualificada de sua posição até então assumida. Nesse período assistiremos a sucessiva “queda” da loucura, que a torna personagem sem valor de uma história sem vida.

Aqui, precisaremos fazer uma breve digressão a fim de melhor explicitar esse contexto que, dotado de grande valor e legitimidade social, inaugura a razão como novo parâmetro ideal - que como juiz dita e julga o humano - ao mesmo tempo em que presenteia a loucura com a impregnante identidade de ser sempre o seu negativo; o que implica, para o louco, em uma posição socialmente marginalizada e irreversível.

Mas, antes de lançar uma discussão que tente contemplar os problemas advindos dessa nova cartilha moral, vale a pena situarmos de que paisagem sócio-histórica e de qual “fábrica” subjetiva estamos nos referindo. Situamos a questão a partir de marcos históricos que, por sua relevância, funcionam como agenciadores de novas produções subjetivas, e novos modos de vida; todos preparando a paisagem da Modernidade.

O fomento sócio-político responsável pela eleição da razão como critério definidor do homem e pelo conseqüente papel de agente da exclusão da figura do louco, pode ser pensado em termos de uma conjuntura processual e socialmente datada. Se nos reportarmos ao século XVII, veremos que com o peso das idéias mercantilistas emerge a noção de que o maior bem de uma nação é o seu povo, capaz de produzir e contribuir para o seu desenvolvimento. A cada sujeito é dado um valor por aquilo que produz ou pelo que faz pela nação. Conseqüentemente, a ociosidade e os perfis de improdutividade, logo adjetivados de

preguiçosos, tornam-se os maiores vícios humanos, e, alvo, por isso, do mais intenso sentimento social de revolta e repúdio.

Todos os modos de vida que se enquadrassem nesse perfil foram reclusos: velhos, crianças abandonadas, aleijados, prostitutas, ladrões e loucos. Todos eles juntos passam a compor uma camada indistinta de humanos e, como que depositados, ocupam locais que não apresentam outra finalidade, a não ser a de reclusão do espaço social. O critério unificador destas pessoas naqueles locais é suas condições moralmente reprováveis, segundo Foucault (1999), relacionadas à miséria pela qual, diferentemente do contexto cultural da Idade Média, não mais se tinha compaixão e tolerância. A retirada dessa camada de “infra-homens” da visibilidade social não dizia respeito, portanto, a qualquer aspecto relacionado aos seus estados de saúde, nem também a critérios médico-científicos. Se nenhuma conotação patológica se faz presente, tão pouco, nenhuma função terapêutica ou de medicalização. A problemática se situa, mesmo, até então, no terreno da moralidade.

Aos locais “guardiões” dessa camada indistinta da população vimos Foucault (1999) denominar, em seu clássico livro “História da Loucura”, de Hospitais Gerais, mesmo o nome não possuindo um sentido do que poderíamos supor ser a função de uma instituição hospitalar. Os Hospitais Gerais, assim como as casas de correção, funcionavam como lugar de hospedaria ou espaços de recolhimento para controle e punição da diversidade marginal. São espaços dotados de estatuto ético e de um encargo moral. “Quando se cria o Hospital Geral de Paris, pensa-se sobretudo na supressão da mendicância [...]”(FOUCAULT, 1999, p.69) e no ocultamento de seus efeitos sociais.

A partir do final do século XVIII, com o ideário democrático da Revolução Francesa, é facilitado um processo de reestruturação para aquele cenário, pois o retrato de exclusão daquelas instituições não combinava com o espírito fraterno de liberdade anunciado. “A partir

de então, inicia-se um processo de reabsorção dos excluídos, buscando-se alternativas para os necessitados” (BRASIL, 1998, p.9).

Tem-se nessa conjuntura histórica um marco em termos de novos modos de subjetivação e regulação normatizante. Se até a Revolução Francesa e o Romantismo a subjetividade estava atravessada pela vida pública, “territorializada” e referenciada na família, nos sistemas de corporação e de segmentação social, a partir dela - com sua ideologia libertária e fraterna - e da atmosfera de individualidade e de interioridade romântica, noções de responsabilidade individual e de sujeito moral-racional foram se estabelecendo para caracterizar, de uma vez por todas e de modo exclusivo, o campo de forças subjetivo.

À noção progressivamente constituída do indivíduo como átomo racional da organização social, sujeito universal ancorado na certeza do acesso a si por meio da consciência, corresponde uma série de produções históricas das quais devemos destacar: a disciplinarização do espaço social com a criação de instituições práticas e discursos voltados para a regulação social [...] (BEZERRA, 1992, p. 117).

A razão, espécie de farol que ilumina, guia e oferece clareza aos trilhos humanos, passa a ser o novo balizador das subjetividades ao funcionar como parâmetro que define o humano e o distingue dos demais seres. É, portanto, o critério da razão que vai funcionar como linha divisória de destinos humanos. Sendo assim, a liberdade e a aspiração fraterna da atmosfera democrático-romântica promulgada diz respeito, somente, aos seres iluminados da razão, pois estes, sim, tinham condição de se compromissarem com a manutenção da ordem social, através do uso dessa faculdade natural. Dotados do pensamento racional e passíveis de controlar seus atos, disciplinarmente, estes sujeitos dispõem dos requisitos necessários para atender às normas do contrato social vigente.

Embora o princípio do projeto democrático fosse inaugurar no registro sócio-político um modelo universal e igualitário de direitos sociais, ao supor a igualdade racional

constitutiva do humano, vimos o estabelecimento de uma condicional⁶ em seu princípio, que faz distinguir a medida de liberdade dos loucos. Na medida em que são compreendidos como seres desrazoados, “infringem” ao princípio e lema da igualdade, restando-lhes a representação de portadores potenciais de periculosidade e ameaça à harmonia social.

Nesse novo panorama é inaugurado um outro desenho de referência para a loucura na medida em que a população de loucos passa a ser olhada como falha da razão ou erro do projeto racional moderno, ou ainda, um furo no novo desenho de vida pautado na razão. “O universo da loucura inscreveu-se na nova ordem política de maneira estranha [...] Como ser alienado da sua razão o louco não era considerado propriamente um sujeito [...] e não poderia ter discernimento para se apropriar legitimamente de sua liberdade” (BIRMAN, 1992, p.74).

Enquanto furo, deveria ser extinto; enquanto erro da razão, corrigido ou consertado moralmente. “A cura significava resolver o equívoco, voltar a pensar como antes, ou como os outros, os razoáveis” (CORBISIER, 1992, p.10).

No registro metafísico a filosofia de Descartes, com o Cogito, parece fornecer os argumentos que dão sustentação ao universo da razão, responsável por realizar a expulsão simbólica do universo da desrazão ou como avalia Birman (1992), a colocação da desrazão na exterioridade do sujeito. Conceber a “loucura” como o negativo da razão que se coloca como condição e norma é, nas palavras de Bezerra (1992, p. 118), “[...] condenar o louco à condição de excluído daquilo que definiria a própria humanidade do homem”; é retirar deles a possibilidade de serem sujeitos e cidadãos. Esse é um paradoxo estrutural que, tanto Bezerra (1992) quanto Birman (1992) referem acompanhar a temática da cidadania do louco.

A partir dessa recursão histórica pode-se pensar que o mercantilismo prepara o solo para o discurso do iluminismo, quando demanda, do ponto de vista subjetivo, sujeitos que

⁶ Podemos ver no que chamamos de condicional um furo no projeto democrático pois o acordo democrático estabelecido não previu espaços de inclusão para com as formas diferenciadas de existência subjetiva. Se o conceito de democracia implica numa livre participação de todos, ele se estreitou quando estabeleceu um padrão subjetivo, incompatibilizando a noção de todos com a de padrão. Portanto, ao pensarmos na democracia devemos antes, como propõe a filósofa Tiburi (2005), pensar no seu furo: a massificação.

tenham acoplado em suas “caixas psíquicas” os dispositivos da razão, dos quais destacamos: disciplina, o controle e a vigília. Além disso, a corrente do iluminismo e sua marca moralista e racionalista, lançam as bases para uma virada⁷ epistemológica na forma de olhar o mundo e seus fenômenos, tarefa que tem no discurso da ciência positivista e no poder da técnica suas melhores apreensões.

1.3. Da singularidade à doença mental: o nascimento da psiquiatria e do asilo

Esse percurso prático discursivo tem na instituição da doença mental o objetivo fundador do saber e da prática psiquiátrica[...] Submissão da singularidade à norma da razão e da verdade do olhar psiquiátrico; rede de biopoderes e disciplinas que conforma o controle social do louco (AMARANTE, 1995 a, p.25).

O que até então pudemos formular, através de uma tentativa de *(re) capitulação* histórica servirá de solo para o raciocínio desenvolvido a partir de agora. O quadro efervescente tematizado na sessão anterior é, como dissemos, possibilitador de um novo desenho epistemológico, no sentido de uma nova concepção de sujeito - atrelada à faculdade da razão. Mas, será possibilitador ainda de uma outra concepção de loucura - enquanto doença – que perfaz novos eixos constitutivos do real e conseqüentemente um novo *modus operandi* que deve garantir ao louco- doente mental- o direito, que na verdade se configura como dever, de ser tratado. O internamento ganha pela primeira vez uma significação terapêutica/médica.

O novo desenho referido realiza a passagem de uma visão trágica da loucura - agora já “caída” - para uma visão crítica (Foucault, 1999), que se consuma quando o discurso médico⁸ se apropria dela e a classifica como alienação ou doença mental. Isto acontece quando o discurso médico se inscreve em territórios da realidade que tradicionalmente se constituíam em campos de intervenção dos discursos mágico e religioso, e passa a deter a verdade sobre a

⁷ Essa virada reflete uma quebra da ordem divina na forma de significar o mundo. O que Birman (1992) vai nomear de “dessacralização do mundo” ou, citando Weber, de “desencantamento do mundo”.

⁸ Esse discurso tem em Pinel o seu principal representante inicial.

loucura, dizendo o que ela é e o destino que deve ser oferecido a ela. A esse respeito Amarante (1995 a, p.24) nos diz que “[...] há a produção de uma percepção dirigida pelo olhar científico, sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento: doença mental”..

Se numa visão trágica a loucura tem espaço de inscrição no universo da diferença simbólica⁹, tendo sua singularidade reconhecida e respeitada, na visão crítica, o modo de ser louco não mais se inscreve na rede simbólica, quando é lida como erro de um só modo possível de existência. Sem espaço no universo simbólico, o lugar reservado socialmente para a loucura não poderia ser outro, a não ser o da exclusão, do encarceramento e da morte subjetiva. Não por acaso, ela é isolada do espaço social, passando a ocupar antigos “[...] lugares simbólicos onde a tradição ocidental expulsava e confinava as experiências sociais que representavam a decomposição viva do corpo, passando a indicar densamente a experiência da morte” (BIRMAN, 1992, p.76).

Marcado pela constituição da medicina mental enquanto campo de saber teórico-prático, esse novo desenho de vida para os loucos permite que “[...] na modernidade loucura diga respeito fundamentalmente à psiquiatria” (BIRMAN, 1982, p. 57, apud, AMARANTE 1995 a, p. 24). E, já que é a medicina mental quem responde por quem o louco é, isto é, um enfermo, a sua autonomia sobre si próprio e o direito de livre circulação, ou de ir e vir, é logo confiscado. Nesse contexto “[...] a medicina opera a substituição do antigo ideal da salvação pelo moderno ideal da cura, instituindo a saúde como um valor” (BIRMAN, 1992, p. 79) e sinalizador de felicidade humana. É lançada assim uma atmosfera de infelicidade e adoecimento na figura da loucura, e, tendo a psiquiatria o saber transformador desses estados, podemos, como reflete Birman (1992) antever o poder monumental que lhe foi atribuído.

⁹ Assim como pudemos referenciar no modo de vida da cultura grega na seção 1.1. deste capítulo.

Pinel surge como figura central para o aparecimento da medicina mental nos fins do século XVIII. Considerando a loucura decorrente de uma alteração das faculdades cerebrais, cujas causas seriam físicas e morais, deixa como legado normativo, a receita do tratamento moral. “A tecnologia pineliana estabelece a doença enquanto problema de ordem moral e inaugura um tratamento da mesma forma adjetivado [...]” (CASTEL, 1978, apud, AMARANTE, 1995 a, p.26), no qual a organização do espaço asilar e a disciplina rígida tornam-se elementos importantes como forma de confrontar a confusão do louco. O isolamento é proposto, “[...] a fim de executar regulamentos de polícia interna [...]” (BRASIL, 1998, p. 10), e à observação rigorosa torna-se uma necessidade para que o conjunto de sintomas possa ser agrupado em categorias que atendam à construção de uma classificação nosográfica.

Podemos atribuir ao pensamento de Pinel a condição de possibilitar que fosse operada a separação entre loucos e o restante de marginalizados das instituições de reclusão. Os loucos não mais comporiam o todo homogêneo dessas instituições já que foi “[...] reconhecida a especificidade de sua condição antropológica face as demais figuras inscritas na marginalidade social [...]”(BIRMAN, 1992, p. 74). Distinguidos dos demais, ao receberem identidade própria de alienados ou doente mentais, ao confirmarem o estatuto de enfermo que lhes garantia o direito à assistência e tratamento, os doentes mentais deixam Pinel convencido da necessidade de uma nova reclusão para, isoladamente, serem estudados e tratados nos asilos psiquiátricos. Portanto foi com base no mesmo discurso do reconhecimento da enfermidade mental que se autorizou também a exclusão social e a destituição correlata de seus direitos civis, isto é, sua condição política de cidadania. Assim “[...] a condição de cidadania do doente mental é marcada por um paradoxo constitutivo da figura da doença mental” (BIRMAN, 1992, p. 73). Na avaliação feita por Amarante (1995 a):

[...] o gesto de Pinel, ao liberar os loucos das correntes, não possibilita sua inscrição em espaços de liberdade, mas, pelo contrário, funda a ciência que os classifica e os acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizadas na instituição da doença mental (AMARANTE, 1995 a, p.26).

Se por um lado, a atitude de Pinel liberta os loucos, por outro, os acorrenta irreversivelmente na amarras dos saberes científicos; e, se anteriormente estes sujeitos eram reféns de suas condições morais, agora, o são, em função de seus estados patológicos que, entretanto estão ainda interligados aos seus currículos morais.

É assim que o discurso da medicina mental, representando a tradição científica, captura um fenômeno experienciado e significado no contexto sócio-político e o redescreve, lançando-o, ao mesmo tempo em que lhe dá outra identidade, para outros lugares existenciais, psíquicos e sociais: todos da indiferença. Ao fazê-lo, entretanto, permanece norteado pela dinâmica semântica social praticada antes da sua inauguração, isto é, conduzido por uma visão moralmente reprovável da experiência da loucura. Deste modo, dá início a uma prática médica científica, atrelada e confundida com os ditames da normatividade social, que se caracteriza por um campo de interseção entre a medicina e a justiça e que reflete uma fórmula simplificada de concepção do humano que desliza ora entre razão e desrazão, ora entre sanidade e alienação ou doença mental.

Esse conceito de alienação ou doença mental supõe e lança no imaginário social a noção de periculosidade que associada a ele “[...] propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata [...]” (BARROS, 1994, p. 34), ao mesmo tempo em que possibilitou a emergência de uma série de práticas tutelares que convergem para a desautorização do “enfermo” enquanto sujeito portador de voz ativa.

Permitindo-nos uma análise a esse respeito, percebemos como se o discurso da medicina mental, nesta ocasião, recém-nascido, se pretendesse a um projeto maior do que o

que seu corpo de referências teórico-científico, ainda em constituição, permitisse¹⁰. Estamos nos referindo a entrada da psiquiatria no terreno de experiências até então de sentido filosófico, moral e religioso, para então significá-las e abordá-las medicamente, sem, em contrapartida, dispor de um arcabouço teórico próprio que pudesse dispor de elementos argumentativos para justificar convincentemente essa inserção. Sem se aperceber talvez da dimensão que continha sua proposta, nem da “invasão” que ela implicaria a psiquiatria, segue adiante em seu projeto e recorre, para o seu cumprimento, tanto a um modo de leitura filiada à medicina biológica, quanto, confusamente, a uma ótica da moral. Assim compreendemos que a tradição teórica da psiquiatria vai se constituindo a reboque de seu projeto de captura do fenômeno da loucura dos domínios filosófico, moral e religioso para torná-lo objeto de seu domínio e de seu investimento.

Ao importar o modelo da medicina biológica, adota uma prática “[...] que se limita em observar e descrever os distúrbios nervosos, intencionando um conhecimento objetivo do homem” (AMARANTE, 1995 a, p. 27). Assume um tipo de pensamento fundado numa lógica de causalidade, pretendendo-se ainda neutra em relação às suas descobertas. De posse desse arsenal de atributos e cada vez mais de um espaço enquanto discurso de verdade no social, a psiquiatria, a partir da metade do século XIX, “[...] passa a ser um imperativo de ordenação de sujeitos” (Ibid). Entretanto, tal imposição não nos impede de perceber, a partir de uma análise crítica dessa história e de seus efeitos, “[...] como as pretensas neutralidade e objetividade dos jogos de verdade da ciência buscam encobrir valores e poderes no cenário cotidiano dos atores sociais” (Ibid).

Esta forma de conceber o sujeito fundado numa razão universal, que traduz a expressão mais fina da “natureza humana”, e a loucura como anverso do protótipo natural, é o solo epistemológico para o tipo de assistência clássica, denominada também de

¹⁰ Mais a frente quando abordarmos o percurso da medicina mental no Brasil essa questão ficará ainda mais clara.

manicomial/asilar, cuja linha de pensamento implica na noção de tratamento enquanto um conjunto de práticas que possuem como finalidade maior a eliminação de sintomas. O acervo de recursos utilizados durante a história da medicina mental para alcançar esse fim inclui, desde a internação, passando por técnicas de hidroterapia, administração de psicofármacos, até a aplicação de estímulos elétricos ou o uso de procedimentos cirúrgicos; importante aqui é utilizar todo tipo de dispositivo que caminhe na direção da correção daquilo que sinaliza para erros de fabricação subjetiva.

Caracterizados como metáfora de exclusão, segregação e violência predominam nos serviços asilares, as relações de tutela, disciplina e controle, exercidos geralmente sob uma modalidade de funcionamento institucional pouco flexível quanto ao poder de contratualidade dos internos. Aliás, autonomia e espaço de contratualização parecem ser palavras fora da gramática hospitalar. Neste sentido podemos recorrer as “Instituições Totais” apontadas por Goffman (1961), portadoras de uma lógica mortificante para o eu de cada interno, para expressar a cultura sob a qual funcionam os asilos psiquiátricos. “No manicômio ninguém tem nome. Não há pessoas. Há prontuários [...] Nos prontuários não há uma palavra de seus protagonistas. Esse silêncio revela um dos objetivos das práticas manicomialis: **calar a loucura**” (CORBISIER, 1992, p. 11, grifo nosso).

A visão é a de que o “louco” e a sua suposta doença se confundem em um só, sem a noção de temporalidade. Isto significa dizer que, ao adoecer é como se o passado da pessoa com tudo o que ela já construiu e viveu não mais existisse, pelo menos enquanto possibilidade de reconstrução ou ainda de reinscrição. O verbo estar (doente) dá lugar ao ser (doente), pois o rompimento com a fronteira da razão transforma uma experiência em uma constante existencial - uma vez louco, sempre louco; o sujeito se encontra agora do outro lado dessa fronteira e procura desesperadamente por sua sombra; aliás, ele passa a ser a própria sombra errante do projeto de cidadão razoado ou sujeito social. Deste modo “[...]”

assistem, atônitos, ao desmanchamento de seus modos de vida” (GUATARI; ROLNIK, 1986, p.38).

A crença que norteia a cultura asilar é a de que estas pessoas são incapazes de cuidar de si mesmas, de cumprir com as regras do pacto social, e, porque assim o são, devem se manter internadas para obtenção da cura, e conseqüente retorno à vida em sociedade. Pelo processo de desalienação, que implica num processo de “ortopedia moral”, pensou-se em recuperar a condição de sujeito do contrato social. Com a lógica asilar nascia “[...] a expectativa de salvar aqueles que por algum infortúnio perderam a capacidade de raciocinar como deviam” (CORBISIER, 1992, p.10). Mas afinal, o que acontece com a tão almejada “cura” que não se presentifica? Seriam os doentes “intratáveis”?

À doença é dada uma relevância tal, os excessos de a priori teóricos, nosológicos e nosográficos são tantos que acabam por implicar uma hiper patologização dos comportamentos dos internos e a conseqüente cronificação das situações de sofrimento psíquico, já que a cura é sempre baseada em critérios de racionalidade, os quais o “doente mental” não parece conseguir ascender. Esse parece um circuito que se auto e retro-alimenta.

1.4. O asilo medicado e melhorado: uma aparente calma

Depois desse momento heróico de constituição do alienismo a história da psiquiatria tem sido a repetição incansável do mesmo mito das origens, onde a psiquiatria se apresenta modelada em outros instrumentos tecnológicos e podendo então finalmente realizar o seu projeto originário[...] As diversas tentativas de transposição do saber psiquiátrico e o estabelecimento de novas práticas parecem um retorno desse mito das origens[...]como se estivessem restaurando o sonho inaugural da razão psiquiátrica (BIRMAN, 1992, p.83).

Embora o projeto de Pinel pareça seguir a trilha do tratamento moral, curar os doentes mentais e devolvê-los à sociedade sua meta tornava-se cada vez mais longe, pelo aumento de

pacientes cronificados. Assim, a abordagem pineliana foi, apesar de sua força e influência, ao mesmo tempo, desde o início, duramente criticada.

Desde a da tradição pineliana já se observa um modelo inicial de reforma, em função das críticas quanto ao autoritarismo e ao caráter fechado das instituições asilares: são as colônias de alienados que se propõem a funcionar em regime de portas abertas e proporcionar maior liberdade para os internos. Amarante (1995 a, p.28) entretanto nos faz pensar que “na prática, o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional”, pois como lembra o autor, “no decorrer dos anos, as colônias[...] não se diferenciam dos asilos pinelianos”(Ibid).

Outros modelos de reformas começam a aparecer, somente, no contexto do pós-guerra, isto é, na vigência¹¹do século XX, ora criticando o papel e a funcionalidade da instituição asilar, ora o saber psiquiátrico. Rotelli (1990, apud, AMARANTE, 1995 a) se utiliza a expressão “psiquiatria reformada” para referir-se a essas propostas reformistas.

O período do pós-guerra chama a atenção da sociedade para a situação dos internos nos asilos psiquiátricos, que de tão precária, é comparada aos campos de concentração. Novamente um certo sentimento democrático da sociedade europeia vem colocar em questão qualquer espécie de violência aos direitos humanos, de modo tal que “[...] não era mais possível assistir passivamente ao deteriorante espetáculo asilar[...] em que um conjunto de homens, passíveis de atividades, pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios” (BIRMAN; COSTA, 1994, p.46, apud, AMARANTE, 1995 a, p. 29). Na avaliação de Amarante (1995 a) a reforma dos asilos surge então como um imperativo social, mas também econômico, frente ao grande desperdício da força de trabalho.

¹¹ Quisemos chamar atenção para o tempo que a tradição pineliana e de seus seguidores parece ter sido dominante. Se Pinel aparece no fim do século XVIII e outros modelos de reforma da assistência psiquiátrica só vêm aparecer no século XX, isto significa dizer que durante dois séculos a cultura asilar pineliana foi a única referência em psiquiatria e para construção do imaginário social do que vem a ser a função dessa disciplina, e, sobretudo, para o nascimento da visão crítica e comprometida do doente mental.

Em sintonia com esse pensamento são retomadas propostas que haviam sido abandonadas no curso da história: a “terapêutica ativa” de Hermann Simon da década de 20, na qual pacientes crônicos foram utilizados como fonte de mão-de-obra na construção de um hospital; a de integração e inter-relação de pacientes em grupo, decorrente da experiência de Sullivan, que tira o enfoque do tratamento individual; e a experiência de Mennegar, da década de 40, na qual em pequenos grupos os pacientes aprendem a compartilhar e debater seus problemas e possíveis soluções, com vistas a ressocialização. Segundo Birman (1992, p.84) “[...] a praxiterapia [...] retomou o mito alienista de que o trabalho seria a forma básica para a transformação dos doentes mentais, pois mediante o trabalho se estabeleceria um sujeito marcado pela sociabilidade da produção”.

Fazendo uso dessas propostas Maxwell Jones organiza no fim da década de 50, dentro da experiência conhecida como “Comunidade Terapêutica”, grupos de discussão, grupos de atividades, reuniões diárias e assembléias, objetivando o envolvimento do paciente com o seu tratamento e com o dos demais. O foco da comunidade terapêutica é a adoção de medidas administrativas democráticas que visem uma mudança na instituição asilar, horizontalizando e conferindo permissividade às relações. Parte-se do pressuposto de que os próprios participantes da comunidade são dotados de certo coeficiente ou potencial terapêutico de transformação e re-aprendizagem. Assim, o que até então era de atribuição exclusiva da equipe do hospital, passa a ser também dos pacientes, familiares e da comunidade.

Mesmo a experiência inglesa da comunidade terapêutica tendo se colocado em busca de práticas relacionais mais permissivas, na opinião de Rotelli (1994, apud AMARANTE, 1995 a) esse modelo teria se circunscrito apenas à problemática do hospital psiquiátrico quando tentou resgatar o seu valor que sofrera um abalo, sem colocar em questão o problema da exclusão ou sua função segregatória que em sua avaliação fundamenta a estrutura alienante do hospital psiquiátrico. Desse modo, na avaliação de Birman (1992, p.85) “[...] a

loucura continua a ser representada como ‘ausência de obra’, pois apenas na sua conversão ortopédica nas práticas do bem dizer e do bem fazer os loucos poderiam ser reconhecidos como sujeitos da razão e da verdade”.

Outra experiência iniciada também na década de cinqüenta, impulsionada pelo cenário degradante dos hospitais psiquiátricos do pós- guerra, foi a de François Tosquelles no hospital Saint-Alban na França. Tosquelles realiza uma série de trabalhos no interior desse hospital intencionando a cura dos enfermos. Sua principal intenção era poder resgatar o potencial terapêutico para o qual a psiquiatria e o hospital psiquiátrico tinham sido projetados em suas origens e cujo excesso de autoritarismo e o mau uso das terapêuticas os fizeram perder, tornando-se um lugar violento e repressor. Tosquelles acreditava e visualizava um hospital reformado, onde se pudesse curar enfermos e devolvê-los à sociedade. Esta é a proposta da psicoterapia institucional.

Sua originalidade segundo Vertzman (1992) está em reconhecer a estrutura doentia dos asilos e considerar que para uma instituição ser terapêutica faz-se necessário que tais características doentias possam ser tratadas. Seu objeto é a própria instituição na qual técnicos e pacientes convivem em uma estrutura institucional adoecida e inábil para tratar. Deste modo os problemas da segregação que as instituições operam, da verticalidade das relações e do poder exclusivo da figura do médico são eleitos como alvo de questionamentos pela psicoterapia institucional.

Para Birman (1992), mesmo a psicoterapia institucional retoma outra vertente do discurso originário do alienismo, quando avalia o limite da proposta “[...] na impossibilidade de dialetizar a relação entre o dentro e o fora, isto é, encontrar uma forma possível de inserção da loucura no espaço social” (BIRMAN, 1992, p.85). Pode-se pensar na proposição da psicoterapia institucional, portanto, como uma tradição que se inscreve num modelo de reforma intra-institucional que não põe à problematização o papel dos profissionais nem

também a função social dos asilos psiquiátricos e da psiquiatria enquanto discurso conhecedor do sofrimento humano, dos homens e a sociedade. Pelo contrário, essa tradição admite¹² que “[...] a instituição psiquiátrica pode ser um legítimo lugar de tratamento e tecido de vida para determinados sujeitos” (VERTZMAN et alli, 1992).

Apostando na instituição hospitalar como *locus* de tratamento e cura, tanto a experiência da comunidade terapêutica, quanto a psicoterapia institucional defendem a proposta dos manicômios reformados. Nenhuma delas debate sobre o manicômio enquanto representante de práticas, saberes e poderes atrelados à razão social moralista. Birman (1992, p. 85) pensa que essas duas experiências resumem “[...] a pedagogia da sociabilidade[...]em que se pretende a regulação do excesso passional da loucura pelo controle do discurso e dos atos dos internados”. No espaço micro-social que representa o hospital os pacientes devem aprender o jogo inter-relacional para que, ao saírem, possam ser capaz de reproduzi-lo; assim o asilo cumpre a função social enquanto palco onde se dão os ensaios preparatórios para um retorno à vida social.

Na paisagem caótica do pós-guerra dois outros modelos de proposta de reformulação são lançados: a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva.

Inspirada nas idéias de Bonafé, juntamente com um grupo de psiquiatras considerados progressistas, que entram em contato com a precária situação dos manicômios franceses, a psiquiatria de setor coloca-se como mais uma alternativa em contraposição e contestação à psiquiatria clássica, pretendendo que a psiquiatria desempenhe sua vocação terapêutica impossibilitada pelo quadro alienante instaurado nos asilos psiquiátricos. Diante disso tem como proposta levar a psiquiatria para fora dessa estrutura alienada, até as comunidades; pensa-se com isso evitar o isolamento e a segregação do enfermo.

¹² Esse parece ainda um argumento bem atualizado em alguns setores do pensamento no campo da Saúde Mental.

Trata-se da terapia *in situ* na qual “[...] o paciente será tratado dentro do seu próprio meio social e com o seu meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento” (FLEMING, 1976, p.54, apud, AMARANTE, 1995 a, p.36). O tipo de atendimento ao doente mental, antes exclusivo do hospital psiquiátrico passa a ser transferido para a comunidade que, possuidora de um potencial terapêutico, passa a funcionar como colaboradora dos tratamentos, quando não o próprio alvo deles. As equipes de técnicos têm a função de assegurar a prevenção, o tratamento e o “pós-cura” das doenças mentais, por isso devem procurar se aproximar da realidade social local de cada comunidade, que correspondente a uma área geográfica¹³ da cidade.

A psiquiatria de setor que aparece inicialmente como modelo alternativo, na década de 60 passa a ser implementada como política oficial¹⁴ de saúde na França, promovendo no campo da saúde mental a ampliação das técnicas psi como forma de abordagem dos problemas sociais, deflagrando, assim “[...] um processo de demandas ao saber psiquiátrico que amplia suas funções de controle social e normatização, apresentando-se como hábil e eficaz instrumento de controle das grandes populações” (AMARANTE, 1995 a, p.37).

Estamos, outra vez, nos referenciando a uma proposta que se resume a deslocar o foco de atendimento de dentro dos hospitais para as comunidades, sem operar nenhuma modificação estrutural com relação ao dispositivo psiquiátrico. Somado a isto, Birman (1992, p.86) avalia que a tentativa de ruptura da psiquiatria com o espaço asilar que essa tradição

¹³ Nos ocorreu pensar que se no lugar do hospital psiquiátrico pudermos pensar nas atuais propostas dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) encontraremos uma proximidade das ações; basta lembrarmos do trabalho das equipes de retaguarda, para identificarmos tal aproximação. Não se quer dizer com essa aproximação feita, que um modelo pode ser substituído pelo outro, mas ressaltar o aspecto da heterogeneidade da composição das propostas atuais a partir de elementos do acervo histórico disponível. Aliás, consciente de que a história não se processa através de saltos ou cortes bruscos, vemos nesta espécie de repetição diferencial um movimento bastante comum. Mas aqui reside um perigo: o de que essa repetição não seja realizada de forma crítica, mas sob forma de imposição, diante de uma certa impossibilidade dos atores sociais de se engajarem numa constante avaliação de seus saberes e fazeres.

¹⁴ Segundo Fleming (1976, apud, AMARANTE, 1995 a) isto se deve a onerosidade da psiquiatria asilar aos cofres públicos e a limitação que foi caracterizando esta psiquiatria tradicional para responder a novas demandas, não necessariamente patológicas, mas assim traduzidas, oriundas do capitalismo avançado.

propôs “[...] teve como contrapartida a produção de uma ordem social asilada pela psiquiatria, onde essa regularia a prevenção de cidadania”.

Saindo de uma paisagem européia para adentrar num contexto norte americano vemos, também a partir da década de 50, os Estados Unidos ser palco para uma tentativa de resolução da crise de rejeição que a psiquiatria organicista enfrentava. Propondo-se a terceira revolução psiquiátrica, após Pinel e Freud, nasce a psiquiatria preventiva ou comunitária prometendo intervir estrategicamente nas causas e nos processos de surgimento das doenças mentais para assim chegar à prevenção e a promoção de saúde mental. “A psiquiatria preventiva representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria, onde a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto, a saúde mental” (AMARANTE, 1995 a, p.38).

Amarante (1995 a) faz uma consideração acerca do contexto de emergência dessa nova tradição sinalizando para um conjunto de problemas não só psiquiátricos, mas sociais como: denúncias das péssimas condições da assistência psiquiátrica nos asilos; índices de distúrbios mentais e estados de cronificação em crescimento; o alto custo que essa população representava às famílias e ao Estado; o aumento no número de jovens que consomem drogas; o aparecimento de gangs e jovens perturbadores da ordem social; enfim, um conjunto de sinalizações de uma tal inadaptação da sociedade ao momento.

Diante desse estado de coisas “o preventivismo americano vem produzir um imaginário de salvação não apenas para os problemas e as precariedades da assistência psiquiátrica, mas para os próprios problemas americanos” (AMARANTE, 1995 a, p.37). Assim a psiquiatria se inscrevendo muito além das problemáticas do âmbito das doenças mentais e se estabelecendo desse modo ganha gradativamente um lugar de destaque social na medida em que “[...] as populações ficariam virtualmente em estado permanente de

intervenção psiquiátrica, onde as crises existenciais [...] se transformaram em signos reveladores para o agenciamento psiquiátrico” (BIRMAN; 1992, p. 86)

Do ponto de vista de sustentação teórica dessa tradição, um aspecto que merece destaque diz respeito a um estreitamento operado entre as noções de doença mental, distúrbio emocional, desadaptação social ou desvio e crise, que superpostos num só sentido, configuram-se enquanto objeto de intervenção das práticas psiquiátricas. Assim, as mais variadas problemáticas sociais são agora do terreno da psiquiatria na medida em que esta não mais possui um terreno delimitado nas questões relacionadas aos estados patológicos. Tudo que é problemático soa como um pedido de intervenção para os “novos alienistas”.

Embora a crise não seja sinônimo de doença mental, entende-se que é através de uma sucessão delas que podem ser configurados estados de enfermidade, pois a crise torna-se “[...] o grande momento do desajustamento, a fissura no sistema adaptativo do indivíduo. Transforma-se em signo de intervenção, para reequilibrar o indivíduo [...]” (AMARANTE, 1995 a, p.41).

Instala-se uma atmosfera bastante permissiva para a psiquiatria que diz respeito à crença de que “[...] todas as doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente, e de que, então, se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade” (AMARANTE, 1995 a, p.38).

Logo se percebe a necessidade de que se possa identificar precocemente¹⁵ pessoas potencialmente doentes¹⁶, candidatos à enfermidade, susceptíveis aos mais variados tipos de desvios; “[...] é preciso sair as ruas, entrar nas casas e penetrar os guetos para conhecer

¹⁵Tentativas similares de mapeamento das comunidades realizam os Programas de Saúde da Família em parceria com as equipes de retaguarda no campo mental. E, embora não se perceba mais a utilização do termo suspeito para designar os enfermos potenciais, os objetivos dessa ação conjunta muito se aproxima de uma atmosfera atravessada pela idéia de prevenção.

¹⁶ Estamos usando doença aqui nesta concepção bem ampliada cuja definição comporta as noções de distúrbio, desadaptação, desvio e crise.

hábitos, identificar os vícios e mapear quem, por suas vidas desregradas, por suas ancestralidades, venham a ser ‘suspeitos’” (AMARANTE, 1995 a, p.39).

Para Amarante (1995 a, p.45), o “[...] preventivismo significa um novo projeto de medicalização da ordem social [...] e cabe aos saberes psiquiátricos a mediação da constituição de um tipo psicossocial lógico ideal”.

Como já pudemos refletir, para um projeto de feição alargada como o proposto pela psiquiatria preventiva¹⁷ faz-se necessário um rearranjo no plano teórico de sustentação. Isto porque diante do novo quadro de ação a psiquiatria não pôde mais se sustentar com o desenho teórico de que a doença mental refletia apenas disfunções do soma. Entretanto na avaliação de Costa (1989) o que implicaria em uma conciliação entre disciplinas, acaba acarretando em uma inconciliação das mesmas, de ordem epistemológica ou paradigmática que implica, em última análise, em uma contradição teórica e uma complicação prática.

Seu novo objeto, seguramente mais complexo, demanda que a psiquiatria recorra a outros campos do conhecimento. O autor avalia que com o auxílio da sociologia e de algumas correntes da psicologia comportamental, o sujeito passa a ser lido como uma unidade biopsicossocial e a doença mental como o comportamento desadaptado. Desse modo, o autor questiona a meta preventivista considerando que “Agir terapeuticamente sobre o comportamento desadaptado não significa prevenir, e sim curar” (COSTA, 1989, p.31, apud, AMARANTE, 1995 a, p.40). Parece que essa adoção teórica, que transita entre as noções de adaptação e desadaptação, funciona enquanto dispositivo que distingue o normal do patológico.

A psiquiatria preventiva parece marcar fortemente esse contexto da medicina mental nos Estados Unidos, ao lançar solo para a construção da noção de desinstitucionalização

¹⁷ Esta parece reeditar com mais vigor e certa sistematização o momento da medicina mental do fim do século XIX.

¹⁸vinculado à idéia de desospitalização. Assim “[...] as propostas inspiradas no preventivismo preparam terreno para a instauração dos vários modelos assistenciais e propostas de desinstitucionalização” (AMARANTE, 1995 a, p. 43).

Ao lançar um olhar reflexivo sobre essa tradição não identificamos que sua discussão contemple alguma problematização referente ao paradigma sobre o qual a psiquiatria se fundamenta e faz de norte para sua prática. Nenhum tipo de questionamento é feito com relação, por exemplo, à sua função social e aos jogos de poder correlatos. Parece que sua batalha destina-se principalmente a “[...] operar mecanismos que visem a reduzir o ingresso ou a permanência de pacientes em hospitais psiquiátricos [...] e ampliar a oferta de serviços extra-hospitalares” (AMARANTE 1995 a, p.41)

Costa (1980), percorrendo algumas implicações dos programas de prevenção, faz-nos recordar que estes produziram um aumento significativo da demanda ambulatorial, devido à sua prática de captação da nova população de clientes para tratamento mental. Aponta ainda que essa técnica de captação promoveu dentro dos hospitais uma dilatação em sua população, já que em coexistência com os pacientes antigos, os novos chegavam com frequência e constância. E considerando essas problemáticas o autor avalia que o modelo asilar acaba retroalimentado por esse circuito preventivista.

A partir desse tipo de discussão entendemos que a movimentação direcionada ¹⁹contra os hospitais psiquiátricos foi sendo inaugurada e trabalhada para ocupar posicionamento de “porta-bandeira” dessas propostas reformistas, que vem a caracterizar um primeiro momento e significação do que mais à frente apresentaremos com o nome de reforma psiquiátrica.

¹⁸ Estamos frente a um conceito fundamental dentro do campo de propostas de reformulação da assistência psiquiátrica referente a esta tradição que apresentamos. Mais a frente entretanto iremos assistir a transformação desse conceito numa outra perspectiva que se responsabiliza finalmente pelo corte epistemológico com a psiquiatria clássica.

¹⁹ Intervindo na diminuição do tempo de permanência hospitalar, nas taxas de internamentos e reinternamentos, aumentando o número de altas hospitalares e a oferta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e serviços extra-hospitalares como centros de saúde mental, hospitais dia, lares abrigados e oficinas protegidas.

Entre rearranjar o hospital, para dar-lhes novamente condições de atendimento e transferir seus dispositivos para a comunidade, situa-se esse quadro de referência explicitado.

Entretanto, a forma como a discussão em torno do hospital é conduzida nos faz pensar que seus idealizadores não despertaram para seu significado metafórico, no sentido de ser ele – o hospital - apenas representante de uma forma de prestar assistência que se ancora em um referencial epistemológico específico e que se mostra fonte de muitos problemas. Por isso, consideramos que realizar embates com representantes hospitalares, apenas, visar a sua destruição física ou sua substituição, sem se pretender sua transformação paradigmática é não atacar o problema a partir de seus pontos de sustentação²⁰.

Outro aspecto que merece ser comentado, porque impulsionado pelos modelos de assistências de caráter preventivista, diz respeito ao que Barros (1994) denominou de *revolving door* e que traduz um movimento de entra e sai nas instituições hospitalares oriundo, ora dos procedimentos freqüentes de altas estabelecidos com a nova meta, ora do retorno desses pacientes, pois saíam de alta destas instituições, mas, sem dispor de uma rede organizada de serviços que lhe servissem efetivamente de aparato, findavam retornando a elas assessorados por novas crises.

Uma questão que logo nos interroga é se os novos espaços propostos como alternativos ao hospital têm de fato uma filosofia de assistência ou de cuidado²¹ diferente do que até então pôde ser disponibilizado pela lógica de funcionamento asilar. Devemos nos encarregar da seguinte reflexão: até que ponto estes novos serviços poderiam estar funcionando como resposta a lógica de desinstitucionalização em sua versão²² de

²⁰ O modo como sua arquitetura teórica está disposta, favorece a construção de uma cartilha de assistência ao sofrimento psíquico aprisionante e que tem a tutela como palavra de ordem de sua gramática, na medida em que não respeita os modos plurais de existência, seja no hospital, seja na comunidade, assim como não promove os estados de saúde que se pretende.

²¹ Aqui já nos sentimos um pouco mais a vontade para utilizar a palavra cuidado diante da preocupação que a tradição oferece em seu discurso.

²² Quando dizemos em sua versão de desospitalização é temendo a ausência de um pensamento crítico capaz de perceber o limite dessa proposta que apenas transfere o então problemático dispositivo psiquiátrico para outros cenários, sem pretender a sua transformação.

desospitalização e com algum tipo de lógica diferente da asilar? Esta é uma reflexão da ordem do dia, pois só a efetiva inversão da lógica asilar pode possibilitar o surgimento de um quadro de serviços que favoreçam a promoção de rupturas com os terrenos epistemológicos e paradigmáticos fundadores dessa prática de assistência que se trai em seu propósito de promover saúde mental, cronificando e alienando.

Até então vimos que o dispositivo psiquiátrico não só não foi problematizado como também nem pôde sofrer algum tipo de transformação em seus fundamentos; ao contrário, vimos esse dispositivo estabelecer-se amplamente e, no máximo, com uma certa variação de cenários.

A formulação da existência dessa continuidade não implica absolutamente o reconhecimento de algumas descontinuidades, mas estas se inscrevem na periferia do dispositivo e na manutenção do seu fundamento[...] e indicam a extensão do dispositivo, com a multiplicação de seus efeitos no espaço social (BIRMAN, 1992, p. 83).

1.5. Um caminho de algumas rupturas para a emergência de uma nova assistência ao sofrimento

A década de 60 marca em diversos países os movimentos de contracultura. Na Inglaterra, no bojo dessa movimentação, um grupo de psiquiatras - Ronald Laing, David Cooper e Aeron Esterson - colocam em questão a inadaptação do saber e prática da psiquiatria no trato com a loucura, sendo lançada a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, “[...] no sentido de desautorizá-lo a considerar[...] uma doença, um objeto dentro dos parâmetros científicos” (AMARANTE, 1995 a, p. 45). O binômio já naturalizado entre loucura e doença mental passa a ser alvo de questionamentos e críticas (Birman, 1982, apud Amarante, 1995 a). Os psiquiatras dessa corrente buscavam problematizar:

Como se constitui a enfermidade mental na nossa experiência social? Como se valida sua exclusão social? Qual o lugar que ocupa a instituição psiquiátrica neste processo? (BIRMAN, 1982, p. 239, apud, AMARANTE, 1995 a, p.45).

Para a tradição da Antipsiquiatria a loucura é produzida socialmente como uma forma de reação frente à violência externa e neste sentido a medicalização da doença mental é logo apontada como uma “manobra institucional” (AMARANTE, 1995a, p. 45). Na ótica de Laing (1982, apud, Amarante, 1995 a) a loucura é um fato social e político que denuncia uma experiência positiva de libertação. Ela pode indicar uma reação a um desequilíbrio familiar, mas não um estado patológico, não carecendo portanto de nenhum tipo de intervenção médica, mas de defesa e de ressocialização. Aliás, o autor compreende o louco como vítima da alienação geral tida como norma a qual todos têm que se submeter e exatamente porque o louco a contesta e a denuncia, é segregado.

A antipsiquiatria opera mudanças importantes no conceito de loucura em relação às tradições que apresentamos até o presente momento, sendo, a mais significativa, e também a mais polêmica, a negação da loucura enquanto doença mental, para enxergá-la “[...] entre os homens e não dentro do homem [considerando] até a procura voluntária do tratamento psiquiátrico uma imposição do mercado ao indivíduo” (AMARANTE, 1995 a, p. 47, acréscimo nosso). O método terapêutico da antipsiquiatria não inclui, portanto, prescrições químicas ou imposições físicas, mas a escuta do discurso do louco, que não deve ser reprimido.

Na compreensão de Cooper (1973, apud, Amarante, 1995 a) as ciências do homem importaram sem qualificação das ciências naturais alguns princípios que terminaram por gerar um certo comprometimento em seu método. Ao assumir estes princípios no campo da psiquiatria, por exemplo, adotam, já que estão lidando com a noção de doença, a idéia de que ela deve ter uma causa, que deve ser acompanhada de sinais e sintomas, passíveis de

observação em uma pessoa-objeto e que podem ser abstraídos do seu meio humano para a concretização de um diagnóstico, que supõe prognóstico e tratamento.

Uma crítica que se faz ao pensamento da antipsiquiatria é a de que mesmo questionando o modelo causal adotado pela psiquiatria para explicar e intervir nas doenças, acaba por assumir uma outra explicação causal e adotar uma outra referência teórica que se ancora nas teorizações da lógica das comunicações. Sugere, por exemplo, que as dificuldades de comunicação entre as pessoas é a base da esquizofrenia.

Algo que não podemos deixar de dizer é que essa tradição comporta, no entanto, importantes contribuições para a transformação da noção de desinstitucionalização, que sai de uma versão de desospitalização para a de desconstrução, semelhante ao que Basaglia, na mesma época, propõe na Itália.

A tradição basagliana vai ser conduzida na direção de mudar o processo que reduz a loucura em doença mental, para que o fenômeno da loucura seja redimensionado em sua complexidade que lhe foi subtraída nesta operação quando, na passagem²³ de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica“ [...] a ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade” (AMARANTE, 1995 a, p.50).

A tradição basagliana se inicia na década de 60 com Franco Basaglia no manicômio de Gorizia, a partir de uma experiência de humanização. Utilizando-se inicialmente o modelo inglês de comunidade terapêutica, vai posteriormente ultrapassá-lo para colocar-se, antes de tudo, como um movimento político que vai propor a revisão das relações e dos paradigmas a partir dos quais o saber psiquiátrico funda sua prática e seu modo de assistência. “A tradição basagliana vem matizada de cores múltiplas; traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como ela se relaciona com o

²³ Como já pudemos discutir na seção 1.1 deste capítulo.

sofrimento e a diferença” (AMARANTE, 1995, p.51), e implica numa proposta de redefinição epistemológica na qual a saúde a doença são redimensionadas ao receberem significação histórico-social quando são lidos como dados na realidade política social de cada sujeito.

Mesmo partindo de uma proposta de humanização Basaglia, vai além dela para propor a desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela e exclusão fundamentado em cima da noção de periculosidade, produzido e consumido pelo imaginário social durante todo o percurso iniciado com o paradigma da razão. Tornou-se necessário desmontar esse paradigma que calciona e circunscreve o louco em um lugar de desvalorização e desautorização para falar de si próprio, assim como o discurso que fundamenta a diferença entre aquele que trata e o que é tratado, para, só assim, poder contribuir para a coexistência subjetiva plural.

De acordo com Barros (1994) a experiência italiana pode ser pensada, ao mesmo tempo, enquanto um embate com o hospital psiquiátrico, o modelo da comunidade terapêutica, a política de setor, e uma conservação do princípio de democratização das relações e a idéia de territorialidade que trouxeram estas propostas. A autora lembra ainda que Rotelli elege quatro eixos básicos nos quais se pretende transformação:

A luta contra as estruturas psiquiátricas enquanto repressivo-custodiais; [...] ainda que reformadas, mas lugar de institucionalização da doença; [...] contra a institucionalização do sofrimento através da doença; [...] contra o sofrimento como necessidade no mundo do capital e da sociedade de troca [...] como universo de não escolha onde o sofrimento vem se transformando em algo mercantilizável (BARROS, 1994, p. 26).

Ao atingir os paradigmas de sustentação da prática psiquiátrica do modelo asilar a trajetória italiana possibilitou, na avaliação de Amarante (1995 a), uma ruptura que atinge tanto a psiquiatria tradicional, com seu dispositivo da alienação, quanto a psiquiatria moderna, com seu dispositivo da saúde mental. Com o processo de desmontagem iniciado, Basaglia dá seguimento com a formação de novos espaços de cuidado (centros de atenção ao

sofrimento psíquico, cooperativas de trabalho, grupos-apartamentos) propondo outras formas de lidar com o sofrimento psíquico.

A psiquiatria democrática oportuniza em Bolonha na década de 70 para a sociedade em geral, a possibilidade de denúncias e participação na luta contra a violência das práticas institucionais para com a loucura, não mais restringindo essa questão a um problema de profissionais da área; faz alianças com forças sindicais e não crê na possibilidade de transformar o campo da assistência sem reinventar o território das relações no que diz respeito à cidadania e a justiça. Trata-se de um movimento político que não se confunde com a tradição basagliana, que subsidiou as bases para viabilização da reforma.

Este percurso histórico atende a nossa proposta de contextualizar alguns propostas da psiquiatria para abordar o fenômeno da loucura. Em seguida, e atendendo ainda a essa proposta de contextualização, procuraremos reconstituir o cenário brasileiro no capítulo a seguir.

CAPITULO 2

A LOUCURA E A PSIQUIATRIA NO BRASIL: ONDE SE LOCALIZAM?

O percurso da loucura e da psiquiatria no Brasil tende, de certo modo, a repetir o curso que vemos seguir até agora no contexto internacional. Entretanto particularidades tornam a trajetória brasileira específica, exatamente naquilo que não adota como tendência. Nesta seção pretendemos enfocar esta trajetória, sinalizando a continuidade das posturas adotadas pela referência de outros países e destacando o que neste processo singulariza a trajetória brasileira.

Até meados do século XIX no Brasil, o poder público não era responsável pela assistência à saúde, sendo ela realizada ou pela iniciativa privada ou filantropicamente; no campo da saúde mental, os brasileiros também não contavam com nenhum tipo de assistência médica específica. Mas, assim como pudemos perceber em outros países, sobretudo nos europeus, e, embora com um “atraso” significativo de mais ou menos um século, o destino dos loucos, juntamente com os mendigos, os desempregados, os imigrantes - que caracterizava um conjunto de marginalizados - era, ou vagar nas ruas, ou ser recolhidos a prisões ou celas especiais dos hospitais gerais. Até então os loucos não se diferenciavam do restante de marginalizados.

Só a partir de 1830, já concebendo a loucura como doença mental, um grupo de médicos faz um movimento de solicitação, entre outras medidas de saúde pública, pela construção de um hospital para alienados, sendo esse movimento, de grande influência para a construção de um asilo onde os loucos- alienados- pudessem ser inauguralmente tratados medicamente pela nova especialidade médica, a psiquiatria.

Assim, na metade do século, em 1852, é inaugurado com trezentos e cinquenta leitos - que segundo dados do Ministério da Saúde (1998) foram preenchidos logo no primeiro ano -

o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, tendo sua localização geográfica distante do centro urbano. Dirigido nos seus primeiros trinta anos pelo poder da igreja, passa a direção de um médico, generalista e não psiquiatra, somente em 1881, isto é, três décadas após a sua inauguração. Levam ainda mais uns cinco anos para que um médico psiquiatra - Teixeira Brandão - assuma pela primeira vez a direção do hospício, que passa a ser de responsabilidade de administração do Estado. Isto ocorre após a instauração da república e o hospício passa a ser nomeado de Hospital Nacional dos Alienados (Costa, 1989).

Essa substituição de diretoria parece ser reflexo de críticas constantes quanto à ausência de cura dos pacientes durante o período de administração da igreja. Pensava-se que sob a direção de um médico se resgataria o potencial de cura da instituição asilar, através da implementação do tratamento moral que os psiquiatras receberam como herança de Pinel.

Cinquenta anos após o seu funcionamento, entretanto, o lugar destinado para o tratamento e cura de doentes mentais, já contava com oitocentos internos (Brasil, 1998) revelando-se uma casa de detenção para loucos na qual não havia nem tratamento, nem cura. É com a proposta de reformular esse quadro deteriorado da assistência o psiquiatra Juliano Moreira é nomeado novo diretor da instituição. Para resolver o problema do excesso de lotação do hospital, foram criadas colônias de tratamento fora do espaço do hospital, no entanto, a tão esperada cura continuava inacessível e cada vez mais distante.

Até Juliano Moreira assumir a direção do hospital, a prática psiquiátrica reproduzia fortemente o discurso da psiquiatria francesa, ao mesmo tempo em que era norteadas por fundamentos religiosos de cunho moralista. Este psiquiatra vai tentar reaver o quadro assistencial, ajustando o discurso psiquiátrico brasileiro ao da psiquiatria alemã; porém, diz Costa (1989, p.72), “[...] por falta de uma tradição científica mais sólida este empreendimento não vai atingir os seus objetivos”. Para o então novo diretor a doença mental, a situação

social dos imigrantes ou a constituição étnica do povo brasileiro, por exemplo, deveriam ter a mesma interpretação, isto é, fundamentadas nas teorias biologizantes da psiquiatria alemã (Costa, 1989).

Deve-se ressaltar que o período que vai desde 1902, desde a assunção de Juliano Moreira, até a década de 30, é marcado por uma significativa ascensão no campo da psiquiatria quando o Hospital de Alienados passa a contar com quase dois mil internos (Brasil, 1998): é promulgada a primeira lei²⁴ federal de assistência aos alienados; surgem os Arquivos Brasileiros de Psiquiatria²⁵; aparece a Sociedade Brasileira de Psiquiatria em 1907; a psiquiatria torna-se disciplina autônoma em 1912. Desse momento até a década de vinte, assiste-se a um grande crescimento no número de estabelecimentos para tratamento dos doentes mentais, inclusive o nascimento do manicômio judiciário, todos eles refletindo um aumento da demanda psiquiátrica.

O código civil de 1916²⁶ define no artigo 55 que os loucos são incapazes de exercer atos da vida civil (Brasil, 1998). Já o código penal brasileiro de 1942²⁷ e atualmente em vigor, define o louco como inimputável, isto é, não passível de julgamento, nem cumprimento penal, já que o considera como incapaz de entendimento do caráter ilícito do delito. Só que, devido a sua periculosidade, lhe é decretado, então, uma “medida de segurança”: a reclusão em Hospital de Custódia ou Tratamento Psiquiátrico, por tempo indeterminado e mínimo de um ano, que só é interrompido quando a perícia médica acha por bem determinar.

²⁴ Esta lei considera o hospício o único lugar apropriado para tratar os doentes mentais e submete à internação ao parecer médico, com a conseqüente captura provisória dos bens dos doentes, por conceber a incapacidade do louco em gerir a si próprio. Assim sua periculosidade é estabelecida e fomentada no imaginário social.

²⁵ Que garante um espaço de circulação social para debater os assuntos da área.

²⁶ Revidado em 1942.

²⁷ Revisado em 1984.

Em 1927 é criado o Serviço²⁸ de Assistência Aos Doentes Mentais e na década de 30 é promulgada a segunda lei federal de Assistência aos doentes. Até a década de 40 a assistência psiquiátrica, restrita ao Rio de Janeiro, começa a seguir para outros estados, em crescente demanda, sem, no entanto, resolver os problemas a que se destinava.

Apesar das superações e dos avanços, como o reconhecimento jurídico da psiquiatria, a sua expansão, a iniciação da pesquisa, a criação das instituições formadoras de psiquiatria, percebe-se que o conjunto teórico prático dessa disciplina mostrou “[...] uma extrema vulnerabilidade diante dos preconceitos culturais da época [...] Até mesmo uma dificuldade [...] em delimitar o campo próprio à psiquiatria” (COSTA, 1989, p. 72), quando tendia a confundir ou associar indevidamente os problemas de seu campo²⁹ de intervenção com os do âmbito sócio-cultural, isto é, todos aqueles que não estavam relacionados a estados mentalmente patológicos. Mas para a psiquiatria, “[...] os fenômenos psíquicos e culturais explicavam-se, unicamente pela hipótese de uma causalidade biológica que, por sua vez, justificava a intervenção médica em todos os níveis da sociedade” (COSTA, 1989, p. 72).

2.1. A Liga Brasileira de Higiene Mental: uma passagem para uma psiquiatria higienista

Talvez um dos mais importantes marcos da medicina mental nesse período, no sentido das implicações que ocasionou, foi a formação durante essas três primeiras décadas do século XX, da Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada pelo psiquiatra Gustavo Reidel com o objetivo inicial de melhorar o quadro precário da assistência aos doentes mentais. No entanto, herdando como bagagem cultural o modo de concepção biologizante, a LBHM logo

²⁸ Instituição encarregada de coordenar administrativamente todos os estabelecimentos psiquiátricos públicos do Rio - na época Distrito Federal.

²⁹ Já tivemos a oportunidade de tratar dessa amplificação da função da psiquiatria nas seções anteriores e aqui desejamos destacar, no Brasil, o caráter de seguimento de uma tendência também de outras nações, o que no nosso entendimento indica a enorme força e notoriedade social da qual foi se dotando a psiquiatria.

transforma numa espécie de dogma o tipo de leitura de causalidade biológica para fenômenos não apenas psíquicos, mas sociais e culturais.

Deste modo, os seu projeto inicial não se sustenta mais que dois anos, enquanto marca que define a proposta da LBHM. Emerge assim outra tendência que, composta de outra corrente de psiquiatras, ultrapassa essa cartilha primeira para almejar a prevenção, a eugenia³⁰ e a educação dos indivíduos. Tal empreitada se configura, assim como um desvio nos programas iniciais de higiene mental.

Visava-se prevenir a doença mental evitando a incidência de novos casos. Tinha-se como apoio teórico a noção de herança genética da doença mental - marca que define a psiquiatria alemã. Buscava-se provar a hereditariedade das doenças e dos comportamentos ou perfis inadequados ao pleno desenvolvimento social. E mais, na medida em que a influência da medicina sobre a psiquiatria era muito forte, a própria noção de prevenção passa por um processo de redescritção, se aproximando ainda mais do campo epistemológico da medicina orgânica. Deste modo, assim como a psiquiatria preventiva americana já havia recomendado, para os psiquiatras higienistas “A ação terapêutica deveria execer-se no período pré-patógeno [...] e o alvo de cuidados passou a ser o indivíduo normal e não o doente” (COSTA, 1989, p. 79).

Estes psiquiatras foram então se deslocando de uma prática tradicionalmente localizada em um público específico, para penetrarem nas problemáticas do tecido social, no domínio das micro-culturas; meta que tende a acentuar-se e a caracterizar cada vez mais os psiquiatras como higienistas, na medida em que são conduzidos por preocupações eugênicas. Segundo Costa (1989, p. 79) “[...] a higiene mental, que era inicialmente uma aplicação dos conhecimentos psiquiátricos, aparece como teoria geral que contém e orienta a prática psiquiátrica”.

³⁰ A Eugenia é aqui compreendida como “o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente” (COSTA, 1989, p.81).

Pensamos ainda que a hiper-valorização do conceito de prevenção, com sua quase superposição a idéia de eugenia, foi um artefato conceitual que autorizou a travessia da prática psiquiátrica, de seu campo originário, para o amplo e diversificado domínio social. Ela passa a abordar, diagnosticar, prever e tratar problemáticas que, até então, não lhes dizia respeito. Apoiada pela noção de eugenia biologizante³¹, a LBHM justificava sua nova prática amplificada, ao mesmo tempo em que enraizava a legitimidade de seu discurso na cultura.

Na avaliação de Costa (1989), entretanto, isto não nos autoriza dizer que os psiquiatras eram conscientes da extraterritorialidade psiquiátrica de suas proposições, nem também, para o autor, é possível afirmar que a paternidade das idéias eugênicas pertence a psiquiatria. Para o autor, a psiquiatria teria apenas reelaborado o que já circulava como preocupação eugênica na sociedade, sobretudo em alguns setores da intelectualidade brasileira da época. Os preceitos da eugenia foram assim utilizados como instrumentos possibilitadores no enfrentamento de diversos problemas³² de natureza ideológica e na proposição de “resolutividades” para tais problemas. Desta forma, “[...] elaboravam explicações³³ para as dificuldades econômicas e políticas da República, que subtraíam toda responsabilidade das elites, para imputá-las ao povo” (COSTA, 1989, p. 82).

³¹ Costa (1989) nos alerta entretanto para que façamos a devida distinção entre as limitações da abordagem biológica do funcionamento psíquico com o que chama de ineficiência explicativa das ideologias biologizantes que, segundo o autor, se colocava no pensamento eugênico na medida em que este “[...]utilizava a Biologia de modo parcial, e unicamente para calcionar seus dogmas[...] como cobertura semântica que servia de legitimação aos preconceitos” (COSTA, 1989, p.73).

³² A esse respeito pensamos de acordo com Costa (1989) na crise geral que o regime republicano enfrentava, a partir das dificuldades para sua manutenção, desde a abolição da escravatura, passando pelos problemas da imigração européia, a migração dos camponeses para as cidades, os efeitos não só econômicos, mas também subjetivos do processo de industrialização; todos eles promovedores de um grande aumento de conflitos e tensões sociais, sinalizando o desrespeito dos ideais democráticos em nome dos quais a República fora instaurada.

³³ Atribuíaam razões naturais constitutivas, como o clima tropical e, sobretudo, a constituição étnica e a mistura do povo brasileiro, como justificativa explicativa para a preguiça, a ociosidade, a indisciplina e a pouca inteligência do povo, responsabilizando nisto o não desenvolvimento harmônico do país.

A partir dessa nova postulação assiste-se a estimulação de todo tipo de medida incentivadora³⁴ do pensamento eugênico. Vemos a instauração de uma atmosfera eugênica “draconiana” que ultrapassa condutas médicas para ditar um novo padrão de comportamento pelo controle das pessoas de cor.

A ordem republicana não podia mais, sob o pretexto de respeitar o contrato social democrático, aceitar a intrusão de negros e mestiços na sociedade[...] Estes indivíduos eram biologicamente inferiores e, em consequência, incapazes de se adaptar à sociedade democrática (COSTA, 1989, p. 82-83)

Entretanto, não satisfeitos com a miscigenação enquanto uma medida profilática às novas intenções eugênicas, “Os atributos psíquicos dos indivíduos não-brancos, negros, amarelos ou mestiços foram considerados patológicos em si, e o único remédio neste nível era o saneamento racial” (COSTA, 1989, p. 93). Os psiquiatras passam a solicitar medidas cada vez mais autoritárias para combater não só o problema racial, mas o de todos aqueles categorizados obstáculos ao bom funcionamento social. Intensificam-se ainda mais as formas de propaganda a favor das idéias eugênicas e a idéia de que os médicos que prestam assistência aos doentes mentais, devem ser, antes de psiquiatras, higienistas com suas preocupações direcionadas para a saúde ou pureza da raça e não mais para indivíduo.

Uma raça forte composta por sujeitos também assim caracterizados, era o ponto de chegada das investidas eugênicas; os sujeitos fortes deveriam sobreviver e os mais fracos desaparecer. Deste modo uma das tarefas primordiais do higienista era evitar os possíveis desvios desse curso concebido como natural que levaria a evolução da espécie humana. Tornava-se ainda um dever que os higienistas se colocassem contra todo tipo de instituição, filantrópica ou humanitária que oferecesse algum tipo de proteção que implicasse em

³⁴ Essas medidas tinham inicialmente como alvo principal as problemáticas étnicas. Assim os negros tinham dias contados, devendo, inicialmente pela miscigenação, enbranquecer a pele, reflexo de sua sub-raça. Quanto aos brancos, única raça forte, a tarefa moral proposta era a de que funcionassem como defensores dessa nova ordem.

manutenção e proliferação da massa de “infra-homens”, “[...] aumentando assim, o peso morto e as contribuições para conservá-los na inatividade” (COSTA, 1989, p. 97).

A igreja foi um dos alvos principais dos ataques seriais dos higienistas quando apontada como uma das responsáveis por salvaguardar os direitos dos indivíduos desprovidos. Essa era uma postura considerada de cunho individualista e que deveria ser duramente combatida para ceder lugar a uma outra - da ciência - que seria a de “velar” pelos direitos³⁵ da sociedade. Ou seja, individualista nessa ótica, é aquele que não atende, por sua condição natural abatida, ao benefício da raça.

As piores linhagens perpetuam-se graças aos sentimentos para com os direitos individuais, ainda quando, opostos ao bem da sociedade, e o Estado, e a Igreja dão a ambos consentimento e benção à propagação dos idiotas, insuficientes, loucos e depravados (LOPES, 1933, p.378, apud, COSTA, 1989, p.105).

Estamos falando de um contexto impossibilitador de diferenças subjetivas, ou de qualquer outra natureza. É essa carregada herança cultural que parte dos psiquiatras da LBHM vai defender dentro dos seus programas de higiene mental através de propostas da melhoria progressiva das raças, inicialmente, e, posteriormente, “evoluindo” para a ideologia de pureza racial.

Não é difícil perceber o grau de proximidade destas propostas com o princípio ariano alemão e constatar ainda o quanto essa similitude operava como um dispositivo a favor da legitimação das desigualdades sociais e do preconceito. Podemos assim dizer que essa gramática ratificava as desigualdades, em nome de uma suposta igualdade natural entre os homens, ou, falando com um vocabulário mais contemporâneo, dizemos não haver lugar social para a diferença, seja ela de natureza subjetiva, de raça, social, de classe e etc.

Toda a predominância dessa corrente massificadora dos sujeitos e homogeneizadora das subjetividades, não subtrai a importância da luta de outro grupo de psiquiatras, entre os

³⁵ Leia-se de igualdade, no sentido de uniformidade ou homogeneidade dos sujeitos.

quais figurava Ulysses Pernambucano, que direcionavam seus investimentos de pesquisa para o melhoramento e humanização da assistência psiquiátrica aos doentes, talvez como tentativa de resgate das propostas iniciais em nome das quais a LBHM foi projetada.

Supõe-se, todavia, que o fato da corrente eugênica, salvaguardada pela área científica, ter auxiliado a lançar panos mornos em cima da atmosfera conturbada em que se encontrava o Brasil, ao atender a um conjunto de demandas sociais e oferecer respostas aos preconceitos da época, conferiu a mesma um status e legitimidade social diferenciados, promovedor de certo domínio para sua tradição, já que ela funcionava em aliança e a serviço dos anseios ideológicos e políticos da época.

A partir da década de 50 o discurso organicista torna-se ainda mais endurecido e legitimado, com o advento dos psicofármacos. Há um processo maciço de privatização da assistência médica na medida em que o Estado deixa de investir em sua rede própria e passa a comprar os serviços para prestar assistência aos previdenciários. A psiquiatria pública entra em rápido processo de declínio em detrimento da psiquiatria privada ocorrendo ainda uma proliferação de clínicas psiquiátricas “[...] já que, como entendem os empresários, tratam-se de serviços de fácil montagem, sem a necessidade de tecnologia sofisticada ou de pessoal qualificado” (AMARANTE, 1995b, p.111), e apenas utilizada como instrumento de lucro. E, enquanto a psiquiatria pública ficava esquecida, sem investimentos, os hospitais psiquiátricos se superlotavam. Segundo nos informa Gentile de Melo (1980, apud Amarante, 1997), no final da década de 60, por exemplo, o Hospital Colônia de Juqueri em São Paulo possuía 13.637 leitos. Além disso, reflete ter havido durante a década de 70 o aumento de 344% no percentual de internação.

No início da década de setenta há uma tentativa de alteração desse quadro através de uma portaria que recomenda a priorização dos órgãos das instituições previdenciárias na

assistência médica, mas que brevemente é substituída por uma seguinte que promove uma radicalização da privatização, com o conseqüente inflacionamento da rede hospitalar.

A assistência pública retorna à cena, enquanto prioridade, somente na década de 80, por interferência do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica, que segundo Amarante (1997) iniciou-se a partir de dois princípios básicos: um que pretendia reverter, na política nacional de saúde mental, essa lógica privatizante, e outro que lutava pela implantação de serviços extra-hospitalares, que seria o viés da desinstitucionalização. Veremos este assunto de forma mais contextualizada no próximo capítulo.

CAPITULO 3

CARTOGRAFANDO A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: UM EXERCÍCIO POLÍTICO DE TRANSFORMAÇÕES

Fizemos até o presente momento um longo passeio pela história da psiquiatria e da loucura. Muito pôde ser explicitado e refletido sobre o que denominamos ser a nossa recorrência histórica; aliás, não podemos deixar de avaliar que, o que inicialmente era proposta apenas de um breve percurso, muito mais a título de contextualização para o que então viríamos abordar no presente capítulo, ganhou uma espécie de autonomia e destinação própria que acabaram por guiar o nosso raciocínio e a nossa escrita, para, muito além de uma sinopse de abertura.

Sim, portanto, reconhecemos que talvez, tenhamos demandado um pouco a atenção e paciência do leitor, sobretudo se historicizar não for o seu hobby predileto. No entanto, ainda assim insistimos naquele caminho por uma questão de fidelidade ao curso do nosso pensamento, que, ao propor a escrita de cada parágrafo que desenvolvemos, parecia mesmo, conduzir, peculiarmente e autonomamente, o conjunto de linhas anteriormente apresentado.

Mas o nosso leitor pode estar se perguntando que importância teria essa tal fidelidade de estado quase bruto, para apresentar, por exemplo, uma escrita dissertativa. Como tentativa de elucidar essa questão diríamos, em primeiro lugar, que nos permitimos ser guiados pelo que a vivacidade da escrita nos ia impondo; além disso, um outro aspecto de igual relevância é que talvez tenhamos desejado nos despir, parcialmente, para o nosso leitor, para que, oportunamente, ele tivesse condições de nos acompanhar, o mais de perto possível, em nosso itinerário, e talvez, assim, quem sabe, compartilhar conosco essa árdua tarefa de escrever “solitariamente”.

Talvez essa seja uma justificativa que sustenta pessoal e existencialmente a necessidade de fazer do leitor um parceiro do nosso pensamento ao “emprestar-nos” a sua escuta atenta que conosco tenta seguir o nosso curso, tal qual pôde ser apresentado.

Mas, confissões à parte, tentaremos neste capítulo apresentar o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, contextualizando-o historicamente, explicitando suas referências político/jurídico-legais e sinalizando para um debate que contemple ou leve em consideração uma proposta clínica. Para isto faremos pouso em um campo epistemológico, dando destaque a noção de homem, sofrimento psíquico e cuidado, que possam subsidiar o desenho de suas principais proposições e que servirão de lastro para nos inclinarmos à reflexão acerca das práticas de cuidado em Saúde Mental.

O movimento denominado de Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira é referenciado a partir do final dos anos setenta, emergindo no momento de efervescência que marca o Brasil nestes anos de organização social e civil contra a ditadura militar. Nesse contexto, se por um lado, o clima de repressão ainda era grande, por outro, movimentações periféricas, que traziam como linha de frente a luta pela liberdade, começavam a aparecer em vários setores da sociedade. No cenário da saúde Amarante (1997) refere a constituição do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no Rio de Janeiro por jovens psiquiatras em 78, que torna-se, segundo o autor, “[...]o primeiro e mais importante ator de renovação no campo da saúde mental, que vai estabelecer uma agenda para o setor que, sob o título de Reforma psiquiátrica, introduz a estratégia da desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas” (AMARANTE, 1997, p.163). Foi a partir do MTSM que emergiu propostas de reformulação da assistência em saúde mental, bem como a consolidação do pensamento crítico psiquiátrico.

Apesar de ter sido o ator de destaque no Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira o MTSM não nasceu e nem se constitui como um movimento homogêneo e

unívoco; ao contrário, refletia um tecido heterogêneo que percorreu um percurso não linear, marcado por idas e vindas, no sentido de, ora se aproximar mais de uma idéia de apenas reformulação da assistência psiquiátrica - afinando-se com as propostas reformistas da assistência psiquiátrica da maior parte da tradição internacional - e ora de propor a desconstrução do aparato psiquiátrico, quando se aproxima da tradição basagliana.

Neste sentido seria mais coerente com seu modo de apresentação que nos referíssemos não ao MTSM não como um movimento, mas como movimentos distintos, “[...] no sentido de algo que se move, se transmuta e tem diferentes facetas” (AMARANTE, 1995b, p.107). Essa caracterização faz esse autor propor que o pensemos como um composto de muitas trajetórias e não como etapas que seqüencialmente se superam.

Assim, segundo nos informa Amarante (1995b) o início do MTSM é marcado, sobretudo, por reivindicações trabalhistas e pela humanização dos serviços, com críticas à cronificação, ao uso da eletroconvulsoterapia, ao autoritarismo das instituições hospitalares e suas estruturas administrativas verticais, de modo a refletir um conjunto heterogêneo e indefinido de denúncias e reivindicações que “[...]o faz oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa”(AMARANTE, 1995b, p.52).

Para situar o debate em torno da noção de desinstitucionalização, pode-se dizer que nesse momento de seu surgimento, identifica-se no movimento uma influência da Psiquiatria Preventiva quando a noção de desinstitucionalização se aproxima de medidas de desospitalização. Isto demarca na visão de Amarante (1995b) uma trajetória alternativa no movimento e não desconstrutiva. A partir da constatação de precárias condições³⁶ de internamento em hospitais psiquiátricos, nos quais a fotografia descrita por Amarante (1997) era a de uma total ausência de recursos técnicos, materiais e humanos, e que, “[...] apenas por seu estatuto jurídico-institucional poderiam ser denominados de hospitais” (AMARANTE,

³⁶ O que os caracterizavam era o conhecimento de maus tratos de toda ordem, a absoluta falta de liberdade e de direitos e o aumento cada vez maior no tempo de internação. Os internos não podiam, por exemplo, receber visitas, fosse o hospital público ou privado.

1997, p.166), o grupo de jovens médicos atores iniciais do MTSM deu início a uma série de denúncias ao Ministério da Saúde, que em resposta, demite na faixa de duzentos profissionais.

Essa situação faz eclodir a primeira greve do setor público no país que se alastra pelo país, fortalecendo, inicialmente, o MTSM, mas depois o enfraquecendo, já que a causa trabalhista pareceu receber mais destaque na mídia. Ainda assim, Amarante (1995b) considera que esta crise teria funcionado como o estopim do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira. “Assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica [...]” (AMARANTE, 1995b, p.52).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental tende a propor, cada vez mais enfaticamente, a desativação progressiva das instituições hospitalares. Essa proposição vai implicar, para sua efetivação, em um grande processo que envolve uma ampla composição de tarefas nas agendas cotidianas da saúde mental, como: a realização de triagens mais eficazes que pudessem sinalizar para uma diminuição de novas internações e reinternações; a diminuição do tempo médio de permanência hospitalar; e ainda, a implantação de uma hierarquização dos serviços de atenção psiquiátrica de modo a localizar o hospital como o último recurso a ser utilizado.

Entretanto, se o MTSM se apresentava como um movimento não homogêneo, e multifacetado, enquanto uma de suas linhas iniciais se colocava pelo viés da desinstitucionalização - ao propor medidas de desospitalização e a implantação de serviços extra-hospitalares - outra, sem dúvida menos crítica, vai se caracterizar como vigorosamente institucionalizante. Sua proposta era a reversão do modelo de atenção à saúde mental privatizante - visto como um modelo inadequado, que distorceu e sucateou a atenção à saúde - para um modelo de atenção pública, como forma de resolver do problema.

As tentativas de inversão desse modelo marcam o início da década de 80 e através desse ideário identificado por Amarante (1995b) como sanitarista de que “[...] a ciência médica e a administração podem e devem resolver o problema das coletividades”(p.91), acreditava-se que o setor público da saúde poderia ser recuperado para assumir novamente a condução desse campo que agora funcionaria embasado nestes princípios do MTSM. Para isso os técnicos seriam incluídos³⁷ nos órgãos responsáveis pela elaboração e implementação de políticas públicas de saúde mental, para influenciarem em suas decisões.

Nesse contexto crescia a importância do saber sobre a administração e sobre planejamento em saúde, já que se compreendia que bastava saber ordenar os serviços, os recursos e as instituições que tudo o mais se organizaria. E a partir disso se deixava de refletir sobre o papel dos técnicos e dos dispositivos utilizados como normatizadores.

Multifacetado, e suas várias apresentações, o movimento caminhava para a construção de uma rede de serviços “[...] alternativa ou paralela ao hospital psiquiátrico” (AMARANTE, 1997, p.169) e não para uma proposta de desconstrução do saber e prática asilar. A esse respeito Amarante (1995b, p.67) avalia que essa trajetória sanitarista do Movimento de Reforma Psiquiátrica, traduzida pela incorporação de quadros do MTSM ao aparelho público, “[...]acaba por assumir um papel que se pode definir como mais que modernizante, ou tecnicista, ou ainda reformista, no sentido de operar reformas sem objetivar mudanças estruturais”.

Mas além dessa tendência do MTSM, e ainda em sintonia com ela, o autor apresenta uma outra que vai circunscrever sua luta na democratização do país e das instituições, ao compartilhar de “[...] uma visão radicalmente sociológica da loucura e da instituição psiquiátrica, chegando a supor que com o fim do autoritarismo, da violência social, das desigualdades, deixem de existir os loucos, os doentes, as instituições de violência”

³⁷ É importante lembrar que a decisão de ocupar espaços decisórios no governo, buscando influenciar na formulação de políticas de saúde é uma estratégia que divide o MTSM; mas esse é um momento em que um segmento do movimento confunde-se com o Estado.

(AMARANTE, 1995b, p.68). O que não se observa nessa visão sociologizante é a contemplação de preocupações com a possibilidade da psiquiatria se modernizar, assim como os seus mecanismos de repressão e controle social.

Mesmo sem uma homogeneidade Amarante (1997) nos informa que o MTSM tende a receber mais representações pelo país e a se fortalecer. Nesse sentido, um marco parece ter sido a sua participação em 78 no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria quando sua presença imprime uma diferença no evento. Promovido pela ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) e programado para ser apenas um encontro científico ligado a setores mais conservadores, acaba por se transformar em um grande momento de discussão política no qual, segundo Amarante (1995b), a entidade promotora acabou tendo que servir de avalista para o projeto político do MTSM que, na ocasião, versava sobre o repúdio ao modelo privatizante e anti-democrático. O Congresso fica conhecido como “Congresso de Abertura” e deste modo o movimento iniciado vai recuperando a visibilidade social para deixar de se circunscrever, apenas, nos arredores da comunidade técnico-científica.

O debate que envolve a loucura e conseqüentemente as instituições asilares tende a atravessar os muros dos hospícios para ser recebido pelo domínio público e por algumas entidades da sociedade. A partir de então “[...] a questão psiquiátrica tornara-se uma questão política” (AMARANTE, 1997, p.164) e a discussão se endereçava à problemática dos direitos humanos e da cidadania como tentativa de possibilidade de se resgatar biografias e subjetividades, esquecidas pela cronologia do tempo morto dos hospitais, bem como questões sobre o direito a uma forma de assistência digna. Deste modo, a ampla tendência e preocupação iniciais do MTSM, mais ligada a reivindicações corporativas, vai estabelecendo ainda mais a discussão sobre os aspectos relacionados ao modelo de atenção.

Ao longo dos diversos Encontros e Congressos, muitos deles acontecendo em clima de forte pressão por parte de atores opostos ao MTSM, à discussão é acrescida de

temáticas sobre: a manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão; da problemática do sistema asilar como reduto dos marginalizados; das problemáticas sociais relacionadas a noção de doença mental; da política nacional de saúde mental; da necessidade de intervenções administrativa e assistencial em unidades hospitalares; de questões sobre condições e alternativas de trabalho para essa população; da necessidade de se rever a legislação penal e civil e a necessidade de se vincular a luta da saúde aos movimentos da cultura, bem como introduzir as discussões sobre a saúde mental no contexto de discussão geral da saúde geral; tudo isso caminha para fazer o movimento desembocar num crescente caráter político e social.

Na ocasião da 8^o Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 86, a saúde é vista como direito do cidadão e dever do Estado e reflete a qualidade de vida³⁸ que o Estado é capaz de promover aos seus cidadãos; ela diz, em última instância, da qualidade das formas de organização social.

Embora a noção de saúde tenha sido ampliada para um modo de leitura mais abrangente, isto é, para além de uma concepção de saúde tradicional vigente mais simplista, quando apenas biológica – saúde como ausência de patologia/silêncio dos órgãos – para leituras também sociais, parece que a tendência sociologizante passou a determinar exclusivamente o modo de pensamento a seu respeito. E ao fazê-lo, opera uma espécie de corte que não leva em consideração, nem mais a dimensão biológica, nem também psíquica que marca a possibilidade de experiências de intensos sofrimentos. Ou seja, parece que a nova concepção de saúde termina por, finalmente, não complexificar a noção, mas substituí-la de uma tendência biologizante para uma sociologizante, a despeito da contribuição de seu pensamento.

³⁸ Resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, trabalho, lazer, liberdade, acesso a posse de terras e a serviço de saúde. Essa visão é incorporada na Constituição de 88 que passa a orientar as práticas de saúde.

A ocasião da I Conferência Nacional de Saúde Mental em 87 foi um evento histórico na trajetória da reforma psiquiátrica quando: marca a aproximação do MTSM com os usuários³⁹ e entidades de familiares; quando o movimento passa a se distanciar de suas alianças com o Estado e quando passa a ter uma renovação teórica e política. Ademais devemos refletir que a expansão da discussão sobre loucura do âmbito técnico-científico, promovido substancialmente a partir dessa conferência, contribui para o movimento de retirada do manto de cientificidade da psiquiatria; ocasião em que se tornou possível ainda percebê-la como instrumento de poder e como saber e prática disciplinar em “[...] sua função mais custodial do que assistencial, mais iatrogênica que terapêutica, mais alienadora do que libertadora” (AMARANTE, 1997, p.165).

Para Amarante (1995b) com a I CNSM promove-se no movimento um clima de reviravolta no qual sente-se que é preciso “[...] desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico [...] sabendo ser possível transcender os modelos preestabelecidos [...]” (AMARANTE, 1995b, p. 94). O movimento amadurecia a sua crítica em relação ao aparato institucional para adentrar na crítica ao estatuto epistemológico da psiquiatria. Começava-se a discutir os pressupostos da psiquiatria clássica que, como vimos no capítulo anterior, desenha na figura do louco, somente, defeito, irracionalidade, desrazão, periculosidade e doença.

Com o surgimento da Plenária de Saúde Mental, composta, sobretudo, por profissionais seguidores do pensamento basagliano, iniciou-se uma nova dissidência no MTSM que se viu frente à necessidade de reavaliar seus princípios e estratégias e, uma vez questionada as estratégias e diretrizes do MTSM. o movimento sofre uma renovação que lhe

³⁹ O termo usuário passa a ser utilizado em substituição a paciente já que se entende que o segundo traz uma conotação de resignação e passividade de quem apenas recebe os serviços que lhes são prestados e sem uma dimensão de que eles podem e devem interferir nas formas de contratualização e gestão daquilo que recebem. Assim a noção de usuário, enquanto aquele que usa determinado serviço, por direito, pela idéia de atividade e protagonismo contidas nele parece mais sintônica com a proposta de uma relação de troca entre aqueles que prestam o serviço e aqueles que dele se utilizam e podem pactuar a sua forma de participação nele, em coerência com uma visão emancipatória e de busca por autonomia.

possibilita outra apresentação. Deixa de ser movimento somente de técnicos para se constituir como movimento social, com a participação efetiva de usuários, familiares e sociedade em geral. Deste modo é identificado não mais como movimento ou entidade da saúde, mas “[...] pela luta popular no campo da saúde mental” (AMARANTE, 1995b, p.57). Passou-se a perceber a inviabilidade das ações do movimento que buscava apenas as transformações institucionais ou a simples modernização da psiquiatria. Deste modo, Amarante (1997) avalia que o novo movimento,

[...] expressava uma ruptura, tanto epistemológica, quanto estratégica[...] onde o eixo dos debates saía dos limites meramente assistenciais e, mais ainda, da simples oposição entre serviços extra-hospitalares versus serviços hospitalares, para a **superação radical do modelo tradicional, expresso tanto no manicômio quanto no saber [...] sobre a loucura** (AMARANTE, 1997, p.170, grifo nosso).

Tal ruptura aponta como consequência que a função dos técnicos deve ser redefinida e redimensionada⁴⁰. Ao mesmo tempo ela passa a imprimir no movimento a marca de um forte compromisso participativo e democrático e traz ainda um dos focos das discussões, de caráter fundamentalmente crítico, para o problema da exclusão que passa a ser avaliado como um fenômeno de ordem mais cultural do que econômica, ao contrário de como foi pensada anteriormente. A esse respeito Rotelli (1986) comenta que existem sociedades que já alcançaram uma boa situação econômica, um relativo nível de igualdade social, no que se refere às condições de vida, mas onde o problema da exclusão permanece.

[...]quando[...]afirmamos que é necessário enfrentar prioritariamente a questão do hospital psiquiátrico[...] é porque é aí onde, paradigmaticamente, tem lugar o processo de exclusão”; a existência do manicômio é a confirmação na fantasia das pessoas da inevitabilidade desse estado de coisas, que é impossível lutar contra esta situação[...] Existirá sempre a necessidade de um lugar para se depositar as coisas que são rejeitadas, jogadas fora e que servem para que nos reconheçamos pela diferença? Esse papel pedagógico é o que nós técnicos devemos por em discussão se não quisermos avalizar com nossas ações uma perversão que é política, científica, mas sobretudo cultural (ROTELLI, 1986, p. 2, apud AMARANTE, 1995b, p.79).

⁴⁰ Veremos essa redefinição na próxima seção deste Capítulo.

Auxiliados por essa compreensão podemos pensar que o que marca a exclusão da loucura “[...] é sobretudo a interpretação de sua linguagem pela normalidade que a ela se contrapõe, determinando [...] que o louco tornou-se, dada uma irreconciliável diferença entre a sua estética de ser e a dos ‘normais’, mais que preocupante: insuportável (DORNELES; OLIVEIRA, 2005). Mas é interessante destacarmos da fala de Rotelli (1986) que a luta travada contra o manicômio não é com ele, em si, mas enquanto modelo ou protótipo de funcionamento e assistência, que é metafórico e, portanto, condensador dos processos de exclusão, segregação, violência, cronificação e silenciamento de cidadãos ou mortificação de subjetividades plurais. Como conseqüência dizemos que não é a sua reforma ou melhoramento que vai atender ou contemplar esse tipo de questionamento, nem também, somente, a sua substituição física por serviços menores e abertos.

A introdução desse tipo de reflexão identifica a transformação da noção de desinstitucionalização, em sua versão de desospitalização, para a noção de desconstrução do saber psiquiátrico, que alimenta práticas asilares. Do ponto de vista teórico-conceitual, pode-se dizer que é a influência da tradição basagliana que alimenta essa ruptura nos princípios e estratégias do MTSM.

Amarante (1997) refere-se a experiência ocorrida a partir da intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos no final da década de 80 como a primeira possibilidade no Brasil de se colocar em prática a desmontagem do aparato institucional manicomial, com a conseqüente substituição por uma rede de serviços que pudessem expressar outras experiências culturais com relação a loucura e ainda uma grande repercussão nacional. Foi nesse contexto que os chamados na ocasião de Núcleos⁴¹ de Atenção Psicossocial (NAPS)

⁴¹ Em um dado momentos estes serviços vão passar a ser denominados de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e não mais de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), embora aqui eles ainda representem uma diferença entre si, para além da terminologia, que segundo Amarante (1997) reflete o processo de idas e vindas com as tentativas de ruptura do modelo manicomial de assistência.

surgem como serviços projetados para funcionar como protótipos de novos serviços autenticamente substitutivos aos do aparato manicomial.

Com funcionamento 24 horas, estes núcleos ficavam responsáveis por todo tipo de demanda psiquiátrico-psicológico de uma determinada área do território⁴². Além disso, foram pensados para funcionar sob uma estrutura complexa que dispunha de leitos para situações de crise, devendo atender ainda demandas residenciais, de emergência, ambulatoriais, e ainda, demandas sociais. Assim estes NAPS assumem “[...] o caráter complexo da denominada demanda psiquiátrica [...] onde a clínica é apenas uma das dimensões” (AMARANTE, 1997, p.171).

Com os NAPS buscava-se uma forma de assistência em que o usuário pudesse encontrar um tipo de atenção no serviço, diariamente, sem estar internado. Ademais, a forma de atendimento “[...] procura ser personalizada, específica respeitando as histórias de vida, a dinâmica familiar, a redes sociais. Enfatiza-se a busca de autonomia, liberdade, emancipação, direito a voz e a escuta”(BRASIL, 1998, p.5).

Segundo nos informa Amarante (1997) essa experiência de Santos foi além de propostas técnico-assistenciais ao procurar estabelecer com a comunidade uma relação que a incluiu continuamente no projeto de transformação. Assim, foi, por exemplo, com a criação das Cooperativas⁴³ Sociais.

Outra experiência surgida também em São Paulo nos fins da década de 80 foi a do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luis da Rocha Cerqueira que, marcando uma diferença com a proposta do NAPS, surge como proposta intermediária entre o hospital e a vida em comunidade, na passagem da alta hospitalar para a comunidade. Nesse momento

⁴² Quando se fala em território está se querendo referir a um conjunto de regiões “geo-político-cultural” que compõem uma cidade, estado ou país. Sendo assim o território é mais do que simplesmente uma região geográfica na medida em que contempla um conjunto de saberes e práticas políticas, sociais e culturais que caracterizam determinado contexto.

⁴³ É interessante percebermos que estas cooperativas, segundo avalia Amarante (1997), já não possuíam mais uma conotação terapêutica tal como vimos existir na tradição europeia da década de 50/60 (no capítulo I), mas como espaço possibilitador de trocas sociais e do estímulo a autonomia e ainda possibilidade de oferta de trabalho para pessoas em desvantagens social e para as quais o mercado não facilita oportunidades.

de estruturação do pensamento a proposta inicial do CAPS concebe, portanto, a passagem pelo hospital psiquiátrico, ainda que provisoriamente, enquanto que na proposta inicial do NAPS o hospital não deve co-existir, já que seu funcionamento se pretende substitutiva daquele, devendo assumir, como vimos, além de serviços médicos, sociais e culturais. Essa é, entretanto, a primeira forma de conceber os NAPS e os CAPS.

Com o contexto propiciado pela experiência de Santos, em que ele é sentido como uma possibilidade efetiva de substituir a atenção psiquiátrica hospitalar, a primeira noção de CAPS foi repensada para funcionar, ele próprio, também, como substitutivo ao hospital e não mais como um espaço de transição entre o hospital e a vida em comunidade. A experiência de Santos teve, neste sentido, um papel de grande repercussão, ao fazer ressonância quanto a possibilidade de que outros serviços pudessem funcionar com a mesma proposta, ou seja, de substituir o hospital.

Nesse contexto, ainda no final da década de 80, surge, no âmbito jurídico-legal o Projeto de Lei (3657/89) Paulo Delgado que, mesmo aprovado na Câmara dos Deputados e não em sua inteireza no Senado, passa a nortear debates nacionais em torno da reforma psiquiátrica, reforçando na mídia nacional o debate sobre a loucura, a assistência psiquiátrica e estimulando ainda, em nível estadual, a construção de outros Projetos de Leis, como foi o caso de Pernambuco⁴⁴.

Já no início da década de 90 o Ministério da Saúde adota a portaria nº189/91 que possibilita o financiamento de novos centros de atenção a saúde mental como os CAPS, NAPS, os hospitais-dia e unidades psiquiátricas em hospitais gerais, para além do recurso do hospital psiquiátrico. A referida portaria considera esses recursos dotados de “[...] ações e serviços mais contemporâneos à incorporação de conhecimentos e de valores éticos, substituindo o modelo tradicional [...]”(BRASIL, 2004, p.242). Em seguida veio a portaria

⁴⁴ Lei nº 11. 064/94 que dispõe sobre a “[...] substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e da outras providências” (BRASIL, 2004, p.57).

nº224/92 que estabelece condições de funcionamento desses serviços de saúde mental. Deste modo, uma nova rede de serviços à assistência a saúde mental foi se constituindo e marcando o novo campo da psiquiatria, ao passo que o número de leitos psiquiátricos tende a sofrer redução.

Saído do campo meramente técnico e com o apoio jurídico-legal o MTSM ganha o reforço de novos atores: usuários e familiares, que passam a ocupar associações como a dos “Loucos pela Vida” e movimentos como a Luta Antimanicomial. Com a atuação desses novos atores. Os usuários podem “[...] tornar-se de fato, agente de transformação da realidade, construtor de outras possibilidades até então imprevistas no teclado psiquiátrico ou nas iniciativas do próprio MTSM [...] passando a edificar sentido de cidadania que jamais lhes foi permitido” (AMARANTE, 1995b, p.121).

Toda essa movimentação promovia, cada vez mais, a participação da sociedade no debate sobre os assuntos do campo da reforma psiquiátrica. E finalmente, tendo a sociedade adentrado nesse campo de discussão a cultura torna-se, para o movimento, alvo e meio para que se possa ampliar a noção de intervenção enquanto possibilidade de transformação das práticas sociais no lidar com a loucura e com a diferença. A sociedade torna-se nessa nova lógica estratégia principal de intervenção, ao ser encaminhada junto à discussão dos problemas e soluções acerca da loucura e do tema antimanicomial.

Foram várias as estratégias lançadas para contemplar esse objetivo - todas elas passando a incitar o imaginário popular nas questões relativas ao tema antimanicomial. O lema “por uma sociedade sem manicômios⁴⁵” é uma forte expressão dessa estratégia já que o problema da exclusão e da segregação passa a ser discutido por quem até então não tinha voz ativa, isto é, dentro de um cenário onde as transformações poderiam de fato acontecer. A esse respeito nos diz Amarante (1997, p.176) que “A intervenção cultural tem como objetivo

⁴⁵ Segundo nos informa Amarante (1995b) utiliza-se a expressão manicômio, reservada tradicionalmente para o manicômio judiciário, de forma estratégica como forma de denunciar a indiferença entre ele e os hospitais psiquiátricos

interferir na produção do imaginário social no que diz respeito a loucura, ao louco ou a doença e o doente”; imaginário esse composto pelas idéias de irracionalidade e periculosidade que o saber psiquiátrico fomentou e legitimou.

É no lidar cotidiano com as pessoas e familiares de problemas mentais que, superando as formas anteriores de tratamento e assistência [...] e exercitando novas formas de cuidado e acolhimento centradas em novas escutas, em novas formas de convívio, em novas formas de ação terapêutica que as mudanças são maiores. Os familiares que aprenderam com as próprias práticas psiquiátricas, que o seu familiar doente deveria ser internado, isolado, desconsiderado enquanto cidadão, podem aprender uma outra forma de lidar com o mesmo, vislumbrando suas potencialidades, suas dificuldades e, enfim, uma outra trajetória de vida que não a da institucionalização [...] Um familiar aqui outro ali, um vizinho aqui outro acolá, a cadeia se estende e se complexifica (AMARANTE, 1997, p.176).

Sabe-se da importância da discussão sobre a temática da loucura com a sociedade poder se descolar do debate meramente técnico, já que se tem clareza que não é pela técnica que as transformações necessárias e que dizem do imaginário cultural irão acontecer. Entretanto, ao se propor essa ampliação necessária, pensamos que corre-se o risco de que um grande investimento possa ser feito com relação ao debate e as intervenções culturais, mas, a depender do manejo que se tenha, ter como resposta um certo esquecimento no debate da assistência. Não a assistência tradicional, sobre a qual muito se falou e criticou, mas aquela que se tem como proposta substituí-la. Afinal, fica claro que a proposta é de desconstrução mas o que não fica pronto, mas como tarefa a ser resolvida, sempre, sob o risco de novas cristalizações, o modelo de intervenção erguido para sustentar a arquitetura desfeita, pois “[...] se o retorno [por completo] ao passado é impossível, não é claro o ponto de chegada do processo como um todo” (Venturini, 1995, p.14).

Estamos chamando a atenção para esse aspecto porque esse risco, se concretizado, pode implicar num novo projeto, no mínimo confuso, enquanto proposta clínica, ou na perspectiva da atenção e do cuidado ao sofrimento, na prática dos serviços onde os técnicos atuam. Sendo erguida a proposta de novos espaços de assistência, novas instituições, que se

configuraram como novos dispositivos de atendimento, todos eles requererão um projeto e démarche clínica, para que possam funcionar como espaços efetivos de cuidado ao sofrimento. Desse modo, se o debate político-social-cultural é imprescindível, o técnico é de igual modo. É este último, um dos elementos que capacita os profissionais para, inclusive, terem condições de propor realizações para transformação sócio-cultural.

Assim pensamos que a necessidade de se discutir a loucura para além do limite assistencial não deve perder de vista e suprimir o debate sobre a assistência. Neste sentido há que se ter o cuidado com esse “para além”, para que o “aquém” não seja esquecido e contribua para a fomentação de práticas que, ao invés de inaugurar novas ações sintonizadas com a lógica da desconstrução, possam repetir acriticamente e com nova roupagem, um modelo de assistência já visto cronificador, pois como avalia Amarante:

[...] em que pese a importância dos acontecimentos e inovações surgidas nesta trajetória, muitos problemas se apresentam desde então. Um deles refere-se aos novos serviços que, tenham apontado para uma nova tendência no que diz respeito ao modelo assistencial, chamou a atenção para o aspecto da qualidade dos mesmos. Em outras palavras, percebeu-se que o fato de ser um serviço externo não garante sua natureza não-manicomial, pois pode reproduzir os mesmos mecanismos ou características da psiquiatria tradicional [...] (AMARANTE, 1995b, p.84 e 85).

Mas apesar dessa avaliação crítica podemos dizer que, se num primeiro momento o Movimento de Reforma Psiquiátrica esteve confundido, ou fortemente influenciado, pelas experiências internacionais que caracterizavam muito mais uma psiquiatria reformada, quando não propuseram uma mudança estrutural com relação ao saber psiquiátrico, na tentativa de apenas modernizá-lo, podemos pensar ainda que a influência da experiência basagliana caracterizou um segundo momento do movimento, dando-lhes condições de não mais percorrer o caminho da “melhora” da assistência e do saber psiquiátrico, mas de poder propor a ruptura epistemológica e cultural com eles.

Conforme nos informa Barros (1990) a aproximação com a experiência de Basaglia implica, em última análise, na negação da instituição psiquiátrica clássica enquanto saber e poder. Assim, o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira parece refletir o percurso da psiquiatria internacional que percorre um itinerário entre a noção de desinstitucionalização em seu primeiro sentido, de desospitalização, e o segundo de desconstrução.

Aliás, a morte de Basaglia parece refletir na trajetória do Movimento de Reforma Psiquiátrica que sofre um distanciamento do pensamento calcado por essa experiência italiana para novamente se aproximar da idéia de desinstitucionalização enquanto desospitalização; ocasião em que os reflexos daquela tradição são enfraquecidos também em outros países, para ganhar força outra vez na continuidade da tradição por Rotelli que passa a redescrever a desinstitucionalização que irá reorientar novas práticas, serviços, instituições e saberes.

Portanto, o que se convencionou chamar de Movimento de Reforma Psiquiátrica, a despeito do reconhecimento de uma certa problematicidade do termo reforma - tanto política quanto conceitualmente⁴⁶ - assim como da identificação de um movimento que reflete caminhos dinâmicos, que vão e voltam, que se entrecruzam em muitas trajetórias e lutas com grande acervo de proposições, não se restringe a proposições de modificação ligada exclusivamente à esfera técnico-científica ou organizacional, como pudemos observar nas propostas da década de 50 e 60 na Europa e Estados Unidos, mas aponta para “[...]um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural e conceitual” (AMARANTE, 1997, p.165).

⁴⁶ Conforme reflete Amarante (1995b) a própria expressão reforma indica um paradoxo quando foi utilizada para referir-se a “[...] transformações superficiais, cosméticas, acessórias, em oposição as[...] transformações estruturais, radicais e de base [...] contradição que [...]talvez termine por possibilitar um desvio de rota na trajetória da reforma psiquiátrica”(AMARANTE, 1995b, p.87 e 88).

3.1. A desconstrução como início de uma nova construção: outros parâmetros epistemológicos

Esses requisitos advindos do projeto de transformação da reforma psiquiátrica demandaram, no âmbito epistemológico-conceitual uma série de revisões e desconstruções, nos subsídios epistemológicos clássicos e nas concepções críticas acerca da loucura, nos modos de assistência e na própria noção de doença mental para que, revisitados e problematizados, pudessem ser redescritos a favor de uma nova prática. Visava-se desconstruir os paradigmas que sustentavam a prática manicomial de exclusão e segregação e a esse respeito, Amarante (1992) nos lembra que esta desconstrução representa a promoção e a superação de seu aparato, a partir da ruptura do paradigma que fundamenta e autoriza a instituição psiquiátrica clássica: o paradigma racionalista.

A idéia é “[...] romper com o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’ [...]” (ROTELLI, 1990, apud, AMARANTE, 1992, p. 53). Enquanto no tipo de assistência clássica, Basaglia (1982) dizia que se colocava o “sujeito entre parênteses” para enxergar quase que exclusivamente a doença, na perspectiva da reforma se busca colocar a “doença entre parênteses”. O autor comenta que “[...] o mal obscuro da psiquiatria clássica está em haver separado um objeto fictício – a doença – da existência dos pacientes do corpo social [...]” (BASAGLIA, 1982, apud, BARROS, 1994 b, p. 191).

Neste sentido a proposta é que o objeto da psiquiatria, reorientado pela noção de desinstitucionalização enquanto desconstrução, possa se reinscrever não mais na doença, mas no sofrimento psíquico ou, para utilizar um termo de Rotelli (1992), na “existência - sofrimento” e sua relação com o corpo social pois, segundo também nos faz refletir Basaglia,

“a objetificação do homem em síndromes [...] tem tido conseqüências extremamente irreversíveis no doente que [...] fora confirmado como categoria fora do humano por uma ciência que deveria se distanciar e excluir aquilo que não estava em grau de compreender”(1981, p.309, apud, AMARANTE, 1997, p.180). Portanto a idéia é relacionar-se com o sofrimento sem, outra vez, objetificá-lo.

Devemos, portanto, esclarecer que o colocar a doença mental entre parênteses não é sinônimo de negar a loucura ou o sofrimento, “[...] mas um procedimento epistemológico de suspender o conceito de doença mental enquanto saber produzido pela psiquiatria [...]” (BASAGLIA, 1981, p.309, apud, AMARANTE, 1997, p.180) e que reduz a problemática da loucura a ela. Tal suspensão marca, a um só tempo, tanto a ruptura com esse saber que se apresenta como obstáculo epistemológico, quanto a condição de possibilidade de uma outra relação para com estas pessoas; “[...] relação esta que não passe primeiramente pelo diagnóstico, sintoma ou doença ou ainda pelas [...] incrustações institucionais, sociais e culturais que são impregnadas aos sujeitos objetivados pelo saber e práticas psiquiátricas” (AMARANTE, 1997, p. 180), ou aquilo que Basaglia chamou do *duplo* da doença mental.

Como conseqüência primordial dessa reorientação deixa de ser importante que se persiga a idéia racionalista de tratar, mas em seu lugar, norteando-se por uma ética solidária e de inclusão, poder se pensar em emancipar vidas ou condições de vida. Assim também deixa de ser importante a idéia de reparação ou devolução de estados de saúde perdidos, para em seu lugar se pensar em novas invenções possíveis a partir de processos de singularização que cada modo subjetivo possa apontar. Assim as idéias de reabilitação e reinserção, por exemplo, podem ser reescritas enquanto reinscrição.

Diante do novo objeto que se dirige a focar o sujeito que sofre juntamente com sua experiência de sofrimento, Basaglia vai defender que a psiquiatria possa inventar uma nova

prática para com a loucura e, deste modo, produzir um outro imaginário social não mais adoecido como assistimos na tradição clássica.

Este um projeto que vai solicitar ações, posicionamentos e posturas complexas nos modos de intervenção e assistência ao sofrimento. E quando se fala em um posicionamento complexo se intenciona fazer referência a legitimar o fenômeno do adoecimento psíquico como fenômeno complexo no sentido de que trata Morin (2003). Isto é, através de um tipo de pensamento multidimensional; não intencionando oferecer todas as informações sobre ele, mas um pensamento que, longe de considerar o conhecível ao manipulável, respeita suas diversas dimensões e sem mutilá-lo, objetificá-lo ou simplificá-lo, assume um princípio de incompletude e de incerteza do conhecimento que se expressa no desafio que estamos chamando de um posicionamento complexo.

Sinalizando para uma discussão epistemológica pode-se dizer que a concepção de sujeito que suporta e contempla essa quebra de paradigmas clássicos é a de um sujeito que põe em questão toda e qualquer lógica causal e desvaloriza a primazia do modo de leitura orgânica. Neste sentido entende-se que o sujeito tem um corpo, portanto tem uma dimensão orgânica em seu adoecer, mas que além desse corpo é uma pessoa inserida dentro de um contexto social que a socializa, que lhe possibilita trocas, que a situa historicamente e que a todo tempo lhe diz quem é ou deve ser a partir de parâmetros que lhes vão sendo, às vezes oferecidos, às vezes ditados, a depender do modo de organização social em questão.

Ademais, o sujeito não é apenas portador de um corpo inserido numa dada sociedade, pois ele significa estas experiências, e o faz de modo diferente dos demais sujeitos. Este é, nas palavras de Corbisier (1992, P.12) o “pantanosos terreno da subjetividade” o qual a ciência clássica opta por não adentrar, como se ele não existisse ou, na melhor das hipóteses, excluindo-o de suas considerações. Deste modo, nem uma visão biologizante, nem também apenas uma visão sociologizante parece contemplar esse pensamento mais complexo sobre o

humano que essa nova ética vem sugerir. “Seria preciso transformar a demanda, a linguagem reduzida [...] e torná-la mais rica, própria a sujeitos e não a objetos [...] restituindo-lhes a complexidade” (BARROS, 1994 a, p.57). Para tanto foi necessário que os alicerces epistemológicos pudessem ser revisitados para receberem e ofertarem uma tal complexidade que o novo campo ético requisitou.

Uma leitura freudiana de sujeito descentrado, sujeito portanto das incertezas, pode nos auxiliar na construção desse novo desenho epistemológico ao nos fazer pensar que a marca fundamental do humano é a contingência, ou ainda a ausência de essência ou natureza, portanto, não a igualdade subjetiva, mas a diferença. Com isso o discurso psicanalítico pôde contribuir, conforme avalia Birman (1992), para reconhecer a especificidade da experiência da loucura, “[...] ao reconhecer a verdade dessa experiência e a presença fundamental da função sujeito” (p.87).

Assim sendo, não se pode mais, sob pena de um tipo de leitura simplista, reduzir esse sujeito ao produto de combinações e articulações neuroquímicas, nem também concebê-lo como resultado simplificado de um modo de organização social, já que as duas perspectivas, sozinhas, parecem desconsiderar aquilo que chamamos do terreno da subjetividade e que também encena participação nos modos polissêmicos de sofrimento psíquico. “O pressuposto de que o sofrimento humano não comporta um saber hegemônico demanda, necessariamente, o comparecimento de vários saberes, olhares sobre o psicopatológico” (QUEIROZ; SILVA, 2002, p.10).

Reconhecer a não essência do sujeito não significa transpor hierarquicamente as supostas causalidades do adoecimento, do universo biológico para o social ou mesmo para o intra-psíquico, mas fazer ceder o dualismo ou o separativismo cartesiano por compreensões marcadas por uma indissociabilidade biopsicossocial do sujeito, em sua condição de contingência e possibilidade, sempre plurais. Proceder com um pensamento que, despensa as

idéias essencialistas é justamente poder não mais atribuir um tipo de definição de conteúdo como aquilo que marca o humano, mas reconhecê-lo indeterminado e, se marcado, seria por uma complexidade que nos inviabiliza definições modulares. Assim a noção de que o sujeito se define pela faculdade da razão perde aqui sua força.

Se com lógica da igualdade racional estabelecida pelo ideário racionalista tínhamos que: “Aquele que se perde num descaminho, na desrazão, deve ser trazido de volta para a estrada real da razão” (CORBISIER, 1992, p.10), com o auxílio no pensamento freudiano, podemos pensar: “[...] não somos iguais. Há muitos diferentes. Há muitas diferenças” (Ibid). O que vai marcar o modo de aproximação com um ou outro pensamento é o modo de como lidar com a loucura. “Tudo depende da posição tomada diante do fenômeno da loucura” (Ibid, p.10 e 11). Birman (2003, p.16) avalia que com o discurso freudiano houve a possibilidade de se reconhecer “[...]a existência positiva do sujeito na experiência da loucura e atribuir ao delírio uma forma legítima de subjetivação”. Tal posição fez esse modo de leitura entrar em confronto com a tradição crítica sobre a loucura e inscrever-se na tradição trágica⁴⁷.

Como pudemos sinalizar, anteriormente, a perspectiva que suspende estrategicamente a noção de doença mental para pensar no sofrimento de um modo complexo não intenciona recair noutra perspectiva radical e simplista de negação da perspectiva de adoecimento. O pathos, oriundo da idéia de pathologia, se descola, no entanto, de uma visão tradicional, para ser significado e redescrito como experiência de sofrimento. Sofrimento “[...] que comporta em si mesmo a possibilidade de um ensinamento interno capaz de transformá-lo em experiência” (QUEIROZ, 2003, p.21).

Recorreremos ao modo de leitura desse pathos tal como propõe a Psicopatologia Fundamental que busca, dentro de uma composição transdisciplinar e sustentada por uma

⁴⁷ Sobre essas tradições crítica e trágica, na seção 1.1. do capítulo 1.

lógica do paradoxal - na qual se pressupõe a coexistência de proposições contrárias, do singular e do indeterminado - compreender e discursar sobre a experiência desse sofrer. Uma forma de compreensão e discurso sobre o sofrimento que não mais se faz pela descrição e pela sistematização das doenças, como fez a Psicopatologia Geral de Karl Jaspers, a qual nutriu as reflexões da psiquiatria clássica. Uma forma de compreensão que, alimentando-se do pressuposto de que “[...] o pathos manifesta uma subjetividade que é capaz, através da narrativa, de transformar a paixão e o assujeitamento numa experiência[...]” (BERLINK, 2003, p.5), busca resgatar através da escuta, a dimensão de implicação subjetiva do adoecimento psíquico, para transformar o pathos num posicionamento. Neste sentido o ideal da cura, derivado natural da idéia de assistência enquanto tratamento, passa a ser questionado como uma espécie de “[...] busca vã em reinscrever o louco como sujeito da vontade e da razão” (Costa, Nilson, 1995, p.11).

Defendemos anteriormente que os sujeitos são, também, pessoas inseridas dentro de um determinado contexto social que, além de situá-los historicamente, lhes oferecem ou ditam modos de ser e de funcionar em sociedades, a depender do modo de organização social ao qual estejam referenciados. Assim vislumbrando uma paisagem pós-moderna⁴⁸ e pensando que o protótipo ideal contemporâneo se caracteriza por sujeitos velozes, de pensamento e ação rápida, por sujeitos libertados de laços e limitações, por sujeitos desimplicados de si e que demandam dentro de uma cultura desenfreada de imediatismos, uma busca ilimitada de satisfações e soluções também rápidas e práticas e que a todo tempo fazem economia da experiência singular, devemos estar atentos para perceber que mais uma vez o modo de expressão da “loucura” fica marginalizada dessa norma padrão e por conseguinte da curva de normalidade, tendendo, outra vez, a ser re-categorizada no novo

⁴⁸ Se é que podemos de fato nos referir a contemporaneidade a partir dessa noção, já que, muito pertinentemente, alguns autores a criticam quando propõem que o termo seria inadequado, já que se quer conseguimos superar a Modernidade ou mesmo realizá-la no momento histórico em que foi proposta. No momento entretanto, pela falta de uma nomeação talvez mais adequada, trabalharei ainda com a noção de Pós-modernidade.

arsenal de transtornos e síndromes, que nada mais são do que a acomodação da chamada doença mental numa linguagem finamente sintonizada com o discurso psiquiátrico contemporâneo, embora epistemologicamente clássico.

Deste modo, identificamos um novo obstáculo à proposta de desconstrução do aparato psiquiátrico clássico, assim como à proposta inclusiva da reforma. Na qualidade de profissionais que primam pelos processos de elaboração e implicação, deve-se mesmo atentar para os riscos de esvaziamento que práticas de cuidado simplificadoras para atender a demandas de alívio, apaziguamento e cura “[...] podem fazer abortar, interromper [...] ou mesmo impossibilitar o trabalho de enfrentamento do real **e de criação de si**[...] à produção dessa obra aberta [...]” (MAGALHÃES, 2003, p.7. grifo nosso).

Quando nos referirmos a formas de assistência simplificada devemos atentar para todo tipo de prática que faz economia dos processos de elaboração e singularização - somente possíveis quando se encara a experiência da loucura, do adoecimento ou do sofrimento, e não se tenta evitá-las, silenciá-las ou suprimi-las, seja em formas de escuta simplistas seja em práticas excessivamente medicalizantes.

Segundo Foucault (1964, apud Magalhães, 2003) em “A loucura, a ausência de obra”, tem-se dois destinos possíveis para a loucura: o seu desaparecimento, quando reduzida à doença mental e presa ao arsenal terapêutico da psiquiatria, ou sua re- apresentação enquanto experiência criativa, seja na produção artística, seja na invenção de si. Uma vez lidas como doenças e transtornos, patologiza-se os comportamentos, medicaliza-se excessivamente os sofrimentos e pretende-se que estas formas de sofrimento possam desaparecer. A esse respeito Gondar (2003) reflete que “[...] **a dignidade do sofrimento desaparece em função de um porte desubjetivado de transtornos**” (p.15 e 16, grifo nosso).

Com relação aquele primeiro destino Foucault responde que, mesmo sendo de intenção acabar com a loucura através de ações combativas à doença mental e aos transtornos, sintomas e síndromes restaria sempre:

[...] a relação do homem com seus fantasmas, como o seu impossível, sua dor sem corpo, sua carcaça da noite[...]; uma vez o patológico posto fora do circuito, a sombra pertença do homem a loucura será a memória sem idade de um mal apagado em sua forma de doença, mas obstinando-se como desgraça (1964, p. 211, apud, MAGALHÃES, 2003, p.8).

Desta forma pensamos que um grande desafio para uma proposta de atenção e cuidado em saúde mental sintonizada com o quadro de referências da reforma psiquiátrica consiste em lutar:

[...] pela criação de territórios existenciais onde se reúnam e se potencializem práticas clínicas e sociais com capacidade de enfrentamento e resistência à captura pelos circuitos fechados da psicopatologia[...] e seus poderosos instrumentos de apropriação e destruição da experiência subjetiva da loucura, assim como, no limite, de qualquer mal- estar inerente à condição humana (MAGALHÃES, 2003,Ibid, p.11).

Gondar (2003) em seu artigo “Clínica, Desejo e Política” faz um importante convite à reflexão do nosso papel profissional dentro desse mercado mundial que vemos solicitar, e ao mesmo tempo produzir, indivíduos maleáveis, fluidos e rapidamente adaptáveis às mudanças, para que não funcionem como “[...] obstáculos ao rolo compressor da nova ordem” (GONDAR, 2003, p. 15). Nesta reflexão diz que o nosso difícil compromisso é o de poder “[...] inventar modalidades clínicas de enfrentamento dos problemas [...], construindo saídas para a singularização no momento em que o socius trabalha[...] para esvaziar o potencial desejanste das subjetividades, o seu potencial de crítica e de revolta” (p. 15).

Mas, “O que significa efetivamente para alguém precisar delirar para existir, como uma modalidade de ser?” (BIRMAN, 2003, p.17). A ruptura e redescritção de uma outra visão do humano vão refletir em outro modo de leitura e concepção, dentro do projeto da reforma psiquiátrica, do que vem a ser o adoecimento psíquico e o sintoma. Estes, bem diferente da

idéia clássica de que carregavam em si e sinalizavam um erro do projeto racional, são lidos como sinais de um sofrimento que pode ainda enunciar a emergência do desejo singular e denunciar a falha, não da subjetividade, mas da produção padronizada de subjetividade; não enquanto erro, mas como espécie de tentativa de resistência às intenções homogeneizadoras e ditatoriais da sociedade. E deste modo revisitados, não podem mais ser vistos como “[...] transtorno, nem problema[a ser erradicado], [...]”, mas como “[...] brechas, intervalos de liberdade que o sofrimento instaura [...]” (GONDAR, 2003, p.16, acréscimo nosso).

Se nutirmos o nosso pensamento numa linha freudiana nos conduziremos a compreender que o sintoma, as produções delirantes e alucinatórias seriam mesmo uma tentativa do sujeito de dar sentido a uma experiência subjetiva conflitiva, ou ainda, “[...] uma tentativa de solução, uma estratégia de existência diante de problemas colocados para um sujeito que talvez não tenha encontrado palavras ou ações afirmativas para enfrentá-los [...]” (GONDAR, 2003, p.16); tentativas de restaurar relações rompidas com o mundo. Um modo de padecer que tem “[...] uma parcela de protesto e denúncia [...] é um sinal de vida aflito e aturdido, mas mesmo assim um índice de que a condição desejante se mantém, a despeito da violência dos imperativos” (Ibid, p.16 e 17).

Pois bem, o sofrimento de quem o sintoma é porta-voz nos indica que algo não está bem, não no sentido de erro ou descarrilamento dos trilhos da razão, mas, de algum modo, como um meio de comunicar esse estado de dor psíquica, que refletem, ao mesmo tempo, um corpo e um social; comunicação esta que cada um vai fazer da forma que lhe é possível, e aí teremos um amplo leque de manifestações.

No pensamento freudiano pode-se dizer que existe o potencial de “[...] uma crítica fundamental às terapêuticas antidelirantes [...] que representam o delírio como desvio da razão e como perda da função subjetiva” (BIRMAN, 1992, p.87). Intencionando-se fazer um uso criterioso desses referenciais psicanalíticos na assistência ao sofrimento psíquico devemos

procurar não inscrevê-la no projeto do alienismo que, prescreve o que Birman (1992) vai chamar da neurotização da psicose, como finalidade última a ser empreendida; prescrição que se sucede quando se procura “[...] medir a distância entre a loucura e o sujeito da razão para justificar a sua falta [...]” (BIRMAN, 1992, p.87). A noção de doença mental, tão cara ao discurso da psiquiatria clássica, ganha para a ética da reforma uma outra apresentação. Neste sentido:

Basaglia utiliza a expressão ‘doença mental’ propositalmente entre aspas, não para negar a sua existência, mas para colocar sob suspeição a possibilidade de esse conceito, tal como cunhado pela psiquiatria, dar conta da complexa experiência que representa [...] proporcionando ao conceito permanentes condições para sua própria transcendência [...] De doença mental para a existência - sofrimento, o fenômeno psíquico deixa de ser um mal obscuro que afeta as pessoas e passa a ser um fenômeno complexo, histórico, um estado de não- equilíbrio [...] (AMARANTE; ROTELLI, 1992, p.52).

Todo modo de intervenção se sustenta numa visão de mundo, de homem, de saúde e doença, de assistência e cuidado; todo modo de intervir é pautado num campo epistemológico. Resignificar o sintoma e a experiência de sofrimento a partir dessa ótica implica, portanto, em assumir também uma outra forma de se intervir, pressupondo outros modos de conceber a assistência e o cuidado ou a atenção ao sofrimento pois, o sintoma, na condição de possibilidade de fazer emergir o desejo singular, pede por um lugar de escuta, de continência, não de contenção. “Sendo assim, não há o que ser corrigido [...] Não há o que ser abolido” (CORBISIER, 1992, p.10), mas há o que ser escutado e acolhido como forma de receber o sofrimento e poder facilitar a sua transformação numa experiência integrada para quem o vivencia. Neste sentido Corbisier (1992) vai considerar o que chama da escuta da diferença como um dos modos antimanicomiais de lidar com a loucura na medida em que argumenta que recuperar a tradição socrática de que falar pode promover alívio da dor psíquica.

Através desse auxílio numa leitura freudiana de sujeito e sintoma, pensa-se que se abre um campo de possibilidades para a gramática da reforma em relação à forma de conceber assistência, na qual o peso normativo da razão possa ser relativizado frente a outros valores, como a aceitação da diferença, a inclusão, o respeito à pluralidade de formas existenciais.

3.2. Por uma clínica antimanicomial

Diante dessa nova paisagem de referências, pensamos na assistência ao sofrimento psíquico em saúde mental propondo que a noção de cuidado pode sintonizar epistemologicamente melhor com esse novo desenho do humano do que, por exemplo, a noção de tratamento, já que como vimos, a idéia de tratar implica numa intenção de cura - meta questionável quando se pensa no sofrimento enquanto aquilo que atravessa e marca o humano.

Se a noção de tratamento implica num ideal de cura e, se, ao mesmo tempo, é sabida e reconhecida essa impossibilidade com relação ao sofrimento psíquico, propor esta idéia nos serviços é lançar uma promessa inexequível, uma ilusão, mesmo porque se pensarmos que no sofrimento psíquico não há o que ser corrigido, mas acolhido, elaborado e integrado, esse ideal de cura torna-se mesmo, na melhor das hipóteses, desnecessário e, na pior, um contra-senso. A noção de cuidado como forma de diligência, atenção ou desvelo e preocupação, parece assim mais coerente⁴⁹ com o referencial sobre o qual o Movimento de Reforma Psiquiátrica pôde desembocar.

⁴⁹ Não se deve pensar todavia que a nossa preocupação se limita a uma discussão terminológica. Ela é sem dúvida o nosso ponto de partida, mas certamente não o de chegada, pois lembremos, como nos ensinou o filósofo Wittgenstein, que as palavras refletem uma “forma de vida”. Sendo assim o uso de um termo e não de outro, envolve um processo de responsabilização para com “a forma de vida” ou o sentido e a direção na qual um ou outro aponta. A propósito, como nos advertem outros filósofos, as palavras estão sempre grávidas de significados existenciais.

Por isto nos parece que a noção de cuidado, nesta perspectiva, pode atender, sintonizar e conter uma idéia cara ao discurso da reforma psiquiátrica, que é a idéia de acolhimento ao sofrimento psíquico, que implica, mais do que atender, em receptividade, em hospitalidade⁵⁰ e ainda na idéia de abrigo a dor psíquica. É assim que entendemos que a idéia de acolhimento é tão cara a proposta da reforma quando sugere a necessidade de receber, abrigar a dor psíquica, cuidando daquele que sofre.

Assim, diante do novo quadro de referências epistemológicas, diante da revisão de algumas noções de base, o discurso da reforma pôde pensar a loucura como manifestação complexa de formas e possibilidades do humano (Barros, 1990). O sofrimento psíquico demanda cuidados e não mais correção, reparação ou tratamento. Fomos convidados a lançar um outro olhar e um outro modo de lidar e abordar o sofrimento psíquico, o que implica, necessariamente, repensar e reescrever, outro modo de operar com ele, certamente distinto daquele que vinha compondo os modelos clássicos fundados na filosofia asilar.

Portanto nessa perspectiva deixa de ser legítimo que se adote fórmulas e dispositivos voltados somente ou prioritariamente para a eliminação de sintomas. A esse respeito Corbisier (1992) nos sinaliza para a urgência em não se responder rapidamente às queixas sintomatológicas, mas também para urgência de se mediar crises com perguntas e tentativas de falas que “[...] muitas vezes, diluem a urgência de uma resposta-tampão, transformando-as em pedido de ajuda [...]” (CORBISIER, 1992, p.12), evitando o que nomeia de “cenas atuadas” ou “pronto-respostas da ordem da ação⁵¹”. Deste modo complementa Corbisier (1992) que, ao contrário de conter a emergência, quando “[...] a ação é substituída por um

⁵⁰ Vale ressaltar, segundo o Minidicionário da Língua Portuguesa Antônio Olinto, a distinção entre hospitalidade e hospitalização, pois o primeiro termo fala tanto de uma qualidade de hospitaleiro como de uma ação de hospedar, mas ainda de um significado de algo acolhedor. E, já o termo hospitalização, refere-se a um “ato ou efeito de hospitalizar-se” (p.274), que implica ainda na idéia de internar-se em hospital que é sinônimo de “estabelecimento onde se [...] tratam doentes” (Olinto, 2001, p. 274).

⁵¹ Essas pronto-respostas da ordem da ação ou cenas atuadas são ações usualmente recorridas no sistema asilar tais como a sedação com psicofármacos e a contenção com a força física. Mas se pensarmos a seu respeito enquanto toda e qualquer medida que implique numa espécie de evitação da experiência ou fenômeno da loucura, e onde não há lugar para a palavra que poderia conferir algum sentido, poderemos encontrá-la em muito mais ações do que as duas acima descritas.

texto, pode emergir então a urgência em questão [...]”; fenômeno que a autora avalia da natureza de uma espécie de nascimento, ou ainda “Momento de nomeação, de multiplicação, de muita tensão, de dor, de sofrimento e também de alívio” (Ibid, p.12).

Seguindo essa linha de pensamento diremos que as intervenções, acompanhando a complexidade da experiência do adoecer, devem visar para além do aspecto sintomatológico, a inscrição ou reinscrição da pessoa no exercício da cidadania e no vínculo à vida social. Isto porque se entende que o adoecimento é um momento de intenso sofrimento psíquico, difícil e limitante, mas que, não mais se definindo pelo crivo da razão - que fez do louco um não-cidadão e um não-sujeito - não mais se superpõe a quem o experiencia, não o totaliza, não o aprisiona nessa experiência, nem faz da pessoa alguém sem passado construtivo e sem futuro promissor. A crise é nessa ótica um evento de vida e não mais uma fratura na continuidade da existência, e, embora possa se repetir, pode, a cada novo momento, ser superada.

Trabalhar com essa perspectiva do resgate do exercício da cidadania é, ainda, poder sinalizar para outro lastro ético –da diferença – norteando os fazeres e ainda endereçar-se no caminho da dissolução do paradoxo estrutural⁵² ao qual a cidadania do louco fez-se identitária a partir do paradigma da razão. Somente com um referencial da existência de diferenças subjetivas e não da igualdade da razão é possível pensar em trilhar caminhos que levem ao exercício de ser-cidadão para os diferentes. Neste sentido dizemos que é como se as cláusulas do contrato social tivessem sido revisitadas de modo a poder incluir nele o que antes era excluído, ou somente possibilitado através dos procedimentos de correção passional ou, como coloca Birman (1992), de ortopedia moral.

Vemos essa revisão como a condição possibilitadora da existência de liberdades existenciais. Para Rotelli (1987,apud Barros 1994 a, p.55) a noção de terapia é pensada justamente em “realargar os espaços de liberdade internos do ser humano, no sentido de sua

⁵² A respeito desse paradoxo ver Capítulo I.

emancipação. Para isso é necessário emancipar, também, o ambiente no qual vive, pois não é possível aumentar a liberdade sem aumentar o estatuto de liberdade a sua volta”.

Qualquer reforma mais estrutural que se pretenda vai exigir que se possa iniciar pelo reconhecimento desse paradoxo. Isto implica em assumir que “[...] não existe absolutamente nos loucos nenhuma falta a ser preenchida para se transformarem em sujeitos da razão e da vontade” (BIRMAN, 1992, p.89). Neste sentido é preciso lembrar que o modelo ideal de sujeito e de cidadania construído pelo pensamento iluminista foi apenas uma das muitas modalidades possíveis de subjetivação e, a figura antropológica da loucura nos atesta para essa diversidade.

Busca-se ler o sujeito em sua diversidade e procura-se não adotar, em primeiro plano, critérios pré-definidos ou categorias genéricas que ante-definem o sujeito previamente a sua apresentação e que hiper-reduzem a margem de liberdade que sua movimentação singular lhe conduz. Aliás, ao contrário da lógica clássica, a singularidade e a diferença não devem ser disciplinarizadas, controladas, ou ainda sucumbidas frente a um suposto normal. É a demanda complexa do usuário - na qual podem encenar questões relativas a afeto, sociabilidade, relação familiar, casa, trabalho, dinheiro, alimentação, poder contratual, questões jurídicas ou burocráticas - o norte pelo qual se deve percorrer na assistência ao sofrimento e na identificação de possíveis respostas, sendo estas, inventadas a cada situação, portanto sempre novas, diversificadas e múltiplas (Barros, 1994 a).

Não se tem um caminho pronto a ser percorrido, sendo eles tecidos no próprio caminhar. “Cada decisão apresenta-se como uma possibilidade não representando a verdade, mas uma escolha dentre múltiplas opções, um exercício vivo que impõe riscos [...]” (BARROS, 1994 a, p.147).

Isto nos conduz a pensar na “tomada de responsabilidade” de que nos fala Dell’Acqua e Mezzina (2005, p. 174 e 175) e que se refere a que se possa “[...] assumir a demanda com

todo o alcance social conectado ao estado de sofrimento ou [...] a disposição para apreender as diversas formas e os momentos da existência que sofre”. A consequência mais imediata desse princípio é que um serviço substitutivo, como no caso dos CAPS, devem estar inscritos em uma série de atos e eventos de cuidado que os precedem e os sucedem, de modo tal que ele possa funcionar como um segmento de intervenção dentro de uma rede de atenção que deverá estar estruturada em vários níveis para corresponder a esse modo de organização da assistência, e não como o único recurso de resposta a existência que sofre. Desse modo o CAPS acolhe um momento da crise, devendo contar com outros elementos da rede que também possam acolher outros momentos.

Estimula-se a superação da crise ou do momento de adoecimento sem, entretanto, intencional ultrapassá-los, suprimi-los ou erradicá-los, mas transpassá-los. Deve-se procurar “[...] colocar a crise no interior de uma série de nexos que são capazes de torná-la compreensível [...]” (DELL’ ACQUA; MEZZINA, 2005, p. 164), acolhendo-a, recebendo-a em sua singularidade e complexidade para estabelecer com ela uma relação de cuidados, de troca, de compartilhamento, ou ainda, como nos diz Lobosque (2003, p.24), “[...] uma interlocução efetiva com a experiência da loucura; seria preciso, enfim construir um coletivo político capaz de falar em seu próprio nome”.

Esse posicionamento vai implicar, como nos faz refletir a autora, “[...] numa espécie de reviravolta [...]” (LOBOSQUE, 2003, p.24) em que se possa problematizar até inviabilizar a reprodução do mandato de controle social, uma vez delegado aos técnicos, de cerceamento ou tutela que tende a anular a participação do sujeito, subtraindo-lhe a condição de cidadão. A esse respeito Barros (1994 a, p.111) nos comunica que “ao apoio, à tutela, à defesa adiciona-se [...] a atribuição de responsabilidade àquele que está mal”. A esse respeito avalia, em contrapartida, que mesmo um serviço territorial como o CAPS pode “[...] provocar o isolamento da pessoa de seu contexto, paternalizando-a e impedindo-a de confrontar-se

com os efeitos de suas ações, criando, dessa forma, um estado de dependência institucional” (BARROS, 1994 a, p.111). Dell’Acqua e Mezzina (2005, p.168) nos fazem pensar que estas são “formas estéreis de protecionismo e defesa passiva dos direitos do paciente como indivíduo”; formas estas contrárias à idéia de emancipação e que novamente comprometem o exercício da cidadania pela operação de retirada das responsabilidades iminentes a esse posicionamento.

Estes autores vão defender que uma ação terapêutica só pode existir no interior de “[...] uma relação de reciprocidade real, e é apenas com o ‘risco’ da liberdade do doente que o técnico é colocado num mesmo plano, mantendo em perigo a sua própria liberdade” (BARROS, 1994 a, p.56). Partindo do pressuposto de que se deve conviver com a liberdade e responsabilidade dos usuários a tradição basagliana vai defender que não se deve assumir a idéia da inimizabilidade da ação como um vetor de orientação para os serviços. Ao contrário, deve-se procurar reconhecer no sujeito a capacidade, ainda que alterada pelo estado de sofrimento, de poder discernir suas ações (Barros, 1994 a).

Mas a autora se pergunta: “Seria o doente mental capaz de entender, discriminar, escolher?” (Ibid). À sua pergunta ela mesma responde que “[...] ao desvincular o elo doença mental e periculosidade-inimizabilidade, seria possível investigar caso a caso, analisando cada história [...] para que fosse possível definir se aquela pessoa acusada de ato infrator tinha ou não posse de suas faculdades mentais plenas” (Ibid, p.134).

Tal conjuntura pode fomentar nos técnicos sentimentos de uma certa desordem, que é própria desse acompanhamento e interação efetiva com muitas movimentações singulares; “[...] produto instável do trabalho, lento e nem sempre vitorioso, de ruptura com o esquema positivista e sua lógica de separação, objetificação e classificação” (BARROS, 1994, p.109). Essa percepção pode, entretanto, se não recebida como fazendo parte de uma dada realidade marcada pela alteridade e pela incerteza, impulsionar um conjunto de ações ou reações nos

técnicos que tendem, pela ameaça, se enlaçar nas amarras de rígidas posturas institucionais. Deste modo adoecem a si próprios e, uma vez descuidados de si, tornam-se impossibilitados de cuidar dos usuários, de trocar, de compartilhar, para talvez adentrarem, por espelhamento, numa difícil relação de identificação.

A reviravolta que o exercício da clínica antimanicomial vai produzir não se faz possível sem “[...] a mais firme e decidida responsabilização pelas ações a que se propõe [...]” (LOBOSQUE, 2003, p.30). A autora avalia que se confundirmos o compromisso assumido com o sacrifício imposto, “[...] se nos sentimos coagidos ou forçados pelo cumprimento de nossa própria palavra [...]” (Ibid), seremos conduzidos ao registro da culpa, e, diz ela, “[...] quando se trata de culpa [...] as auto-recriminações costumam fazer-se seguir das mais consoladoras auto-justificações. Quando assim é, a questão da responsabilidade permanece intocada – imobilizando nosso movimento” (LOBOSQUE, 2003, p.30).

Lobosque (2003, p.26) se pergunta então: “[...] como ordenar-se, convivendo sempre com um certo desarranjo? Como cuidar, como gerir, sem impedir a desordem dos nascimentos, das invenções, das proliferações? [...]”. É assim que para Barros (1994 a) a “[...] organização na ‘desorganização’ é um projeto que pressupõe enorme solidariedade e compromisso pessoal [...] e exige também uma organização institucional transparente e forte e a criação de mecanismos que dificultem as defesas [...] e impeçam a recusa da demanda” (BARROS, 1994 a, p. 109). A partir desse tipo de discussão adentramos no mérito sobre o cuidado do cuidador/Equipe.

A capacidade do serviço de “colocar-se em crise” (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2005, P.163) e de se transformar, através do confronto com novas necessidades e desafios é uma ferramenta pela qual se possibilita não somente a recepção acolhedora dos múltiplos e complexos pedidos de ajuda, mas também o enfrentamento das situações limite nas quais o

aspecto da periculosidade, tão ameaçador, pode se fazer presente. Enfrentamento que não seja o repasse da situação para outra instituição ou ainda a contenção acrítica.

Um aspecto interessante dentro desse amplo espectro de revisões e novas construções diz respeito ao aspecto do tempo. Segundo Dell'Acqua e Mezzina (2005, p.182) o tempo dentro de um serviço que se pretenda inscrever-se no projeto anti-manicomial, “[...] deve ser preenchido com atos, presenças e prestações úteis à pessoa em crise, ou reconhecidos como úteis pela própria pessoa”. E mais, “O tempo organizado e administrado pelo serviço deve se articular com o tempo próprio do paciente [...] O respeito ao tempo próprio do paciente é um [...] fator de reforço/conservação das potencialidades de ‘sujeito’[...]. (Ibid, p.182). A partir dessa reflexão os autores nos auxiliam a pensar que “[...] se o próprio tempo de resposta à necessidade tende a [...] quase se adequar à demanda [...] colocada pelo paciente em crise, este será um importante fator na resolução da mesma”(Ibid, p.186).

A partir dessa desconstrução de um paradigma clássico o papel dos profissionais, técnicos, gestores e pensadores da saúde mental centra-se na necessidade de construir serviços e modalidades interventivas que, efetivamente, substituam e superem a lógica manicomial, que estão para além da criação de alternativas a ele (Barros 1994b). Permanecer com modalidades de assistência permeadas pela noção de que cuidar é produzir a diminuição ou o alívio de sintomas psíquicos é, para a perspectiva apresentada, realizar um desserviço ao usuário, pois estará se combatendo exatamente a estratégia que lhe permite lidar com sua dor psíquica, denunciar e resistir a modos de subjetivação dominante.

Não escutar o sintoma de modo complexo é, portanto, não permitir que ele encontre lugar no mundo daquele que sofre; é não permitir que ele passe a apontar para novos modos de singularização, novas possibilidades de existência para aquele sujeito; é, ainda, contribuir para a sua cristalização e criar uma situação propícia a sua cronificação; é, em última instância, impossibilitar que esse sujeito, ao seu modo, possa integrar esse sofrer para

transformá-lo em experiência. É, em última análise, não cuidar do usuário de acordo com a ética da Reforma psiquiátrica, mas permanecer a repetir o que Birman (1992) chama do incansável mito das origens no qual uma prática se apresenta modulada de outros instrumentos, sejam físicos, sejam tecnológicos, sejam humanos, mas continua ligada, em sua natureza, ao projeto do alienismo, fundante das práticas asilares.

Nós, os “profissionais sociais”, como fomos denominados por Guatarri e Rolnik (1986), temos, portanto, a urgência de estar cada vez mais nos comprometendo com o que nos aponta o desejo ou as possibilidades psíquicas e existenciais do sujeito, com a promoção dos processos de singularização e não com a proposta social de ajustamento ao ideal normatizante vigente. Isto é o que possibilita, dentre outras coisas, uma postura de uma clínica como uma ação política, ainda que num contexto microsocial. E neste sentido, a clínica antimanicomial tem todas as ferramentas para se aproximar de uma prática política, pela aproximação com a ética que a proposição da reforma psiquiátrica pôde inaugurar. “Um modo de relação que pretende transformar a condição dos homens- eis uma definição que serve, ao mesmo tempo, para a clínica e para a política” (GONDAR, 2003, p.14). Ao considerar essa caracterização política de transformação, cara ao discurso da reforma psiquiátrica Lobosque (2003) indaga, por exemplo:

[...]onde se encontram, afinal, esses núcleos do movimento, onde técnicos, usuários e familiares se encontrem como parceiros políticos, para além de sua condição de terapeutas-pacientes, onde se promova um projeto de convívio entre a loucura e a cidade, onde as questões do trabalho, da moradia, do convívio social, do combate à discriminação sejam realmente abordadas? (LOBOSQUE, 2003, p.28).

Fazendo uso do legado da experiência italiana diremos que há a urgência de se pensar em“ [...]projetos de *invenção* de novas formas de cuidados em assistência psiquiátrica” (AMARANTE, 1992, p.11). Tais projetos devem ter como preocupação e compromisso em primeiro lugar o outro que demanda ajuda, não deixando que filiações e categorias teóricas,

ou enquadres institucionais rígidos passem a frente do contato com esse outro em sua experiência de sofrimento. A autonomia é uma meta do projeto emancipatório que passa a ser estimulada, porém não perseguida⁵³. A meta de controle e da disciplinaridade, enquanto metas asilares, devem ceder lugar à expressão do singular.

A instituição inventada, conseqüência do processo permanente de desconstrução, passa a ser uma multiplicidade de serviços e circuitos que buscam superar cotidianamente os vícios dos saberes completos, **os vícios das instituições totalitárias**, para produzir trocas sociais, possibilidades e subjetividades sempre novas e plurais (AMARANTE, 1992, p. 54, grifo nosso).

Num sentido amplo, esse processo de desconstrução é interminável na medida em que representa o questionamento constante das possíveis cristalizações ou desses vícios institucionais e asilares.

Sabemos que figura do louco perde ao longo da história a condição de sujeito-cidadão, e nós, temos como tarefa, a partir da cartilha da reforma, estar atentos a forma de exercer o cuidado, nos questionando a respeito do que estamos fazendo pelo o não ofuscamento da diversidade subjetiva, pelo resgate da cidadania e da autonomia e pela reinscrição social. Esse tipo de questionamento é a ferramenta que nos aproxima da possibilidade de realizar uma práxis, ou seja, uma prática que contemple o ideário promulgado.

Vale dizer que, trabalhar na perspectiva da reinscrição dos sujeitos no mundo, vai requisitar um trabalho permanente de re-educação com o sócio; um trabalho de constante transformação que visa a construção de um outro lugar social para a loucura, que representa a diferença subjetiva. Assim vemos a proposta da reforma demandar a discussão da problemática do sofrimento psíquico atravessar os muros das instituições para chegar no seio da sociedade, pois é dela que vem o sujeito e é nela que ele precisa estabelecer sua vida, da

⁵³ Não se pode perder de vista que o fundamental é que possamos nos exercitar para exercer uma postura de respeito às individualidades em suas diferenças. Certamente nos deparamos cotidianamente com subjetividades que falam de uma grande dificuldade para assumir um posicionamento mais autônomo.

forma que lhe for possível. Portanto, é juntamente com esse social que se deve trabalhar na perspectiva da mudança, sendo as famílias, geralmente, a primeira via de acesso.

Apresentamos um modelo de redefinição da assistência que vai além de questões técnicas e, como sugere Bezerra (1992), é preciso que possamos atacar os pontos de sustentação sob os quais a própria sociedade se fundamenta e autoriza práticas sociais, clínicas, psicológicas, psiquiátricas, etc, que permaneçam na lógica da segregação e da violência contra o sofrimento psíquico. A esse respeito Barros nos alerta de que o sistema tende a delegar o problema aos técnicos, e, se as respostas forem apenas técnicas, a instituição perpetuará a violência que queria negar em seu primeiro ato [...]” (BARROS, 1994a, p.56).

O Movimento de Reforma Psiquiátrica avançou da discussão de um de seus temas privilegiados – a assistência – para se inscrever em um empreendimento amplo de poder contribuir para a construção de um outro lugar social para a loucura na nossa tradição cultural; lugar este do diferente, da diversidade e da inclusão, e que possa reconhecer a diferença do universo da loucura sem que isso implique na retirada da loucura do campo da verdade (Birman, 1992), ou dos possíveis existenciais.

Sabemos, no entanto que uma cultura, estando atrelada a um processo histórico não realiza saltos, e neste sentido não poderíamos esperar que o Movimento de Reforma Psiquiátrica conseguisse, de forma rápida e prática, apesar de ser regido por uma legislação específica⁵⁴, a modificação estrutural que se pretendeu. Ademais, se levarmos em consideração que tais proposições de transformações somam apenas três décadas e estão contra uma cultura psiquiátrica asilar de, no mínimo, duzentos anos e que ao longo desse tempo instrui a sociedade quanto a forma negativa de ver o louco e segregatória de lidar com a loucura, não poderemos supor a sua efetivação por completo, ainda.

⁵⁴ A lei nacional que rege a reforma psiquiátrica é a de nº10.216 e que reflete o consenso possível entre o projeto original de Paulo Delgado e a versão final modificada do projeto que o substituiu, incluindo outros anteriores favoráveis e contrários ao projeto original, tentando assim, dentre outras medidas, redirecionar o modelo da assistência. Para um maior aprofundamento ver a Legislação em Saúde Mental (Brasil, 2004).

Nesse sentido, dizemos que esse movimento ganha feição de luta a favor de uma desconstrução de valores e imaginários culturais de preconceito, até mesmo daqueles que conscientemente desejam destruí-los, configurando-se pois, como uma luta difícil e temporalmente extensa que se faz presente ainda hoje. Na ótica de Amarante (1995b, p.85): “[...] em que pese ainda a participação social, a aprovação de legislações de reforma psiquiátrica e o surgimento de um grande número de serviços, o modelo psiquiátrico asilar em pouco foi afetado”.

Mesmo o discurso da Reforma tendo avançado, enquanto postura ideológica, na prática, onde as dificuldades acontecem “[...] não quer dizer que o manicômio esteja morto, ele persiste, às vezes mais limpo, modernizado ou humanizado” (BARROS, 1994b, p.175). No campo da assistência, na relação dos profissionais com a dita loucura, percebe-se, como coloca Corbisier (1992), um caminhar oscilante que, ao mesmo tempo em que ensaia novas formas de cuidado, tende a repetir, alguns passos da trilha asilar, devido a herança cultural que carrega.

Da arquitetura às normas, uma mesma lógica dita a grade nas janelas ou a regra que limita o consumo do café para um usuário que o pede sem cessar. Uma mesma lógica dita a cisão entre o território dos técnicos e o dos loucos ou o seu perambular ocioso e sem sentido pelas áreas dos serviços. Uma mesma lógica dita a contenção, medicamentosa ou física, como recurso a toda agitação, invalidando a palavra [...] (ABOU-YD; SILVA, 2003, p.42).

De modo semelhante Bezerra percebe que,

[...] esse tem sido aparentemente o caminho pelo qual propostas de reformulação da assistência psiquiátrica se desfiguram em experiências de miniaturização [...] do espaço asilar. Tal como uma sombra, essas propostas freqüentemente trazem – atrás de novos modelos de intervenção – mecanismos mais sutis de controle e de regulação normatizante (BEZERRA, 1992, p. 113).

Lobosque (2003) avalia que se há conquistas, há também impasses que precisam ser identificados. Neste sentido, parece haver mesmo uma dificuldade de se implementar na prática o discurso antimanicomial proposto, e este parece ser o nosso grande desafio. A partir de então temos em mão um panorama de conflitos e desafios. A ruptura radical com o manicômio representa ainda a efetiva ruptura com nossas identidades profissionais que,

[...] nos lança num processo revolucionário singular. Nosso fazer deve [...] romper com as gêneses fundantes de cada profissão para inventar um outro campo e um outro saber[...] Deve ser desalienado e crítico o bastante para que nele possamos reconhecer os nossos traços (ABOU-YD; SILVA, 2003, p.42).

Mas, se por um lado a contradição é o nosso campo, a fecundidade de novas idéias encontra nela a sua morada, disponibilizando ferramentas para uma “Profissão possível e gratificante, se abirmos mão de ideais de saúde ou de normalidade, e passarmos a ser guiados pelos próprios pacientes para entendermos qual é a sua saúde e onde ele encontra a sua realização pessoal” (MARTINS, 2003, p.51).

Não fazemos algo dado ou previamente prescrito. “Fazemos algo que não existia, tomando a negação por princípio. Não sabemos *a priori* o que fazemos, e necessitamos – nossa prática assim o exige – verificar *a posteriori* o seu valor. Sem culpas ou isenções de responsabilidades” (ABOU-YD; SILVA, 2003, p.43). As autoras nos orientam ainda a nos fazer uma pergunta, a todo instante em nossas práticas, já que se partiu rumo à criação de algo que será eternamente transitório, conforme nos ensinou a tradição basagliana: “o que é isso que produzimos para lidar com a loucura?” (Ibid, p.44).

Tal movimento de constante revisão e crítica não deve nos remeter a posições de descrença, fracasso ou apatia, mas reanimar e reafirmar o nosso posicionamento primeiro de corte e ruptura com a tendência de silenciamento e anulação pelo enquadre do sistema asilar. “O desconforto de nunca concluir, inerente a tal experiência, é superado pela alegria da criação permanente” (ABOU-YD; SILVA, 2003, p.44).

3.3. Um produto da desconstrução: o serviço substitutivo

O Ministério da Saúde elaborou um documento que se apresenta como espécie de cartilha que refere princípios e diretrizes de organização e funcionamento para os Centros de Atenção Psicossocial e, segundo ele, os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica, já que foram criados para funcionar como substitutivos das internações em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2004 b). Trata-se de um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). “Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, personalizado e promotor de saúde” (BRASIL, 2004b, p.13). Segundo ainda o Ministério (2004) as pessoas atendidas no CAPS são aquelas que apresentam um intenso sofrimento psíquico, que “[...] lhes impossibilita de viver e de realizar seus projetos de vida” (p.15). Por isso ele atua estimulando a integração social e familiar de seus usuários em seus territórios, apoiando às iniciativas de busca de autonomia. A orientação dada é que estes serviços possam funcionar de forma articulada com a rede de serviços de saúde, necessitando ainda “[...] de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade [...]” (BRASIL, 2004, p.11). Mais que articulados, os CAPS devem assumir um papel estratégico nessa articulação e no constante tecer da rede, “[...] trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde [...] articulando os recursos disponíveis em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc” (BRASIL, 2004, p.12).

Está incluso no amplo pacote de atividades de um CAPS: o desenvolvimento e gerenciamento de projetos terapêuticos individuais; a dispensa de medicamentos;

acompanhamento de usuários que moram em residências terapêuticas; assessoramento e função de retaguarda para o trabalho do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) na atenção domiciliar, entre outros, que optamos por não citar por não ter relação direta com o nosso foco de investigação.

Outra orientação diz respeito a que suas ações devem estar preocupadas “[...] com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana” (BRASIL, 2004, p.14) a fim de poder acolher o sofrimento de seu usuário. Recomenda-se ainda uma atenção especial ao momento de chegada de um possível usuário no serviço, no sentido de poder favorecer para o início de um vínculo de confiança que possa se estender para um vínculo terapêutico entre o usuário e os profissionais da Equipe que nele trabalham. Sob o aspecto da localização do serviço a recomendação é a de que ele possa funcionar dentro da região de moradia de um conjunto populacional que passará a tê-lo como serviço de saúde mental de referência, localizando-se em local de fácil acesso para facilitar a chegada dos usuários daquela referência.

As modalidades de atendimento dentro de um CAPS são várias e cada usuário participa das que forem pactuadas com ele em seu projeto terapêutico individual. Quem assume esse papel de estar mais próximo de determinado usuário, dialogando com ele seu projeto, fazendo a redefinição do mesmo, sempre que se fizer necessário, recebendo a família e articulando aspectos das necessidades do usuário, é o Terapeuta de Referência (TR).

Há três modalidades básicas de atendimento no CAPS: o Atendimento Intensivo, com atenção diária – em um ou dois turnos – oferecido para usuários que se encontram em sofrimento psíquico mais intenso ou em situações de crises mais acentuadas que colocam grandes dificuldades no convívio social e/ou familiar, requerendo assim atenção contínua; Atendimento Semi-intensivo, no qual o usuário frequenta o serviço menos vezes – em média de doze vezes por mês – pois se considera que esse usuário já não se encontra em situação de

crise intensa, tendo o seu sofrimento psíquico diminuído, com possibilidades de melhora nos relacionamentos, embora se considere necessária a atenção da Equipe para o acompanhamento do usuário nesse momento de reestruturação que foca a sua autonomia; Atendimento Não-Intensivo, no qual o usuário passa a freqüentar o serviço três vezes no mês, por se acreditar que ele já não necessita mais de cuidados contínuos e já dispõe de um convívio social e familiar menos conflituoso.

Além das modalidades de atendimento serem diversificadas, assim também o CAPS disponibiliza diferentes tipos de atividades, indo além do dispositivo de consulta e da administração de medicamentos, para a realização de uma “[...] clínica ampliada” (BRASIL, 2004, p.17) ou uma clínica psicossocial marcada por um tipo de escuta em que se fica atento à complexidade da vida das pessoas, “[...] que é maior do que a doença ou o transtorno”(BRASIL, 2004, p.17). A proposta da clínica ampliada contempla assim: atendimentos individuais e em grupo, atendimento às famílias, atendimento domiciliar, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades culturais, atividades sócio-políticas, passeios terapêuticos, atividades esportivas, entre outras possíveis. Muitas coisas podem acontecer no interior e no exterior de um CAPS como atividades ligadas a ele, “[...] desde que tenham sentido para promover as melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana” (BRASIL, 2004, p.18).

Um aspecto importante dessa cartilha diz respeito às considerações sobre a crise quando se orienta que um CAPS deve portar ambiente acolhedor para que possa incluir pessoas em situação de crise, “[...] muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento acompanhar as atividades organizadas da unidade” (BRASIL, 2004, p.17). Assim coloca-se que “O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS” (BRASIL, 2004, p.17), que é receber essa crise e evitar a sua internação. Para isto conta-se com o recurso do CAPS 24 horas, caso o próprio CAPS não

disponha desse tipo de funcionamento, para o acolhimento noturno e, quando se faz necessário, a permanência em finais de semana, evitando desse modo internações. O tempo máximo estabelecido para esse tipo de procedimento é de sete dias sucessivos ou dez intercalados, evitando com isso trajetórias prolongadas.

Este documento considera que o papel da equipe técnica é de fundamental importância para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico (Brasil, 2004) e além disso que o tempo de permanência dos usuários no serviço irá depender de aspectos como: o tipo de comprometimento que o usuário apresenta em seu sofrimento psíquico; a elaboração de um projeto terapêutico que contemple esse estado; e a rede de apoio familiar e social. “O importante é saber que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário” (BRASIL, 2004, p.27)

Vimos as orientações de funcionamento de um CAPS como portador de um diversificado e complexo, e as vezes até burocrático, sistema de ações e referenciais, mas que apesar de um caráter, por vezes ideológico e não muito comprometido com a crítica ou com o campo de possíveis dificuldades, atende a um princípio de nortear as práticas dentro dos chamados serviços substitutivos – CAPS –nos servindo portanto como um referencial genérico.

Mas devemos pensar, ainda com a ajuda dessa espécie de manual, que, embora sustentados pelos princípios e orientações apresentados, cada CAPS vai desenvolver sua prática e suas ações de modo diferente. Cada CAPS deve ter um projeto terapêutico específico que leve em consideração a participação e contribuição de profissionais, usuários, familiares e comunidade local, na construção de um modo próprio do serviço acontecer, marcando assim a sua identidade.

CAPITULO 4

CUIDANDO EM PENSAR O CUIDADO

Pensar sobre as práticas de cuidado requer um olhar sobre o cuidado que possa nos incumbir de uma reflexão mais elaborada sobre esta noção. Heidegger, enquanto filósofo que tematiza sobre o cuidado, foi eleito para nos auxiliar como um modo de inspiração⁵⁵ nessa tarefa. Mas de que modo pode um uso do pensamento deste filósofo, através suas reflexões sobre o cuidado no campo filosófico, contribuir para um campo que se pretende pensar as práticas de cuidado dentro de uma esfera clínica? Essa é uma questão que propositadamente deixaremos por enquanto em suspenso. Eleger a perspectiva heidgeriana sobre o cuidado como um recurso a nos auxiliar na nossa tarefa de pensar as práticas de cuidado em saúde mental, demanda ainda que se possa resgatar, ainda que brevemente, a discussão filosófico-epistemológica em cima da qual a noção de cuidado se sustenta. Antes de ensaiarmos essa “aventura” situaremos o percurso realizado desde o nascimento da nossa primeira proposta de trabalho no Mestrado, quando uma preocupação sobre o cuidado parecia já estar presente mesmo que, inicialmente, de forma não tão explícita.

Já desde o primeiro projeto sobre a ECT a preocupação com o cuidado enquanto prática em saúde mental se fazia presente. Quando nos propúnhamos a realizar uma leitura da técnica à luz do conjunto de conhecimentos práticos e teóricos da reforma psiquiátrica estávamos, sem o saber, pondo em questão se a técnica tinha como proposta cuidar. Cabia perguntar, por exemplo, no lugar de se a técnica seria válida, se ela cuida e de que modo cuida, tomando como cuidado uma outra perspectiva que não a tradicional da lógica clássico-manicomial.

⁵⁵ Há diversos modos possíveis de contribuição sobre o cuidado na literatura nas quais não adentraremos. E quando situamos que estaremos apenas inspirados no pensamento heideggeriano é para fazer referência que também não nos pretendemos a uma apresentação mais aprofundada do pensamento desse filósofo.

Ao revisitar o nosso o primeiro projeto nos indagamos o porque de não termos pinçado o cuidado como o elemento norteador de nossa proposta, já que hoje ele nos parece tão visível. Mas, como referimos na parte introdutória, algo que sempre nos foi claro era que a técnica de ECT estava sendo questionada apenas como um modo ou exemplo de intervenção possível; modo ou intervenção esses calcados em determinado modelo de assistência⁵⁶. A partir dessa apresentação percebemos então que o significante cuidado já permeava a discussão de algum modo.

No capítulo anterior vimos como o discurso da reforma emerge e propõe uma revisão nas práticas assistenciais de cuidado, sedimentadas ao longo de pelo menos duzentos e cinquenta anos de um fazer psiquiátrico clássico, norteando-se por outros parâmetros e referenciais epistemológicos sobretudo no que diz respeito à noção de homem, loucura, sofrimento psíquico, assistência e cuidado.

No caminho de dotar a nossa questão investigativa de mais clareza e com a referência em mente de que a ECT seria apenas um exemplo de modalidade interventiva de assistência, que emerge no bojo da lógica clássica, pudemos perceber que a preocupação que nos lançava no desejo de investigação era, mais, com a possibilidade de presentificação dessa lógica clássico-manicomial nas atuais práticas de cuidado em saúde mental. Preocupação que se expressa no desejo de compreender se as nossas práticas de cuidado estão lançadas no exercício de sintonizar e promover a lógica desconstrutiva e inventivo-criativa da reforma psiquiátrica e de que modo elas vêm se comprometendo com sua ética.

Assim, o que inicialmente emergiu como primeira proposta de investigação pôde se apresentar como abertura para uma nova direção investigativa. Era o cuidado e não dava mais para não escutá-lo ou não percebê-lo porque, complexamente, estávamos num processo de sermos afetados por ele. Era sobre as práticas de cuidado que nos questionávamos e era essa

⁵⁶ Até então temos utilizado o termo assistência como correspondente ao termo cuidado. A partir das reflexões de inspiração heideggeriana porém, uma distinção será introduzida ao debate de modo a conferir ao cuidado uma maior especificidade. Veremos isto ainda no presente capítulo.

temática que de fato nos mobilizava para nortear e demandar um estudo mais acurado no qual as nossas preocupações, que traduzem um cuidado com o cuidar em saúde mental, ou ainda, uma atenção para com as formas de cuidar, pudessem ser expressas e investigadas.

O fato de ser proposta da reforma uma mudança de bases epistemológicas e valores culturais que ao longo de dois séculos e meio foram solidamente enraizados no imaginário social e técnico-científico não garante, por si só, uma modificação no plano dos acontecimentos, isto é, na prática dos serviços.

Esta é uma preocupação com a qual temos nos confrontado, não só no nosso atual posicionamento de pesquisadora, mas, sobretudo na situação de atora na qual pudemos ter a experiência de viver um leque de dificuldades que a atualização daquele projeto implica na ocasião dos acontecimentos complexos dos serviços. Tínhamos a impressão de que as nossas raízes epistemológico-culturais ainda nos eram muito arraigadas para que se pudesse viver, praticamente, a filosofia incentivada pelo discurso da reforma. Mas, ao mesmo tempo em que compreendíamos essa dificuldade, questionávamo-nos sem cessar sobre, finalmente, que tipo de assistência um usuário recebe num serviço de saúde mental que se pretende substitutivo da lógica clássico-asilar.

Deste modo, aliada a algumas experiências profissionais que nos renderam, além de alguns incômodos, muitas inquietações, a nossa proposta investigativa pôde emergir de forma quase autônoma e decidida. Como um serviço específico de saúde mental estaria cuidando de seus usuários? De que modo ele estaria a aproximar o seu modo de cuidar da ética contida no projeto da clínica antimanicomial? No tempo em que essas questões puderam emergir, fomos inaugurados em alguns debates filosóficos acerca da fenomenologia existencial, os quais nos oportunizaram grande ressonância para o desenho que vínhamos traçando de nossa pesquisa. Surge, assim, a nossa intenção de recorrer a esse campo filosófico, mais especificamente a

noção de cuidado, para que, inspirados em leitores daquele filósofo, pudéssemos abrir um diálogo facilitador da realização da nossa tarefa investigativa lançada.

O cuidado dentro do pensamento heideggeriano remonta o pensamento sobre o ser e a existência. O ser na perspectiva heideggeriana não tem atributos de essência, pois como coloca Critelli (1996, p.130), “[...] não há referência ao ser como expressão gramaticalmente substantiva, mas fala-se de ser, gramaticalmente, como uma expressão verbal que através de cada homem que é (nasce), recebe sua peculiar conjugação”. Ser poderíamos dizer, seria a expressão de uma das possibilidades que se faz possível para alguém em dado momento. Ser implica ainda no estar sendo dos homens no mundo. Ademais esta compreensão do ser, sendo, ou lançado em possibilidades e não como portador de uma essência ou substância prévia à ação de ser é o que garante ao pensamento heideggeriano um afastamento do pensamento metafísico.

A existência é trazida por Heidegger em *Ser e Tempo* (1999) como palavra que designa um modo de ser. Em “O que é Metafísica” este filósofo nos faz perceber que o único “[...] ente⁵⁷ que é ao modo da existência é o homem. Somente o homem existe” (HEIDEGGER, 1969, p. 72). A título de exemplificação diz-se que a pedra é, a árvore também é; entretanto elas não existem. Existir de acordo com essa perspectiva é condição exclusiva do ente humano e o que caracteriza o ser do ente homem é a consciência desse existir.

Aqui cabe um alerta: dizer que somente o ente homem existe não implica que só ele é um ente real e que os demais seriam mera aparência ou fruto da representação do homem. Todos os entes seriam reais, só que com níveis de possibilidades distintas, da mais restrita – tais como a dos exemplos acima – até a do homem que, de tão ampla, contém inclusive a

⁵⁷ O ente seria o ser, sendo. Tudo aquilo que é ou ainda a presentificação do ser no plano ôntico. “Um elefante numa floresta virgem da Índia é tão bem ente, quanto um fenômeno de combustão química no planeta Marte ou qualquer coisa outra”(HEIDEGGER,1978, p.35). Neste sentido o homem também é ente, só que um ente diferenciado.

possibilidade de não ser. Isto porque existir, nessa perspectiva, “[...]não tem o sentido de algo que tenha concretude, que esteja aí disponível a uma apreensão perceptiva ou cognitiva. Existir quer dizer captar e responder àquilo que se apresenta[...]” (ALMEIDA, 1999, p.45).

Nesta ótica o cuidado é entendido como algo que faz parte do ser do homem, isto é, uma disposição ontológica. Isto implica em dizer, ainda, que o cuidado diz respeito a condição humana. Neste sentido, nós humanos, somos uma estrutura de cuidado e o cuidado deixa de ser apenas aquilo que podemos, ou não, ter em determinadas ocasiões ou setores de nossas vidas, para ser aquilo que constitui o homem: aquilo que o homem é. Segundo Almeida (1999) o homem não tem cuidado, ele é cuidado. Essa noção de cuidado vai além de uma visão que carrega uma representação altruísta de doação ao outro. Sendo o cuidado uma espécie de estrutura dessa condição ontológica humana, ele só irá se concretizar e se presentificar no plano ôntico – da existência. É cuidando que somos.

Se o cuidado se presentifica na existência, o próprio existir já é tarefa de cuidar para o ente humano pois o ser deste ente, diferentemente dos outros, e possuidor de um amplo feixe de possibilidades quanto aos modos de ser, fica impossibilitado a qualquer fixidez em sua caracterização. E uma vez não afixado, existir torna-se, para ele, tarefa que sempre se apresenta como solicitação de cuidar de existir.

Isto pode ser melhor explicitado se pensarmos que, nessa perspectiva, o ente homem tem como condição e diferença ontológica com relação aos outros entes a possibilidade de modalizar-se em inúmeras possibilidades, já que tem a condição de perceber que ser, para ele, não lhes é dado como algo determinado, acabado e resolvido, ou ainda, como uma resposta pronta. Daí que “[...] para o homem ser não é apenas uma possibilidade de manifestar-se, de aparecer modalizando seu próprio aparecer, mas ser é também, uma questão” (CRITELLI, 1996, p.48). Questão essa que se expressa em cuidar de ser enquanto tarefa da condição

humana. “Ser para o homem, é um problema, algo em litígio a ser resolvido para adiante, sempre” (Ibid, p.48).

É assim que o cuidar é compreendido como uma tarefa de *dar conta de ser* e, portanto, esse *dar conta de ser* é algo que estará na responsabilidade do homem, isto é, sob seus cuidados, sempre: uma questão inesgotavelmente sob resolução. Por isso, ser é sempre um projeto, um estar lançado, uma abertura sempre possível mas nunca certa. Ser só deixa de ser esse possível na ocasião da morte, que fecha o campo aberto dos possíveis. Mas enquanto vivo, existindo e cuidando de ser, o homem “[...]se emprega, se empenha, se reserva, se omite, enquanto vive” (CRITELLI, 1996, p. 49).

Se existir implica em cuidar, nós humanos estaremos sempre incumbidos de cuidar e mais que isso, estaremos sempre cuidando, cada um a seu modo e possibilidade a cada momento. O cuidado tomado na perspectiva heideggeriana não pode, portanto, ser pensado como específico das práticas psicológicas, por exemplo. Assim também, o exercício constante do cuidado não deve ser confundido, sempre, com sua possibilidade afirmativa, ou ainda, necessariamente como modo de ter preocupação com ou de acolher, no sentido de conceder abrigo. Há formas tanto afirmativas quanto negativas de exercer o cuidado (informação verbal)⁵⁸. Toda expressão de ser cuidando de ser, cuidando de existir, seja afirmativa ou negativa, é compreendido como cuidado. Cuidar positivamente de alguém ou mesmo de si próprio é uma possibilidade, mas não a única. Precisaremos suspender temporariamente a idéia do cuidado enquanto expressão apenas afirmativa de acolhimento.

Se há formas afirmativas e negativas do cuidar podemos pensar que essa noção de cuidado apresenta uma perspectiva mais ampla do sentido de cuidar do que o que freqüentemente costumamos ter como referência, isto é, em sua acepção positiva, enquanto atitude de preocupação ou ação de acolher. Aqui, cuidar não se restringiria mais, somente, à

⁵⁸ Perspectiva apresentada por Jesus Vasquez em palestra conferida em 2005 na Universidade Católica de Pernambuco.

ação de acolher, abrigar, hospedar, por exemplo, muito embora possa assumir esta apresentação. O cuidar pode ser expresso também como cansaço, como indiferença, como não acolhimento, entre outras tantas possibilidades de expressão do cuidar. Critelli (1996) coloca que até mesmo o ato de suicidar-se, significando o homem se negando radicalmente a *ter que ser cuidando de ser*, seria compreendido como uma forma cuidar daquilo que lhe foi entregue para tomar conta e ficar sob sua responsabilidade: a vida.

Há no plano da existência infindáveis formas de cuidar, bem como infindáveis formas de se ser. Lembremos: o cuidado heideggeriano é expressão de ser e basta existir para receber a tarefa de cuidar de ser. E mais, ele é então expressão de ser-no-mundo, e ser-no-mundo é com-os-outros, por isso, o cuidar heideggeriano implica em cuidar de ser-no-mundo-com-os-outros. Assim, o homem “[...] vai cuidando de ser si mesmo enquanto singularidade e pluralidade, no desenvolvimento de seu destino pessoal e coletivo” (HEIDEGGER, 1974, apud CRITELLI, 1996, p.119).

Se o fato de existir implica em cuidar, o habitar o mundo implica em várias formas de se habitá-lo e de se ser. Por isso, “O sentido de ser – o *rumo* do ser – expressa-se como um modo de cuidar dos modos de se cuidar da vida” (CRITELLI, 1996, p.120). A forma de se habitar o mundo é, portanto, uma forma de cuidar de ser.

Desde muito cedo, quando “recebemos” por herança um mundo já em andamento, somos convidados a fazer um recorte nele a partir de nossas escolhas – sejam elas claras ou não para nós próprios – e eleger o que vamos cercar, o que tomaremos sob a nossa responsabilidade e de como procederemos diante do que tomamos. O cuidar é seletivo: nós embora vivamos no mundo, com as coisas do mundo, com os outros homens e com nós mesmos, não vivemos no mundo inteiro, nem também com todos os homens, mas delimitamos um universo e selecionamos o que estará sob nosso cuidado.

Deste modo, “[...] os homens escolhem o que vai estar sob seus cuidados, aproximando-o e afastando-o de sua cercania, de sua cotidianidade, de seu mundo vivido, de sua atenção, de seu interesse” (CRITELLI, 1996, p.120). Quando elegemos aquilo que vamos cuidar isto não implica entretanto que nós nos modalizemos necessariamente acolhedores para com o outro do nosso cuidado, seja ele um outro, nós mesmos, ou o mundo. Esta nos parece uma importante distinção da noção de cuidado em Heidegger.

Outro aspecto que nos cabe pontuar, de acordo com Critelli (1996) é que se o cuidado implica em escolha três aspectos devem ser levados em consideração. Um nós já tratamos aqui e diz respeito ao que, por ora, se elege para cuidar. Um outro envolve a dimensão de como se vai cuidar, que implica em maneiras de se cuidar ou ainda modos de cuidar. Ainda um terceiro aspecto nos remete, segundo a autora, mais propriamente ao âmbito do sentido e diz respeito ao que a autora chama de “*modo de cuidar do modo de cuidar*” (CRITELLI, 1996, p.121), daquilo que se toma sob cuidados. A título de melhor esclarecimento da proposição ela exemplifica dizendo: “Cuida-se, por exemplo, planificadamente (modo de cuidar) do dia-a-dia. Mas como?” (Ibid, p.121). Diante disso, sinaliza como possibilidade de *como se cuidar do cuidar mesmo*, uma grande diversidade de estados afetivos que nomeia de “estados de ânimo” do tipo: entusiástico, triste, indiferente, distraído, eufórico, de mau humor, cansado, vitimizado, devoto, despótico e tantos outros que a criatividade humana possa nos apontar.

Critelli (1996) nos indica ainda que esses estados através dos quais cuidamos de existir são via de acesso ao sentido de ser, na medida em que nos possibilita perceber em que estado de ânimo o ser cuida de certo momento de sua existência, seja de si próprio, do seu mundo e dos outros, ou ainda, de como esse ser cuida de ser-com-os-outros. Se ser é algo da responsabilidade do homem, os estados de ânimo vão sinalizar como cuidar de ser, tal como

“[...] um termômetro que indica como estamos acontecendo nesse mundo”(ALMEIDA, 1999, p.48).

Segundo Critelli (1996), esse questionamento de como o homem cuida de ser-com-os-outros vai conduzir o pensamento heideggeriano a se questionar se própria ou imprópria⁵⁹. Podemos pensar no modo impróprio como um modo mais inautêntico ou impessoal – e isso em nada se associa a qualquer julgamento moral – em que se cuida de ser como se é no mundo, como os outros são, segundo um padrão ou uma demanda social. Critelli (1996, p. 122) reflete que “o que compõe a impessoalidade, ou seja, seus assuntos e seus elementos, é tudo de que se cuida e os modos de que se cuida – em todas as alternativas disponibilizadas histórico-culturalmente”.

Vasquez (2005)⁶⁰ pensa que o cuidar psicológico seria apenas uma possibilidade ôntica de cuidado do plano da existência e não a única. Neste sentido, nós profissionais de saúde mental, além de cuidadores de nossa existência, poderíamos nos apresentar como cuidadores de estados de ânimo, na medida em que eles assinalam formas de *cuidar do cuidar mesmo*.

O profissional de saúde, em sua condição de ser-no-mundo, é duplamente implicado na tarefa de cuidar visto que, além do caráter ontológico e existencial, possui implicado em seu ofício institucionalizado, o cuidar de outros como tarefa [...] Dada a nossa condição, somos todos nós, ao mesmo tempo e em todo o tempo, cuidadores e carentes de cuidado (ALVES, 2005, p.113).

Para Vasquez (2005), o cuidado psicológico se estabelece como mais uma condição do impessoal na medida em que, constituído sócio-culturalmente, está disponibilizado como mais uma alternativa de cuidar do ser na sociedade.

⁵⁹ Como essas duas noções heideggerianas não estão no cerne da nossa discussão, nos contentaremos em apresentá-las sem detalhá-las.

⁶⁰ Informação verbal conferida em palestra na UNICAP em 2005 por Jesus Vasquez.

A esse respeito poderíamos nos perguntar⁶¹ até que ponto o nosso fazer psicológico em saúde mental, como um modo de ocupação do cuidado, na condição do impessoal também responde ou cuida do outro impessoalmente? Ou ainda, se adotarmos o referencial da reforma como lentes a nos auxiliar, poderemos identificar práticas de cuidado em saúde mental afirmativas ou sintonizadas com estes referenciais?

Critelli (1996), embasada no pensamento heideggeriano, vai nos esperar quando coloca que mesmo quando somos convocados a desenvolver modos impessoais, o fazemos, cada um, a seu modo peculiar e assim, diz a autora: “Não nascemos apenas plurais e para sermos impessoais”(CRITELLI, 1996, p.122), sinalizando que mesmo na impessoalidade há espaço para a singularidade, para o peculiar transitório de cada um que, em constante fluir, está sempre sendo e já, ao mesmo tempo, deixando de ser inestancavelmente.

Assim também, a condição de pessoalidade absoluta⁶² nos seria insuportável já que ela implicaria em não identificação com nada nem ninguém no mundo, ou seja, um rompimento do ser-no-mundo-com-os-outros. Porque estamos sempre marcados por um modo de ser impessoal ou impróprio pensamos que a condição de ser próprio ou de ser numa condição de pessoalidade ou autenticidade maior será sempre um exercício que fará parte da tarefa de cuidar de ser, como possibilidade de experimentarmos “ser nós próprios⁶³”, de modo menos impessoal.

A esse respeito colocamos em reflexão: não seria essa uma de nossas propostas dos nossos modos de ocupação psicológica? Isto é, auxiliar pessoas a “prestar mais atenção” no que lhes aponta o seu modo de ser singular, podendo afrouxar um pouco o cinto das amarras

⁶¹ Isto é o que mais na frente estaremos a discutir.

⁶² A partir dessa reflexão fica mais claro o que mais acima explicitamos, quando dissemos não estar contido uma idéia de julgamento moral nestas noções heideggerianas de impessoal e pessoal.

⁶³ Quando se fala em poder ser nós próprios implica em termos a condição de nos lançarmos nos possíveis vir-a-ser do ser-sendo; o que é, não raramente, causador de fortes doses de angústia pela possibilidade de nos reconhecermos indeterminados e sem certezas. A esse respeito sabemos apenas o que fomos ou o que estávamos sendo e que já não somos mais. Não nos vemos fixado em outra identidade ou tripé, do qual nos falava Clarice Lispector em “A paixão segundo GH”. É a queda de um sentido nosso - de ser - e neste momento uma outra tarefa nos é colocada para que possamos continuar cuidando de ser.

micro e macro-sociais, ou seja, desses outros em nós? Se pudermos responder afirmativamente a essa questão deveremos concordar que o nosso cuidado clínico em saúde mental não poderia estar afastado dessa incubência, sob pena de não conseguirmos escutar o que os sintomas daqueles que apresentam um intenso sofrimento psíquico possam estar sinalizando no sentido do seu modo ou possibilidade de ser singular.

O que cada um pode vir-a-ser como nos diz Critelli (1996) é “imodelável” em uma imagem, representação ou conceito que o defina. Somos, assim, possibilidades que não devem ser confundidas com a idéia de alternativa ou probabilidade de sermos isso ou aquilo, e nem também, como potencialidade para, pois está contemplado, no campo dos possíveis existenciais, por exemplo, o “não ser nada”. Neste sentido pensamos que é coerente pensar nas possibilidades humanas enquanto interminável diversidade.

De acordo com essa perspectiva tudo o que o homem pode referenciar sobre si próprio é o que estava sendo, como estava escolhendo cuidar das coisas e do mundo que o cerca e como estava cuidando do próprio cuidar. Tudo o mais é puro projeto que se configura como um se lançar constante e interminável “[...] em direção a dar conta de ser, segundo suas próprias possibilidades”(CRITELLI, 1996, p.125). Isto porque a vida humana está sempre em deslocamento, em permanente devir, de modo a impossibilitar qualquer fixidez em sua apreensão. Heidegger (1999) denominou essa condição da vida humana de inospitalidade e a caracterizou, como algo que é próprio do habitar do humano enquanto ser-no-mundo e que marca em nós a presença constante da angústia e a experiência de desabrigo que a todo tempo se quer superar. A angústia é pensada como uma disposição fundamental pertencente à constituição do Dasein⁶⁴. É a própria condição de ser-no-mundo e o caráter mobilizador de estar lançado sem fixidez ou certezas aquilo que a angústia revela: o ser para o poder-ser. “A angústia arremessa o ser-aí para seu próprio poder-ser-no-mundo [...] ela revela o ser-aí como

⁶⁴ Termo alemão utilizado por Heidegger(1999) que designa o ser-aí e representa o ente homem.

ser possível e que somente a partir de si pode obter uma singularidade” (ALMEIDA, 1999, p. 53).

Entretanto essa mesma incerteza e constante devir são apontados como sendo a condição de liberdade que a angústia possibilita, desde que o homem possa lidar com eles pois se assim o puder haverá reconhecido a fluidez e a incerteza como algo que é próprio do existir, podendo ser mais livre e experimentar um modo menos impessoal. Essa liberdade só seria interrompida diante da morte, ocasião em que “[...] o eu terá realizado a sua última possibilidade” (Ibid, p.125).

Assim, a fenomenologia existencial, marcada pelo pensamento heideggeriano pode ser lida como “[...] um olhar que distingue e vê além do impessoal, portanto, à diferença da metafísica, ela conta, necessariamente, com a perspectiva da singularidade”(CRITELLI, 1996, p.128), sendo este aspecto um elemento que diferencia o homem heideggeriano daquele tematizado enquanto sujeito epistêmico. Na perspectiva da fenomenologia existencial o sujeito seria, como assinala Critelli(1996), um “realizador de cuidados”.

E nós profissionais, que fizemos de um dos nossos modos de ocupação do cuidar de ser na existência o próprio cuidar, o cuidar psicológico em saúde mental, de que modo estamos cuidando dos nossos “outros”? Com que estados de ânimo nos direcionamos a esse cuidar? E mais, como estamos cuidando desse cuidado que temos disponibilizado aos “outros” para que ele, enquanto prática de cuidado possa existir e se manter enquanto tal? Esses são questionamentos que estão no centro das nossas indagações sobre as práticas de cuidado em saúde mental e que viemos nos colocando ao longo do pensamento desenvolvido, sendo sobre eles que estaremos ensaiando possíveis discussões nos capítulos subseqüentes.

Já tivemos oportunidade de dizer no capítulo um que em cada cultura, em cada discurso sócio-cultural há uma meta de adequar os sujeitos ao ideal vigente seja ele de saúde, estético, intelectual, moral, etc. Na ocasião, dissemos que em cada momento histórico

circulam dispositivos que operam na sociedade promovendo as normas e os padrões ideais, bem como medidas de ajustes que circunscrevem os sujeitos a eles. Então pensemos: seria esta configuração um modo de cuidado do social para com os sujeitos dentro de uma perspectiva heideggeriana? Podemos responder que sim, na medida em que a cultura orienta a partir de um *ethos* uma forma de estar no mundo, isto é, uma forma de cuidar de ser si mesmo e dos outros; é a cultura definindo um *modus operandi* de existir. O que não podemos dizer, entretanto é que ela seja uma forma de cuidado necessariamente afirmativa para todos os sujeitos.

Neste sentido, se adotarmos essa noção heideggeriana sobre o cuidado poderemos dizer que vimos, ao longo dos dois primeiros capítulos uma variedade de modos de cuidar do ser, cada uma em função de um *ethos* e que, só em função dele, se modaliza positiva ou negativamente. Vimos a figura do “louco” ser digna do reconhecimento e do respeito social na Grécia Antiga; vimos ainda ela ser, ao mesmo tempo exaltada e temida na Idade Média e vimos também o que chamamos de uma sucessiva “queda da loucura” quando o *ethos* da razão é solidamente constituído, ocasião em que o “cuidado” para com a loucura passa a ser o da reclusão e a tutela.

Pensamos que a perspectiva de cuidado apresentada nos possibilitou um alargamento na leitura que viemos trabalhando, ancorada na tradição teórica da reforma. Assim, a questão que nos fizemos quando iniciamos esta seção, isto é, de que forma o pensamento heideggeriano poderia nos auxiliar na nossa tarefa de pensar as práticas de cuidado em saúde mental, tendo como pano de fundo o *ethos* da reforma psiquiátrica, pôde então ser, por ora respondida, tanto na ampliação do que até então vínhamos tomando como cuidado, como também pelo leque de questionamentos já citados que se somaram a temáticas central da reflexão da nossa pesquisa.

Partindo do pressuposto heideggeriano da possibilidade de formas de cuidado afirmativas e negativas, e considerando que o nosso lastro ético – norteado pelo discurso que envolve o debate da reforma psiquiátrica – referencia, digamos, algumas afirmativas para as práticas de cuidado em saúde mental, perguntamos: de que modo o Centro de Atenção Psicossocial Espaço Azul vem tentando “afirmar” as suas práticas de cuidado com relação ao que propõe a filosofia da reforma psiquiátrica?

CAPITULO 5

UMA DISCUSSÃO METODOLÓGICA: CAMINHOS SUGERIDOS PELA QUESTÃO

5.1. Caminhando pela noção de perspectiva

Antes de apresentarmos a nossa filiação ou as nossas escolhas com relação às mais variadas formas de caminhar ou encaminhar uma pesquisa quanto à metodologia, supomos importante apresentar algumas problemáticas filosóficas que estão na base dessas escolhas metodológicas, funcionando como apoio epistemológico às nossas decisões na eleição de caminhos que julgamos mais adequados para nos aproximar daquilo que buscamos em uma pesquisa: compreender o nosso foco de investigação, qual seja, as práticas de cuidado e sua relação com a ética da reforma.

Estamos nos referindo à problemática do *ser* daquilo que nos é questão, e de sua *verdade*. Quando nos lançamos numa tarefa investigativa estamos antes nos questionando sobre algo que desconhecemos e que desejamos saber. O modo como nos posicionamos para conhecer e para considerar o que captamos já diz de uma filiação filosófico-epistemológica.

Na nossa tradição ocidental identificamos, de um modo geral, duas grandes tendências. Para uns, a questão pode ser formulada na tentativa de responder ao que é determinada coisa ou fenômeno; para outros, a questão se formula em termos de como determinada coisa ou fenômeno se dá ou de que modo ele se estabeleceu na ocasião da pesquisa. À primeira modalidade de questionamento cabem respostas do tipo descritiva e de sentido único, dotadas, por isso de caráter de verdade absoluta; à segunda, mais compreensiva, admite a multiplicidade de sentidos, o que implica ainda numa postura permissiva de convivência plural e numa relativização do discurso da verdade.

Podemos dizer que a primeira forma é representada freqüentemente pelo discurso científico de tradição metafísica, enquanto que a segunda, se posicionando como um contraponto a esse modo tradicional, é problematizada, tecida e composta por uma pluralidade de campos: filosóficos, psicossociológicos, psicanalíticos e, guardando suas especificidades, todos comungando do desejo de construção de outros desenhos de apreensão do real que possam se distanciar dos impregnantes valores metafísicos e neste sentido, todos aspirando uma singularidade no modo de olhar e interpretar esse real.

Mas essa é uma aspiração que só se torna possível na medida em que é dada a largada para o difícil exercício de se lançar em outros solos epistemológicos que traduzem outros referenciais filosóficos de compreensão de homem, mundo, pensamento, ser, verdade, tempo, etc, distintos daqueles que recebemos como herança cultural. Assim a nossa tarefa de apresentar um método solicitou-nos, antes, recolocar esse debate a fim de poder situar o nosso posicionamento frente a ele, apresentando com qual partilhamos filosófica e epistemologicamente e nos vestimos para lançar luz acerca das práticas de cuidado.

Podemos dizer que o interior desse debate traduz um embate entre *verdade* e *perspectiva*. A *verdade* representando o saber absoluto que reflete uma essência das coisas, inabalável quando descoberta, e a *perspectiva* invocando o caráter de provisoriedade, mutabilidade e relatividade da própria *verdade*, por não partir da crença dos discursos essencialistas. Assim quando dizemos que essa discussão reflete um embate é entendendo que a noção de perspectiva, assim como avalia Critelli (1996), representa um ponto de tensão para o discurso científico tradicional quando põe à reflexão esse caráter estável e absoluto da verdade, assim como a via de acesso a ela.

Se recorremos a um pensamento fenomenológico existencial colocaremos uma crítica ao pensamento metafísico, não para propor a substituição de seu discurso de verdade por outro de natureza similar, ou apontá-lo como uma inverdade ou erro mas, para sinalizar os

seus limites. A proposta de uma crítica a esse pensamento nos convida, portanto, a superação do equívoco sobre a soberania de sua perspectiva que se auto caracterizou de absoluta e nos fez aceitar essa via como a “[...] única perspectiva adequada, viável e válida para a aproximação entre homem e mundo[...]” (CRITELLI, 1996, p.12 e 13).

Esse discurso do qual nossa proposta buscou se distanciar realiza, em nome da absolutividade da verdade, uma expulsão e uma negação da relatividade própria dos fenômenos, afastando assim o inseguro e a incerteza próprios do viver, através de conceitos e de proposições engessadas. Na avaliação de Critelli (1996) essa expulsão fornece um ponto de segurança para o pensamento que, de fora do mundo e à distância, se projeta para olhá-lo.

Um ponto fora do mundo que ex-tranhe o homem suas situações de vivências, de suas sensações e sentimentos; um ponto que possa retirar o homem das condições mais básicas de sua humanidade. E é aí, num suposto ponto em que o homem se alocaria fora de si mesmo, que Descartes instala o Cogito- um poder humano, embora sem humanidade, equívoco quanto a sua soberania e sua independência [...] (CRITELLI, 1996, p. 14).

Neste sentido, podemos pensar que somente através da precisão metodológica do conceito e da privação da intimidade entre homem e mundo é possível a utopia de garantir ao conhecimento sua unicidade e conseqüente imutabilidade (Critelli, 1996), ou o tal ponto de segurança que, se lançarmos um olhar clínico, o perceberemos como fruto do confronto do homem com sua incerteza própria, na tentativa desesperada e irrestrita de superá-la.

Se a fluidez, a incerteza e a indeterminação dos fenômenos são o que os constitui, ao contrário de qualquer essencialidade, as diversas possibilidades de aparecimento e apreensão dos mesmos não devem, mesmo a contra-gosto das vontades metafísicas, ser encaradas como falha nem de seu mostrar-se, nem também de quem o lê, mas, modos próprios e possíveis tanto do mostrar-se quanto do pensar. Assim também as noções de falsidade e de irrealidade de um fenômeno perdem suas forças explicativas.

Deste modo, se a primeira postura busca, como coloca Critelli (1996), a “estatualização desse mosaico vivo” para possibilitar o conhecimento, a postura fenomenológica, que pode ser melhor explicitada como uma atitude diante da atividade do conhecer e não uma corrente teórica, só compreende a possibilidade desse conhecer através da aceitação dessa fluidez. Portanto trata-se de um conhecer marcado por uma relatividade que “[...] diz respeito à provisoriedade das condições em que tudo o que é vem a ser e permanece sendo” (CRITELLI, 1996 p.15). Se a vida e os fenômenos humanos estão sempre em deslocamento, em permanente devir, torna-se ilusória qualquer tentativa de fixidez em sua apreensão.

Através desse auxílio podemos refletir que o “ser” das coisas, dos nossos objetos de investigação e dos fenômenos não está consumado nem na sua conceituação, nem encapsulado em si mesmo como essência, mas no próprio lidar dos homens com eles. A esse respeito Critelli (1996) nos diz que nós humanos não nos dirigimos às coisas diretamente e simplificada em sua presentidade, mas mediados por uma trama fluida de significados que nos faz percebê-las de modo distinto. “Quando as coisas mudam é porque mudaram nossas idéias a seu respeito, mudou a serventia que tinham para nós, nosso interesse por elas [...]” (CRITELLI, 1996, p.17). E tão logo isso ocorre o sentido se desfaz, gerando angústia e desproteção, até que novos sentidos possam emergir.

Pois bem, é essa condição de insegurança - em que estamos todos lançados - a fonte de possibilidade do conhecimento, desde que a nós se torne possível lidar com ela sem proposições endurecidas e ações cristalizadas, e sem se intencionar ainda transpor a insegurança do ser pela segurança do saber. Este é um exercício que se apresentou como desafio para este trabalho. É neste sentido que uma postura fenomenológica, enquanto viés metodológico, se apresentou como uma alternativa de leitura e condução de nossa

investigação, e forneceu subsídios para apresentá-la como uma pesquisa clínica de natureza qualitativa.

5.2. Para cada questão, um caminho epistemológico

Pensamos na investigação como um processo em que se coloca em andamento uma interrogação, “[...] todo querer saber, querer compreender que se lança interrogante em direção àquilo que o apela, que o afeta, que provoca sua atenção e interesse” (CRITELLI, 1996, p.26). O modo como se lida com essa interrogação é, ao nosso ver, o que marca uma diferença de posicionamento entre uma postura metafísica e algumas não metafísicas, mas clínicas, quer sejam fenomenológicas, psicanalíticas ou psicossociológicas.

Mas, independentemente de em quais filiações nos assentemos, pensamos que o fundamental a deixar dito é que nos lançamos à compreensão do foco de investigação por nós delineado – as práticas de cuidado e a ética de reforma – buscando percorrer o movimento de sua singularidade, mantendo com ele uma relação de perplexidade e nos filiando a ferramentas teóricas que, como lentes, nos possibilitaram uma leitura plural que nos vinculou a um campo transdisciplinar, inspirada pela Psicopatologia Fundamental.

Quando nos indagamos sobre o modo de cuidar e a relação com a ética da reforma, no serviço que elegemos para realizar o nosso estudo, reconhecemos um não saber sobre eles, ainda que estivéssemos inundados de sentimentos, percepções e impressões a seu respeito. E mais, procuramos nos posicionar diante dele reconhecendo uma alteridade até então desconhecida, sendo para ele – em seu próprio acontecer dinâmico e fluídico – e não para as nossas filiações teóricas, que direcionamos e dirigimos nossas questões sobre aquilo desejamos compreender.

Neste sentido o ato de interrogar foi o ponto de partida de nossa pesquisa. Mas ele foi mais que o ponto de partida na medida em que foi ainda a bússola que norteou o caminhar

lançado. Aliás, foi a questão, quando esclarecida, que possibilitou esse pôr-se a caminho em direção aquilo que se desejou saber, sem que nos sentíssemos completamente à deriva, muito embora sempre tenhamos nos sentido não fixados, por completo.

Ao admitirmos que a questão foi um ponto de orientação da investigação, tendemos a nos afastar da idéia positivista de que os recursos instrumentais devem ser prioritários numa pesquisa. Nosso posicionamento clínico foi o de que eles deviam estar a serviço da interrogação funcionando e aparecendo no caminhar da pesquisa quando solicitados pela questão e de modo provisório. Assim também procedemos com os instrumentos de registro, já que nessa perspectiva clínica eles não são considerados como acesso garantido ao sentido que se pretendeu uma aproximação, não havendo nenhuma forma deles que garanta, por si só, a conquista de sentidos. Assim, diz Critelli (1996, p. 135 e 136): “Tudo vale: visitas, gravações, entrevistas, vídeos[...] Só não vale é acreditar que o apanhado pelo instrumento de registro, por si, revele a totalidade do buscado, nem mesmo que ele [...] tome o seu lugar”. E diz mais: “É preciso [...] não tomar o cuidado do registro como algo mais importante do que ir em busca do que há para ser registrado” (CRITELLI, 1996, p. 136).

Com o auxílio de um posicionamento clinico-fenomenológico, a compreensão dos fenômenos de nossa investigação confundiu-se com eles próprios, não enquanto coisas em si mesmas, mas enquanto presença fluídica no mundo, expressa no próprio horizonte do viver, no universo da existência do *ser-com-os-outros*, na cotidianidade.

Isto porque algo só se mostra para um outro e na relação estabelecida com esse outro. Aquilo que vimos, portanto, foi marcado pela nossa presença e modo de relação com ele. E deste modo, uma inevitável singularidade marca o nosso olhar que convive com outros olhares possíveis. Esse modo de nos posicionarmos foi possibilitado a partir de uma importante inspiração que a fenomenologia nos ofereceu: o fenômeno – e não mais o objeto – em ação de mostrar-se vai depender de como cada um pode vê-lo.

Não mais se defende a idéia de um mostrar-se por completo. O fenômeno realiza um jogo de aparecer e desaparecer que lhes é próprio, constante e, ao mesmo tempo em que se mostra, oculta-se, parecendo mesmo resistir a ser visto ou compreendido integralmente. Se ele está condicionado a aparecer para outro(s), já que tudo que se mostra o faz para um espectador, este aparecer vai variar de acordo com cada perspectiva ou olhar⁶⁵ para os quais ele se mostra e com os quais ele se relaciona. Há, neste sentido algo que Critelli (1996) denomina de uma relação inextirpável entre um olhar e a coisa, configurando, assim, um fenômeno.

Para a fenomenologia o problema do “ser” é da ordem da existência, pois é nela que os seres acontecem. Assim a cotidianidade e o senso comum, antes desprovidos de valor, ganham um lugar de reconhecimento, pois entende-se que é nessa cotidianidade existencial que é possível perceber um certo mostrar-se dos fenômenos. Assim, “[...]o ser de tudo o que há está no estar sendo dos homens no mundo, falando e interagindo uns com os outros” (CRITELLI, 1996, p.45); está na própria situação histórica, localizada e concreta de ser-no-mundo-lidando-com-as-coisas-e-falando-com-os-outros; está nos diferentes modos de ser, nas inúmeras possibilidades de se ser, na trama de sentidos articulada entre os homens. O ser muda exatamente porque não está atrelado à materialidade da coisa e porque nem a própria coisa é um em si.

Sendo o fenômeno da ordem de um mosaico vivo, processual e a todo tempo mutante, a fenomenologia aposta e conta com ele como possibilidade, também mutante, de conhecê-lo, dispensando assim o recurso de sua eliminação.

Conhecer, desvelar ou desocultar o fenômeno nessa perspectiva é a ação de tirar determinado fenômeno, temporariamente e para alguém, da situação de oculto; refere-se um

⁶⁵ Esse olhar não pode ser concebido como um olhar puro, abstinente de interferências e determinações, sendo atravessado e composto por elementos culturais, sociais, psicológicos, situacionais, civilizacionais, entre outros tantos possíveis. Mas desse modo constituído, esse olhar vai funcionar como luz que permite o aparecimento das coisas.

pôr luz em algo por um determinado momento e ocasião, por determinado alguém. “Trazer algo à luz não significa instituir sua presença completa [...] mas desvelar o seu significado; o aspecto ou a perspectiva da coisa inscrita como sua possibilidade e do nosso relacionamento com ela” (CRITELLI, 1996, p.72). O que é trazido à luz não tem possibilidade de se manter desvelado⁶⁶ para sempre, nem também de um modo constante.

É assim que uma mesma entidade, por sua caracterização de fenômeno, pode ser desocultada segundo diferentes perspectivas, de acordo com diferentes tramas de significação. Não havendo verdades em si a serem descobertas, mas possibilidades de desvelamento – fruto do modo de relação estabelecido com o próprio fenômeno – pensamos que o melhor modo de conhecer as práticas de cuidado do serviço em questão e sua relação com a ética da reforma era aproximando-nos dele para possibilitar esse modo de relação entre ele – o serviço – e nós que interagimos e falamos sobre ele.

É a linguagem que concerne às coisas um modo de aparecimento e podemos dizer que mesmo as coisas estando no mundo em sua materialidade física, elas só passam a ser o que são e como são quando faladas. O que está oculto aos nossos olhos num determinado momento não é como um lado de algo a que não temos acesso e que num movimento postural de virada pudéssemos acessar. As faces ocultas não são como lados da coisa em si, mas possibilidades próprias do fenômeno.

Mas as coisas ganham sentido ou deixam de fazer sentido em função ainda do modo como as sentimos, a partir de estados emocionais pelos quais nos sentimos afetados ou tocados de modo distinto e pela forma como nos posicionamos em dado momento no mundo.

Se aceitarmos todas essas considerações não podemos concordar, como pensou o discurso metafísico, que os estados afetivos são fontes de confusão para o conjunto de informação a respeito do mundo, mas, pelo contrário, canais através dos quais temos como

⁶⁶ Desvelado nessa perspectiva não pode ser confundido como descortinado, mas como algo que sai do estado de ocultamento em determinada ocasião, para determinado alguém.

possibilidade conectar e expressar o sentido que as coisas têm para nós. E, mais uma vez, o que para a tradição metafísica é obstáculo, para nós, foi auxílio na possibilidade de conhecer. Se o que as coisas são está para além de sua materialidade e objetividade, os nossos canais de encontro com elas também devem ultrapassá-las para figurar em outros registros.

Uma proposta de ação no campo metodológico como a nossa, que bebe de uma influência clínico-fenomenológica, admite várias possibilidades de caminho para uma aproximação e interpretação do real. Serão diversas possibilidades de articulações metodológicas, sempre desenvolvidas num acordo com a questão e com o fenômeno que provocaram um desejo de querer saber a seu respeito.

Ao buscarmos um sentido para aquilo que se elegeu como destaque nessa pesquisa, procuramos compreendê-lo como a expressão de uma das possibilidades que se fez presente na relação entre o nós – pesquisador – e nosso dado. Isto porque, nesse modo de compreensão, faz parte do real interrogado aquele mesmo que interroga. Por isso, procuramos priorizar os ecos, as sinalizações e as orientações do nosso olhar de interrogador naquilo que nos lançamos a compreender. Tudo aquilo nos sensibilizou e afetou – lembranças, sensações, sentimentos, idéias – por mais irrelevante que puderam parecer, foi levado em consideração e mereceu nossa atenção. Afinal, “esse mesmo real que se quer conhecer só chega a ser, inclusive, pelo nosso olhar” (CRITELLI, 1996, p. 134).

Essa é uma postura que solicita de nós interrogadores a coragem de um certo aventurar-se nisso que é próprio do viver e foi deste modo, que tentamos conduzir nosso trabalho teórico-prático, sendo não raramente conduzidos por ele. Veremos esse percurso em breve.

5.3. A questão lançando uma destinação/um caminho para pesquisa

Vamos ao início dessa “aventura”.

Tudo começou com algumas perguntas...um estranhamento.

Na verdade eram muitas perguntas que vinha nos fazendo, ou quem sabe, fazendo-se em nós; perguntas, perguntas e mais perguntas. Mas, além disso, perguntava-nos ainda, que tratamento dar a elas já que insistiam em não silenciar. Veio a proposta do Mestrado. As perguntas iniciais pareciam ser acrescidas de outras tantas. A essa altura sentia-nos não pouco confusa pois, apesar de dispor de um leque de perguntas que já tinham como sustentação um trabalho de pesquisa anterior desenvolvido ainda na graduação, não sabia o que fazer e como manejar com esse excesso, e por isso quase um *non-sense* para nós. Precisávamos de muito menos do que dispúnhamos para nos lançar no caminho de elaborá-la, dando-lhe feição de questão. Precisamos estancar, ainda que brevemente, esse processo de abertura a novas perguntas.

Mas isto talvez fosse o que necessitássemos fazer, contra uma tendência incessantemente questionadora; essa não era, portanto, uma tarefa facilmente realizável para nós. Necessitávamos de algo que fosse, menos, da ordem do *ter que ser*, como forma de cumprimento de prazos, e, mais, da ordem de nossas necessidades de pesquisadora que a todo tempo espelhavam um modo próprio de *ser-no-mundo*. Talvez, a essa altura a que fazemos referência, nossas perguntas ainda não tivessem alcançado o estatuto de questão a ser pesquisada porque, pensamos hoje, elas ainda não estavam bem esclarecidas para nós mesmas. Era isso; depois viemos a perceber: a questão não emergiu enquanto não se fez mais clara para nós próprias naquele estatuto, a despeito de muitas perguntas. Mas, em certo momento do percurso, pudemos perceber que o amplo conjunto de perguntas que vinha sendo levantado trazia, como lastro uma preocupação geral. É como se as tais perguntas estivessem

funcionando como exemplos a serviço de uma preocupação anterior a todas elas e como se elas pudessem sinalizar e se referir a essa preocupação de base. Do processo de identificação dessa preocupação nascia a nossa questão; na realidade, ela emergia, ou se mostrava para nós, pois nascer, ela já o tinha feito quando se encontrava presente nas mais variadas perguntas que me fazia. Talvez o que tenha ocorrido foi um momento em que se tornou possível para nós identificá-la ou desocultá-la.

Ufa! Foi quase um parto! Mas ela nasceu...

E com o seu nascimento um novo questionamento logo se fez presente: o que fazer com ela? Nessa ocasião o trabalho só estava começando, pois com a emergência da questão tinha, apenas, a fonte impulsionadora de um novo projeto de pesquisa; tudo o mais era futuro, inclusive o novo projeto; mas dessa vez amparado no surgimento da questão formulada. Estávamos lançadas, à questão e nós, mas, na ocasião, sem saber onde; portanto, puro projeto. O questionamento do que fazer permaneceu como um grande muro obscuro, que pela forma de apresentação tão vantajada nos sugeriu como possível saída, logo após a inércia inicial, não a sua escalada, mas sua travessia, pela criação de brechas pelas quais pudesse visualizar algo para além dele: quem sabe um sinal, uma direção, ou mesmo um caminho a ser construído e seguido. Mas, que caminho? Por onde? Com quem? Através do que? Como? Teria a questão condições de nos auxiliar na construção desse caminho? Seria ela uma espécie de bússola para uma jovem pesquisadora? Seria ela uma clareira?

Recorrendo à nossa pouca experiência diríamos que o caminho de uma pesquisa nasce de uma questão, ou pelo menos, que a questão tem potencial para fazer nascer caminhos investigativos. Mas vamos um pouco mais além quando pensamos que a questão e a forma como se pergunta algo que se deseja compreender já destina um modo de caminhar, uma forma de vida para a pesquisa; já desenha um campo de trabalho e alia a pesquisa a uma modalidade metodológica. Isto foi o que sentimos ter acontecido no nosso percurso.

Toda questão vem de um não saber e um desejo de querer saber. Esse não saber, que impulsiona as questões da investigação, é fruto de determinada inserção no real, tendo suas razões e seus objetivos articulados à caminhos anteriores, os quais traçamos na Introdução.

Mas, finalmente, qual foi o nosso ponto de partida?

Qual foi o ato interrogativo que disparou o projeto e a pesquisa?

Para uma melhor apresentação deles operamos uma divisão que, embora não estivesse separada para nós, tentamos fazê-la aqui da seguinte forma: *pensamento embarador, preocupações, alerta, problematizações norteadoras, foco e questão reelaborada*.

E qual era o nosso *pensamento embarador*?

Conforme já explicitado na parte introdutória desse trabalho o pensamento de base⁶⁷ que pôde dar origem tanto ao primeiro projeto quanto ao presente foi o de saber a quanto anda o processo de reforma psiquiátrica dentro dos serviços substitutivos – CAPS – e de que modo, e através de quais recursos, ele tem sido implementado dentro das práticas desses serviços. Mas, além desse pensamento mais originário, tínhamos ainda algumas *preocupações*: com a possibilidade de presentificação da lógica manicomial nas práticas atuais da assistência em saúde mental; com o modo como se tem buscado compromissar-se com a ética da reforma psiquiátrica e a sua viabilização dentro dos serviços; e finalmente se pudemos considerar tais serviços como representativos de atitudes desconstrutivas de modelos clássicos.

Aquilo que chamamos de *alerta* expressa um sentimento de que, entre o discurso difundido e a práticas desses serviços, possa existir um território amplo de dificuldades, impasses e contradições que, se não identificados, problematizados e revisitados, terminam por funcionar como forte colaborador “silencioso” da manutenção de códigos lingüísticos e práticas interventivas marcados pela filosofia e cultura asilar. Foi assim que pôde emergir com mais clareza o que aqui denominamos como o *foco* do nosso trabalho, qual seja, as

⁶⁷ Embora esse seja o pensamento de origem não é a ele que responderemos em função de um recorte que apenas nos permite direcionar o nosso olhar para um serviço.

práticas de cuidado de um serviço de saúde mental e a sua relação com a ética da reforma. Desejamos poder refletir, a partir da nossa aproximação com um campo específico – um CAPS do município - sobre o modo como se cuida daqueles que buscam ajuda ou daqueles que são seus usuários e em que medida esse modo é permeado pela ética da reforma.

Tratando de modo mais específico e apresentando o que chamamos de *questão reelaborada* dizemos que foi nosso desejo poder compreender de que modo e através de quais recursos esse CAPS, de forma singularizada, vem tentando implementar em suas práticas de cuidado a ética da reforma psiquiátrica.

Pensamos que olhar para as práticas de cuidado oferecidas num serviço de atenção psicossocial – CAPS – poderia nos aproximar da compreensão sobre o modelo de assistência viabilizado no serviço, bem como da ética que atravessa essas práticas e, ainda, complementarmente, do compromisso e implementação da proposta da reforma psiquiátrica nele.

Para isso, elegemos algumas *problematizações* que denominamos de *norteadoras* na medida em que funcionaram, a todo tempo, do percurso teórico-prático – desde a elaboração do projeto até a sua conclusão, mas passando, sobretudo, pelas nossas ações no campo de pesquisa – como espécie de bússola a nos orientar e nos auxiliar em não ceder à tentação de, sempre e mais, abrir novas perguntas.

Estas *problematizações norteadoras* são: Como se tem cuidado dos usuários? Como se tem operado com o seu sofrimento psíquico no serviço? Como esse pathos é recebido e conduzido? O que as intervenções em saúde mental têm feito pelo não ofuscamento da diversidade subjetiva? Há mesmo lugar para a singularidade na prática do serviço? Que ações combativas e quais manejos têm sido possíveis contra os processos de massificação e mortificação de cada usuário? Cuida-se conforme orienta o pensamento da reforma

psiquiátrica? E ainda, de que modo essas práticas de cuidado têm sido sintônicas ou não com o discurso da reforma?

5.4. A construção de parceria (s)⁶⁸: iluminando o nosso campo

Explicitado o modo de estruturação inicial, que deu origem a nossa proposta investigativa, passamos a apresentar o lugar escolhido para viabilizar e concretizar a nossa proposta – locus de significação dos nossos dados.

O Espaço Azul é uma das unidades de saúde mental que compõe a rede de atenção à saúde mental-pública do município. O CAPS Espaço Azul tem uma vida de doze anos, dos quais, onze, foram geridos pelo estado e só recentemente, no ano de 2004, passou a ser gerido pelo município, através de um processo conhecido como municipalização dos serviços de saúde mental. É, portanto o CAPS mais antigo da região metropolitana e do estado de Pernambuco e considerado pela a Equipe o primeiro serviço público da região, consolidado pela experiência inovadora do tratamento em saúde mental com base nas diretrizes e ações da reforma psiquiátrica (Espaço Azul, 2004).

Este CAPS foi fundado pela iniciativa de técnicos que, na ocasião, trabalhavam no Hospital Ulisses Pernambucano (HUP) e decidiram, através “[...] de um movimento político e científico [...] humanizar o seu atendimento” (ESPAÇO AZUL, 2004, p.2), inaugurando assim um novo serviço, na época Hospital-Dia, que funcionou nesse primeiro momento no interior do espaço físico do HUP.

O Projeto Clínico Institucional, como é chamado pela Equipe, sofre várias modificações no decorrer de sua trajetória de doze anos, o que, em certo momento permite a sua transformação em um Centro de Atenção Psicossocial. Além dessa mudança o serviço

⁶⁸ Essa apresentação que se segue tem como referência o Projeto Clínico Institucional do CAPS Espaço Azul(2004).

conquista a autonomia administrativa e financeira, através de um processo que envolveu a participação da comunidade local, funcionando nesse modelo por um tempo de aproximadamente três anos e deixando de funcionar quando inserido no processo de municipalização.

Norteados pelos princípios da reforma psiquiátrica, vem, segundo seu projeto nos informa, contribuindo para a implementação dessa reforma em Pernambuco, aprimorando o seu projeto clínico na tentativa de atender de forma eficiente os usuários e familiares, privilegiando a singularidade e a autonomia dos usuários e caracterizando-se como um serviço de referência em saúde mental (Espaço Azul, 2004).

Ainda de acordo com projeto, este CAPS presta atendimento a portadores de doenças mentais, em crise, ou não, abrangendo vários níveis sintomáticos – geralmente psicóticos e neuróticos considerados graves – maiores de dezoito anos. A área do território ao qual o serviço é referência contempla os bairros⁶⁹ do Distrito Sanitário III, do qual também fazem parte mais um CAPS, o Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP) do Hospital Ulisses Pernambucano e o CPTRA.

Funciona de segunda a sexta-feira, das oito às dezessete horas. Sua Equipe é composta atualmente por: dois psiquiatras, quatro psicólogos, uma enfermeira, uma assistente social, duas terapeutas ocupacionais, um auxiliar de enfermagem, quatro agentes administrativos, um auxiliar de serviços gerais, uma cozeira e quatro vigilantes que se revezam no serviço.

Visando contribuir na implantação da reforma psiquiátrica em Pernambuco e oferecer um espaço de “porto-seguro” para os usuários, diferenciado do meio familiar e social conflituoso, mas sem intencionar realizar uma ruptura com ele. Ao contrário, a participação e o envolvimento da família são da máxima importância; visando funcionar num modelo

⁶⁹ Aflitos, Alto do Mandu, Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Apipucos, Brejo da Guabiraba, Brejo de Beberibe, Casa amarela, Casa forte, Córrego do Genipapo, Derby, Dois irmãos, Espinheiro, Graças, Guabiraba, Jaqueira, Macaxeira, Mangabeira, Monteiro, Morro da Conceição, Nova descoberta, Parnamirim, Passarinho, Pau ferro, Poço, Santana, Sítio dos pintos, Tamarineira e Vasco da Gama.

prioritariamente grupal; romper com ciclo vicioso das internações hospitalares; preservar singularidade do usuário e desenvolver ações voltadas para a sua inclusão social. É assim que este CAPS cumpre esse importante papel na sociedade.

A escolha de realizar a nossa pesquisa no Espaço Azul e não em outro CAPS existente no município se deu por razões que nos pareceram tornar o referido serviço o mais adequado às nossas intenções investigativas: o fato de o Espaço Azul ter doze anos de funcionamento e ter uma equipe em contato há mais tempo com o campo da Saúde Mental nos fez supor uma Equipe mais experiente; o fato desse CAPS ter sido fundado por iniciativa própria de um grupo de profissionais que trabalhava no Hospital Ulisses Pernambucano, na intenção de inaugurar⁷⁰ um serviço com a filosofia da reforma, nos fez supor algum tipo de ruptura; o fato de que este serviço não se insere na transformação que os demais CAPS do município passaram, muito recentemente, em suas equipes na qual o novo quadro abrange uma massa de profissionais recém chegados na saúde mental.

Por estas razões o CAPS Espaço Azul se apresenta como possuidor de uma peculiaridade que o torna afim às intenções investigativas da nossa pesquisa, e este é o motivo pelo qual o elegemos como parceiro nesse trabalho.

E, por essa especificidade, a questão da nossa investigação se atualiza e se contextualiza de acordo e em negociação com seu campo, aproximando-nos de um posicionamento inspirado na perspectiva fenomenológica. Deste modo foi nosso desejo poder compreender de que modo e através de quais recursos esse CAPS, de forma singularizada, vem tentando implementar em suas práticas de cuidado a ética da reforma psiquiátrica.

⁷⁰ O fato de profissionais por iniciativa própria se organizarem para compor um novo serviço é sinalizador de algum tipo de ruptura que se pretendeu operar em relação ao serviço ao qual se desvincularam; o que se sabe é que o novo serviço foi pensado para ser pautado pelo debate da Reforma Psiquiátrica.

5.5.Revisitando o campo e redescrevendo trajetórias

5.5.1 Primeiros passos rumo ao campo: uma apresentação/uma conquista

Após ter ficado claro que o CAPS Espaço Azul era o serviço da região metropolitana do Recife mais adequado à realização da pesquisa partimos em busca de tornar possível que ele pudesse funcionar, de fato, como nosso campo de pesquisa e interlocução - lugar onde as práticas de cuidado desenvolvidas pudessem ser vistas através de nossas lentes e de nossas demandas investigativas. Fomos, assim, em busca de conquistar um espaço na instituição.

Fizemos, então, alguns contatos telefônicos com o referido CAPS e através do núcleo gerencial da unidade pudemos esboçar a nossa solicitação para com a instituição. Já em contato pessoal com a gerência tivemos como solicitação que o nosso projeto pudesse ser explicitado para toda Equipe do Espaço Azul, a fim de ser compartilhado para então puder ser apreciado, esclarecido, pactuado e finalmente liberado à realização.

Cumpridos todos os requisitos iniciais o projeto foi agendado e apresentado para toda a Equipe, que contava neste dia, ainda, com a participação da coordenadora de saúde mental do município e com a coordenadora de saúde mental do Distrito do Espaço Azul. A equipe estava em manhã de reunião com as segmentações citadas e a apresentação do projeto foi inserida em certo momento de seus trabalhos.

Temos em mente a memória viva desse momento por ele ter sido de grande expectativa para nós. Tínhamos a clareza de que estávamos pedindo licença e permissão para entrar “gratuitamente” no cotidiano de pessoas com as quais não tínhamos a menor aproximação, para lançar uma proposta de trabalho de natureza crítica. Receávamos o tipo de receptividade que teríamos. Estávamos cientes da dose de “invasão” da proposta e da possibilidade de que ela fosse compreendida num sentido equivocado de fiscalização de

trabalhos ou de competências profissionais e ainda como uma forma de avaliação institucional forçada, o que inviabilizaria a nossa entrada no campo.

Mas, exatamente por ter me colocado como alguém ansiando conhecer essa realidade específica e até então nada sabida e nada familiar, é que o nosso projeto se fazia possível e era aceito; quando se reafirmava pelo desejo de compreender um não saber e direcionava à Equipe e à experiência do serviço, da qual os usuários também fazem parte, essa fonte de conhecimento. Felizmente pudemos sentir esse certo receio inicial, apaziguado pela própria Equipe que nada sinalizou de obstáculos para a realização do projeto. Pelo contrário, essa Equipe, já nesse primeiro contato com as idéias contidas no projeto, passou a ocupar um lugar fundamental no conjunto de colaboradores enquanto negociantes e parceiros ressonantes daquilo que estava propondo. A essa altura estávamos prestes a pactuar um acordo de trabalho.

5.5.2. A nossa proposta inicial e sua redefinição: dialogando com a questão

Tendo as práticas de cuidado oferecidas e desenvolvidas no serviço como nosso foco de investigação e, considerando que o cuidado dentro de um CAPS acontece desde o primeiro acolhimento ao usuário quando este chega ao serviço, passando por momentos não programados - como conversas informais, momentos de lazer, etc - até chegar às ações terapêuticas programadas - atendimentos, grupos, reuniões, etc – foi nossa proposta inicial participar dessa dinâmica do serviço durante um período de trinta dias, não necessariamente consecutivos, mas possibilitador de uma regularidade favorecedora da construção de um vínculo com a Equipe, com os usuários e familiares do serviço, aproximando-nos assim de sua realidade experiencial.

Propusemos uma participação mais intensa no cotidiano do serviço, no lugar de somente visitas à instituição para a realização de entrevistas, embora essa fosse, também, uma etapa do processo. Vivenciar junto a Equipe o modo de experiência da instituição com relação às práticas de cuidado, ficando disponível para ser convidada a participar das diversas atividades do serviço e ainda realizar algumas entrevistas, se configurava como um recurso metodológico importante aos nossos objetivos.

Isso que chamamos de uma participação mais intensa no cotidiano do serviço se refere a uma proposta de observação do tipo participante que, embora, saibamos da sua freqüente utilização no campo antropológico, não se configura exclusiva a ele, sendo aqui utilizada no contexto de nossa investigação clínica. Este método, como nos esclarece Minayo (1994), “[...] se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos” (p.60) e, neste sentido, ele – o método – atende a um princípio fenomenológico de pesquisa clínica ao qual estamos vinculados.

Minayo (1994) nos faz compreender, ainda, que no processo que se estabelece, a partir de uma proposta de observação participante, o observador faz parte do próprio contexto de observação. “Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto” (p.60). O reconhecimento dessa forma de implicação do pesquisador em seu campo – o que marca uma inter-ação/inter-afetação – nos remete aquilo que Lévy (2001) caracteriza como uma pesquisa de natureza clinico-interventiva.

Para contemplar a proposta de observação participante, propusemos acompanhar, um amplo rol de atividades da sua rotina diária nas quais nos fosse facilitada a presença: triagens, grupos, reuniões de família e atendimento aos familiares, assembléias, oficinas, passeios, atividades culturais, esportivas.

Além disso, propusemos participação nas reuniões técnicas pelo fato de que nelas são discutidos os casos clínicos, a forma como estão sendo conduzidos, as suas evoluções, as articulações e encaminhamentos que estão sendo pensados e viabilizados para eles, bem como possíveis dificuldades que pudesse haver no manejo dos mesmos. Essas reuniões são momentos complementarmente férteis aos nossos objetivos na medida em que as concepções de cada profissional da Equipe atravessam toda a discussão nas formulações das propostas de cuidado para cada caso. Por isso, entendemo-las como um espaço de efervescência de discursos sobre as práticas realizadas no cotidiano do serviço, diretamente ligadas à experiência, e neste sentido um rico instrumento para a pesquisa.

A nossa passagem pelas reuniões funcionaria, ainda, no auxílio de uma escuta aberta para a escolha de dois ou três usuários discutidos nela e que se apresentassem para nós com potencial sinalizador da nossa temática central. Após essa eleição, a proposta seguia em poder acompanhar a condução desses casos, através de seus respectivos terapeutas de referência (TR), sempre com o direcionamento que conduzisse a compreender de que forma seus sofrimentos estão podendo ser acolhidos e cuidados e em que medida esse modo de cuidar reflete um compromisso e um atravessar da filosofia da reforma psiquiátrica. Estas reuniões seriam gravadas para posterior avaliação.

Para fins desses objetivos, propusemos a realização de entrevistas tanto com os terapeutas de referência dos casos selecionados, quanto com esses usuários, que seriam também gravadas para posterior análise. A escuta de parte do corpo técnico da Equipe foi pensada como outro recurso metodológico importante já que, como atores principais da implementação da proposta de reforma, poderiam estar sinalizando para possíveis dificuldades, impasses e contradições entre o discurso da reforma e a prática possível de ser desenvolvida no serviço. Já a entrevista com os usuários foi pensada como forma de poder

escutar, a partir da perspectiva deles próprios, de que modo estão sendo cuidados, como sentem que estão sendo cuidados e como se avaliam a partir dos cuidados que recebem.

Além das reuniões de Equipe, propusemos ainda a nossa participação nos momentos de supervisão, já que nesses encontros as questões ligadas às dificuldades de manejo dos casos são abordadas na tentativa de solucioná-las. Além disso, uma peculiaridade importante da supervisão diz respeito à sua condição de viabilizadora de discussões sobre como a Equipe vem se organizando e se trabalhando para funcionar enquanto suporte para o sofrimento psíquico daqueles que procuram o serviço. E isto faz dela um momento singular de cuidado do serviço para com ele próprio. Por isso o momento de supervisão é para os nossos anseios investigativos outra parada central de nossa proposta.

Esta foi a nossa primeira proposta de trabalho apresentada para a Equipe e aceita por ela, após discussão. Infelizmente, entretanto, a despeito da liberação que obtivemos da Equipe para a nossa entrada no serviço e, a despeito de nossa programação para isto, tivemos que aguardar um período relativamente longo, de aproximadamente três meses, à espera da tramitação legal e burocrática de nosso projeto na comissão de ética, à qual ele estava subordinado para apreciação. Durante a passagem desse tempo, e essa foi a única parte positiva dessa espera, algumas revisões se processaram, tanto de nossa parte, quanto da parte de nossos parceiros. Esse tempo serviu como um período de amadurecimento das idéias inicialmente propostas, embora, nem nós, nem nossos parceiros, talvez, tivéssemos essa consciência de forma tão clara.

De posse do documento concedido pela referida comissão que nos liberou, do ponto de vista ético, o acesso ao nosso campo, já eleito e previamente pactuado, nos dirigimos novamente ao serviço, depois de um outro agendamento, para comunicarmos essa liberação e deixar, finalmente, acertado o momento de nossa entrada.

Então tivemos uma surpresa: o que havia sido discutido e acordado favoravelmente, passou, em alguns pontos, a ser problematizado por alguns profissionais da Equipe. E, inicialmente, levando em consideração a nossa longa espera e a grande necessidade de adentrar no campo para concretizar essa etapa do trabalho, “caímos do cavalo”, “murchamos”. Essa foi a nossa sensação inicial, até porque o que estava sendo problematizado era a viabilidade de nós utilizarmos instrumentos de registro nas entrevistas com os usuários e nas reuniões de Equipe. E, mesmo sendo ratificado que o registro só seria utilizado se os próprios usuários aceitassem, e, que os das reuniões seriam destruídos logo após a sua utilização, parte da Equipe não se mostrava disposta a aceitar essa etapa da pesquisa, lançando um conjunto de argumentos que, à primeira vista, tendemos a considerá-los defensivos.

Mas, independente de quais considerações pudéssemos fazer, havia um fato: éramos nós, na condição real de pesquisadora, sendo chamada à revisão de algo em nosso plano de ação, e, embora ele fizesse sentido para nós, não mais fazia, por completo, para os nossos parceiros. Éramos nós sendo conduzidos através uma situação real a re-pactuar as nossas intenções de inserção no campo. Mas esse era o nosso compromisso epistemológico, assumido como desafio.

Pois bem, estávamos concretamente diante de um desafio. A partir dessa discussão que se fez polêmica e na qual nada saiu definido foi negociada uma outra volta nossa ao serviço para darmos continuidade a ela. Dessa vez, nós solicitamos outra apresentação do projeto, por sentirmos que o tempo passado tinha interferido na compreensão da Equipe quanto à nossa proposta. E foi antes do acontecimento desse novo encontro que pudemos visitar, com a ajuda dos nossos orientadores, a nossa proposta de trabalho.

Deste modo, com a sinalização feita pela Equipe e mesmo discordando de seu conteúdo nos aproximamos de uma proposta de trabalho menos abrangente e que findou nos

direcionando, de fato, para o nosso foco de investigação. E, mais uma vez, a Equipe pôde colaborar até mesmo na nossa proposição metodológica.

Foi assim que reconsideramos a necessidade das entrevistas e vimos que elas, embora importantes, não necessariamente se dirigiam ao nosso interesse de base já que estaríamos, com elas, nos situando no campo do discurso, enquanto aquilo que estávamos propondo, de fato, era nos endereçarmos ao cuidado, em seu próprio modo de acontecimento, isto é, na prática. E, considerando ainda a proposta de um Mestrado nos convidando a um recorte proporcional ao seu tempo, re-pactuamos com a Equipe a nossa participação, “limitando-nos” a participar da dinâmica do serviço, sem realizar entrevistas, nem com os técnicos, nem com os usuários, muito embora o recurso do gravador nas reuniões tenha permanecido como forma de registro. Ficou combinado ainda que a nossa inclusão nas diversas atividades do serviço aconteceria somente mediante convite.

5.6. Mais do que uma descrição, um compartilhamento: a questão em ação

Tendo conseguido então, de forma autenticamente pactuada, fechar um modo de desenvolver a nossa pesquisa, entramos, finalmente no espaço de observação e troca. Passamos a freqüentar o serviço, todos os dias de seu funcionamento, às vezes só no turno da manhã, às vezes, o dia todo, chegando nele no momento de entrada de técnicos e usuários e saindo ou posteriormente ao almoço dos usuários – hora que cortava os dois turnos do serviço – ou no momento de término do turno da tarde, depois do jantar dos usuários.

Participamos de quase toda a dinâmica do serviço, sempre interagindo e trocando experiências tanto com os usuários, quanto com a Equipe: assistimos realizações de triagens, conversas informais entre usuários, entre usuários e técnicos e entre os técnicos entre si; assistimos discussões de rotina entre técnicos sobre a condução de determinados casos e fomos convidados a opinar nessas discussões; participamos de diversas modalidades de

grupo: Acolhimento, Medicação, Terapia Ocupacional, Atividades Corporais, Planejamento, Família, Assembléia; participamos ainda de Reunião do Conselho Gestor, de Reuniões de Equipe e de Supervisões. Além desse amplo campo de visitação fomos incluídos, muitas vezes, nas situações de lanche, de almoço e jantar.

Das atividades do serviço só não participamos, por solicitação da Equipe, do Grupo Terapêutico, dos atendimentos individuais e de atendimentos às famílias que já estivessem sendo acompanhadas no serviço antes de nossa entrada nele, conforme previamente combinado. Além disso, não acompanhamos os atendimentos médicos individuais a usuários da modalidade do Não-Intensivo, porque só tomamos conhecimento dessa prática quando já estávamos desenvolvendo o trabalho de observação e não no momento de negociação com a Equipe.

Tal modo de participação foi possibilitador da construção de um vínculo de confiança e troca, tanto com os usuários, como com os profissionais. Cada vez mais eles foram abrindo um lugar para nós de participante ativa do serviço e não apenas observadora, tornado possível a concretização da proposta de ser uma observadora participante, aberta a todo tipo de troca e interlocução com os diversos segmentos. Não foram raros os momentos em que fui convidada a opinar e a me colocar, até mesmo em situações terapêuticas, o que me fez sentir conquistando um lugar na dinâmica do serviço – lugar esse que muito me aproximava da condição de técnica-colaboradora do mesmo. Esse foi o modo de relação estabelecido entre nós e a Equipe e o serviço como um todo.

De modo semelhante se deu a nossa relação com os usuários que, em muitos momentos, nos procuravam para tirar dúvidas, para conversas mais íntimas, para trocar experiências, demonstrando, com isso, ter-nos colocado num lugar de cuidadora, muito embora, oficialmente não tenha sido esse o nosso lugar, já que nos apresentamos primeiro como pesquisadora e depois como psicóloga. Muito embora, a colocação de nosso

posicionamento pelos usuários estivesse para além do modo como nos apresentamos, tendo, cada usuário nos colocado no lugar que para cada um lhe foi conveniente fazê-lo. Isto não esteve sob o nosso agenciamento e nem poderia estar, já que entramos no campo dispostos a trocar experiências, sem nenhum tipo de rigor ou formalidade rígida.

Essa rotina acabou se estendendo para mais de trinta dias (o que correspondeu ao espaço de 31 de agosto de 2005 a 19 de outubro de 2005), chegando quase a um mês e meio, muito embora, já no início do segundo mês a nossa frequência ao serviço tenha ficado mais espaçada, refletindo um processo de desvinculação, até que encerramos a nossa participação. Essa longa trajetória foi narrada no nosso Diário de Observação⁷¹ – que foi o nosso principal instrumento de registro de dados – e que conta, aproximadamente, com oitenta páginas.

Nesse Diário, além das nossas observações registradas a cada dia, no momento em que deixávamos o serviço, constam ainda algumas falas literais de profissionais ou de usuários que foram extraídas, ou de conversas com os respectivos profissionais e usuários, ou das Reuniões de Equipe, que nos foram permitidas gravar, como forma de registro a nos auxiliar na lembrança dos conteúdos discutidos em cada reunião dessas, que, pelo tempo amplo de uma média de três horas, seria-nos impossível tomar nota no momento em que acontecia, ou lembrar posteriormente sem nenhum tipo de auxílio mnemônico.

O referido Diário realiza, portanto, a transformação do experienciado por nós no serviço para o comunicado: que é o vivido elaborado numa linguagem a serviço da construção de um compreender sobre ele. O conteúdo desse diário é, portanto, o nosso conjunto de dados.

Pela amplitude do tempo, que por isso nos rendeu um amplo material, foi necessário proceder a um recorte a fim de analisá-los com a presteza e a dedicação requeridas por um trabalho dessa natureza. O resultado de tal recorte conservou os registros desse material que correspondem a (mais ou menos) um mês de observação. Assim procedemos porque, à

⁷¹ Dispensamos a apresentação desse diário por entendermos que toda informação relevante de nossa explicitação do vivido no serviço está contemplada no presente trabalho, tendo sido extraída do referido diário.

medida que fomos analisando, pudemos perceber a maior parte do material já havia sido analisado e, o mais importante, que o conteúdo do que já havíamos analisado já parecia contemplar de forma satisfatória nossa temática, bem como a solicitação investigativa que ela nos sugeria. Por isso, foi mais uma vez em fina sintonia com a nossa problemática que pudemos demarcar os limites necessários para a seleção dos dados. Foi mais uma vez essa sintonia que pôde encaminhar a pesquisa nessa etapa.

Mas como procedemos com os dados?

A primeira fase da análise, mais livre e experiencial, deu continuidade ao nosso percurso de inspiração fenomenológica, de forma a privilegiar a experiência e o vivido, a partir de diferentes modos de afetação que a experiência no serviço nos suscitou. Assim, dizemos que essa etapa da análise aconteceu de modo experiencial, isto é, a partir do que, nesse vivido, nos foi imprimindo um amplo espectro de afetação, percepção e leitura – todos eles disparados a partir da temática do cuidado e de sua relação com a ética da reforma. É assim que a nossa análise contempla uma leitura ou compreensão daquilo que emergiu, quando sentimos que o que estava em questão era um modo de cuidar, receber, acolher e manejar com o sofrimento e com os usuários e a sua relação com aquela ética.

Em conversas, em reuniões, nos diversos grupos, em supervisões, em atendimentos, dentro ou fora de salas, em momentos formais e informais, terapêuticos ou não, pudemos construir sentidos para cada trecho ou passagem que nos inclinamos, clinicamente, a fazer leituras, que tiveram como lentes os nossos referenciais já apresentados.

Em seguida a essa primeira fase, passamos a identificar em cada trecho das passagens previamente comentadas, o que cada uma delas poderia estar nos sinalizando ou o que lhes era tão característico que pudesse emergir sob a forma de palavra ou expressão, que, de forma sintética, preservasse uma relação com o problema levantado. Esse procedimento, além de permitir que cada experiência vivida pudesse ser nomeada, foi um recurso que possibilitou

que futuras categorias pudessem emergir, ainda que de forma fragmentada e pouco definida. É como se nos perguntássemos a cada passagem analisada: O que, em síntese, essa passagem faz emergir com relação às problemáticas do cuidado? Ou ainda, quais significantes saltam de cada trecho comentado que se relacionam com o nosso problema?. Vale dizer que cada trecho poderia contemplar mais de uma palavra ou expressão.

Coerente com a inspiração fenomenológica, que estimula lidar com a experiência dos dados num constante ir e vir, o terceiro momento de análise constou de uma espécie de agrupamento daquelas palavras e expressões que nomeavam de forma significativa cada passagem, permitindo que as categorias que apenas se delinearam na fase passada, adquirissem, nesse momento, maior clareza e definição. Procedemos procurando as interseções e aproximações entre esses trechos analisados, identificando tendências de repetição entre eles, nos valendo, inicialmente, do recurso cromático para que pudéssemos reuni-las em grupos. Isto nos conduziu ao caminho da emergência de quatro categorias de análise. Vale dizer, ainda, que cada categoria, em seguida apresentada, reúne um bloco de variáveis⁷² emergentes que, como vetores, expressam e exemplificam a temática-chave de cada uma delas.

A divisão dos blocos de categorias segue o seguinte raciocínio: as que refletem uma aproximação com a ética da reforma; aquelas que refletem um afastamento; aquelas que dizem de um modo de funcionar da Equipe que embora não estivesse no nosso foco de investigação, apareceu como elemento interceptador desse modo de cuidar e com possibilidades de nos trazer algumas compreensões sobre a forma como esse serviço vem se apresentando em sua forma de cuidar, e por fim a que se refere ao nosso modo de relação com o serviço. Temos assim:

⁷² Algumas dessas variáveis apresentam, ainda, um desdobramento e, por isso, foi sinalizado com outro marcador.

1. Aproximação com a ética da reforma:
 - Reflexão crítica
 - Movimento de complexificação
 - Respeito à singularidade e promoção dos modos de singularizarão
 - Novas práticas
2. Distanciamento da ética da reforma:
 - Falta de crítica/pensamento simplista/reducionista/responsabilização de terceiros
 - O enquadre se sobrepondo à demanda
 - Escuta não complexa que tende a evitação do conflito
 - Demanda de escuta pelo usuário/falta de acolhimento/A escuta do esvaziamento
 - Dificuldade de ser guiado pelo movimento singular do usuário
 - Tendências clássicas de intervenção
 - Substitutividade/Dificuldade de Acolhimento à Crise
3. Modo de funcionamento do serviço/Equipe:
 - Estados de ânimo/afetivos
 - Estados de ânimo/Municipalização
 - Clima institucional apagado/Esvaziamento (terreno infértil)
 - Fragilidade/Ameaça/Quebra dos acordos
4. Nosso modo de relação com o serviço:
 - Inclusão do pesquisador

A partir dessas categorias, que reuniram tendências gerais observadas durante a nossa participação no serviço e que se especificam a partir do bloco de suas variáveis emergentes, pudemos tecer um quadro de referências que acenaram para uma apresentação mais sistematizada da nossa questão que, discutida articuladamente com a parte teórica deste trabalho, possibilitou um fechamento, ainda que parcial e sempre aberto.

CAPITULO 6

O NOSSO CAMPO ILUMINADO

Até aqui apresentamos a disposição das categorias de análise, bem como o bloco de variáveis emergentes que cada uma delas reuniu. O conteúdo dessas categorias funcionou como vetores que nos auxiliaram a melhor compreender de que modo e através de quais recursos o CAPS Espaço Azul vem tentando implementar em suas práticas de cuidado a ética da reforma psiquiátrica ou, ainda, de que modo o serviço vem cuidando de seus usuários, no sentido do modelo de assistência que perpassa essas práticas. Após termos feito essas apresentações, passamos a compartilhar do agrupamento que procedemos com as categorias, a fim de lançar luz ao conjunto dos dados desvelados para nós no modo de experiência que estabelecemos com o campo.

De cada variável que emergiu, dentro das categorias, procuramos definir e apresentar uma forma de compreensão que a partir da experiência de observação e interação com as práticas de cuidado do serviço cada uma delas pôde nos suscitar. Lembramos que tais compreensões foram tecidas de forma articulada com aqueles que foram os nossos referenciais ou lentes teóricas.

Vale dizer, ainda, que cada variável emergente foi pinçada do próprio Diário de Observação, na fase em ele havia recebido nossos comentários interpretativos. Além disso, a idéia de trabalhar com categorias não foi de fácil solução já que o tecido de nossos dados se apresentou como espécie de mosaico que inviabiliza qualquer modelo de formatação rígida. O nosso manejo com as categorias e conseqüentemente com as variáveis emergentes não pretendeu imprimir um caráter de linearidade entre elas, nem também, qualquer tipo de pensamento contínuo e explicativo entre as mesmas. Devemos esclarecer que apesar de termos optado por sistematizar os nossos dados em categorias, elas devem ser compreendidas

como uma espécie de rede na qual uma interfere e muitas vezes até contém elementos da outra. Sem linearidade, portanto, compreendemos tais categorias enquanto dotadas de uma certa circularidade espiralada, sem necessariamente começo, meio e fim definidos claramente, mas com afetação mútua e agora, sim, constante.

O conteúdo e os exemplos expressos em cada variável apresentada dizem respeito à situações vividas em contextos localizados e específicos. Por isso não devem ser tomados, isoladamente, como a realidade totalizada do serviço. Ao contrário, as exemplificações mostram que numa mesma situação vivida pudemos identificar a presença de diversas variáveis. E mais, encontramos numa mesma situação variáveis que expressam posições antagônicas. Uma leitura pautada por um tipo de compreensão que admite a pluralidade e a complexidade, tanto desses conteúdos quanto daquelas situações vividas, nos é favorável a nos mantermos preservando tanto a singularidade desses acontecimentos quanto sua riqueza própria.

Muitas seriam as possibilidades de apresentação e a ordem que se segue atende muito mais a nossa necessidade de comunicá-las de modo sistematizado para o leitor, do que a sua representação mais autêntica, isto é, não fixada e nem ordenada - tal qual elas se apresentaram para nós. Para isto, seguimos um critério de agrupamento baseado na afinidade entre os conteúdos que nos pareceu estar contido nas variáveis emergentes.

Outro aspecto relevante a ser esclarecido é que, em função da pluralidade de nossos dados – fruto do amplo espectro de situações da experiência do campo ligadas às práticas de cuidado e seu modo de relação com a ética da reforma – nos sentimos, em fidelidade ao que ele nos sinalizou, impossibilitados de realizar qualquer tentativa de redução ou simplificação das variáveis sob o risco de operar um corte em sua heterogeneidade, diversidade e amplitude e lhes amputar a sua singularidade.

Nesse sentido, sintonizados e em coerência com um modo de pesquisa clínico-fenomenológica, que prima pela tentativa de não obturação desse singular, optamos por não propor variáveis genéricas uma vez que estas não poderiam refletir esse tecido amplo, heteróclito e vivo. Ademais, as variáveis que emergiram se relacionam, todas elas, igualmente, à temática do cuidado e sua relação com a ética da reforma. Por este motivo, não nos sentimos autorizados a eleger a apresentação de uma(s) em detrimento de outra(s).

Tal modo de apresentação, ao contrário de sugerir qualquer tipo de tratamento não complexo, diz respeito a uma possibilidade frente a uma determinada conjuntura – de perspectiva, de tempo – e do próprio compromisso assumido com um tipo de saber que se admite não finalizado ou esgotado em sua inteireza. Esse tipo de saber conclusivo é, para nossa compreensão fenomenológica, uma ilusão dos saberes totalizadores e clássicos, nutridos pelo pensamento metafísico, do qual foi nosso desafio nos afastar. Portanto, possíveis fendas do sistema de compreensão daquilo que se segue funcionam, ainda, como indicadores para futuros projetos ou novos rumos investigativos em que desejemos nos lançar. Desde já, assumimos a marca da incompletude das nossas considerações e passamos a apresentar as nossas categorias e suas variáveis emergentes.

1. Aproximação com a ética da reforma:

- Reflexão crítica
- Movimento de complexificação
- Respeito à singularidade e promoção dos modos de singularizarão
- Novas práticas

• Reflexão crítica

Essa variável apresenta a possibilidade da Equipe-cuidadora, identificada em alguns momentos do funcionamento do serviço, de poder refletir sobre a limitação de determinada forma de cuidado, intervenção ou modo de ação para contemplar demandas plurais e

complexas do serviço. Essa possibilidade reflete uma postura dessa Equipe de se lançar em uma forma de pensamento que se auto implica nas problemáticas vivenciadas no serviço, não tentando expurgá-las ou transferi-las, defensivamente, para terceiros. Tal posicionamento traduz, ainda, uma condição desses cuidadores de poderem funcionar não apenas como operadores de ações, mas atores que no a posteriori de suas ações se distanciam delas para se implicarem criticamente e assumir a condição de protagonistas de suas próprias ações. Entendemos que esse modo de crítica, que se apresentou tanto auto como hetero-dirigido – partindo às vezes da própria Equipe e noutros momentos das situações de supervisão, mas também dos próprios usuários – implica, ainda, numa tentativa de cuidado da Equipe para com o serviço e para consigo própria, no sentido de que aproximar suas modalidades interventivas do referencial crítico-inventivo da reforma. Entendemos essa tentativa como um dos recursos que possibilita a Equipe assumir o lugar de cuidadora daqueles que são seus usuários.

A fim de aproximar esta explicitação anterior do material que produzimos a partir de nossa experiência no serviço, apresentamos em seguida dois exemplos, de oito em que identificamos essa condição, que possibilitarão uma melhor compreensão.

- Na discussão de um caso clínico da Reunião de Intercontrole(de Equipe) do dia 31/08/05 quando se falava na preparação da “alta” de uma usuária, uma preocupação crítica com relação à continuidade de cuidados da usuária ao sair do serviço, por ser identificado essa necessidade e se supor uma lacuna na rede. Assim coloca um profissional da Equipe: “[...]E mobiliza na gente uma questão:[...] como é que a gente faz um trabalho, alcança uma certa etapa, e depois? Vai se perder tudinho e começar tudo de novo? Eu acho que essa é uma angústia que a gente vive frequentemente[...]”. Esse questionamento nos aponta para uma compreensão da Equipe que, de forma crítica, entende que o cuidado vai além da ferramenta CAPS e, ainda, para uma

reflexão crítica de como vem funcionando a rede de serviços extra CAPS para dar esse suporte necessário. Além disso, se auto-dirigem um pensamento crítico quando refletem que a usuária em questão já está no serviço há três anos, dizendo que, “[...] continuar aqui já é outra coisa”. Tendo sentido essa fala com forte tom de denúncia, colocamos-nos a pensar que ela poderia nos indicar algum nível de dificuldade de se proceder em tempo breve o desligamento dessa usuária do serviço. Além disso, parece estar implícito nela uma espécie de questionamento sobre qual seria o lugar e função do CAPS. Foi interessante ainda percebermos que essa crítica auto-dirigida pela Equipe foi trazida também na fala espontânea de alguns usuários que comentam, com a mesma qualidade crítica de denúncia, embora em tom de brincadeira, a não brevidade da passagem de alguns usuários pelo serviço, dizendo que “[...]quase moram no Espaço Azul”. Entendemos que essa fala põe para funcionar uma crítica quanto a se pensar qual seria a proposta de um CAPS enquanto espaço de pouso breve para situações de crise ou de dificuldades dos usuários. Se a crise tem um tempo próprio, o interessante é que o serviço pudesse organizar a sua dinâmica e a sua oferta de ações para intervir no que precisa durante esse tempo, tal como nos orientou Dell’Acqua e Mezzina (2005). Neste sentido, nos convém não perder de vista aquela fala pelo potencial indicativo que ela parece conter quanto ao aspecto do tempo no cuidado oferecido pelo serviço. Para os próprios usuários avaliarem o tempo de estadia no serviço como demorado é, talvez, porque o sintam como um tempo que ultrapassa um prazo, ou pelo menos a expectativa de um prazo: de acolhimento à crise ou ao momento de maior dificuldade de um usuário. Entendemos que não proceder o cuidado na brevidade que cada caso sinaliza e demanda é correr o risco de institucionalizar situações de sofrimento psíquico ou de impulsionar relações de dependência com possibilidade, ainda, de não poder ser facilitador de um modo de

cuidar que estimula os processos de autonomia e emancipação – processos estes que só podem ser efetivados fora das estilísticas institucionais – tal como orienta a ética da reforma psiquiátrica. Apesar da dimensão do tempo breve se colocar como uma das diretrizes de funcionamento de um CAPS, na prática, não se tem como garantir essa passagem breve e efetiva do usuário pelo serviço, a não ser pelo movimento crítico da própria Equipe que, nesse caso, pôde se aperceber em demora de realizar o desligamento da usuária. Ao poder se aperceber dessa demora a Equipe reflete a possibilidade de cuidar de suas práticas e intervenções, através da ferramenta crítica, para que elas possam funcionar como modos de cuidado sintônicos com a ética da reforma psiquiátrica.

- Na supervisão de 14/09/05, quando se discutia sobre uma dificuldade interna com uma profissional da Equipe – a qual foi vista nesta ocasião como alguém que não estava cumprindo com alguns de seus acordos enquanto membro da Equipe – pudemos identificar outro momento singular quanto a inserção do grupo num modo de pensar auto-implicado e crítico, configurando um momento de revisitação de suas próprias movimentações enquanto Equipe. Foi interessante perceber que essa espécie de imersão numa modalidade de discussão crítica foi, desta vez, iniciada e estimulada pela atividade da supervisão. No início da discussão, enquanto a Equipe tendia a localizar o problema citado apenas na profissional em questão, o olhar de fora da supervisão pôde sinalizar a sua percepção daquilo que nomeou como um “sentimento de iminência da tragédia” enquanto uma tendência vivida, por toda a Equipe e em toda ela, de várias situações que estavam ameaçando a sustentação dos acordos e do próprio projeto terapêutico. Ao lançar essa percepção, descola o problema inicial da figura de apenas um profissional para pensá-lo como algo que não se localiza em determinado profissional, somente, mas como uma tendência que está fazendo parte da

própria Equipe em sua totalidade. Entendemos que essa proposição realiza um convite de natureza crítica, para que a Equipe possa se auto implicar e se ver contribuinte, cada um ao seu modo, daquilo que inicialmente tendia a enxergar somente no outro. A situação de supervisão funcionou, portanto, como um recurso que aproxima a Equipe de um “pôr-se em crise”, condição essa que vimos, a partir da reflexão trazida⁷³ por Dell’ Acqua e Mezzina (2005), como fundamental para aproximar a Equipe de um modo de ação em suas práticas de cuidado mais sintônicas com a filosofia da reforma.

- Mas ainda nesse mesmo momento de supervisão, identificamos uma bifurcação dessa onda crítico-reflexiva quando se discutia sobre a percepção compartilhada da Equipe de que o serviço está com poucos usuários, de que não têm recebido usuários encaminhados dos serviços de urgência e, ainda, de que aqueles que estão admitidos no serviço vêm faltando. Havia nessa ocasião um incômodo nítido nos profissionais pelo que sentiam como um esvaziamento no serviço e uma tendência de justificarem a situação com argumentos externos ao funcionamento do serviço e da Equipe. Neste assunto a crítica se coloca quando uma profissional da Equipe se pergunta: “o que é que a Equipe, a gente, está fazendo que está promovendo isso?”, aludindo para a necessidade de pensar essa questão a partir da própria Equipe, “[...]da gente aqui e não lá fora”. Tais questões tendem a desmontar um movimento inicial de justificarem o problema sem se auto-implicarem nele. E novamente o potencial de reflexão crítica da supervisão emerge sinalizando para a percepção de que a síntese dessa discussão(que contempla a anterior) é, primeiro, de um reconhecimento por parte da Equipe de uma dificuldade de se colocar em prática pactos referentes ao projeto do serviço. Segundo, de acordo com a supervisão, a dedução mais clara é a de que “o projeto clínico do Espaço Azul precisa ser colocado em prática”. Os momentos de supervisão

⁷³ Ver Capítulo três, seção 3.3.

funcionaram, a todo tempo de nossa passagem pelo serviço, como um convite para a aproximação com essa forma de pensamento e/ou discussão crítica, o que possibilitou momentos de amadurecimento da Equipe. Daí porque consideramos a ferramenta da supervisão como um recurso a favor do cuidado da Equipe para consigo própria e para com o próprio serviço, na medida em que promove um espaço para revisão de suas práticas de cuidado. Nessa ocasião pudemos identificar já algumas propostas de modificação dessas práticas, fruto dessa discussão crítica na qual a Equipe pôde adentrar, quando passa a propor, por exemplo, como nos diz uma profissional, que “todas essas falas que estão sendo trazidas possam ser traduzidas em ação, com propostas de como melhorar esse quadro atual nosso”, em sinal de claro reconhecimento de uma problematidade interna. Sinalizam, já nesta ocasião, para uma proposta de mudança com relação à forma que vinha acontecendo a triagem, isto é, por agendamento, pois identificaram que esse modo de apresentação da triagem “[...]é um contrasenso com a proposta de poder receber pessoas em crise”, como coloca uma técnica, na medida em que essa forma parece não estar atendendo efetivamente ao recebimento das demandas. Isto parece ser reforçado quando uma técnica coloca que “o que eu escuto por aí é que este serviço nunca dispõe de vaga, mesmo com a pouca quantidade de usuários que tem”.

Após termos trazido duas situações em que essa caracterização crítica pode acompanhar o pensamento e as discussões citamos, ainda, sem entretanto nos determos, outros exemplos: sinalização de que não só os hospitais podem funcionar inadequadamente, mas os próprios CAPS, os PSFs, os ambulatórios etc.; reflexão da Equipe acerca de algumas intervenções realizadas por alguns profissionais nas quais se identificou atitudes mais iatrogênicas do que um modo de cuidado acolhedor e complexo; o reconhecimento da demanda da Equipe por momentos de cuidado consigo própria; resistência saudável de alguns membros da Equipe

pela manutenção dos acordos e das referências do projeto; atitude de parte da Equipe pela reabertura de debates que tendiam a ser silenciados, pelo potencial de criticidade e turbulência contido neles.

- **Movimento de complexificação**

Essa variável expressa um modo de recebimento e ação identificados numa postura da Equipe de reconhecer a complexidade dos assuntos discutidos, da escuta e da abordagem ao sofrimento, de modo a manejar com eles de forma que tal caracterização demanda, isto é, numa postura de re-ligar aspectos, dimensões e nuances, e não operar cortes sobre eles. Essa postura implica ainda num manejo dessas discussões, da escuta e da abordagem ao sofrimento de modo a não simplificá-los, objetificá-los ou reduzi-los a um tipo de explicação ou condução interventiva que tenta subtrair a multidimensionalidade própria dos fenômenos e do sofrimento psíquico. Ao contrário, o que vimos foi a Equipe, em alguns momentos, priorizando uma conduta de abertura das discussões, escuta ou intervenção. Observamos que essa postura adotada pela Equipe em algumas situações implicou ainda numa espécie de legitimação do adoecimento psíquico enquanto fenômeno não objetificável, marcado por uma incerteza e abertura própria que inviabiliza qualquer tipo de corte ou cisão no modo de operar com ele. Portanto é uma atitude refletida em modos de escuta ampla sintonizados com formas distintas de sofrimento dos usuários nas quais os profissionais puderam se envolver. Tal postura aproximou o fazer dessa Equipe de um modo de cuidar norteado pelo o que a ética da reforma orienta no sentido de um tipo de assistência ao sofrimento antimanicomial.

Para uma melhor compreensão disso que chamamos de atitudes de complexificação por parte da Equipe do Espaço Azul em suas práticas de cuidado, selecionamos dois exemplos, dos nove, nos quais esse modo de conduta reflexivo-interventivo apareceu:

- Na realização de um grupo no dia 12/09/05 uma usuária faz a solicitação ao coordenador que acrescente à sua medicação uma outra – diazepam – justificando não

estar dormindo bem e estar sentindo o que ela chama de “agonia” dentro dela. O coordenador lembra e explica a usuária que a medicação referida foi retirada porque ela própria estava se queixando de dormir muito e, além disso, por conta do risco de dependência que ela provoca. Mas a usuária insiste de todas as maneiras pelo retorno da medicação tranqüilizante, dizendo: “vá, Dr[...], bote um Diazepam”. O coordenador, numa tentativa complexa de recebimento da solicitação da usuária, não se cola a solicitação da medicação que, fruto de uma queixa sintomatológica, poderia estar a serviço de ocultar a real demanda da usuária. Propõe ao grupo e a usuária uma semana a mais para avaliá-la e melhor percebê-la sem o uso da tal medicação. O fato é que algo estava sendo solicitado e, talvez, a medicação estivesse sendo apresentada como representante dessa solicitação mais abrangente e complexa. O coordenador do grupo pôde aperceber-se disso quando se posicionou frente a solicitação feita sintonizado com o pedido formulado; pedido este que embora não tenha sido formulado em sua totalidade mas tendo sinaliza para uma complexidade. E isto foi o que o coordenador se lança em compreender. Qual teria sido o algo mais do pedido da usuária? O coordenador entende que a usuária, através do pedido pelo Diazepam solicitava, em outras palavras, que “[...] fizéssemos algo por ela [...], como quem diz, [...] façam alguma coisa por mim”. Tal posicionamento do coordenador reflete uma escuta cuidadosa que tende a problematizar a queixa da usuária para melhor compreender a sua demanda. Esta pôde ser identificada não exatamente ou somente por medicação, mas por algum tipo de atenção ou ajuda mais elaborada que, no entanto, só pôde ser formulada pela usuária através do pedido da medicação. Neste sentido foi interessante perceber como a queixa, escutada através de uma postura de abertura e atenção à complexidade, pôde sinalizar para uma outra demanda também mais abrangente. A postura complexa do coordenador, que canaliza com a

complexidade da demanda da usuária, pôde ser traduzida nessa experiência em que o coordenador não simplifica nem reduz o primeiro pedido por medicação, na demanda total da usuária. Em função dessa postura de abertura do coordenador a demanda da usuária logo se mostrou mais ampla do que apenas um ajuste medicamentoso, muito embora, após uma compreensão mais ampla da problemática da usuária, um ajuste medicamentoso tenha sido identificado como necessário na ocasião. Tal posicionamento do cuidador nos fez recordar do que Corbisier (1992) nos orienta quanto ao que chama de urgência em não se responder de forma rápida às queixas sintomatológicas mas, através da fala, tentar transformá-las em pedido de ajuda. Embora a proposta de um acréscimo de medicação pelo coordenador não tenha atendido ao pedido inicial da usuária pelo Diazepam e, antes mesmo que seu uso fosse efetivado pela usuária, pudemos sentir um efeito imediato dessa intervenção promovida por essa escuta complexa. A usuária recebe a nova proposta como um bálsamo parecendo mesmo, antes de utilizar a nova medicação de efeito tranqüilizante, sentir-se já contemplada em sua solicitação, pelo menos naquele momento. Pudemos observar na usuária uma mudança visível em sua apresentação inicial inquieta e ansiosa. Vimos nessa situação um exemplo claro de como uma escuta complexa traz essa possibilidade de apaziguamento da dor psíquica e a própria usuária nos mostrou isso quando, mesmo não tendo sido atendida em sua solicitação inicial, mas tendo sido escutada amplamente e acolhida efetivamente em sua demanda, termina o grupo de um modo bem diferente, isto é, bem menos angustiada do que como iniciou. E na medida em que essa escuta, mesmo que disparada por uma solicitação sintomatológica, não se reduz a ela, é que podemos falar em tentativa de complexificação da intervenção – quando se assume o caráter complexo da demanda

(Dell' Acqua e Mezzina, 2005) – e ainda em uma modalidade de cuidado que se inscreve na ética da reforma.

- Na discussão de um caso clínico da Reunião de Intercontrole do dia 14/09/05 a Terapeuta de Referência de uma usuária comenta sobre um atendimento individual que fez a usuária no qual pôde abordar algumas temáticas que circundam a experiência cotidiana da usuária de sair de casa durante a madrugada e chegar no Espaço Azul antes do amanhecer; acontecimento este que muito preocupava a Equipe. A usuária, estimulada pela TR, coloca para esta o motivo que a leva a sair de madrugada dizendo que enquanto mulher e para ter saúde precisa ter relacionamento sexual. A usuária coloca nesse atendimento a sua crença de que para ficar bem é preciso ter relações sexuais e que por isso sai na madrugada. É quando sua TR se coloca numa postura de respeitar e compreender a crença da usuária dizendo que concorda com ela, mas que se preocupa com a forma que ela vem lidando com a sexualidade ao se colocar em situações arriscadas para si própria. A TR trabalha com a usuária de forma transparente, apresentando os riscos que a usuária vem se colocando ao procurar essa forma de viver a sua sexualidade e as preocupações que a Equipe tem sentido diante disso. Mas o atendimento não se estanca nesse tipo de intervenção ao avançar ainda mais e funcionar como espaço de fala que promove uma atmosfera de acolhimento na qual a usuária pôde repousar a sua dor. Tal atmosfera é possibilitada através do que chamamos uma postura de receber a escuta de modo complexo e aberto tanto à pluralidade e multidimensionalidade da experiência de sofrimento da usuária – não se situando em apenas uma face da problemática – quanto a singularidade de seu sofrer: uma escuta da diferença (Corbisier, 1992). Neste sentido a TR pôde caminhar com usuária para temáticas ainda mais dolorosas e que pareciam funcionar como disparadoras de comportamentos que foram identificados pela Equipe como

comportamentos que refletem uma falta de motivação e sentido para viver ou, como diz uma técnica, de “[..]se apegar a uma realidade”. E já nesse modo de compreensão mais ampliado comentam que “[...] a grande dor da ‘usuária x’ é a ausência das filhas”. Parecem se aperceber de que o conjunto de ações confusas e arriscadas que a usuária vem apresentando e se submetendo, como que de forma assujeitada, diz de uma grande dor que experiencia e que tem encontrado em atos diversos uma forma de expressão. Esta dor pôde nessa escuta, fruto de um posicionamento complexo, ganhar expressão e recebimento acolhedor. Deste modo identificamos nessa intervenção a disposição de uma escuta acolhedora com vias de possibilitar formas de elaboração da dimensão subjetiva do adoecer da usuária sem entretanto intervir de forma a barrar seu posicionamento existencial possível, nem também ignorar ou se sobrepôr, em nome de uma suposto saber técnico, à sua crença. A escuta pautada numa postura complexa vai refletir portanto na sintonia com o sofrimento apresentado de modo a operar com ele de forma cautelosa e respeitosa, guiada pelo que aponta o desejo e a possibilidade momentânea da usuária, ainda que isso implique na permanência de um comportamento da usuária sentido na Equipe como arriscado. Isto não faz compreender que o que pauta a ação desse modo de intervenção é a concepção de que, mais importante do que promover a dissolução do comportamento, mais importante do que ou medicá-lo, ou paralisá-lo, ou ainda evitá-lo, é escutá-lo, podendo ser continente a ele, a partir de uma relação de compartilhamento e troca. Sendo este um modo de inclinação sobre o sofrimento, um modo de cuidar, finamente sintonizado com a proposta da reforma.

Além dessas duas situações trazidas para exemplificar aquilo que identificamos como sendo atitudes de complexificação implementadas no modo de cuidar, outras situações foram identificadas, todas elas comungando de uma disposição de uma escuta acolhedora com vias

de possibilitar um espaço de fala que estimula formas de elaboração sem nenhum modo de evitação de dificuldades ou problemáticas. Um modo de escuta que não tende ao movimento de estancar a dor, o conflito ou o problema, mas de recebe-los, sendo por isso continente a eles.

- **Respeito à singularidade e promoção dos modos de singularização**

Essa variável reflete um conjunto de posturas no modo de escutar, abordar e intervir da Equipe caracterizado pelo respeito por cada modo de apresentação e participação dos usuários, segundo suas possibilidades momentâneas. Tal modo de conduta reflete um posicionamento da Equipe de poder ser norteadas pelas demandas peculiares e próprias de cada usuário, fazendo endereçar o seu modo de intervenção nos caminhos plurais que cada modo singular possa apontar. Mas além dessa característica de se permitir ser guiada por cada modo subjetivo em particular, essa postura vai implicar, ainda, em uma forte tendência pela flexibilização ou quebra dos modelos tradicionais, seja da assistência, seja institucionais, já que elege-se como prioridade a singularidade. Quando essa Equipe opta nesses momentos pelo acolhimento ao sofrimento do usuário e pela flexibilização de enquadres rígidos, ela nos faz perceber em sua forma de assistir atravessada por uma modalidade de cuidar sintonizada com uma orientação referencial da ética da reforma no que diz respeito a uma filosofia inclusiva; filosofia que tem como pressuposto as diferenças subjetivas e como modo de conduta que as formas de cuidar dessas diferenças possam de fato levá-las em consideração e em parceria caminhar com elas em relações de parceria, troca e cuidados nos quais essas diferenças, além de nortear condutas, possam ser sempre respeitadas e preservadas.

Do nosso contato com o serviço pudemos observar oito momentos nos quais esse modo de condução das práticas de cuidado emergiu para nós, mas a título de melhor compreensão do

que explicitamos nessa variável selecionamos dois deles nos quais ela torna-se possível de ser aqui compartilhada.

- No item Triagem do dia 13/09/05 acompanhamos a triagem de um rapaz que chega no serviço acompanhado da mãe e apresentando um intenso sofrimento psíquico. Com um conjunto de crenças delirantes inicialmente inviabilizou toda e qualquer forma de acordo quanto a possibilidade de aceitar receber algum tipo de cuidado, muito embora, se permite conversar com a profissional sem maiores dificuldades. Entendemos que sua maior dificuldade naquela ocasião advinha de sua crença de que estava sendo perseguido; sendo este o motivo pelo qual não dormia, se mantinha vigilante, assustado e sério. Além disso, fazia parte de sua crença que seu perseguidor – uma espécie de enviado do diabo – poderia se apresentar em qualquer pessoa, inclusive em nós que estávamos para recepcionar o seu sofrimento. Por isso, toda dificuldade de vinculação com esse rapaz advinha da sua percepção de que nada de errado, do ponto de vista de problema de saúde – psicológico ou psiquiátrico – estava acontecendo com ele. Tudo que ele sentia e percebia era sentido como real e portanto assustador e algo que ele repetiu várias vezes é que não era louco. Desse modo, testava a profissional quando lhe perguntava se ela acreditava no que ele havia contado. Dizemos que essa pergunta funcionou como uma espécie de teste porque foi a partir dela que começamos a perceber um modo de vinculação sendo estabelecido de forma mais consistente entre o rapaz e a profissional que mais a frente possibilitou a aceitação dele em ser cuidado no serviço. Desde o princípio da conversa observamos uma tentativa constante da profissional de que o próprio rapaz pudesse falar em seu nome e contar a sua experiência, ao seu modo e possibilidade, mesmo contra uma forte tendência da mãe de querer falar por ele. Ao proceder desse modo essa profissional vai aos poucos tecendo uma relação de confiança com o futuro usuário de modo a possibilitar uma

espécie de parceria com ele, na qual a fala do usuário, seu modo de apresentação e comunicação possíveis vão sendo os fios condutores de um futuro caminhar interventivo. Parecendo bem sintonizada com o modo de sofrer desse usuário, respeitando o que lhes apontava a peculiaridade desse sofrer e sendo guiada pelo usuário, a profissional diz da sua intenção de ajudá-lo e faz convite para que ele possa ser cuidado. Foi interessante perceber que ela não usa o termo tratar e sim ajudar e cuidar. Vai, desse modo, conseguindo o reconhecimento do futuro usuário de que ele estava sofrendo e precisando de ajuda e cuidados. O choro do usuário nessa ocasião nos pareceu um modo seu de reconhecer-se em sofrimento e, ao mesmo tempo, de sentir-se respeitado e acolhido em sua dor. Se levarmos em consideração que o usuário estava bastante preocupado em não se reconhecer louco, a utilização do termo tratamento teria sido sentida por ele, muito possivelmente, como uma afirmação e confirmação vinda da profissional daquilo que ele mostrava ter plena convicção de não ser. Isto colocaria a perder toda tessitura de uma vinculação positiva iniciada. Mas a profissional, parecendo desenvolver fina sintonia com o sofrimento do usuário, lida com a sua dor psíquica a partir do que ele próprio nomeou e trouxe para o atendimento, isto é, o sentimento de medo. Aliás, ao proceder desta forma consegue do usuário o reconhecimento de um estado seu de sofrimento, até então não legitimado, e, ao mesmo tempo, desatreia esse estado de dor psíquica de qualquer terminologia negativa para ele. Torna-se útil, somente, àquelas que o próprio usuário pôde trazer. Deste modo abre a possibilidade de formação de um vínculo de confiança que permite a negociação de uma proposta de acompanhamento no CAPS para ele. Também respeita a possibilidade momentânea dele quando, em função de seu estado intenso de sofrimento e medo até mesmo pelo ambiente do serviço, acorda com ele que possa ser medicado e voltar para casa, para retornar ao serviço, somente, depois de

dois dias, quando se supôs que com o auxílio da medicação, se sentiria menos ameaçado. Nessa triagem vimos um tipo de escuta que acolhe o sofrimento psíquico do modo como se apresentou e que coloca ao dispor do usuário um espaço de acolhimento de sua singularidade quando se permite ser conduzida pelo que o próprio usuário lhe sinalizava de demanda durante sua fala, descolando-se, com isso, de a priori teóricos e conseqüentemente aproximando-se de um modo de cuidar sintonizado com a lógica da reforma.

- Outra situação na qual pudemos identificar essa postura de respeito à singularidade do usuário foi no dia 15/09/05 no item Grupo de Terapia Ocupacional. Chamou-nos a atenção a liberdade com que cada usuário pôde participar e se envolver no grupo, cada um ao seu modo e possibilidade. Enquanto uns se envolveram em tarefas próprias do grupo como a realização de tapeçarias, colagens, trabalhos com isopor e fuxico, outros, tendo suas iniciativas próprias respeitadas pelas coordenadoras do grupo, se engajaram em outras atividades mais particulares como, por exemplo, o caso de um usuário que usa o tempo do grupo para escrever a letra de uma música e outro usuário que fica no comando do som; atividades estas não previstas e nem inscritas nas atividades propostas no grupo. Além desse aspecto que conferiu ao grupo uma liberdade sintônica com as possibilidades dos usuários e em especial desses dois usuários, foi interessante perceber o respeito pelo movimento do usuário que, apesar de inquieto e não possibilitando que o rádio ficasse sintonizado nem por um breve tempo em qualquer estação, não foi afastado nem da função de controlador do som, nem também do grupo. Essa era naquela ocasião a sua forma de poder estar na atividade. Numa atmosfera de acolhimento e respeito pela diversidade vimos que nem técnicos nem usuários se inquietaram para um movimento de afastar o usuário do posto de operador do som, ainda que fizessem comentários que constatavam, tanto

para o próprio usuário, quanto para o grupo, a oscilação do rádio. A atmosfera criada entre os participantes era mesmo de poder receber a diferença, ainda que ela pudesse sonoramente causar algum desconforto. Portanto não se precisou negar ou ofuscar que um ruído fazia parte do ambiente; buscou-se reconhecê-lo e lidar com ele tal qual se apresentou. É assim que esse momento nos indica a possibilidade de acontecimento do grupo sem seguir nenhum tipo de rigor ou apego a formalidades de modelos institucionais que inviabilizassem a expressão singular de seus integrantes. Ao contrário, ele acontece de modo que todos se envolviam, ao seu modo e possibilidade, não só naquilo que escolheram fazer mas, inclusive, no modo como realizavam essas atividades, isto é, com ou sem a ajuda das coordenadoras. Estas puderam funcionar, para aqueles que assim desejaram, como parceiras ou acompanhantes das atividades e para os que não as solicitaram, apenas como observadoras-interativas de movimentações singulares. Tal caracterização do grupo nos fez compreendê-lo como um modo de aproximação de convivência e cuidado tal como nos orienta o discurso teórico da reforma.

Além dessas duas situações explicitadas, outras nas quais não tratamos de forma pormenorizada, podem expressar o sentido dessa trilha por caminhos e formas de cuidar que tem a singularidade como ética de suporte e destinação a que se pretende aproximar-se: estímulo por um tipo de reflexão em grupo nutrida pela experiência singular de cada usuário; postura de respeito pela decisão de uma usuária ou pelo que apontou ser a sua necessidade quando esta não aceita a proposta da Equipe de pernoitar no CAPS 24 horas; modo de intervenção que não interdita o movimento singular da usuária.

- **Novas práticas**

Essa variável reúne acontecimentos e falas do cotidiano do CAPS que refletem uma tendência de maior aproximação do modo de cuidar implementado no serviço com a lógica da reforma.

Trata-se portanto de práticas de cuidado afinadas com as propostas de desconstrução e revisão de tendências clássicas que puderam ser identificadas em algumas situações vividas na assistência ao sofrimento que esse CAPS vem realizando, para a adoção e invenção de atitudes efetivamente anti-manicomiais. É deste modo uma variável ampla pela diversidade de situações que ela apresenta na direção de possibilidades de práticas descompromissadas com a lógica manicomial e por isso também uma variável que apresenta conteúdos das outras até então apresentadas.

Em função da amplitude daquilo que essa variável expressa, muitas foram as situações em que pudemos identificá-la durante nossa passagem pelo serviço e a título de exemplificação trouxemos dois exemplos, de dezesseis situações em que identificamos o que aqui estamos chamando de novas práticas.

- No dia 02/09/05 no item Visita à farmácia recebemos de uma profissional do serviço algumas explicações sobre a forma como acontece o uso dos vales-transportes no serviço para os usuários e familiares. A profissional explica que “o Espaço Azul funciona diferente dos outros CAPS” e refere que, enquanto nos outros CAPS a maior parte dos usuários recebem o vale-transporte, no Espaço Azul nem todos os usuários recebem. Relata que “[...] quando um usuário tem necessidade, a Equipe discute na reunião e tenta solucionar”. A fala da profissional nos faz pensar que a diferença a qual ela se refere entre o Espaço Azul e os demais CAPS diz respeito a que enquanto nos demais CAPS há uma forma de utilização desses vales mais alargada e freqüente, no Espaço Azul a sua utilização seria mais estreita e criteriosa, ou seja, quando se identifica a real necessidade do usuário. Pensamos que essa questão do uso de vales-transportes merece uma reflexão pois, ao mesmo tempo em que esses vales servem para garantir a ida do usuário ao serviço, já que muitos têm uma condição sócio-econômica imprópria para garanti-los por si próprio, por outro lado, a depender do uso

e da administração que se venha a fazer deles, podem vir a se configurar como um elemento a traduzir uma prática assistencialista com implicações que dificultam ou comprometem as lógicas da autonomia e da emancipação incitadas no discurso da reforma. Tal colocação se fundamenta no que, muitas vezes, observamos durante a nossa experiência profissional em que o vale-transporte, além de virar uma moeda corrente nas mãos de alguns usuários e familiares, funciona como um dos fortes elementos de vinculação deles para com o serviço, juntamente com outros elementos facilitadores como as refeições, por exemplo. Percebemos entretanto que tal vinculação acaba por contribuir para que os usuários tenham dificuldade em fazer o desligamento do serviço quando necessário e por isso consideramos essa vinculação como não emancipatória. E quando acontece isso vemos o serviço deixar de exercer para o usuário a sua função principal, que é cuidar de seu sofrimento, para servir-lhe, principalmente de amparo social. Embora tenhamos a compreensão de que essa função de atendimento social pode compor o quadro complexo de um serviço de saúde mental, entendemos que essa característica não deve ser totalizada em sua proposta. Pensamos no vale-transporte, na distribuição de medicação e na alimentação, por exemplo, como recursos que são utilizados como meios de convergentemente se concretizar a proposta do serviço de cuidar e acolher seus usuários. Entretanto, a partir desse tipo de reflexão apresentada, vemos que aquilo que é recurso ou meio, pode, por desvio de funcionalidade, virar quase que um fim em si mesmo. Neste sentido e ainda pensando de forma retrospectiva, lembramos de usuários e familiares que entram em verdadeiras disputas com os serviços em busca de vales-transportes, chegando muitas vezes a ameaçar abandoná-los, caso não os recebam. Nestes momentos, é quando se torna muito visível para nós o lugar de prioridade que esse recurso passou a ocupar e intermediar a dinâmica de relação entre o usuário/familiar e o serviço. Posto essa

reflexão entendemos que somente atitudes reflexivas e críticas - descompromissadas com práticas assistencialistas - daqueles que fazem o serviço oportunizam a revisão dessa questão. Ocorreu-nos ainda a lembrança de um serviço no qual estagiamos, em que essa rotina de distribuição de vales-transportes era uma prática inexistente e, isto é o importante, nem por isso se constatava diminuição ou baixa de frequência dos usuários e familiares, salvo raras exceções. Além disso, se pensarmos na forma como o município está estruturado, isto é, dividido suas áreas geográficas em regiões e sub-regiões distritais de modo a referenciar os serviços da rede o mais próximo possível das residências dos usuários, teremos um elemento a mais a favor de uma prática de distribuição de vales de forma mais criteriosa e menos alargada. A idéia da distritalização emerge justamente da intenção de aproximar os serviços de seus usuários em cada área geográfica do município. Entretanto ocorre às vezes que um usuário, mesmo morando na área do Distrito que tem como referência o CAPS que se utiliza, reside ainda muito distante do serviço e somado a isto há casos de usuários sem nenhum tipo de recurso financeiro que os possibilite arcar com suas despesas de transporte para ir e vir ao serviço. Nestes casos o vale-transporte é elemento fundamental sem o qual o usuário não pode ser cuidado pela Equipe, sendo esta uma situação de exceção. Todavia se ela passa a ser estendida para a grande parte ou para a totalidade dos usuários, como forma simplista de facilitar-lhe a vida, mas sem ser identificada uma necessidade que justifique de fato a utilização desse recurso, passa a promover neles uma demanda que rejeita qualquer não e que vai impulsionar ainda tentativas de manipulação, tantos dos usuários quanto dos familiares no serviço; tentativas essas que podem representar ainda um desinvestimento, ou dos familiares ou dos próprios usuários, com relação ao CAPS enquanto lugar de cuidado. Entendemos que, no momento em que o vale-transporte se torna mais importante do

que o próprio cuidado ao sofrimento, ao ponto de fazê-los pensar em abandonar o acompanhamento, é porque o motivo que destina o usuário ao serviço já não é mais, pelo menos como prioridade, o próprio serviço - enquanto espaço de cuidados ao sofrimento - mas o que nele é facilitado do ponto de vista material. Após essa reflexão pensamos que quando a Equipe do Espaço Azul administra os vales, sem fazer essa espécie de distribuição em massa, parece ter a possibilidade de resguardar não somente essa crítica como também a função para qual está destinada a utilização de vales-transportes no serviço: de servir como meio de possibilitar o acompanhamento dos usuários no serviço. Ao garantir essa utilização mais criteriosa a Equipe conta com a possibilidade de não comprometer as intenções de autonomia e emancipação a serviço das quais todo e qualquer recurso no CAPS deve atender, se se pretender sintonizado com a proposta da reforma.

- Outra situação na qual identificamos essa implementação do que nomeamos de novas práticas está referenciada no dia 05/09/05 no item Jantar. Uma usuária chega ao serviço na hora do jantar e em dia que não é destinado a freqüentar o CAPS, solicitando jantar. Essa usuária já é conhecida como alguém que se apresenta no serviço com comportamentos estereotipados e que tendem a chamar a atenção de técnicos e usuários para ela. Ao solicitar o jantar, a técnica do turno responsável em acompanhar a refeição dos usuários coloca para a usuária que não tem conhecimento de nenhum acordo sobre a possibilidade dela jantar naquele dia mas como a usuária insiste, a técnica pede que a usuária possa ir falar com a Terapeuta de Referência. A usuária entretanto parece ignorar a orientação da técnica e afirma que vai jantar. Diante da insistência e da tendência centralizadora de atenção da usuária a técnica, de forma paciente e sem nenhum tipo de autoritarismo, pede que a usuária possa aguardar lá fora e propõe que, assim que terminar o momento do jantar e a sua tarefa de

compartilhar com os usuários desse momento, elas possam conversar sobre isso. A profissional coloca para a usuária que: “talvez você esteja precisando de alguma coisa a mais do que o jantar e talvez, quem sabe eu possa lhe ajudar”. Mas, ainda assim, a usuária se recusa a aguardar ou conversar como propôs a técnica. E insistindo de forma cada vez mais contundente e estandarizada diz que vai comer de todo jeito e que, nem que seja preciso ir ao lixo, ela pegará a comida. Com essa atitude a usuária acaba mobilizando outros usuários que passam a questionar o fato da usuária não poder comer argumentando que tem comida sobrando. A técnica explica que não se trata de nenhum problema com a quantidade de comida mas dos acordos estabelecidos. O fato é que a situação só se resolve quando o serviço de entrega das refeições chega com o jantar e a usuária, ao se deparar com uma refeição indesejada na ocasião, parece nitidamente desencantar-se com a idéia fixa de que jantaria a qualquer preço e vai embora. Chamou-nos a atenção a forma como a técnica recebeu e abordou essa usuária de forma acolhedora e continente, a despeito das provocações da usuária, como quem lhe passa uma mensagem de que compreende que aqueles comportamentos histriônicos e provocativos compõem uma forma própria de sofrer e que, a despeito do trabalho que possa exigir, precisam ser acolhidos e cuidados de um modo também específico, assim como o é o seu sofrer. O que achamos interessante do ponto de vista da escuta e da abordagem que foi feita é que a técnica recebe a queixa da usuária, vai além dela, a complexifica e identifica uma possível demanda de escuta e acolhimento, mostrando-se ainda disponível e com condição de fazê-lo. Revela-se em sintonia com o sofrimento da usuária e por isso pôde acolhe-la, sem precisar lançar mão de nenhum tipo de artefato institucional rígido para se proteger das investidas da usuária e para se colocar em condição de recebê-la tal qual pôde se apresentar. É neste sentido que pensamos que essa é uma conduta que nos serve de exemplificação do que

estamos chamando de novas práticas, sintonizadas com ética da reforma na medida em que a intervenção da técnica não se cola ao comportamento da usuária e parece entendê-lo como expressão de um sofrimento que precisava ser recebido ainda que, nesse caso, esse recebimento da dor da usuária precisasse acontecer de forma a dar-lhe algum tipo de limite. Esse era o cuidado que pareceu ser demandado e que a profissional pareceu captar, podendo intervir sem nenhum ranço manicomial já que entendemos que o limite colocado pela técnica não foi de um tipo limite controlador ou autoritário, do tipo castigo, mas um limite estruturador de um cuidado afim com o modo de sofrer da usuária ou que responde a sua necessidade.

- Outro exemplo ocorreu no dia 19/05/05 e está referenciado no item Grupo de Medicação. Mais uma vez esse grupo acontece de modo a promover uma interação entre os usuários, caracterizando uma relação de compartilhamento e troca entre eles que lhes possibilita não somente participar ativamente do grupo, mas exercer o papel de cuidadores de si próprios e dos outros usuários quando são, a todo tempo, estimulados pelo coordenador a opinarem nas narrativas trazidas por cada usuário. Isto os lança numa posição de mais autonomia na medida em que as respostas para as questões que os usuários trazem no grupo são, sempre que possível, construídas conjuntamente e em constante interlocução, por eles próprios, tendo como lastro suas experiências de vida. Uma situação que exemplifica isto refere-se a um momento no grupo em que uma usuária trouxe a queixa de estar tremendo e pergunta ao técnico se é efeito de alguma medicação. Ao fazer esse questionamento e recebe deste a devolução de sua questão e o direcionamento da mesma para o grupo. E, embora em princípio o grupo diz não saber, em seguida um usuário lembra que uma medicação pode promover esse efeito. Nesse momento, é quando o técnico se posiciona concordando com o grupo e diz que substituirá a medicação que a usuária vem

tomando por outra. Ao proceder deste modo o coordenador valoriza não somente a experiência do usuário como fonte de saber e possibilita uma atitude emancipatória e autônoma dos usuários de um posicionamento de cuidador e co-responsável pelo outro; também, descentraliza-o, ele próprio, de um lugar exclusivo de fonte desse saber e conseqüentemente de poder. Assim o saber-poder é destituído da ocupação de um lugar exclusivo e passa a circular em todo o tecido do grupo, onde todos podem saber. Algo que ainda nos pareceu interessante e que nos auxilia no pensamento, até então, desenvolvido, foi a conversa que tivemos com o coordenador ao final desse grupo na qual o técnico nos informa que logo no início do grupo uma usuária falou sobre suas saídas na madrugada. O técnico informa ainda que o grupo não tinha conhecimento sobre isso que estava acontecendo com a usuária e que, ao tomar conhecimento, pôde opinar sobre o assunto e apontar os riscos que a usuária estava correndo, bem como colocar, ainda, da necessidade de que ela tentasse permanecer em casa no período da madrugada. Ou seja, percebemos que tudo o que foi dito pelos usuários já havia sido dito à usuária pela Equipe técnica no entanto, o que entendemos como um diferencial possibilitador de um outro tipo de sentido para a usuária é que, dessa vez, ela pôde escutar e sentir esse cuidado vindo de outros usuários que como ela, não apenas entendem verdadeiramente o que ela passa e também se autorizam, pelo poder de compartilhar com ela de uma experiência, a dar-lhes apoio e orientações. Esse é o potencial de cuidado que o grupo dispõe e que o coordenador pôde fazer um uso e aproveitamento a favor do cuidado da usuária, a partir do momento em que assume uma postura de parceiro dos usuários que junto com eles procura compartilhar experiência. Achamos interessante, ainda, perceber que o técnico relata essa experiência disparada pela usuária como algo que marcou uma diferença no modo como o grupo acontece. Assim como o técnico, também sentimos

que tenha sido uma experiência singular no modo de apresentação do grupo quando foi permitido que a usuária trouxesse um assunto que não dizia respeito à temática-foco do grupo - medicação - mas que se referia a uma problemática central de seu sofrimento psíquico e que é fonte de grande preocupação para a Equipe. Percebendo a importância desse momento para a usuária e para o grupo como um todo, na medida em que funcionaram como colaboradores e cuidadores, nos colocamos uma reflexão: se, ao contrário do que foi permitido veicular no grupo, essa problemática não pudesse ter aparecido nesse contexto, conforme a demanda da usuária solicitou e o coordenador permitiu, e, conseqüentemente, não pudesse ter sido escutada e trabalhada nele, em qual outro espaço coletivo apareceria, se o outro grupo de fala, não contempla essa usuária? Colocamos essa questão para gerar a reflexão de que, assim como essa usuária teve a oportunidade de ser beneficiada no grupo porque foi lhe permitido trazer essa dificuldade, poderia não ter sido caso ela tivesse sido interrompida, em razão de um enquadre rígido que não permitiria que fosse oportuno extrapolar os assuntos da medicação ou temática-foco desse grupo. Foi assim que percebemos essa diferença ocorrida no grupo como uma prática inventada e tecida por ocasião de ter se colocado nos caminhos da demanda complexa da usuária. Dizemos prática inventada já que foi um tipo de resposta do coordenador criada e possibilitada no momento do grupo e, sobretudo, por sentirmos que o referencial que ela se amparou foi a necessidade da usuária, sua solicitação e demanda, por isso a chamamos de novas práticas quando pudemos entender a filiação com a proposta da reforma que essa resposta e modo de recepção à dor psíquica alude.

Além dessas três situações em que nos demoramos muitas outras puderam ser identificadas ao longo de nossa passagem pelo serviço, as quais gostaríamos de apenas citar como forma de cuidar que implica no que estamos chamando de novas práticas, ou práticas de cuidado

compromissadas com a proposta anti-manicomial: discussão na Equipe em que a compreensão de cuidado vai além da ferramenta CAPS; estimulação de interatividade e relação de troca dos usuários entre si; tentativa de desacentuar uma postura assimétrica entre a figura do médico e os usuários, característico de um modelo clínico-clássico, para propor uma relação de parceria; chamada para a necessidade de se trabalhar questões ligadas ao preconceito social como forma de promover o descolamento dos usuários do serviço; flexibilidade com relação aos lugares e aos papéis dos técnicos remetendo a formas de enquadramento não rígido; utilização do termo ajuda e não tratamento para designar o acompanhamento no CAPS; distanciamento de qualquer uso de a priori teóricos ou enquadramentos diagnósticos; preocupação com a problemática do usuário e seu sofrimento identificando-se como prioridade a necessidade dele ser acolhido, em detrimento de um apego ao modelo de funcionamento institucional; não contrariação da crença da usuária em nome de um suposto saber técnico; possibilidade de ser guiado pelo que aponta o desejo e a possibilidade momentânea da usuária, configurando um modo de cuidar não invasivo ou tutelar, mas continente; não afastamento de um usuário mais inquieto da atividade, fazendo atender ao princípio da inclusão; atmosfera de acolhimento e respeito pelas diferenças; estímulos para um posicionamento de mais autonomia; cuidado com relação ao manejo da medicação que atende a uma postura que complexifica, problematiza e a utilização de forma criteriosa.

2. Distanciamento da ética da reforma:

- Falta de crítica/pensamento simplista/reducionista/responsabilização de terceiros
- O enquadre se sobrepondo à demanda
- Escuta não complexa que tende a evitação do conflito
 - Demanda de escuta pelo usuário/falta de acolhimento/A escuta do esvaziamento
- Dificuldade de ser guiado pelo movimento singular do usuário
- Tendências clássicas de intervenção
- Substitutividade/Dificuldade de Acolhimento à Crise

- **Falta de crítica/pensamento simplista/reducionista/responsabilização de terceiros**

Essa variável reúne posturas identificadas em alguns momentos de funcionamento do serviço que sinalizam para um pensamento afastado da crítica, com tendências a não auto-implicação da própria Equipe nas dificuldades vivenciadas e, muitas vezes, próprias da complexidade de um serviço como esse. A tendência de não se implicar reflete, ainda, atitudes de repassar ou transferir para terceiros qualquer forma de implicação ou responsabilidade, mas também uma forma de pensamento que reflete tentativas de simplificar ou operar de modo reducionista como se em determinados momentos a Equipe não pudesse engajar-se naquilo que ela própria realiza e produz, de modo reflexivo, elaborado ou complexo, mas somente livrando-se, como que defensivamente, de algo que talvez lhe seja pesado e da possibilidade de pôr-se em crise. Ao proceder desse modo a Equipe se distancia, nessas ocasiões, da possibilidade de realizar uma forma de cuidar sintônica com o espírito crítico advindo da proposta da reforma.

A fim de melhor traduzir o nosso pensamento e aproximá-lo de nossa experiência no serviço escolhemos dois exemplos, de vinte e um, nos quais sentimos que esse posicionamento da Equipe.

- Na ocasião de um grupo, no dia 02/09/05, as coordenadoras sugerem uma avaliação de um momento festivo que havia acontecido no serviço. Os usuários relatam que houve um certo tumulto na hora do lanche pois segundo os mesmos, “[...] as pessoas ficaram avançando na comida”. As coordenadoras refletem que tal tumulto aconteceu porque os próprios usuários não puderam esperar para serem servidos. Complementam o raciocínio dizendo que não faltaria lanche para ninguém e que portanto o acontecido teria sido da responsabilidade dos usuários. Uma usuária defende-se dizendo que uma técnica “[...] ficou alterada” na ocasião. Mas a opinião das coordenadoras continua reforçada pela idéia de que os usuários não souberam esperar e colocam ainda que “[...]precisam aprender”, embora refletem que não se trata de culpar ninguém, mas de

reconhecer a implicação dos usuários. Frente a nossa experiência profissional essa é uma situação que parece se repetir constantemente, quando nos recordamos de muitas comemorações em outros serviços em que no momento do lanche esta cena de tumulto acontecia. Isto nos faz pensar naquilo que já abordamos com relação aos vales-transportes, ou seja, de que a facilitação material de algumas coisas que são para os usuários diferenciais em suas vidas sócio-econômica desfavorecidas, torna-se motivo de concorrência e disputa. Mas não apenas isso pois, como já referido, esse aspecto acaba por se configurar como móvel de um tipo de vinculação que, no nosso entendimento, se faz para além daquele em torno das relações de cuidado e que diz respeito a uma demanda utilitarista, no sentido de buscar aquilo que lhes falta materialmente. A temática torna-se ainda mais complexa se nos recordamos que a proposta de cuidado norteada pela reforma psiquiátrica é de fato uma proposta ampla que transcende os parâmetros exclusivos da assistência ao sofrimento psíquico para propor a utilização de recursos como os citados para compor o quadro de cuidados. Este é um dos sentidos da tomada de responsabilidade que nos fala Dell' Acqua e Mezzina (2005). Entretanto, se não desejamos tornarmos reféns imóveis de nosso próprio discurso devemos pensar em que medida precisamos, de fato, deles para viabilizar a nossa proposta, ou ainda, em que medida ou em que momentos eles são essenciais. Tais questões nos fazem convite para a abertura de um modo de leitura mais crítico desses recursos que possa problematizar suas implicações e, quem sabe, deixar que nossa criatividade possa nos apontar uma saída mais criticamente elaborada. Trouxemos essa reflexão crítica justamente porque sentimos que a tonalidade da discussão que envolveu a referida avaliação no grupo não pôde envolver-se nesse tipo de reflexão quando se limitou a discutir a responsabilidade dos usuários no tumulto gerado, sem somar à discussão outras possíveis compreensões que

envolvessem, por exemplo, o modo como aquela atividade foi planejada e executada. Ao responsabilizar os usuários pelo tumulto do lanche a Equipe fecha-se para outras leituras mais críticas e auto-implicadas que pudessem sinalizar um tipo de compreensão mais complexa do ocorrido que, no nosso entendimento, apenas indica um outro tipo de problematidade que referimos. Quando nos propomos a ampliar essa discussão não é para oferecer uma solução radical do tipo banir estes recursos mas, talvez, inventar, por isso falamos em criatividade, novas formas de uso que possam expressar um posicionamento político mais sintônico com o espírito crítico da reforma. Neste sentido, nos recordamos da prática de um serviço de saúde mental pelo qual já passamos em que essa questão do lanche nas festividades era administrada da seguinte forma: ao contrário da maioria dos serviços em que eles próprios se responsabilizam em garanti-los aos usuários, neste serviço essa era uma tarefa pactuada entre usuários, familiares e técnicos, de modo que cada um trazia a sua contribuição - lanche ou refrigerante - conforme fosse possível. Esta parecia-nos uma experiência interessante na medida em que implicava os usuários e familiares em todo processo da festividade e não só na etapa do servir-se. Há de se pensar que a experiência do “receber de graça”, isto é, sem que haja algum tipo de investimento, parece funcionar na nossa cultura capitalista como algo sem valor e que portanto não merece cuidado, podendo finalmente se traduzir em: “vamos avançar”.

- Outro exemplo em que identificamos esse distanciamento da crítica e, ao mesmo tempo, uma postura que transfere responsabilização e auto-implicação para terceiros foi numa reflexão registrada no dia 12/09/05 no item Conversa com uma técnica. Nesta ocasião é feita uma referência ao reconhecimento de um esvaziamento de usuários no serviço como um problema que o Espaço Azul está enfrentando, mas que teria haver com o número de técnicos que atualmente lhe é disponibilizado. A técnica

que traz essa reflexão diz que o serviço está aguardando a chegada de novos técnicos há um ano, desde de que foi municipalizado, e coloca que até agora ainda não foi contemplado com novos técnicos, com exceção de uma técnica que chegou há uns quatro meses, mas que segundo a profissional não tem interesse de permanecer trabalhando em CAPS e por isso, desde o momento em que chegou no serviço, não assumiu nenhuma atividade. A partir do exposto pensamos que o tipo de argumento trazido associa que a responsabilidade pelo fato de o Espaço Azul estar vivendo uma realidade de um certo esvaziamento de usuários seria do município, já que este não lhe provê o número de técnicos que a Equipe julga necessária para que possam receber mais usuários. No entanto, ao se responsabilizar o município como causa exclusiva do problema enfrentado no CAPS realiza-se, ainda, uma operação que subtrai toda e qualquer possibilidade de se pensar nas possíveis implicações que tem o próprio CAPS poderia ter, enquanto reflexo de um modo de funcionamento que envolve Equipe e usuários. Em outras palavras, tal modo de pensamento faz a Equipe isentar-se de qualquer tipo de implicação que possa, também, lhe dizer respeito em seu modo de funcionamento. Neste sentido, algo que nos chamou a atenção nessa conversa foi, por exemplo, o fato dela referir que apesar do serviço, que se sente tão carente de novos técnicos, ter recebido do município um profissional para somar esforços na Equipe, este profissional, por não ter intenção de ficar no serviço, não realiza ações nele. Ou seja, ao mesmo tempo em que se queixa de que não há profissionais suficientes para desenvolver as ações que lhe compete, a Equipe recebe um profissional que não tem disponibilidade para ação no serviço e não se mobiliza, ou no sentido de o engajar em ações no serviço, ou na direção de solicitar a sua substituição. Ao contrário, parece acolher uma situação que para o presente momento do serviço representa, na prática, como coloca uma técnica “[...] menos uma pessoa na Equipe”.

Isto nos fez pensar na existência de um impasse para o qual a Equipe, sem se perceber, contribui para a sua continuidade, ainda que isto represente para ela a não saída de uma situação da qual ela constantemente se queixa – a pouca quantidade de técnicos – e se utiliza como argumento para justificar o esvaziamento de usuários no serviço. Nesse sentido, sentimos essa modalidade argumentativa refletindo algo que a Equipe, sozinha, não estaria identificando, mas que teria a ver com ela própria, isto é, uma dificuldade de pensar no esvaziamento de usuários no serviço como algo que tenha a ver não somente com a pouca quantidade de técnicos, mas, e, principalmente, com a dinâmica atual do serviço na qual a Equipe é implicada e que fora, em outro momento, reconhecida pela própria Equipe e com o auxílio da supervisão, com uma tendência à paralisação e dificuldade de manutenção dos acordos. Mas aqui, ao contrário dessa possibilidade de reconhecimento, essa dinâmica não foi levantada como possibilidade compreensiva da queixa da Equipe e, por isto, a justificativa apresentada para a problemática em questão é colocada como algo exterior e desimplicada de sua responsabilidade. Tende-se a ver a problemática de fora para dentro e com isso a Equipe se distancia de uma crítica ou prática de revisão que lhe possibilite avançar numa proposta de desconstrução de tendências clássicas, pois na medida em que não há implicação, também não há possibilidade de revisão e mudança.

- Outro exemplo de um típico repasse de responsabilidade fruto de uma impossibilidade momentânea de se envolver num modo de pensamento auto-crítico pôde ser identificado na Reunião de Intercontrole do dia 14/09/05, no momento em que a Equipe discutia alguns casos clínicos com a Equipe de Ação Avançada⁷⁴. Uma usuária é apresentada como alguém que tem como dificuldade principal uma relação simbiótica com o filho que também é usuário de outro CAPS e que foi residente em

⁷⁴ Esta Equipe faz parte do projeto de ações de saúde mental do município e realiza ações no território junto aos Programas de Saúde da Família e aos Programas de Agentes Comunitários, em parceria com os CAPS do Distrito ao qual está referenciada – no caso o três.

hospital psiquiátrico durante muitos anos. Reconhecendo a complexidade de problemática da usuária a Equipe queixa-se da dificuldade de se trabalhar com ela já que sente que a problemática dela é sempre atravessada pela do filho. Exemplifica o que chama de relação simbiótica quando explicita que nos atendimentos à usuária, mesmo quando ela não está acompanhada do filho, e isso é raro, praticamente só fala nele; quando reflete que a usuária e o seu esposo parecem viver em função desse filho, tendo suas vidas completamente influenciadas e dirigidas pela presença dele, fazendo o que o filho quer, numa relação de culpa e medo. Neste sentido é reconhecida a impossibilidade de um tipo de trabalho com a usuária indissociado do filho, mas é admitida a necessidade de se estimular um modo de individuação entre eles e para isto tenta-se separar os espaços dos dois, sempre remetendo o filho da usuária ao seu espaço de cuidado. Entretanto, mesmo demonstrando ter clareza da complexidade da problemática, sentimos como se faltasse à Equipe algum tipo de recurso que a possibilite a efetivação do trabalho que afirma ser necessário com a usuária. Assim, sem conseguir centrar sua discussão naquilo que lhe implica enquanto Equipe cuidadora da usuária, passam a questionar o outro serviço, a respeito do cuidado que este vem oferecendo ao usuário, dizendo: “por que X[referindo-se ao filho da usuária] está no Não-intensivo se ele apresenta esse quadro?”. Ao proceder assim a Equipe termina por confirmar nela própria a impossibilidade momentânea de trabalhar com essa usuária no sentido de buscar a sua individuação com relação ao filho, tal como identificou ser necessário, já que passa a se preocupar mais com o tipo de cuidado oferecido ao filho da usuária e, sem se perceber, menos com a própria usuária. Assim vemos a discussão se deslocar prioritariamente para o que a Equipe pensa e sugere como melhor forma de cuidar do filho da usuária. Nesse contexto uma técnica sugere que o CAPS que cuida desse rapaz possa rever o projeto terapêutico dele, afim de que

essa revisão possa se refletir na usuária, afinal, como ela acrescenta: “se ele é tão grave, se ele vivia internado, como pode ficar no Não-intensivo?”. A Equipe, ao expor o caso dessa usuária, mostra ter clareza de sua dificuldade maior que é a estreita ligação com o filho; nomeia essa relação de simbiótica quando percebe que a vida da usuária e de seu esposo gira em torno do filho. Demonstra perceber ainda a necessidade de um desligamento entre eles, porém, nem no discurso, ao trazer o caso da usuária para a discussão, consegue realmente separá-los, para trazer a problemática da usuária. Ao contrário, a problemática dela é lida sempre como a do filho. Reflete-se tanto sobre este filho até se questionar sobre a sua modalidade de acompanhamento no outro serviço. Enquanto isso identificamos a grande necessidade e dificuldade de se trabalhar nessa relação o medo e a culpa da usuária com relação ao filho. Percebemos nessa discussão como se o serviço não pudesse ter um movimento de implicação para lançar-se nessa árdua tarefa, e, talvez por isso, faça sugestões ao outro CAPS de como conduzir o cuidado do usuário que não é o seu, deixando de refletir sobre a usuária que está sob os seus cuidados. Sentimos essa situação como dotada de um mecanismo de repassasse de uma situação problema que diz respeito a Equipe; um movimento de não-implicação da Equipe que inviabiliza a ação desta para aquilo que a demanda da usuária solicita e que implica numa transferência de responsabilidade de uma demanda complexa e potencializadora de situações problemas para outrem, numa tentativa de resolver o problema, se desimplicando de uma grande dificuldade e não trabalhando de forma implicada na tentativa de modificá-la. A saída pensada para o filho da usuária, por exemplo, de que ele pudesse ficar mais tempo no CAPS onde é acompanhado, se configura para nós como forma de solucionar mais facilmente aquilo que, certamente, teria um enorme trabalho, uma enorme dificuldade para sofrer mudança. Esta saída, entretanto, emerge enquanto uma forma de exclusão daquilo que

vem sendo causador de problemas tanto para a usuária quanto para o serviço, que é a presença incômoda do rapaz; forma de exclusão que, acriticamente, repete o modo de vida de pouca liberdade imposto a ele quando residente do hospital.

- Ainda uma outra situação exemplificadora desse mecanismo que identificamos operando em certos momentos na Equipe no sentido de desimplicá-la de problematizações auto-críticas foi registrado no dia 16/09/05 no item Grupo de Família. Chamou-nos a atenção dois aspectos: o fato de vir apenas um familiar para o grupo e também o fato de ter estado no serviço, pouco tempo antes de seu início, outros familiares que foram embora antes que o grupo tivesse iniciado. A partir do acontecido as coordenadoras do grupo trouxeram algumas reflexões que funcionaram como justificativas de defesa quando foram, todas elas, dirigidas para fora do grupo ou de seu modo de funcionamento e condução. Tais justificativas refletiram uma impossibilidade de que, naquela ocasião, as coordenadoras pudessem se lançar numa atitude crítico-reflexiva, mas, pelo contrário, garantiu que permanecessem numa postura não auto-implicativa e distanciada da crítica. Tal postura furtou ainda a possibilidade de que algo no modo de funcionamento do próprio grupo pudesse ser pensado como contribuinte do ocorrido, o que possibilitaria que revisões pudessem acontecer em seu modo de funcionamento e condução. Afinal é de se estranhar que num grupo que esteja acontecendo de modo a atender a demanda daqueles que o buscam, possa ser desse modo esquecido ou relegado para segundo plano. Mas a lista de aspectos sobre as quais as técnicas se colocam a refletir dizem dessa impossibilidade auto-crítica de nessa ocasião pensar no ocorrido a partir também de elementos do próprio grupo, ao mesmo tempo que reflete um movimento de responsabilizar terceiros e transferir implicações, sem podê-las assumir. Assim, apresentam como justificativa: a falta de estimulação dos Terapeutas de Referência

para que as famílias dos usuários compareçam ao grupo; a não entrega dos bilhetes convidativos que são destinados aos familiares dos usuários do não-intensivo pelos médicos; o fato de considerarem este grupo muito visado pelo seu potencial de denúncia e por isso os técnicos “[...]não querem mandar para cá”; o não cumprimento por parte dos familiares do acordo inicial que estabelecem com o serviço de que para ter o seu familiar em acompanhamento no CAPS deve participar desse grupo; o que consideram como uma dificuldade concreta de falta de recursos financeiros dos familiares para se deslocarem até o serviço; e ainda a constatação de que os familiares geralmente preferem e priorizam as Unidades Domésticas⁷⁵ a esse grupo. Diante desse conjunto de justificativas apresentadas constatamos, em primeiro lugar, que nenhuma delas leva em consideração algo do funcionamento do próprio grupo ou de seu modo de condução que pudesse estar contribuindo para o ocorrido. Por isso, nos cabe pensar, por exemplo, por que será que as famílias vêm elegendo as Unidades Domésticas como mais importantes do que o Grupo de família? Para tentar um ensaio que contemple a pergunta feita deve-se pensar sobre o que no Grupo de Família pode não estar atendendo a demanda dos familiares para que estes não compareçam a ele quando o fazem com relação à Unidade Doméstica. E, levando em consideração que uma das justificativas levantadas para o não comparecimento dos familiares no referido grupo foi a limitação dos recursos financeiros, nos indagamos: Por que os vales-transportes não poderiam ser utilizados para garantir a ida do familiar ao Grupo? E por que diante das mesmas condições os familiares comparecem as Unidades Domésticas? E mais, voltamos a nos recordar de um serviço pelo qual passamos onde não existia essa prática de garantir o vale-transporte, nem para os usuários, nem também para os familiares, e onde não identificamos, por este motivo, alguma

⁷⁵ Unidades Domésticas é o nome que recebem os atendimentos realizados às famílias juntamente com o usuário pelo Terapeuta de Referência do usuário, com finalidade de trabalhar conflitos na família.

alteração na frequência deles no serviço, nem também no Grupo de Família. Mesmo não tendo identificado algum tipo de reflexão que se direcionasse a cogitar haver alguma razão na própria dinâmica do grupo ou algo relativo ao modo como ele funciona refletindo nesse esvaziamento, pensamos, a partir do nosso contato com ele, em dois aspectos: o primeiro diz respeito ao modo de organização do grupo, já que ele funciona de forma a separar os familiares em função da modalidade de tratamento da qual o usuário faz parte. Deste modo o grupo não acontece semanalmente para todos os familiares, mas duas ou três vezes no mês para os familiares de usuários do Intensivo e Semi-Intensivo e apenas uma vez para os do Não- Intensivo, já que a outra semana é reservada para um passeio. Pensamos que essa não continuidade pode dificultar na construção de um sentimento de referência dos familiares para com esse grupo, na medida em que os familiares, ao invés de poderem contar com a existência dele como um espaço que ocorre semanalmente e de forma contínua, em todas as sextas-feiras, aguardam o envio de convites que lhes indicam os dias de grupo em determinado mês, conforme a modalidade de seus usuários. Deste modo penso que essas interrupções, ou essa não continuidade pode contribuir para uma quebra do lugar do grupo como um espaço certo e sempre presente em que o familiar pode contar e construir uma referência para com ele, ainda que ele saiba que, mesmo que deixe de ir algumas vezes, o grupo acontecerá e que quando resolver retornar poderá contar com ele. Além disso, organizar a realização do grupo semanalmente e continuamente, todas as sextas-feiras, resolveria, ainda, a problemática relatada de que muitos familiares não recebem os convites, seja porque os usuários não os entregam, seja porque os médicos não entregam. O outro aspecto que consideramos como pouco produtor e pouco atrativo para as famílias e portanto, ainda, pouco convidativo da criação e da manutenção da demanda dos familiares pelo grupo, foi a pouca interação

que observamos haver entre as famílias no grupo. Se não há interação e troca de saberes e experiências entre os familiares, mas, muito mais orientações de natureza pedagógica e individual dos técnicos para os familiares, o grupo torna-se sub-aproveitado e a Unidade Doméstica acaba tendo a mesma função que o Grupo e, talvez, melhor recebida pelos familiares, devido ao fator adicional da privacidade e da profundidade com que se pode trabalhar os assuntos nesse espaço. Esse talvez possa representar um fator que contribui para a eleição que as famílias vêm fazendo das UD's, como mais importantes do que o Grupo de família, quando vão para as primeiras e não para o grupo. Nenhuma dessas considerações de natureza crítico-reflexiva ou outras semelhantes entretanto puderam ser ventiladas no conjunto de justificativas explicitado pelas coordenadoras. A falta de postura crítica é entretanto algo que compromete uma das recomendações básicas da implementação de uma clínica anti-manicomial.

Além dessas situações que apresentamos e que pensamos ter ficado mais claro o que vimos dessa variável outras podem ser brevemente citadas como por exemplo: uma tentativa de simplificar ou reduzir a problemática de uma usuária a uma questão medicamentosa, refletindo um pensamento simplificador e não crítico, ao se associar uma baixa de humor de uma usuária com a dosagem da medicação, quando outros e significativos elementos estavam em cena; uma dificuldade de exercer a crítica sobre sua movimentação própria enquanto Equipe, ou de confrontar seus atos e intervenções com o ideário que serve de norte para suas ações; eleição do discurso de uma usuária como exclusivo e por si só verdadeiro, sem que outras realidades pudessem ser escutadas, a fim de se relativizar esse discurso fruto de sua realidade psíquica; não perceber algumas movimentações do usuário no serviço como solicitação de cuidados e não somente como manifestação de manipulação ou comportamentos histriônicos; tentativa de ler um caso de modo apegado a categorias teóricas;

a não percepção do desconhecimento de algumas informações importantes do funcionamento da rede que se traduz em postura de acusação desta; dificuldade em se problematizar ou pensar criticamente sobre as intervenções; evitação de discussão de assuntos polêmicos e com potencial problemático; e movimento de não receptividade à crítica quando ela é trazida por outro técnico.

- **O enquadre se sobrepondo à demanda**

Essa variável reflete um movimento identificado na Equipe em alguns momentos de suas intervenções, seja na abordagem ao usuário, seja na forma de conduzir os grupos, de bordejar a demanda do usuário ou enquadrá-la em função de um apego ou da colocação de um enquadre que tende a uma fixidez e que acaba levando à ações mais estáticas e as vezes até engessadas. Mas ela reflete, além disso, um movimento de submeter a demanda dos usuários às necessidades institucionais do serviço e/ou da Equipe, traduzindo uma espécie de acerto com o modelo institucional e a priorização dele em detrimento das necessidades dos usuários. Tal ajuste caracteriza uma forma de suspender a demanda dos usuários frente, ou a rigidez de um enquadre, ou a demanda institucional do serviço e de técnicos, ou ainda, a colocação do usuário entre parênteses, não ressaltando a doença, mas não conseguindo priorizar a sua demanda. A conclusão mais imediata dessa postura identificada em algumas situações nos indica a dificuldade de se realizar uma forma de cuidado aproximado de um princípio da reforma que orienta pelo o afastamento de a priori teóricos e dos enquadres institucionais rígidos.

Das quatorze situações nas quais identificamos essa característica escolhemos duas para tratarmos aqui de modo a melhor exemplificar o que explicitamos acima.

- No registro do dia 31/08/05 no item Reunião de Intercontrole, na discussão dos casos clínicos, o caso de determinada usuária que estava para desligar-se do serviço foi trazido. A Terapeuta de Referência da usuária informa que vem preparando a usuária

para esse desligamento e relata um atendimento que fez a família junto com a usuária ao qual se refere dizendo, “isso aqui quase vai ao chão”, tamanha a mobilização da família e da usuária durante o atendimento. Informa, ainda, que os últimos atendimentos de UD que realizou com eles estavam sendo marcados por essa grande mobilização, que a técnica chamou de situações calorosas. Desse modo informa para a família que dessa maneira que vinha acontecendo os atendimentos não os faria mais pois acha que “tá perdendo a objetividade da UD”. Coloca ainda que na semana seguinte a esse atendimento, durante a realização de uma nova UD, a usuária silenciou, e que observou que depois da UD a usuária “[...] está em baixa, querendo deprimir”. Diante do exposto nos indagamos inicialmente sobre que tipo de objetividade seria necessária num tipo de atendimento aos familiares junto ao usuário como a Unidade Doméstica, no qual se pressupõe um conjunto de conflitos e dificuldades a serem trabalhadas. Nos colocamos a refletir, a serviço de que essa objetividade citada pela técnica estaria funcionando. Levando em consideração que o espaço criado na Unidade Doméstica destina-se a funcionar como uma forma de cuidado, um espaço facilitador para se ouvir e trabalhar esses conflitos na família com relação ao usuário, teríamos que considerá-lo como um espaço que se pretende muito mais do que informativo, afinal se entende que a família também sofre e produz sofrimentos e como tal precisa de cuidados. Apesar disso, uma caracterização pedagógica parece marcar a fala da profissional quando ela reivindica objetividade na situação e coloca para a família que desse modo – não objetivo, caloroso e talvez ameaçador – não fará mais UD. Sabemos da dificuldade que gera uma situação como a descrita em que se tem como demanda o manejo de conflitos que não raramente se apresentam em sua forma menos organizada e talvez primitiva, sendo muitas vezes necessária uma colocação de limites, mas isso, em nossa compreensão, não tem a ver

com perda ou inclusão de objetividade. Ao contrário, pensamos que esse espaço de escuta destinado ao usuário junto com sua família é, assim como também o é o próprio acompanhamento no CAPS, um espaço possível para a não objetividade, quando se possibilita que ele possa funcionar para estas pessoas como espaço de exercício da loucura, da não razão – seja do usuário, seja da família – e de recebimento ou continência pela Equipe. No entanto, quando a técnica fala em necessidade de objetividade sentimos como se lançasse o desejo de bordejar a situação de escuta a partir da colocação de limites estreitos quanto aquilo que de caloroso, problemático, confuso e desorganizado poderia emergir nesse contexto, como possibilidade, inclusive, de elaboração, integração e transformação. Assim, pontuamos que não seria possível pensar em superar a bagunça, em transformar sofrimentos e loucuras em experiências mais integradas, sem que se pretenda atravessar por elas e sem, naturalmente, que elas possam em primeiro lugar emergir da forma que lhes for possível. Aliás, é essa uma distinção fundamental no modo de recepção do sofrimento psíquico que o discurso da reforma vem nos orientar, no sentido de não endereçarmos nossas intervenções no caminho das tentativas de erradicação do sofrimento, dos sintomas, dos problemas e conflitos, que, em última análise, não refletem uma postura de ser continente e acolhedor ao sofrimento, mas combativa a ele; e sabemos que a tradição clássica-manicomial foi exemplar nesse tipo de postura combativa, ao estruturar em suas práticas de cuidado um verdadeiro exército contra a enunciação de loucuras e sofrimentos psíquicos. Assim, embora tenhamos identificado na intervenção a preocupação e o desejo de cuidar da usuária, sentimos como se estivesse intermediando entre o desejo e a ação um percurso que em sua resultante sofre um certo de distanciamento de um modo de cuidar amparado por um tipo de escuta complexa e continente, que recebe o conflito e não busca fazê-lo cessar ou bordejá-lo.

Assim a nossa percepção foi a de sentir que o enquadre institucional se sobrepôs à demanda da família, na medida em que para não se perder uma feição de UD objetiva, fíndou-se por fazer recuar a demanda de não objetividade e certa confusão que a família traz no atendimento, operando-se por meio de uma escuta enquadrada. É interessante ainda que possamos recordar, a partir do relato da técnica, de que na semana seguinte ao atendimento, no momento de realização de uma nova UD, a usuária silencia. O que poderíamos pensar sobre o silêncio dessa usuária: protesto, por ter sido “freada” no atendimento anterior? Atendimento a solicitação implícita da TR de que se pudesse ter uma UD menos calorosa e mais objetiva? Culpa, por ter se colocado de modo tão hostil? Receio de não ser acolhida? Muitas são as possibilidades de compreensão e certamente não podemos esgotá-las mas o fato foi que a usuária silenciou e isso não podemos perder de vista.

- Outro exemplo foi no registro do dia 05/09/05 no qual relatamos a nossa participação num grupo e no qual logo de início uma das coordenadoras faz o comentário de que o grupo ficou sem acontecer durante um mês e que sente pelo fato de que tem poucos usuários participando. Inicia o grupo com uma votação para decidir se a atividade de relaxamento acontecerá com os usuários deitados ou sentados. Como a votação empatou, decidem pelo direcionamento do relaxamento na sorte, de modo que a opção por ser sentado vence no ímpar ou par. Sentados iniciam o relaxamento mas uma usuária diz que está com o corpo doendo e se encaminha para deitar, tendo sua iniciativa barrada por uma das coordenadoras que justifica dizendo que o grupo acordou por fazer o relaxamento sentado. Elegemos essa parte do nosso registro na experiência do grupo por acreditar que ela contém algumas das temáticas que estamos abordando nessa variável. A partir da colocação de uma das coordenadoras de que o grupo ficou sem acontecer durante um mês – em função das férias de umas das

técnicas – e da sua observação da pouca quantidade de usuários participando, nos colocamos a pensar se o esvaziamento desse grupo seria reflexo dessa parada de um mês. Além disso, nos chamou a atenção a própria interrupção do grupo durante um mês, pelo motivo já explicitado, quando o grupo tem como referência duas técnicas como co-responsáveis por ele, o que implicaria que enquanto uma estivesse de férias a outra daria continuidade de modo a não interromper a atividade e a continuidade do grupo, assim como o sentimento de referência que os usuários puderam construir. Se o objetivo maior é garantir o funcionamento do serviço devemos questionar então por que enquanto uma estava de férias a outra não deu continuidade? A questão problemática para nós é que não ter dado continuidade pode ter significado, para os usuários, uma certa desvalorização do espaço do grupo na medida em que deixa de ser referenciado como uma prática constante e regular, deixando de ter a importância que se intenciona. Deste modo há de se compreender quando usuários faltam em massa ao grupo quando se entende que suas necessidades e demandas foram secundarizadas frente às da Equipe. Mas além desse aspecto que reflete um momento de não priorização da demanda dos usuários frente às necessidades do serviço neste caso extensivas às da Equipe entendemos que quando uma das coordenadoras não permite que a usuária deite-se no colchão para realizar a atividade, em nome do acordo estabelecido no grupo de que a atividade seria sentada, está traduzindo um apego um tanto inflexível ao enquadre. Se recordarmos que a votação inicial empatou, e isto nos indica que metade dos usuários presentes desejavam, igualmente à usuária que se levantou fazer a atividade deitados, essa inflexibilidade no enquadre nos parece ainda mais rígida e tendemos a achar que ela em nada contribui para a usuária. Apenas expressa a intenção da intervenção de acertar o passo com um modelo institucional de forma engessada pois cabe nos perguntar, que tipo de implicação negativa poderia ter,

por exemplo, se alguns usuários desejassem participar do relaxamento deitados, enquanto outros preferissem sentados? Pensamos que além de não ter absolutamente implicação alguma, do ponto de vista de quem maneja o grupo, seria, pelo contrário, uma forma de respeitar o desejo individual de cada usuário e relativizar o enquadre institucional frente às demandas plurais dos usuários. Percebemos entretanto que essa intervenção, ao sobrepor o enquadre à demanda da usuária, que por sua vez representava a demanda de outros usuários, se distancia de um referencial extremamente importante para as práticas de cuidado sintonizadas com o discurso da reforma, ou seja, o de podermos ser guiados pelo singular que o outro nos aponta, para tender a um retorno de práticas tutelares de enquadramento rígido onde o poder contratual dos usuários inexistente e que são, por isso, antagônicas ao espírito democrático que se pretende com a reforma. Neste sentido, devemos atentar para que em nome da democracia não se criem situações que, somente no nome são democráticas, mas que pelo seu teor massificante se revelam sem possibilidade de acordos e flexibilizações, portanto pseudo-democracias.

- Outra situação que pudemos trazer como exemplo está registrada no dia 21/09/05 no item Intercontrole no qual se tentava negociar com a Equipe para que dois técnicos pudessem substituir outros dois que se ausentariam, já que estes estariam participando de um evento fora do CAPS. A substituição se daria para que a atividade de uma data próxima – à eleição do segmento dos familiares do Conselho Gestor – fosse garantida. Chamou-nos a atenção nessa discussão três aspectos que apresentamos na seqüência dos acontecimentos: o fato de saírem, no mesmo dia, duas pessoas que compunham o quadro de atividades, quando ela é realizada por três técnicos; depois, a indisposição inicial do restante da Equipe para substituir as técnicas, com exceção de uma funcionária do administrativo; e ainda, a sugestão trazida de se cancelar ou adiar a

atividade em função das necessidades pessoais dos técnicos ou de suas indisponibilidades momentâneas para assumir a atividade já programada no dia em questão. O que pretendemos destacar desses três aspectos é a priorização de outras situações ou motivações, em detrimento das necessidades do serviço. Ao nosso ver, em cada um deles, há uma submissão do que é da programação, do acordo e contrato do serviço com os usuários e seus familiares, frente às contingências pessoais da Equipe técnica. Isto, além de sinalizar para uma fragilidade de manutenção dos acordos, reflete a secundarização das necessidades dos usuários e de suas demandas às necessidades e demandas da Equipe. Essa percepção parece ter sido sentida por alguns membros da Equipe que se opuseram à idéia lançada de se alterar a data de realização da atividade, justificando que esta programação da última quarta-feira do mês já acontece há muito tempo na mesma data e que as pessoas já tem construído com ela uma referência que não deveria ser alterada, sob pena de ser quebrada.

Além desses três exemplos nos quais pudemos explorar a temática da presente variável de forma mais elaborada, outros podem ser acrescidos, ora indicando enquadres rígidos que se sobrepõem a demanda dos usuários, ora as necessidades da Equipe sendo sobrepostas. Foi assim que identificamos: a intenção de aproximadamente metade da Equipe sair de férias num só período; preocupação rígida com o não esvaziamento dos grupos; quando um usuário ultrapassa em sua fala a temática específica de um grupo tende a ser remetido a outros espaços ditos “espaços certos ou adequados”; assim também aspectos problemáticos, que fogem, aparentemente, do que é esperado e programado para determinado grupo ou atendimento, tendem a ser evitados ou encaminhados a outros espaços; o ritmo da instituição secundarizando a demanda dos usuários que passam a ter que se ajustar a esse ritmo; a colocação de critérios de participação em um grupo dizem de um apego a um a priori teórico em detrimento do acolhimento da demanda plural, além de promover uma atomização e

segregação no serviço; fala de alguns usuários tolhida e enquadrada na temática de um grupo; a gestão participativa submetida às demandas dos técnicos; os pactos e os acordos trazidos prioritariamente quando para dar limite, para barrar o movimento dos usuários, para comunicar-lhes o que não podem fazer, dizer ou como não podem agir no serviço.

- **Escuta não complexa que tende a evitação do conflito**

Essa variável expressa uma modalidade de ação e escuta parcial e tolhida, identificada em alguns momentos de intervenção da Equipe, que não permite a chegada do problemático mas, ao contrário, tende a fazer cessar ou silenciar momentaneamente o conflito ou aquilo que é identificado como problemático. Ao operar de forma parcial e tolhida e por isso não complexa não funciona como uma escuta acolhedora da demanda e continente do sofrimento, quando não pode recebê-lo e trabalhá-lo em sua complexidade e, muitas vezes, desorganização aparente. Essa modalidade de intervenção reflete ainda uma escuta bordejada por um enquadre que, pela rigidez, tende a fazer estancar ou calar o conflito, sem permitir que ele possa emergir da forma que lhe for possível. Tal operação nos remete a pensar num posicionamento diante do sofrimento intenso de interdita-lo. Pensamos que a consequência mais imediata desse modo de inclinação diante do sofrimento é a sua impossibilidade de receber e acolher o sofrimento, e ainda, permitir a emergência do singular. Deste modo, o que em nossa experiência no serviço pudemos identificar como uma forma de escuta não complexa nos remeteu a pensar num modo de cuidar do sofrimento psíquico afastado do que nos recomenda a ética da reforma quanto a formas de escuta que possam contemplar o singular, ao receber e acolher o sofrimento em sua complexidade.

Durante o nosso período de participação no serviço registramos vinte e dois momentos nos quais identificamos esse modo de posicionar-se na escuta mas para trazer de forma contextualizada e comentada, elegemos dois deles.

- O primeiro registrado no dia 31/05/08 no item Reunião de Intercontrole quando se discutia os casos clínicos. Nessa ocasião foi trazido o caso de uma usuária que estava sendo preparada para desligar-se do CAPS. Na discussão traz-se a informação de que a Equipe vem percebendo o que chama de saídas estranhas da usuária com outro usuário e com o pai desse usuário. Uma técnica informa que conversou com a usuária dizendo que deu “[...] uma certa interditada nessa relação aqui no local do Espaço Azul” e diz ainda que “[...]a presença dessa usuária no Espaço Azul é danosa para os usuários” e sobretudo para o usuário em questão, embora reconheça que para a própria usuária é bom já que diz que ela é medicada e participa do Grupo Terapêutico. Coloca que para o usuário essa relação dos dois “foi um balde de água fria” e por isso diz que pensou “[...]até em mudar os horários dos dois”. Algo que nos chamou a atenção nessa discussão foi a intenção posta de tentar interferir no relacionamento dos dois usuários com vistas a evitar uma situação conflitiva no serviço. Segundo fomos informados há uma norma do serviço de não permitir relacionamentos de namoro entre os usuários dentro do CAPS e embasada nessa norma a técnica pensa em separar os dois usuários no serviço para que não mais mantivessem esse vínculo dentro do CAPS. Desse modo, nos colocamos a pensar sobre o ofício do serviço ao oferecer práticas de cuidado, quando busca interferir na vida dos usuários. A questão que se coloca é de pensarmos em que medida essa intervenção está a favor do cuidado que tem como norte os diferentes modos de singularização e o projeto de emancipar vidas. E, se nós percorrermos as nossas heranças clássico-manicomiais identificaremos esse tipo de normatização e intervenção associadas a essa herança proibitivo-disciplinar e pautada no ideal de controle. Onde mais, a não ser em regimes totalizadores e fechados como nos fala Goffman (1961), fica decretado que as pessoas não possam se apaixonar e se envolver? Não nos opomos a pensar que algumas dificuldades poderiam advir em

função de possíveis relacionamentos dos usuários mas, supondo estas dificuldades, poderíamos pensar em trabalhá-las ao invés de tentar que elas não apareçam, até por que o seu aparecimento ou não independe do nosso desejo de que pudessem não se colocar em cena. Admitir isso não é o mesmo que admitir ou concordar que o espaço do CAPS pudesse ser utilizado para os encontros amorosos, já que temos clareza de não ser essa a sua função, mas pensá-lo como um espaço que pela complexidade das demandas que lhe são destinadas, seria possibilitador da emergência, do recebimento e do acolhimento dessa complexidade, para finalmente, poder lidar e trabalhar com elas, de forma também complexa. Entretanto, a partir de colocações feitas como, “[...] dar uma interdita nessa relação aqui no local [...]”; “[...] mudar os horários dos dois”, a intervenção caminha na direção de não permitir a chegada do que é problemático para acolhê-lo e trabalhá-lo, interditando ou ultrapassando o problema e não o atravessando. A noção de complexidade da demanda de que nos fala o discurso da reforma serve para reorientar práticas interventivas. Afinal, com a amplitude de possibilidades de sofrimento a que essa noção vem nos chamar a atenção, não há como garantir, por exemplo, que o usuário se apresente ao serviço apenas com dificuldades e sintomatologias mais diretamente relacionadas ao âmbito psíquico, já que ela rejeita a idéia de divisão ou separação. Neste sentido indagamos: e se aquilo que apareceu para Equipe como espécie de transgressão da usuária a uma norma do serviço tiver para ela um caráter de sofrimento e grande dificuldade? Se supusermos que isso que apareceu em caráter transgressivo para a Equipe fizer parte da composição do sofrimento da usuária, entenderemos que a sua demanda não pôde ser recebida e acolhida pela Equipe a partir de uma escuta complexa, mas evitada e barrada. Neste sentido, a fala que diz que a presença da usuária é danosa para os outros usuários expressa em nossa compreensão uma forma de escuta não complexa e que tende a evitação de

problemáticas aparentemente transgressoras e não a tentativa de recebê-las e de ser continente a elas; o que não é o mesmo que fazê-la silenciar, estancar ou subtraí-la dos olhares e dos investimentos de cuidado.

- O segundo exemplo foi registrado no dia 05/09/05 quando observamos um grupo focar a sua discussão nas questões exclusivamente ligadas a medicação e a forma de utilização dela de modo que, toda e qualquer temática que ultrapasse esse foco estabelecido para o grupo, tende a ser evitado, suspenso e referenciado para outros espaços – individuais ou grupais - chamados de espaços adequados ou certos para tratar do assunto surgido, mesmo quando estes dizem respeito ao sofrimento psíquico dos usuários – motivo pelo qual os usuários são medicados. Tivemos a informação de que se procede dessa forma para que os outros grupos não sejam esvaziados de assuntos. Além disso, se enfatiza que certos assuntos são mais apropriados para serem tratados e trabalhados em outros espaços por isso o coordenador nos informa que não deixa “[...]o assunto sair muito em torno da questão da medicação”. Um usuário, por exemplo, diz que teve os pés queimados por pessoas que são trazidas como perseguidoras mas o coordenador volta a focar no assunto da medicação e diz que falará com ele sobre esse assunto individualmente. O usuário fala, ainda, do desejo de parar a medicação dizendo que teria sido envenenado e, neste caso, o assunto é colocado em discussão para ser trabalhado pelo grupo o desejo do usuário de parar a medicação, embora não seja feito o mesmo com relação ao conteúdo do delírio do usuário – tanto de que estaria sendo envenenado através da medicação, quanto com relação a sua percepção de ter os pés queimados por perseguidores. Para nós ficou muito evidente que essa fala do usuário expressava um modo de sofrimento psíquico pela mobilização que o usuário expressou ao trazer essa fala. Estávamos diante de uma pessoa que se mostrava em intenso sofrimento psíquico. Neste sentido nos chamou a

atenção o tipo de escuta disponibilizada no grupo que, apesar de atenta e acolhedora com relação às problemáticas da medicação, não pôde oferecer espaço para questões além dela, configurando-se portanto, como uma escuta planejada e parcial. O coordenador traz, ainda, uma experiência que viveu certa vez neste grupo e narra que na ocasião uma usuária falou de outros assuntos que considera além da questão da medicação e diz que essa fala da referida usuária teria promovido grande mobilização no grupo gerando nos usuários uma grande **inquietação e angústia**. A nossa experiência no grupo e tendo somado a elas estas reflexões feitas pelo técnico nos possibilitaram a leitura de que aspectos problemáticos que fugiram, aparentemente, do que é esperado e programado para o grupo, foram evitados ou encaminhados a outros espaços. Nesse ponto tendemos a questionar se haveria, de fato, oportunidade no serviço para essa espécie de resto ou margem não abordada do grupo e qual seria esse lugar. Além disso, ficamos pensando que o que foi considerado como assuntos que extrapolam a temática da medicação, são expressão de estados psíquicos que dizem, em última análise, de estados de saúde em que se encontram os usuários. E é nesse ponto que tendemos a considerar que a temática da medicação não poderia ser desatrelada ou desassociada dessas outras falas que costumam a aparecer no grupo. Se pensarmos que a prescrição de determinada medicação visa contribuir para a diminuição de um sofrimento psíquico que é fruto de um enredo, diremos que a medicação não é dotada de uma especificidade tal que a isola daquilo que a circunda. Deste modo, não escutar o entorno da medicação é operar uma espécie de corte ou cisão que poderá comprometer inclusive a compreensão da necessidade ou não de se prescrever e do que prescrever. Mas é, além disso, mesmo que de forma não intencional, contribuir para uma idéia de que falar sobre a medicação seria mais importante do que falar daquilo que faz sofrer. Talvez, neste sentido, o peso do nome

do grupo esteja a determinar sua lógica de funcionamento, ou, ao contrário, que seu modo de apresentação tenha sido bem sintetizado em seu nome. De todo modo, pensamos que esse é um grupo que poderia ser mais conduzido pela noção de sofrimento e menos pela de medicação, de modo mais integrativo do que separativo. Pensamos ainda que não permitir que uma colocação como a que foi feita pelo usuário tenha lugar nesse grupo é desperdiçar uma oportunidade de trabalhá-la conjuntamente com o grupo. Neste sentido, o que o técnico vê como dificuldade geradora de inquietação e ansiedade no grupo vemos como situações próprias ao funcionamento desse tipo de grupo e com esse perfil de usuário. E mais, estas são situações propícias para que momentos de compartilhamento, continência e co-construção possam ocorrer já que em situações como essa, quando um usuário fala de si, do seu problema, ou ainda de seu sintoma, faz ressoar em outros usuários, que por identificação tenderão a se sentir, ou acolhidos, tal qual o usuário tenha sido, ou não escutado tal qual o usuário. Pensamos que a dificuldade maior não adviria da angústia e inquietação que possam surgir no grupo a partir desse tipo de fala, mas da falta de oportunidade de que elas sejam faladas e trabalhadas. Não trazer o conflito não faz ele desaparecer, pelo contrário, o torna ainda mais ávido por expressão. Não deixar que determinados assuntos possam emergir é, ilusoriamente, uma tentativa de proteção, não para o usuário ou para o grupo mas para quem o conduz. Afinal, pensamos ser próprio de um serviço de saúde mental estados de inquietação e angústia; estados estes que não dizem respeito apenas aos usuários, mas muitas vezes a própria Equipe e todos que fazem parte do serviço. Talvez uma questão importante de ser pensada é: o que fazer com essa angústia? Ou ainda: como cuidar dessa angústia?

Assim mostra-se uma dificuldade de se trabalhar famílias mais difíceis, o que faz a Equipe ficar muitas vezes reféns das tramas familiares; escuta que se apresenta aquém da demanda;

não estimulação para um nível de envolvimento experiencial do usuário em alguns espaços de grupo; usuário com perfil não hospitalista expressando desejo de ser internado; escuta que tende a não problematizar a solicitação do usuário; dificuldade de se trabalhar problemáticas complexas identificadas; tendência ao repasse de situações que dizem respeito a Equipe, refletindo tipo de pragmatismo comprometido com resoluções menos conflitivas ou supostamente menos arriscadas para a Equipe.

- **Demanda de escuta pelo usuário/falta de acolhimento/A escuta do esvaziamento.**

Essa é uma espécie de desdobramento da variável anterior na medida em que está associada a ela quando reflete uma espécie de gradação da escuta; por isso não a tratamos como mais uma variável distinta e sim uma forma de apresentação da anterior e por isso ainda ela se apresenta no interior da primeira. Só que enquanto na primeira identificamos uma escuta, porém não complexa, nesta há um modo de quase negar e não proceder à escuta quando se realiza a escuta do esvaziamento do serviço, isto é, daqueles usuários que, mesmo admitidos no serviço e com a tarefa de freqüentá-lo, faltam e representam o quantitativo de usuários que esvazia o serviço, mas que acabam tendo suas demandas de falta e esvaziamento sendo, no mínimo sendo priorizadas pela Equipe, quando, não, atendidas. Em outras palavras, sentimos nesses momentos em que pudemos identificar esse modo de escuta que a Equipe termina por atender, projetivamente, essa demanda de esvaziamento solicitada pelo silêncio e pela falta dos usuários, sem, no entanto, muitas vezes, poder receber a demanda que, em presença, lhe chega. Nesse sentido percebemos nesses momentos um modo de sintonia ou identificação da Equipe com os usuários ausentes que a distancia da possibilidade de acolher a dor dos usuários presentes, o que implica, em última análise, no distanciamento de um modo de cuidar amparado pela a contratualização acordada em seu Projeto Terapêutico. E, levando em consideração que seria sua proposta acolher aqueles usuários que lhe chegam, isto é, aqueles

que se fazem presentes é que denominamos esse desdobramento da variável anterior como Demanda por escuta e/ou Falta de acolhimento.

Durante a nossa passagem pelo serviço identificamos onze situações nas quais sentimos esse tipo de escuta se processando. A título de uma maior aproximação da experiência, que foi para nós o ponto de partida desse conjunto de reflexões, e, ao mesmo tempo, intencionando aproximar o leitor desse campo fértil, optamos por trazer pelo menos três desses oito exemplos. É o que passamos a compartilhar.

- No dia 02/09/05 no item Cotidiano menos assistido registramos a nossa observação de um momento no serviço em que não estávamos participando do grupo que se realizava na ocasião. Sem ter participado do grupo ficamos a observar o serviço. Na ocasião identificamos que, enquanto uma parte dos usuários participava do grupo em questão, o restante que não participava ficou sem atividade. Uns assistindo TV, outros sentados e espalhados pelo amplo espaço físico do serviço; alguns fumavam, outros nada faziam. A TV parecia assumir um papel de preenchimento importante nessa dinâmica mas não sabemos se de acolhimento ou se de distanciamento da possibilidade dos usuários serem acolhidos. Naquela ocasião todos os técnicos presentes estavam referenciados à atividades diversas como os grupos e Atendimento Individual. Uma usuária, identificada pela Equipe em reunião como alguém que não estava bem, sobe para o quarto chorando, ao mesmo tempo em que falava só, em clara expressão de seu estado de sofrimento e mostrando-se ainda meio confusa. Uma funcionária do serviço vê a passagem rápida da usuária e comenta conosco que a usuária deveria estar no grupo para nele poder conversar sobre seu estado. Informa-nos, ainda, que outro funcionário do serviço comentou ter visto a usuária pelos arredores do Espaço Azul às 03:30h da madrugada quando recebia cigarro de um rapaz. Embora a funcionária comente que a usuária precisaria do grupo, não sabe informar se ela deveria estar

nesse grupo, já que este é dividido em grupo 1 e grupo 2 e acontece em dias diferentes para os usuários referenciados a um e outro. Diz que não sabe se a usuária faz parte daquele grupo que estava acontecendo. É quando outro usuário nos informa que a usuária não está no grupo porque não pertence a ele. A funcionária comenta que a usuária vem piorando e que está no serviço já há bastante tempo. Na ocasião sentimos a usuária desassistida pois, embora os técnicos estivessem em atividades outras que não lhes permitiram ver o estado da usuária, havia, no entanto outros funcionários no serviço que, mesmo sem serem técnicos, poderiam ter feito alguma abordagem ou acolhimento a ela. Mas, sem ninguém abordá-la, ela passa por todos chorando – sinalizando claramente estar perturbada – e sobe para o quarto de repouso, lá permanecendo sozinha. Deste modo percebemos que esta usuária não pôde ser acolhida em sua dor quando não pôde ser escutada e nem ao menos procurada por alguém que representasse o serviço, tendo sua demanda suspensa na ocasião pela não viabilização da Equipe de um espaço de pouso ou abrigo para sua dor, confusão, inquietude, choro e fala solitária. Aliás, quando a usuária fala passa por nós, falando sozinha, entendemos que ela, ao mesmo tempo em que expressava seu estado de solidão e dor naquela ocasião, expressava ainda o seu pedido de ajuda e de cuidado para com ela.

- No dia 06/09/05 registramos no item Observação do turno a nossa percepção de uma manhã no serviço sem nenhuma atividade para os usuários, embora naquele dia – a segunda terça-feira do mês – estivesse programado o acontecimento da Assembléia, como atividade principal e exclusiva da manhã. Mas apesar da exclusividade da atividade, ela não acontece por decisão da Equipe que justifica o cancelamento da atividade em função do pouco número de usuários no serviço e ainda pela ausência de uma das coordenadoras da atividade que estava representando o serviço em atividade

externa. O que é para nós tópico de reflexão nesse acontecimento que implicou no cancelamento da atividade é aquilo que chamamos de escuta do esvaziamento, por um lado, e por outro, a falta de acolhimento para com os usuários presentes naquela manhã. Isto porque em função dos usuários que não foram ao serviço, cancela-se uma atividade que acontece apenas uma vez por mês e que tem relevância significativa enquanto atividade que estimula o exercício da cidadania dos usuários – sendo portanto uma atividade cara aos objetivos do Projeto Terapêutico do serviço naquilo que o aproxima de uma das orientações da reforma – enquanto outros usuários, ainda que em minoria, estavam presentes no serviço e aguardavam pela atividade. Deste modo percebemos que embora a orientação do contrato estabelecido entre o serviço e os usuários seja de que estes possam comparecer ao CAPS e frequentá-lo assiduamente, tendo com isso garantido à participação nas atividades do serviço, ficam nesta ocasião, sem nenhum tipo de atividade e sem também algum tipo de acolhimento que justifique sua ida ao serviço. Pensamos que não realizar a Assembléia porque tem poucos usuários no serviço traz algumas implicações para as práticas de cuidado no serviço, no sentido de fragilizá-las, além de refletir um modo de sintonia dessas práticas com os usuários faltosos e com o esvaziamento. Em primeiro lugar, essa não realização da atividade implicou na impossibilidade de que a falta dos outros usuários fosse percebida pelo grupo como um problema apresentado ao serviço e que precisava ser discutido na própria atividade, juntamente com a Equipe responsável por ela. Depois, quando não se possibilita isso está se impulsionando um modo de se negar uma problemática surgida e ainda de se priorizar, mesmo que não intencionalmente, aqueles usuários que não compareceram ao serviço em detrimento dos que nele se faziam presentes. É assim que entendemos que essa não realização acaba por fazer emergir uma lacuna no cuidado no sentido de não poder acolher demandas presentes

mas, sintonizar e receber aquelas ausentes. Se pensarmos ainda na questão da referência que os usuários constroem para com as atividades, entenderemos que o seu cancelamento pode, ainda, impulsionar a descrença com relação, não somente à atividade mas com a própria necessidade de se frequentar o serviço. Deste modo, sob pena de fragilizar a relação de cuidado estabelecida entre técnicos e usuários, pensamos que a atividade precisaria acontecer, ainda que apenas uma pessoa estivesse presente, se fosse o caso, para que a falta dos usuários fosse registrada, percebida e falada na ocasião. Pensamos que não destacar o problema, quase que o velando, lhe furta a possibilidade de compreensão e possível resolução.

- Outro exemplo identificado está registrado no dia 13/09/05 no item Conversa com um usuário, ocasião em que esse usuário, que muito nos solicitava para conversar, nos relata um conjunto de dificuldades e medos que o impossibilitou de vir ao serviço no dia anterior. Diz ainda que se sente constrangido porque já estava pedindo para se desligar do serviço quando diz que: “[...] de repente, piorei”. Falo-nos ainda que teve vontade de ser interno no Hospital Ulisses Pernambucano para tomar mais medicação. Esse usuário traz uma série de questionamentos sobre seus medos e diz que como não sabe se o que sente é real ou não, prefere não se arriscar ou se expor, saindo de casa. Fala-nos ainda de sua história e diz temer ser esquizofrênico e passar a doença para o filho. Além disso, diz não se conformar com a palavra transtorno para designar tudo isso que sente. De modo meio constrangido diz ainda que sente falta de poder falar de seus intimidades e diz que embora tenha alguém que lhe escute no serviço se refere a essa escuta como “[...] mais da parte do social”. O referido usuário de forma tímida diz, ainda, que não sabe como dizer isso a sua TR. Na ocasião escutamos o usuário e o estimulamos a poder conversar e dizer desse amplo espectro de dificuldades, receios, fantasias, críticas e desejos que caracterizava a sua demanda complexa – a sua TR ou

alguém da Equipe com quem se sentisse a vontade para fazê-lo. Sentimos a procura desse usuário por nós como uma busca por um espaço de escuta no qual a sua demanda, que ele nomeia de mais íntima, pudesse ser acolhida. Percebemos nessa ocasião e através de sua fala, que esse usuário parece não se sentir contemplado e acolhido. Tal era o seu desconforto, por carregar consigo uma série de medos, dúvidas, fantasias e sentimentos de não estar sendo acolhido naquilo que pede sua demanda, que o usuário chega a pensar em ser internado em um hospital psiquiátrico, o que entendemos como um desejo de fazer alardear a sua necessidade por um tipo de acolhimento e um tipo de cuidado diferente dos que lhe vem sendo possibilitado. Mas algo que não pudemos nos isentar de tentar compreender é a intenção do usuário de optar pelo hospital psiquiátrico como espaço de cuidado para sua dor se, conhecendo um pouco do usuário como uma pessoa esclarecida, não consideramos que ela desconheça o tipo de abordagem que receberia no hospital. Desse modo, sentimos que sua fala expressa o desejo pelo hospital como uma espécie de retaliação ao CAPS, como se desejasse mostrar ao serviço que não estava sendo acolhido e que o serviço não conseguiu cuidar dele, tal como necessita a sua demanda. Há de se questionar, por exemplo, o sentimento de constrangimento que o usuário relatou ter sentido ao perceber que piorou, e, há de se questionar ainda o que isso pode ter haver a ver com o cuidado que o usuário vinha recebendo no CAPS. Nos colocamos a refletir então o que levaria esse usuário a ficar constrangido conforme ele nos relatou e não triste, por exemplo? Sabemos que constrangimento é um sentimento que envolve um outro que, como espelho, reflete para aquele que se sente constrangido, um olhar de decepção. Deste modo sentimos como se o usuário estivesse achando que decepcionou alguém por ter piorado e, a partir do conjunto de fantasias que ele traz de que não seria atendido fora do grupo, de que não é escutado de modo mais íntimo e da dificuldade

em dizer para a TR que precisa de outro tipo de escuta, pensamos que esse alguém poderia estar sendo percebido pelo usuário como a Equipe. E, fantasia ou não, pensamos que caberia a Equipe se colocar reflexões auto-críticas para tentar identificar se, por ventura, tem se colocado nesse lugar ou se tem oferecido esse tipo de ressonância para esse usuário, a fim de que o mesmo pudesse se sentir mais pertencente ao serviço e portanto mais acolhido no modo de cuidado que o serviço estabeleceu para com ele que, nesse caso, nos pareceu distanciado do que nos orienta o discurso anti-manicomial. Para nós, um forte indicador desse distanciamento foi o sentimento do usuário de se sentir constrangido por ter piorado, refletindo com isso a forma com sua piora pôde ser olhada ou recebida pela Equipe, ou pelo menos a forma como o usuário se sente olhado e recebido que revela que sua dor não pôde ser hospedada, ainda, pelo serviço.

Além desses três exemplos apresentados podemos citar, ainda, de forma breve, outros em que essa demanda por escuta e/ou falta de acolhimento pôde aparecer. Assim tem-se: usuários solicitando conversa com técnicos e a fala de uma que reflete a frustração da demanda dos usuários pela ligeireza na realização de um grupo, o que faz a atividade ficar em débito com os usuários.

- **Dificuldade de ser guiado pelo movimento singular do usuário**

Essa variável diz de uma postura identificada em alguns momentos de intervenção da Equipe de, no modo de cuidado desenvolvido por ela, enfrentar uma certa dificuldade de que o modo singular dos usuários possa funcionar como o referencial a partir do qual as práticas devem nortear-se e para o qual elas devem dirigir-se, em respeito a sua permanência e não ao desejo de suprimi-las ou formatá-las segundo um suposto padrão de normalidade. Deste modo reúne passagens que refletem tanto uma dificuldade de deixar emergir e acolher a singularidade do usuário e sua demanda, quanto de poder deixar-se guiar em suas intervenções, pelo que possa

apontar esse modo singular. E nesses momentos em que o serviço não faz da singularidade bússola que norteia modos de intervir, termina por se distanciar de um dos pilares da ética da reforma, já que somente quando a singularidade pode ser vivida e recebida sem nenhum tipo de atitude controladora ou tolhedora é que se tem liberdade existencial de fato, assim como outro lugar social para a loucura.

Em nossa experiência no serviço identificamos quatro desses momentos e optamos por trazer um para que o leitor possa compreender o que dissemos.

- Esse exemplo está registrado no dia 19/09/05 na observação de um grupo no qual onde pudemos perceber uma tendência de não se permitir que assuntos que vão além da temática proposta no grupo, possam ser falados nele, mesmo quando esses assuntos dizem respeito ao sofrimento psíquico do usuário. A medida em que usuários que, por sua movimentação singular, não puderam se limitar em falas enquadradas e traziam falas que ultrapassavam à temática do grupo, foram convidados a suspenderem suas falas e reservá-las para outros espaços considerados mais adequados. Assim esses usuários tinham suas demandas singulares suspensas e remetidas a esses outros espaços com a promessa de neles poderem expressá-las. Essa tentativa de separação operada na demanda desses usuários nos pareceu uma forma de organização do serviço que se apresentou rígida frente persistência não sistematizável da experiência singular da loucura. Não a compreendemos, portanto, como uma forma de manejar que venha a contribuir para uma escuta ampla dos usuários, capaz de promover um acolhimento de suas demandas singulares. Percebemos ainda que estes mesmos usuários que tendem a ser podados ou interrompidos em suas falas e ainda conduzidos a fazerem economia de suas experiências singulares, não participam do Grupo Terapêutico – outro grupo de fala – mesmo se apresentando como usuários que indicam intenso sofrimento psíquico. São estes usuários aqueles que menos

conseguem se adequar aos pedidos e convites institucionais mais rígidos no entanto, aqueles que mais demandam desse tipo de serviço. Neste sentido, sentimos-los sem espaços de acolhimento, escuta e elaboração que compatibilizem com suas necessidades psíquicas complexas e singulares. Tal contingência desse modo de operar com esse tipo de sofrimento nos aponta para um paradoxo com relação à proposta do serviço. Se por um lado foi estruturado para receber e atender esse tipo de demanda mais intensa, afinal é essa demanda a dos serviços hospitalares, para os quais o CAPS deve ser substitutivo, por outro, percebemos, nessa ocasião, haver menos espaço para esse tipo de demanda.

- **Tendências clássicas de intervenção**

Essa variável reflete um posicionamento identificado em alguns momentos no modo de cuidado para com o usuário que se aproxima de formas interventivas que sinalizam para uma lógica de funcionamento clássico/manicomial traduzindo, ainda, alguma imersão na cultura asilar ou algum tipo de herança dessa cultura que permeia um modo de cuidar. É importante lembrarmos que essa herança embora tenha sido identificada em alguns momentos de nosso período de observação e participação no serviço, não diz da realidade integral do mesmo. E mais, considerando a complexidade de um tipo de serviço como esse e levando em consideração que a Equipe técnica é feita por sujeitos sociais atrelados a uma cultura e que no caso específico dessa Equipe a sua cultura local de trabalho inicial foi um hospital psiquiátrico, é compreensível que essa herança circunde suas práticas de cuidado, para além da proposta do serviço de sintonizar e por para funcionar a tradição da reforma psiquiátrica.

Durante a nossa experiência no serviço identificamos dezenove situações em que pudemos sentir essa espécie de ranço de práticas tradicionalmente asilares fruto da cultura clássico-manicomial. A fim de aproximar o nosso leitor desse tipo de intervenção que pudemos

identificar, escolhemos apenas um exemplo que nos servirá a esse propósito, pois entendemos que o que essa variável expressa já veio aparecendo em muitas das variáveis anteriores.

- Trata-se de uma situação registrada no dia 06/09/05 no item Triagem no qual relatamos uma situação de triagem a uma usuária recém saída de um hospital psiquiátrico. Nesta situação chamou a nossa atenção, em primeiro lugar o uso do significante “internamento”, por diversas vezes, para se referir ao acompanhamento no CAPS, até mesmo quando a usuária, parecendo ter dúvidas a respeito do tipo de acompanhamento que é oferecido no CAPS, pergunta se para ser admitida nele, vai ter que “[...] ficar direto”, em alusão a entrar no serviço e nele permanecer continuamente – em clara associação ao funcionamento hospitalar. A triarista responde a usuária que precisará discutir com a Equipe sobre a necessidade dela ficar no serviço e mais uma vez refere-se a internação, sem entretanto esclarecer a questão feita pela usuária. No entanto, a usuária parecendo ter compreendido que ficaria no CAPS de forma contínua, tal como no hospital, coloca que não gostaria de ficar no serviço. Tivemos, portanto, a forte percepção de que a usuária saiu da triagem com o entendimento de que aquele serviço funcionava em regime similar ao do hospital que ela conhece e que nos informou não ter gostado porque se sentia presa, apesar de ter dito que gostava das comidas. Pensamos que o uso repetido da palavra internamento/internação carrega consigo algo disso que estamos chamamos de uma herança da lógica ou cultura clássico/manicomial. Já num momento de conversa posterior à triagem entre a profissional e nós, ela coloca que a usuária não estaria no momento precisando do auxílio do CAPS mas, coloca ainda, que num possível momento de crise da usuária, “[...] com a exacerbação que apresenta da sexualidade, seria um risco ela ficar no CAPS”, já que é soro positivo. Neste sentido coloca que “[...] o hospital fechado responderia mais adequadamente”. Traz como justificativa o fato de haver no hospital

a separação das enfermarias masculinas e femininas e diz, ainda, que a internação “[...] promove uma retirada temporária da usuária do seu meio”, protegendo aqueles com quem a usuária viesse a ter contato sexual, caso não ficasse internada. Além disso, por considerar a usuária muito comprometida afetivamente, acha que mesmo com os recursos diferenciados do CAPS este não conseguiria imprimir algo diferente em sua vida. Portanto acha que o hospital pode ajudar e reforça que “[...] ele tem o seu papel em alguns casos, sendo mais efetivo”. A técnica faz referência, ainda, de que “[...] com o discurso da reforma não se pode perder de vista que o hospital tem o seu lugar, desde que bem estruturado [...] e não da forma que foi e vem sendo utilizado”. Reflete ainda que o mau uso não se dá só nos hospitais mas nos Caps, nos PSF’s, na rede como um todo. Argumenta ainda que “[...] se o hospital não fizer o seu papel, o CAPS vai acabar virando hospital com outra estrutura e assumindo um conjunto de atribuições que não é seu, mas do PSF e do ambulatório ou mesmo dos hospitais”. A partir dessas colocações nos colocamos a refletir que se o hospital tem o seu papel, o que faria o CAPS com a proposta de ser substitutivo à rede hospitalar? Além disso, indagamo-nos, ainda, em que o hospital poderia ser considerado mais efetivo e adequado, afinal, o que é que no hospital psiquiátrico tem que no CAPS não teria, como recurso para cuidar da usuária, a não ser a possibilidade de que a usuária possa permanecer lá e dormir? Além disso, se o CAPS não pode imprimir nenhuma diferença para essa usuária num momento de crise porque ela tem um forte comprometimento afetivo, o que o sistema hospitalar faria por ela neste sentido? Entendemos que a única ferramenta que de fato lhe seria diferencial é a sua estrutura rígida e dura que permitiria controlar e conter a impulsividade sexual da usuária; controle esse que teria para a usuária o preço de ter sua liberdade de escolhas tolhida quando, não, anulada temporariamente. Mas essa não seria uma meta sintônica com o

discurso de liberdade e autonomia da reforma. Portanto, uma forma de cuidado não condizente com sua ética afinal a forma como a argumentação foi conduzida nos fez entender que o lugar do CAPS, quando não pode receber o mesmo tipo de demanda que um hospital psiquiátrico, não seria o de substituir o hospital, assim como propõe a reforma mas de conviver e negociar com ele. O CAPS nessa visão seria então um lugar para loucuras mais brandas ou menos comprometidas do que aquelas que recebe um hospital. Pensamos que esse é um argumento que justifica a permanência do hospital, talvez, como um lugar imaginário que possa dar conta, a qualquer preço, dos excessos da loucura que nos é ainda tão temida. Ele nos faz recordar, ainda, do ideário proposto pela Psicoterapia Institucional que acreditava num hospital reformado no qual se exercesse a função para a qual foi projetado e que o mau uso os desvirtuou.

Além dessa situação que apresentamos e na qual fica claro um pensamento clássico herdado da cultura asilar, apresentamos ainda outros de forma rápida e sem maiores elaborações: colocação de um técnico da dificuldade da Equipe proceder desligamento dos usuários do serviço em tempo breve, o que implica num risco de institucionalização dos sofrimentos psíquicos; colocação de uma técnica sobre um funcionamento autoritário da Equipe; forma de cuidado que pelo caráter excessivo remete a uma tendência controladora; forma de tentar interditar o relacionamento de dois usuários no serviço; divisão e segregação no serviço em função de critérios de participação que elege usuários que podem participar de determinado grupo e aqueles que não podem, o que compromete o princípio da inclusão; percepção crítica de dois usuários a respeito do tempo prolongado em que alguns estavam no serviço, o que pode implicar na dificuldade de acompanhar e intervir no tempo da crise; condução no grupo que massifica um acordo feito nele como única forma a qual todos os usuários devem ajustar-se em nome do acordo “democrático”; cuidado que pode incitar relações de dependência e não de autonomia pelo caráter de superproteção; forma de preocupar-se com uma usuária que

tende a infantilizá-la; intervenção tonalidade pedagógica a favor de uma postura corretiva e menos pela movimentação singular; eleição da discussão da medicação como mais importante do que falar sobre o sofrimento; leitura moral do sofrimento que tende a julgar e não a acolher a diversidade subjetiva; eleição prioritária de assuntos relacionados à doença e aos sintomas dos usuários e não do sofrimento das famílias; forma de lidar com o usuário como uma forma perigosa que não o acolhe, mas o pressiona e o encurrala, incitando, ao invés de continência, culpa; não inscrição de práticas de cuidado que busquem a tentativa de criação de espaços sociais acolhedores aos usuários ou pela transformação de uma realidade ainda intolerante às diferenças.

- **Substitutividade/Dificuldade de Acolhimento à Crise**

Essa variável reúne um conjunto de situações que refletem momentos de dificuldade no serviço de funcionar enquanto espaço substitutivo à rede hospitalar, em função de uma postura de não poder receber ou acolher a demanda complexa que lhes é destinada e própria de um espaço de cuidado com a complexidade que lhes é reservada. Ao refletir uma dificuldade de funcionar enquanto espaço efetivamente substitutivo à rede hospitalar, expressa, ainda, um distanciamento em poder operacionalizar o discurso da reforma ou de sua ética em alguns momentos da prática do serviço. E como a idéia da substitutividade é uma idéia central para uma clínica antimanicomial, fica essa modalidade de assistência ao sofrimento, nesses momentos por nós identificada, distanciada da prática do serviço, que conseqüentemente, se distancia ainda de seu próprio ideário ou do ideário de seu projeto.

A fim de melhor traduzir o acima exposto trouxemos o exemplo de uma situação – embora tenhamos identificado oito – que servirá para aproximar o nosso leitor do nosso vivido.

- Pudemos observar de modo mais claro quando no dia 31/08/05, por ocasião da reunião de intercontrole, estabelecia-se uma discussão sobre a melhor forma de encaminhar um usuário que há alguns dias já havia aparecido no serviço para uma triagem –

ocasião em que estava bastante inquieto – quando foi orientado a retornar ao CAPS para uma avaliação com o médico do serviço. O usuário não retorna e alguns dias depois o serviço toma conhecimento por alguém da família do usuário de que “ele estava nas ruas e assustado”. Relata-se que na ocasião esse familiar solicita do serviço que um carro pudesse ir apanhá-lo, mas o serviço informa que não teria como fazê-lo e orienta para levar o usuário para uma emergência. Como não se soube mais notícia do usuário a Equipe supôs que ele deve ter passado pelo Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP) e possivelmente ter sido internado. Uma técnica dia que “[...] do jeito que ele estava, inquieto e confuso, não ia conseguir ficar no Espaço Azul”. A esse respeito, em primeiro lugar, é importante dizer que, de fato não é proposta do CAPS funcionar como serviço de emergência. Nestes casos, quando se identifica que um usuário necessita de uma intervenção medicamentosa de urgência, encaminha-se o usuário para um serviço de emergência já que, nem em todos os horários do funcionamento do CAPS, inclusive, há médico disponível. Ademais como se tratava de um usuário novo, o serviço não teria como realizar uma intervenção medicamentosa de urgência sem a prescrição médica, que não havia sido feita visto que o usuário não compareceu para a avaliação com o médico, sugerida na triagem. Algo que nos chamou a atenção entretanto foi que, como o usuário já havia sido atendido uma primeira vez na triagem e já se tinha identificado uma possível indicação para ser admitido, restando para isso uma avaliação médica, não compreendemos o fato da orientação dada não prever a volta do usuário, ao ter sido remetido ao serviço de emergência, posteriormente para o CAPS. Em outras palavras, o que estamos nos indagando é: por que não se orientou que assim que fosse feito o atendimento de urgência no SEP o usuário fosse trazido ao CAPS? Mesmo supondo a dificuldade da falta de médico na ocasião, pensamos que o usuário retornaria da emergência ao

CAPS já medicado – até que fosse novamente avaliado pelo médico do serviço. Mas, em seu lugar, o que a Equipe supôs, pela falta de notícias com relação ao caso, foi que o usuário teria percorrido o itinerário da internação hospitalar. E neste sentido entendemos que faltou uma forma de pactuação com a família do usuário que permitisse o seu retorno para o CAPS, tão logo recebesse o atendimento de emergência, evitando assim que algum tipo de facilitação ao recurso da internação no hospital psiquiátrico tivesse acontecido. Ademais, pensou-se que devido ao seu estado inquieto e confuso, como nos foi dito, o usuário não conseguiria ficar no CAPS. Aqui devemos nos questionar sobre o que teria no hospital, além do que já dissemos ser útil para aquela ocasião, que o CAPS não poderia ter? Há de se questionar o fato do hospital ter sido pensado como única saída para a situação desse usuário que segundo foi dito estava “[...] nas ruas e assustado”. É bem verdade que ele carecia de algum tipo de medicação, mas seria essa a sua demanda principal? De fato não sabemos, mas nem também o serviço, já que não teve oportunidade de escutar o usuário que, tendo o seu sofrimento recepcionado, abrigado e acolhido, talvez quem sabe, pudesse aguardar pela chegada do médico do serviço ou a chegada de um carro do serviço que o conduzisse até a emergência e o trouxesse de volta, imediatamente que tivesse sido atendido. Mas, incertezas à parte, algo era bem provável: de que no hospital não fosse escutado na dimensão complexa que necessitava. Então por que ele foi ainda pensado como saída prioritária? Após esse conjunto de reflexões e indagações só nos resta considerar que, mesmo tendo sido preocupação do serviço uma melhora “urgente” do quadro que lhe descreveram do usuário, o CAPS põe em questão a proposta de funcionar como um espaço substitutivo ao sistema hospitalar, na medida em que não pôde se colocar como espaço de pouso daquela demanda aparentemente “confusa e inquieta” e, nem também, pôde pactuar a volta do usuário após ser atendido em caráter

de emergência. Afinal, o que era mesmo emergente naquela ocasião? Pensamos em concordância com Corbisier (1992) que o urgente nem sempre é aquilo que emerge – neste caso a inquietude e confusão – mas, que a urgência de uma escuta ampla e atenta, em sua dimensão de escuta complexa e da diferença, como chama a autora, poderia fazer emergir um texto e um sentido para o que até então estava sem, tanto para os familiares, quanto para os serviços que o atenderam, e, quem sabe até, para ele próprio, que poderia então ter transformado essa espécie ou situação de assujeitamento numa experiência, tal como nos orienta a Psicopatologia Fundamental. Finalmente, se o CAPS não pôde se confirmar, nessa situação, enquanto um espaço substitutivo fica caracterizado apenas como alternativo e sem atender, então, a uma das propostas fundamentais para o qual está destinado, de dispensar o recurso da internação.

Além desse exemplo, pudemos acrescentar nossa explicitação com outros que, no nosso entendimento, vêm corroborar a nossa presente variável quando no serviço: utilizou-se do significativo internamento/internação para se referir ao acompanhamento no CAPS; realizava-se triagem através de agendamento⁷⁶; vimos o desconhecimento de elementos de suporte da rede, tal como o CAPS 24 horas e o Programa da Equipe de Ação Avançada, que funcionam a favor da implementação da proposta de substitutividade; vimos usuários mais comprometidos psicologicamente, porém grandemente necessitados, não serem incluídos na proposta de determinado espaço de cuidado em grupo; vimos a argumentação de que o hospital tem o seu lugar, se bem estruturado, devendo o CAPS contar com ele; percebemos uma dificuldade de se permanecer trabalhando com uma demanda mais complexa e até arriscada de uma usuária; vimos a tradução de uma necessidade por um modo enérgico de intervir pela intenção de se recorrer à hospitalização.

⁷⁶ Devemos dizer que essa prática sofreu modificação no serviço ainda quando estávamos presentes, sendo fruto de uma discussão em que se problematizou a marcação e a identificou como um contra-senso de uma prática de cuidado que se pretende atender pessoas em crise.

3. Modo de funcionamento do serviço/Equipe:

- **Estados de ânimo/Afetivos**

Essa variável reúne estados afetivos ou, como nomeia Critelli (1996), estados de ânimo que expressam formas de investimento da Equipe e dos usuários no e pelo serviço. Tais estados mostram-se para nós mais marcados por um sentimento de cansaço e desânimo, tanto dos técnicos quanto dos usuários e, pela intensidade, em certos momentos nos fazia percebê-los, sobretudo, como forma de apatia e embotamento que a todo tempo interferiam no modo de cuidar e na forma como os usuários pareciam se sentir cuidados. Tais estados afetivos expressavam-se como um estado de quietude quase *paralisador*. A forma como eles nos repercutiram foram como uma espécie de proteção ou defesa, tanto da Equipe quanto dos usuários que pareciam engajar-se em ações de *paralisar a dor* ou de estancar suas dores. Os usuários, talvez por não se sentirem atendidos, conforme suas demandas requisitavam naqueles momentos. Os técnicos, de modo análogo, também por não se sentirem amparados, protegidos e com suporte para realizarem seus ofícios de cuidadores, com a complexidade contínua que o serviço lhes requisitava. Deste modo, compreendemos que se inicialmente ou em primeira instância há o desejo expresso da Equipe de cuidar e acolher o usuário, na medida em que o próprio serviço – poder-se-ia dizer – existe para isso, por outro lado, a necessidade da Equipe de fazer cessar a própria dor. Isto porque, não se sentindo suficientemente cuidada tende, através de um movimento especular, a se deslocar, como que projetivamente, em direção à cessação e ao estancamento – *a paralisação* – da dor do usuário, que parece ser também a sua, e não em direção ao seu recebimento para acolhimento e continência. Por outro lado, para além dessa tendência mais depressiva, apareceram ainda movimentos de saída desse estado que recaíram entretanto numa espécie de antagonismo, ao refletirem momentos de mobilização e certa agitação. Havia, portanto, uma bipolaridade que naquele momento marcou para nós o funcionamento afetivo, as formas de ligação e o humor

da Equipe e dos usuários e suas qualidades de afeto. Tal bipolaridade traduziu-se como certa oscilação ou movimentação pendular, havendo entretanto, uma maior tendência dos estados de ânimo *paralisa-dores*.

Durante nossa passagem pelo serviço pudemos identificar dezesseis momentos, dos quais elegemos dois para exemplificar o que até então tentamos apresentar, sendo um de uma postura mais de desânimo e o outro de uma certa efervescência nos ânimos.

- No dia 01/09/05 registramos um momento em que uma funcionária do serviço nos mostra toda a estrutura física do CAPS enquanto espontaneamente traz algumas reflexões. Coloca que ao longo de doze anos que está no Espaço Azul o número de profissionais foi reduzindo e o serviço “[...] não era assim parado que a gente, às vezes, não tem o que fazer”. Diz ainda que devido a essa conjuntura – saída de profissionais, diminuição do número de usuários, municipalização – já pensou em deixar o serviço. Com essa fala nos sinaliza um certo cansaço ou descrença com relação ao serviço, a ponto de pensar em deixar o serviço, mesmo sendo uma funcionária que está nele há doze anos, ou seja, desde de seu início, e que acompanhou toda a sua história e todos os momentos pelos quais o serviço já enfrentou ao longo desses doze anos. Por isso quando ela coloca que nunca viu o serviço parado como diz estar no momento nos fez refletir sobre o que aqui estamos chamando de estado de ânimo ou afetivo mais embotado, de desânimo e cansaço, ou ainda, *paralisador*.
- O outro exemplo está registrado no dia 21/09/05 na Reunião de Intercontrole quando se discutia sobre as férias de quatro técnicos que coincidiriam durante um mesmo período e que deixaria o serviço descoberto. A tentativa da discussão era a de se tentar uma forma de acordo para resolver o problema do serviço ficar com a Equipe reduzida. Uma técnica diz que o assunto ficou de ser retomado para nova discussão. Coloca ainda que percebe que acaba se elegendo outras prioridades e que esse assunto

das férias vai ficando para outros momentos de discussão. Cada técnico envolvido com a saída das férias tende a justificar a sua necessidade de tirar férias no período em questão, de modo que a discussão se encaminha para uma reprogramação do serviço durante o período dessas férias, sem a presença dos técnicos em questão. Mas, antes de se definir isto, os ânimos dos participantes da reunião tendem a se exaltar. Uma técnica reflete que a Equipe é pequena para que tantas pessoas saiam de uma só vez e diz: “o atendimento já está do jeito que está, para diminuir, eu acho inviável”. Essa fala desencadeia na Equipe quase uma avalanche de falas, quando todos tendem a se colocar ao mesmo tempo, de modo que ninguém mais pôde se escutar. Passado esse momento voltam a argumentar; uns pela suas saídas nas férias, e outros – a minoria – argumentam que seria inviável para o serviço a saída desses profissionais ao mesmo tempo. E novamente os ânimos se exaltam quando todos falam ao mesmo tempo sem que ninguém possa se escutar. O clima da reunião fica tenso na medida em que uma técnica coloca que essa situação relativa a esse período de férias se repete todo ano e que sempre os que ficam no serviço são penalizados. Outra técnica avalia que a gestão participativa acaba se transformando na “[...]na gestão das conveniências e na gestão dos cansaços”. Desse modo ficou-nos claro um sentimento de cansaço na Equipe que funcionou, também, como móvel das ações mais exaltadas.

Além desses exemplos tem-se: tendências para posturas de silêncio ou a fazer silenciar; desgaste e tensão dos membros da Equipe; percepção da Equipe do cansaço dos usuários e de como o cansaço da Equipe vem interferindo nas formas de cuidar; usuários e técnicos refletindo um clima paralisado; tolerância excessiva e tendência a silenciar o problema e não discuti-lo; fala de uma técnica que diz temer o descrédito de determinada atividade; fala de uma técnica que diz da falta de interesse por parte da Equipe pelo serviço; sentimento de insatisfação na fala de alguns técnicos; reconhecimento de que este é um momento difícil pelo

qual passa a Equipe; fala que reflete muita repetição e cansaço no cotidiano do serviço; queixa de uma técnica sobre a necessidade de uma intervenção mais enérgica; tolerância e quietude excessivas diante da insatisfação com o quantitativo da Equipe e diante do comunicado freqüente de técnicos sobre atrasos e faltas futuras no serviço; fala de uma técnica que diz ver nos rostos da Equipe, apenas, desânimo e cansaço; exaltação de ânimo em algumas discussões; dificuldade de se exercer uma escuta recíproca.

○ **Estados de ânimo/Municipalização**⁷⁷

Essa variável também reúne estados de ânimo ou afetivos da Equipe, só que nela a Equipe expressa qualidades de afeto com relação a um foco específico – a municipalização e o município. Por isso não a consideramos propriamente como mais uma variável, mas como uma forma de expressão de desdobramento da variável anterior. Os estados de ânimo ou afetivos que a compõem traduzem queixas e insatisfações da Equipe para com o município e, de forma muito evidente, para como o processo de municipalização. Aliás, percebemos que este processo foi sentido pela Equipe como uma espécie de trauma e reflete forte dor dessa Equipe, com potencial gerador de conflitos e atos que expressam a uma ambivalência da Equipe para com o município e o que a ele está relacionado, como a rede de serviços. Sentimos como se a Equipe não estivesse em condição, ainda, de aceitar o novo fato de que não mais pertence ao estado e sim ao município, travando embates que expressam, ao mesmo tempo, tanto a sua insatisfação como também uma tentativa de isolar-se da rede. Neste sentido vimos esse serviço resistir em alguns momentos a funcionar enquanto um serviço do município com sua lógica, princípios e diretrizes.

⁷⁷ A municipalização do Espaço Azul foi um processo que transferiu a responsabilidade e gestão do estado sobre esse serviço, para o município. Com isso este CAPS deixa de ser um serviço referenciado ao estado e passa a ser gerido e referenciado pelo município. Se antes tinham como pai o estado, com este processo passam a ter o município.

Durante a nossa passagem pelo serviço identificamos treze situações em que essa modalidade de afeto pôde aparecer e aqui elegemos duas, afim de melhor explicitá-la e aproximar o leitor do nosso vivido.

- A primeira está registrada no dia 01/09/05 no item Conversa com uma técnica, na qual, além de outros assuntos essa técnica queixa-se da quantidade de técnicos que o serviço dispõe atualmente e diz que a “[...] a prefeitura ficou de fazer um remanejamento dos profissionais da rede para completar a equipe”. Reflete ainda que devido a pouca quantidade de técnicos “[...] há um circuito vicioso entre a pouca produção do Espaço Azul, por não disponibilizar de muitos horários e técnicos para triagem, e a não chegada de novos técnicos para Unidade”. Coloca ainda que embora isso não seja algo reconhecido oficialmente “[...] é algo que percebo nas entrelinhas”. Percebemos, a partir da reflexão que essa profissional se encarrega de fazer, um sentimento de que o CAPS estaria como que esquecido pelo município ou sem investimentos que a Equipe julgue satisfatório, além de um ressentimento da Equipe por isto. Aliás, essa é uma queixa que irá se repetir em várias falas, assuntos e técnicos. Mais à frente do nosso percurso, em outra conversa que tivemos com essa mesma profissional, registrada no dia 02/09/05, ela nos diz que “a municipalização foi um retrocesso”. Explica o que chama de retrocesso dizendo que antes da municipalização o serviço tinha mais autonomia do que percebe ter hoje. “Antes a gente tinha um carro disponível para fazer as visitas”. Queixa-se de que atualmente o acesso ao carro foi modificado deixando implícito que essa modificação, fruto da municipalização, dificulta a realização das visitas. Por isso coloca que em sua percepção o Espaço Azul “[...] já estava na frente em muita coisa e tivemos que retroceder”. A fim de melhor compreender a sua fala pedimos para ela nos dar um exemplo e a profissional diz que são muitos. Traz o caso de uma usuária que nos

informa já estar no serviço há mais de um ano e diz que “[...] pela lógica de números com que trabalha o município, vem a prejudicar”, pois compreende que em função dessa lógica a usuária já era para ter saído do serviço; aspecto que a profissional não concorda e pensa não ser o melhor para a usuária, já que nos coloca que essa usuária vem piorando. Comenta ainda que essa usuária vem se expondo ao sair sozinha durante a madrugada. Sugerimos a técnica um contato com o CAPS 24 horas para viabilizar uma articulação para que a usuária possa pernoitar nele nessa fase em que vem saindo e se expondo. A técnica refere ainda um grande cansaço relacionado ao trabalho, mas se mostra disponível a nossa sugestão, mesmo demonstrando desconhecer o recurso por nós apresentado. Observamos que este recurso não estava sendo percebido como um elemento importante e disponível na rede, na medida em que pode funcionar como colaborador do CAPS que tem seu funcionamento encerrado no fim da tarde, no sentido de dar continuidade ao cuidado à usuária no período da noite, sem que precise se recorrer à internação em hospital fechado. Levando em consideração que o CAPS está municipalizado há um ano e que o CAPS 24 horas já tem o seu funcionamento aberto há um ano e meio, entendemos que esse desconhecimento parece, na prática, colocar em questão a proposta do Espaço Azul poder funcionar como mais um elemento interligado dessa rede municipal, já que não percebeu o recurso do 24 horas, por exemplo, como um possível parceiro a auxiliar no cuidado dessa usuária. Algo que sentimos ao longo de toda essa reflexão trazida por uma integrante da Equipe é que o efeito da municipalização não está sendo bem recebido e, com razão ou não, traz interferências para a execução da proposta de cuidado, como anteriormente a técnica apontou.

- O outro exemplo está registrado no dia 01/09/05 em conversa com uma técnica no item Almoço quando perguntamos a uma profissional da Equipe sobre o que havíamos

escutado no serviço sobre o funcionamento de um ambulatório dentro do CAPS e que não tínhamos compreendido. A profissional nos esclarece que o que se chama de ambulatório no CAPS diz respeito à modalidade de acompanhamento dos usuários do Não-Intensivo que funciona como ambulatório “[...] para ver a medicação”. Diz que o não intensivo é para ver a questão da medicação e quando se tem a oportunidade “[...] encaminha-se para trabalho”. A partir desse esclarecimento passamos a compreender que o que se chama no serviço de ambulatório diz respeito ao funcionamento da modalidade do Não-intensivo. Essa troca de nomes, entretanto, não parece se dar por acaso já que, como explica a técnica, o grupo do Não-intensivo, da forma como funciona no serviço, diz respeito ao acompanhamento da medicação e tendo, oportunidade encaminha-se para trabalho. Vemos assim a modalidade do Não-intensivo funcionar como regime de ambulatório no qual o usuário vem ao serviço, tem sua consulta com o psiquiatra, que faz os ajustes necessários com relação à medicação e, se for o caso, incentiva o usuário para a vida do trabalho. Entretanto, nos parece que a proposta de funcionamento do Não-intensivo de acordo com as diretrizes do município seria mais ampla do que uma proposta do tipo ambulatorial no qual o usuário frequenta o serviço mensalmente. Um primeiro aspecto que marca essa distinção a ser considerado, por exemplo, é o número de vezes – três por mês – que o usuário deve comparecer ao serviço quando admitido na modalidade do Não-Intensivo. Tal frequência é proposta a fim de contemplar a demanda daqueles usuários que a Equipe avalia ser necessário estarem ligados a essa modalidade de acompanhamento: usuários que não estão mais em crise aguda mas que precisam ainda de uma atenção do CAPS no que diz respeito sobretudo a necessidade de se trabalhar aspectos ligados a sua reinscrição na vida social, do trabalho, ou em projetos individuais que possam contribuir para isto. Deste modo viriam ao serviço para grupos

que trabalhassem as questões ligadas aos seus estados psíquicos, mas também para grupo que focassem a discussão nestes aspectos que dizem respeito a reinscrição dos usuários e, ainda, grupo que acontece juntamente com os demais usuários do serviço, como é o caso do Grupo de Atividades Culturais, que funciona como elo de contato entre todos os usuários do serviço e ainda ex-usuários, bem como os familiares e a comunidade em geral. A partir dessa reflexão e com base na fala da técnica em questão vemos que a modalidade do não-intensivo do serviço não contempla, ainda, essa proposta mais ampla quando o atendimento aos usuários dessa modalidade é feito apenas pelos médicos e individualmente sem entretanto dispor de um espaço que atenda a demanda mais complexa da reinscrição de que tratamos.

Além desses exemplos outros podem ser citados, ainda, de forma menos demorada: queixa da falta de mais profissionais para compor a Equipe e sentimento de estarem esquecidos e carentes de investimentos por parte do município; fala de uma técnica que se refere a municipalização como um trauma; municipalização sentida como prejudicial ao serviço; dificuldade de se inserirem na rede; acusação da rede sobre a não efetividade no atendimento às necessidades do serviço; desconhecimento dos elementos de suporte e da proposta da rede fazendo com que percebam como furo ou falta de colaboração desta; municipalização vivida como fantasma ou sombra; apesar de oficialmente municipalizado o serviço resiste em funcionar enquanto tal; sentimento compartilhado de serem preteridos por outros serviços do município.

- **Clima institucional apagado/Esvaziamento**

Essa variável, assim como a anterior pode ser melhor compreendida se pensada como mais um desdobramento da variável estados de ânimo/afetivos, na medida em que os reflete. Aqui entretanto aqueles estados se refletem diretamente na atmosfera do serviço, o que promove um certo clima institucional infértil para as práticas de recebimento e acolhimento de dores

psíquico-existenciais. Refere-se, portanto, a um clima vivido e identificado em alguns momentos na instituição de um certo apagamento - como se nada acontecesse - que se traduz pela falta de movimentação, baixa frequência e interatividade entre usuários entre si, mas também entre técnicos e usuários. Tal baixa se reflete, inclusive, nos momentos acordados como momentos de troca e acolhimento no serviço, tais como momentos de grupos.

Durante a nossa passagem no serviço pudemos identificar vinte e quatro situações nas quais sentimos esse tipo de atmosfera relatada embora aqui escolhemos duas para exemplificar o que descrevemos e aproximar o leitor de nossa experiência no serviço.

- A primeira está registrada no dia 05/09/05 logo após o item Conversa com uma técnica. Naquela ocasião pudemos perceber um clima de pouca interatividade entre técnicos e usuários pois, enquanto os técnicos conversavam ou discutiam casos entre si, os usuários presentes na manhã – apenas seis – se alocaram em outros lugares do serviço, sem haver interação. Por se tratar de uma segunda-feira, dia em que geralmente os usuários voltam do final de semana com demandas mais acentuadas e deixam geralmente o serviço ainda mais movimentado, estranhamos ainda mais esse clima pouco interativo e de um certo esvaziamento. Além disso, a primeira e única atividade do dia, que é justamente um grupo com proposta de acolher os usuários desse retorno ao serviço, reconhecidamente mais mobilizado, acontece somente após o lanche, isto é, por volta das 10:15. Tal conjuntura, ou seja, o fato de ser uma segunda-feira, o fato de ter poucos usuários nesse dia, o fato de haver pouca interação entre técnicos e usuários e entre usuários com outros usuários e o fato de a atividade do dia só ter início no segundo turno da manhã, chamou-nos a atenção para esse clima institucional de pouca vivacidade e nos fez pensá-lo como um terreno infértil para o acolhimento das demandas mais ávidas dos usuários chegados do final de semana, no

qual muitas coisas acontecem e onde o CAPS não pode se fazer presente para receber esses acontecimentos.

- Outro exemplo pode visto no mesmo dia, no item Visita à farmácia, onde chega uma usuária do Não-Intensivo para pegar a sua medicação dela para sete dias. A usuária chega meio desconfiada e calada, mas ainda assim conversa um pouco conosco, a partir do momento em que fomos apresentadas. Uma funcionária comenta com a usuária que foi bom ela ter saído de casa para vir pegar a medicação pois lembra que a mãe da usuária tinha comentado que ela não estava querendo sair. A usuária comenta que veio para a festa no CAPS na semana anterior. Perguntamos se ela participa da Atividade Cultural, já que esse seria mais um momento em que ela poderia estabelecer contato com outras pessoas e, ao mesmo tempo, oportunidade para ela sair um pouco de casa, mas ela informa que não. Quando questionamos a respeito, a funcionária diz que “como ela é do Não- Intensivo, só é para vir nas últimas quartas-feiras do mês”. Na ocasião colocamos para elas o que ouvimos quando participávamos de um grupo no qual se dizia que a atividade cultural é aberta a todos os usuários, mas, a funcionária diz desconhecer. Deste modo nos chamou atenção que dentro de uma Equipe pequena um de seus membros desconheça essa informação de que o Grupo de Atividades Culturais é aberto para todos os usuários das três modalidades, pois se ele é aberto a ex-usuários – e assim o é porque é importante elo de vinculação entre usuários, ex-usuários e o serviço – não faria sentido que não fosse também para os usuários do não-intensivo. Desse modo nos colocamos a indagar sobre o que um desconhecimento desse tipo poderia nos dizer, ou ainda, a serviço de que ele estaria a funcionar na Equipe. E, ao tentarmos nos responder, utilizamos um de nossos canais de sintonia e registro no serviço, que foi o nosso sentimento, que nos imprimia, nessa ocasião uma forte sensação de um clima pouco enérgico, ou um tipo de atmosfera

institucional pouco favorecedora de tomada de conhecimento e informação acerca das formas de cuidar que o serviço disponibiliza.

- Ainda um outro exemplo pode ser visto no dia 20/09/05 no item Início de um novo grupo quando uma usuária coloca que estava sem vontade de vir para o CAPS nos dias de terças-feiras devido a ausência de atividades durante a manhã desse dia e outro usuário diz que gostou da proposta do novo grupo, também fazendo referência ao preenchimento de horário que estava com lacuna. Entendemos que a queixa desses usuários a respeito da falta de atividades no serviço durante a terça-feira pela manhã pode ainda ser somada à falta de interação dos técnicos com os usuários que promova situações de acolhimento dos usuários que justifique suas idas ao serviço. Não por acaso dois usuários comemoram a chegada de um grupo nesse dia.
- Ainda nesse mesmo dia tivemos uma conversa com uma profissional da Equipe que pôde nos auxiliar como reforço a todos os outros exemplos que trouxemos para iluminar essa variável. Ela nos pergunta, com ar de riso e como quem fará algum comentário irônico, se já temos algum título para o nosso trabalho e, rindo, nos diz que poderia ser: “o outro lado da loucura”, em clara alusão ao funcionamento da Equipe e do serviço. Na ocasião, comentávamos sobre um funcionário da limpeza que apresentava um comportamento pouco dinâmico. É quando a profissional coloca, em tom irônico, que “aqui no Espaço Azul tá todo mundo zen”. Diz, ainda, que ela própria precisa entrar também nesse estado – fazendo referência a entrar nesse clima com o qual não se sente compartilhando e que parece lhe inquietar. Entendemos essa fala da profissional como se quisesse sinalizar que não deve mais “lutar contra a maré”, quando, por exemplo, nos diz que precisa “ficar no caos esperando a nova ordem”. Apesar do tom de ironia com que essa profissional nos coloca esse conjunto de falas, sentimos em suas colocações um caráter de grande preocupação com o clima

que percebe o serviço atravessar no momento e que reforça o que até então viemos sentindo. Quando ela propõe “o outro lado da loucura”, sentimos como se fizesse referência a algo do tipo: a outra face da loucura; a loucura, não mais dos usuários, mas a loucura da condição humana, a qual nos inclui enquanto profissionais. E mais, como se fizesse referência para a uma situação de adoecimento do funcionamento do serviço. Isso é sentido novamente quando ela coloca que “aqui tá todo mundo zen”, em clara alusão a que a Equipe estaria com dificuldades de agir, num estado meio que de inércia e conseqüentemente sem conseguir intervir no que precisa, pelo menos não do modo como se pretende. Aliás, não pudemos esquecer que essa conversa se dá logo após uma situação na qual a técnica se mostra bastante incomodada com a Equipe em função da não realização de uma visita domiciliar prevista para acontecer. O estado “zen” ao qual a técnica se refere não nos pareceu, portanto, fazer alusão a algum tipo de tranquilidade benéfica, mas uma espécie de denúncia de uma falta de movimentação no serviço e ação da Equipe como se dissesse de um clima institucional embotado que traduz, no nosso entendimento, estados de ânimo cansados e inertes, mas também sôfregos. E, apesar dessa tríade de falas trazida pela técnica refletir muito da nossa impressão ao longo do que viemos tratando nessa variável, vemos uma diferença natural entre a nossa percepção e dela. No nosso caso, ao percebermos determinada situação nos propusemos, além de contextualizar, tentar compreender o cenário que a legitima a partir de uma postura que busca complexificar o nosso observado, sem que nos fosse necessário o desabafo irônico. A postura da técnica entretanto, diferente da nossa, é uma postura de quem, pelo nível de implicação, participação e tempo no serviço, se sente cansada e desgastada. Mas em momento algum, e essa é a principal diferença, fomos em busca de julgar ou acusar o vivido, até porque nos sentimos numa posição de implicação ou afetação intensa naquilo que

identificamos como dificuldades, descompassos, contradições ou distanciamentos das orientações da reforma. Diferentemente é o posicionamento dos profissionais que, pelo grau de envolvimento e submersão em que se encontram no serviço, lhes é impossibilitado esse olhar compreensivo. Enquanto nós, guiados por nossa demanda investigativa, buscamos perceber e compreender; os técnicos, por outro lado, estiveram imbuídos em querer resolver, cuidar, agir – afinal esses são os seus ofícios. Deste modo, pensamos que ao se depararem com tais dificuldades, torna-se compreensível que apresentassem outro tipo de reação e comportamento, distintos de uma postura de compreensão.

Outros exemplos ainda podem ser listados de forma breve: queixa de duas usuárias de não estarem encontrando com suas Terapeutas de Referência no serviço; fala de técnicos que constatarem queda no número de usuários nas atividades; serviço pouco movimentado e sensação de certo marasmo; baixa frequência de usuários no serviço o que reflete certo esvaziamento; estimulação de falas descritivas e sem espaço para narrativas experienciais; certa burocratização e adiamento de resposta à solicitação de demanda; isolamento de usuários no serviço quando na falta de atividade; a presença de apenas um familiar no grupo de família; isolamento de um usuário recém chegado no serviço e que se apresentava assustado.

- **Fragilidade/Ameaça/Quebra de acordos**

Essa variável reúne acontecimentos que mostram uma espécie de fragilização do Projeto Terapêutico do serviço, na medida em que aponta para uma prática que não referenda o ideário acordado previamente pela Equipe no projeto. Tal fragilização foi traduzida em atividade de supervisão como um sentimento de “iminência da tragédia”, quando diz de uma ameaça, sentida em todos os segmentos que compõem o serviço, de que se comprometam suas práticas de cuidado a partir da quebra de acordos das mais variadas ordens e com todos

os atores do serviço – profissionais, usuários, familiares. Estas quebras refletem um comprometimento do previamente planejado no Projeto Terapêutico e, conseqüentemente, um afastamento de seu ideário que comporta elementos da ética da reforma. Portanto, essa quebra ou fragilização de acordos vai refletir, em última instância, num afastamento para com a filosofia, o espírito e a ética da reforma.

Durante a nossa passagem pelo serviço identificamos dezenove situações em que essa característica de fragilização foi por nós percebida, embora aqui elegemos duas para aproximar.

- A primeira está registrada no dia 31/08/05 no item Supervisão Clínica na qual uma técnica traz para discussão um problema relacionado com os horários e o funcionamento no serviço de outra profissional como algo que a Equipe precisa discutir. Fala-se do sentimento de incômodo que se tem em relação ao problema levantado, dizendo-se que não é boa a sensação de saber que uns técnicos precisam e chegam na hora certa e outros não. Coloca-se ainda da dificuldade com relação à manutenção do projeto nos dias em que o problema citado ocorre já que se diz que nunca se sabe se e quando a profissional chegará e nem se, de fato, pode se contar com sua participação. Coloca-se ainda que em função desse problema, as atividades ficam atrasadas e compromete o funcionamento do serviço e o cuidado com os usuários, na medida em que ficam na espera. Parecendo reafirmar e confirmar a percepção da Equipe, a supervisora fala da importância de que se possa questionar sobre aquilo que “[...] vai se precisar sustentar”. Nomeia o problema relatado como quebra de acordo, na medida em que diz perceber um receio da Equipe com relação a saber se a técnica vem ou não para o serviço e, finalmente, na medida em que diz perceber um sentimento da Equipe de não se contar com o outro. Neste sentido reflete ainda que, na medida em que há uma quebra de acordo a Equipe precisa, com relação a tudo que fala

de uma quebra de acordo, ter mais “rédiás-curtas”. No dia 14/09/05 essa mesma discussão foi retomada em outro momento de supervisão. Nesta ocasião a profissional, sob a qual se discutia algumas dificuldades, coloca que sente a Equipe estabelecer com ela uma relação marcada por uma espécie de expectativa negativa quanto a sua postura no serviço, no sentido de esperar não dar certo ou ainda, como coloca, de “[...] acontecer algo grave”, que a envolva. A supervisora nomeia essa expectativa como “[...] um sentimento de iminência da tragédia” e diz que o percebe fazer parte da vivência atual do Espaço Azul. Nesse momento traz uma grande contribuição quando, além de ter identificado esse tal sentimento, coloca ainda que ele não diz respeito apenas ao assunto em questão, mas como um sentimento que traz em várias situações, “[...] a ameaça de sustentação do projeto terapêutico. Foi interessante perceber como essa fala da supervisora abre uma série de outras que trazem em comum a mesma problemática, isto é, a de uma quebra de acordo que fragiliza a manutenção projeto, na prática do serviço. Uma técnica traz, por exemplo, a preocupação e o incômodo que diz sentir com relação ao baixo número de usuários no serviço. Outra técnica diz que esse é um incômodo seu também e que em sua opinião essa redução no números de usuários no serviço não pode ser justificado pelo número de técnicos reduzido no serviço. A partir disso se questiona: “o que é que a Equipe, a gente, está fazendo que está promovendo isso?”. Reflete-se ainda que “[...]nos outros CAPS a realidade do número de usuários é muito maior” e, ainda, que há uma demanda considerada mais crítica e que geralmente é encaminhada dos serviços de emergência psiquiátrica que não está chegando no Espaço Azul. A supervisora tenta traduzir esse conjunto de falas levantadas dizendo que a síntese dessa discussão, pelo o que pôde perceber, é que “o projeto clínico do Espaço Azul precisa ser colocado em prática”. Outra técnica coloca da necessidade de que “[...] tudo isso que está se falando possa ser traduzido em ação,

com propostas de como melhorar e como sair desse quadro atual”. Um técnico lembra de uma proposta de reformulação do serviço de triagem, mas, logo, uma técnica coloca que, apesar de concordar, “[...] há muito tempo já se tinha pensado nessa proposta e nunca se cumpriu”.

- No dia 13/09/05 tivemos uma conversa breve com uma técnica que nos informa que a família de um usuário de quem é TR não tem comparecido, nem para o Grupo de Família, nem para os atendimentos de Unidade Doméstica. Além disso, coloca que o usuário não entrega aos familiares os convites com as datas referentes àquele grupo. Como sugestão outra técnica propõe um tipo de convite no qual o familiar possa assinar. Com esse exemplo fica clara a quebra de acordo nos diversos segmentos, tanto os familiares – quando a técnica informa e se queixa de que não vêm nem para as reuniões de família e nem para os atendimentos de UD – quanto os usuários, quando ela coloca que esse usuário não entrega os convites das reuniões de família.

Além dessas duas situações, outras podem ser acrescentadas: colocação de uma técnica da dificuldade de concretização de programações acordadas; receio de uma técnica do descrédito e descrença das atividades para os usuários; cancelamento da programação de atividades fragilizando o contrato com os usuários; certo costume de atrasos no horário de chegada para as reuniões e no início de grupos; uma prática de se comunicar faltas, ausências ou atrasos futuros; a participação de apenas um familiar no grupo destinado às famílias; forma de comunicação nas reuniões gerando ruídos que impossibilitam o seu andamento (todo mundo falando ao mesmo tempo, divisão em sub-grupos paralelos); modalidade de cuidado do Não-intensivo não funcionar de acordo com as diretrizes do município; constatação de que nem todos os casos dos usuários foram discutidos na reunião; inchaço de assuntos para a reunião e demanda de assuntos maior que o tempo disponível; reunião enquanto espaço de chegada de demandas adiadas e de adiamento de novas demandas, funcionando como depositária de

promessas ou espaço de postergação; atropelamento de falas e acordos que estavam sendo feitos que dificulta a dinâmica e a qualidade da reunião; percepção de uma brecha da rede que não dispõe de um tipo de suporte para determinada família que mora fora da área de cobertura dos Programas de Saúde da Família, refletindo furo ou quebra de acordo do município para com a Equipe.

4. Nosso modo de relação com o serviço:

- **Inclusão do pesquisador**

Essa variável reflete o lugar do pesquisador no serviço e na Equipe e o modo de relação estabelecido entre eles, o qual pôde se configurar como promessa - proposta e aceita pelo grupo - de construção de conhecimento. Tal lugar reflete ainda um modo de relação entre nós e o serviço, leia-se, técnicos, funcionários, usuários, familiares e comunidade local que, pela implicação de todas as partes, refletiu uma reciprocidade e troca tais que permitiram o trânsito da pesquisadora para realizar inclusive intervenções de ordem técnicas, quando a dinâmica do grupo requereu. Tal contingência, embora não previamente programada, conferiu ao nosso trabalho um caráter de pesquisa com alguma dimensão interventiva. E isto só foi possível pelo convite dos acontecimentos próprios a realidade do serviço e, sem dúvida, pela abertura da Equipe para com a pesquisadora. Deste modo, apesar de não ser essa variável um vetor mais facilmente ou explicitamente articulado com a proposta da reforma, nos sentimos no dever de a expor uma vez que ela nos emergiu como dado, fruto exclusivamente de nossa experiência e quando se mostrou com forte característica de abertura do serviço, sobretudo Equipe e usuários, a nós que estávamos representando a tal promessa de construção de algum sentido ou conhecimento para um momento de experiência nosso com o serviço. Tal abertura nos sinalizou como um posicionamento da Equipe para a mudança, para a renovação de suas práticas de cuidado e de seus estados afetivos/de ânimo e suas formas de investimento no serviço que, se por um lado foram por nós anteriormente identificadas como tendenciosas a

um certo desânimo, aqui, lançavam uma nova esperança: de uma relação de troca, uma relação com alguém que lhes faz convite à revisão, à crítica, à implicação e portanto à cuidar do cuidado, podendo construir novos rumos e novas práticas. Neste sentido, tal como as outras, essa variável nos é fundamental para sinalizarmos em nosso vivido esse conjunto de atributos que são fundamentais para uma prática que busca implementar a ética da reforma em seu cotidiano ou fazer do espírito e filosofia da reforma o seu móvel de ação. Interessante foi ainda observar que, mesmo tendo-nos sido facilitado e permitido um posicionamento no serviço que nos possibilitou atitudes com algum nível de intervenção, o nosso acordo estabelecido enquanto pesquisadora pôde e foi preservado, isto é, não destituído. Mesmo nos momentos em que seduzidos e submersos no cotidiano e nas práticas do serviço nos sentíamos quase um integrante, alguém nos recordava o nosso ofício, fosse com alusão ao gravador, fosse com alusão ao nosso diário, fosse com algum comentário ou pergunta sobre a nossa pesquisa.

A título de exemplificação escolhemos três situações que servirão para uma melhor compreensão do que acabamos de explicitar, embora tenhamos identificado quinze delas.

- Logo na primeira semana de nossa passagem pelo serviço vivemos uma situação que se ressaltou para nós como uma espécie de teste da Equipe para conosco para saber qual seria de fato o nosso papel ali dentro. Esta situação está registrada no dia 02/09/05 ao chegarmos em um espaço onde duas pessoas da Equipe estavam sentadas dialogando. Com a nossa presença, uma delas se levanta – como se devesse fazê-lo – em sinal de preocupação ou talvez com a fantasia de que pudéssemos estar ali para checar afazeres. Sentimos essa fantasia ou preocupação inicial rondar o serviço, mesmo não tendo sido esse tipo de proposta o que nos dispomos a realizar no nosso serviço, a partir do nosso contrato com a Equipe. Mas, pudemos senti-la como uma espécie de colocação nossa em teste para se certificarem se aquilo que acordamos seria

de fato o realizado ou não. Mais à frente de nossa convivência e participação no serviço, vimos essa preocupação tornar-se cada vez menos presente; ocasião em que pudemos nos sentir e ser percebidos como colaboradores. Tal percepção nos abriu a possibilidade de ter a Equipe como parceira de nossas intenções investigativas.

- Um outro exemplo do modo de relação estabelecido entre nós e a Equipe está registrado no dia 06/09/05 quando uma técnica nos traz, espontaneamente, um retorno de uma conversa que tivemos após a realização de um grupo, na qual ela nos fala de sua preocupação com uma usuária que vinha se expondo com saídas durante a madrugada e na qual trouxemos a sugestão dela poder contactar com o CAPS 24 horas no sentido de tentar que a usuária pudesse pernoitar naquele CAPS sem ter que recorrer a uma internação. A técnica nos informa que conversou com o médico do Espaço Azul e que ele também concordou com a orientação. Conta-nos que fez contato com o próprio 24 horas que lhe acena positivamente quanto a possibilidade de vaga para a usuária. A técnica nos coloca que vai aguardar a visita à residência da usuária, para tentar firmar esse acordo com os familiares e a usuária conjuntamente. Solicita-nos, ainda, que possamos ler o aviso que ela deixou para a Equipe sobre a negociação feita com o CAPS 24 horas para confirmarmos a sua clareza. Ainda nessa ocasião negociamos com ela a nossa participação nessa visita, tendo sido aceita a nossa proposta de participar.
- Uma outra situação que nos fez sentir uma forma de participação nossa com um carácter colaborador e dessa vez interventivo foi na realização de um grupo, registrado dia 12/09/05, em que ao seu término, ao informarmos a Equipe técnica que o realizou a respeito de uma visita domiciliar da qual tínhamos participado – na qual se obteve a informação de que uma usuária acordava todo dia de madrugada sem conseguir dormir a noite e saía de casa – esta modifica o rumo de uma intervenção medicamentosa que

havia sido feito antes de se tomar conhecimento daquela informação. Assim, o nosso lugar nessa intervenção foi de informar sobre a dificuldade que a usuária estava a viver e a partir disso vimos a intervenção mudar de rumo. Deste modo pudemos nos sentir cada vez mais participante nesta Equipe e sentir também que nossa fala trazia para ela algumas possibilidades de intervenção. Isto se deve a uma postura de abertura da Equipe para conosco e tal postura nos impossibilitou a possibilidade de ocuparmos um lugar de pesquisadora tradicional.

Além dessas situações que trouxemos, outras podem ser acrescidas: a receptividade inicial a nossa presença; a tendência da Equipe de incluir a nossa experiência profissional nas discussões e formas de encaminhamento; referência a nossa presença para a realização de um grupo no qual só estaria um técnico, quando a prática é que dois técnicos realizem; informações trazidas por nós sobre uma visita domiciliar que participamos fazem técnicos ressignificarem a visão que tinham adquirido a respeito da família de uma usuária; técnicos se referindo a nós ou para legitimar suas falas quando junto com eles compartilhamos de algumas situações; disponibilização do nosso veículo para realização de visita domiciliar por ocasião de intercorrência com o transporte do serviço; ao chegarmos alguns minutos atrasados para um dia de visita, o carro retornar para nos buscar no serviço a fim de que pudéssemos participar; solicitação pelos técnicos de escuta para conosco; solicitação de escuta de alguns usuários; fala de um usuário que nos faz queixa da inadequação da palavra transtorno para designar estados existenciais complexos; solicitação da Equipe das fitas gravadas durante as reuniões.

CONCLUSÃO

Após termos historiado o caminho de apresentação de nossa proposta, bem como de ter compartilhado o modo como ela pôde acontecer – passo a passo – e o nosso modo de relação para com ela; após termos desenhado, ainda, um campo teórico que como lentes nos auxiliaram na compreensão de nossa experiência no campo e no modo de recebimento dela passamos no presente capítulo a compartilhar dos possíveis, fluidicos e sempre abertos sentidos que essa experiência localizada pôde nos suscitar e que pudemos construir, sempre a partir dela e somada à perspectiva do nosso olhar.

Um longo percurso teórico-prático mas sem dúvida existencial, foi por nós traçado, desde os primeiros questionamentos, passando pela nossa entrada no campo e modo de implicação nele, até a nossa tentativa de lançar luz sobre aquilo que do vivido nos afetava, na medida em que se referia: às práticas de cuidado no serviço que elegemos para nos aproximar; ao modo como o sofrimento psíquico era recebido, operado e manejado dentro do serviço; à forma como o singular de cada modo de sofrer era recebido e conduzido pela Equipe; ao modo como a filosofia, a ética ou o espírito da reforma psiquiátrica era trazido para dentro do serviço; aos distanciamentos com relação a essa ética que o cuidado no serviço sinalizou; e ainda, ao modo como essa Equipe procurava cuidar de si própria ou era cuidada para que pudesse exercer o papel de cuidadora de modos existenciais plurais e complexos.

Pensamos que a temática do cuidado – o cuidar do outro e o cuidar de si – reflete para nós, além de uma preocupação teórica, uma temática existencial. Talvez por isso tenhamos levado um tempo para identificá-la como a questão central do presente trabalho – como já pudemos referir na parte introdutória e no quarto capítulo – e talvez por isso, também, quando a identificamos passamos a lidar com a nossa produção de modo cada vez mais implicado, mas, também, até certo ponto temeroso, como se, após o nosso insight investigativo

tivéssemos passado a compreender essa produção como o trabalho de nossa vida. E, dotado de tal caracterização, ele nos lançava num tipo de responsabilização e ilusão onipotente, até certo ponto, persecutória de querer “dar conta” dele, de modo conclusivo.

Mas, como dissemos, uma ilusão. E ainda bem que assim o é. Quando tivemos a oportunidade de refletir a esse respeito, uma nova direção no nosso modo de relação com nossa produção pôde emergir. Reconhecemos a importância que esse trabalho tem para nós teórica e existencialmente falando e por isso dizemos que ele reflete um *ethos* no qual habitamos mas compreendemos que ele, nem de longe, poderia significar o trabalho de nossa vida. Isto porque, jamais conseguiríamos esgotá-lo e nem, muito menos, o assunto ainda que trabalhássemos por muito mais do que o já amplificado tempo sob o qual nos inclinamos sobre ele: horas a fio.... noites a dentro.... finais de semana.... dia santo.... feriado....uma quase suspensão de vida extra acadêmica.... uma viagem inaugural e instigante.

Caminhamos, ora mais apegados a essa ilusão totalizadora, ora radicalmente distanciados dela e chegamos a um lugar de compreensão. Lugar esse, que no presente momento, podemos caracterizar como espaço de abertura, de provisoriedade, de movimento – lugar não fixado e vivo – que não se ancora, a não ser de passagem. Caminhamos e chegamos e, por isso, muito nos contentamos, devendo agora, compartilhar dessa posição com o nosso leitor que pacientemente nos acompanhou no longo produto dissertativo dessa trajetória.

Mas afinal, qual foi a nossa intencionalidade em partilhar dessas reflexões que abrem o presente capítulo com o leitor? Pensamos ser necessário, mais uma vez, situá-lo da nossa compreensão sobre aquilo que lançaremos mais adiante como possíveis sentidos para a nossa questão. A esse respeito entendemos que os sentidos tecidos refletem, em primeiro lugar, um modo de compreensão que se fez possível através de um recorte do nosso olhar, ou melhor, um modo de relação que pudemos estabelecer entre o nosso olhar e as práticas de cuidado do serviço em questão. Tal caracterização faz dos sentidos aqui construídos a leitura de uma

perspectiva, de um olhar, de um modo de afetação do vivido e de um posicionamento frente a ele ou de um *ethos* e que, desde já, admite a possibilidade de que outros – olhares, perspectivas, afetação – possam co-existir, a partir de outros posicionamentos, de outro *ethos* e modos de existência ou implicação com a temática em questão.

Pensamos que o importante para o presente trabalho é localizarmos a nossa perspectiva que aponta, em última instância, para um lugar de partida – o da inquietação clínica com formas interventivas de cuidado no campo da saúde mental, dentro da realidade específica, portanto, singular, de um serviço substitutivo. Inquietação que foi possível ser apaziguada, ainda que temporariamente, quando nos dispusemos por um tempo determinado a interagir e acompanhar os passos do cuidado que se fizeram possíveis para o serviço naquele momento – no sentido da imersão de suas práticas de cuidado na cultura ou ética proposta pela reforma psiquiátrica – mas também os descompassos, as dificuldades que ele enfrentou na perspectiva de aproximar ou afirmar suas práticas de cuidado com a filosofia da reforma. Aproximações e afastamentos; realizações e dificuldades que nos foram apresentadas a partir de um modo de funcionamento do serviço e da Equipe mas sobretudo, a partir de um modo de relação e implicação com os quais estivemos vinculados – o serviço e a Equipe.

Pois bem, situado o nosso ponto de partida e já tendo admitido que caminhamos a partir e através dele, cabe-nos retomar o nosso ponto de chegada que, por ora, adentramos. Dizemos, por ora, porque tendo a oportunidade de desconstruir algumas ilusões, não o consideramos propriamente um final mas, quem sabe, um novo começo. Portanto, mais do que um final, esse momento é, para nós, um recomeço que parte entretanto de um outro posicionamento, garantido pela nossa caminhada. Falamos agora de outro lugar, diferente daquele de quando iniciamos nosso longo percurso.

Dizemos recomeço pois, ao tentar contemplar sentidos para nossa investigação, novos questionamentos são lançados e novos rumos investigativos são indicados. Talvez assim o

possamos caracterizá-lo, ainda, como um novo ponto de partida: o de uma parada breve para compartilhamento e para tornar possível novos acenos. Sem respostas conclusivas, sem certezas e nem garantias; a não ser a de que precisamos fechá-lo com a oferta de uma síntese provisória e necessária ao cumprimento de um de nossos principais objetivos, qual seja, de inquietar para catalisar transformações, novas ações e novas práticas no âmbito da saúde mental.

Esse objetivo caracterizou e traduziu, a um só tempo, o estatuto de nossa pesquisa enquanto uma pesquisa clínica de caráter interventivo que, pela complexidade da temática, fez aliança com um heteróclito campo do saber – o transdisciplinar – e foi realçado por uma postura fenomenológica de ação frente ao fenômeno de nossa inquietação.

Se tomarmos a complexidade da nossa temática como sua principal característica e levarmos em consideração o fato de que na literatura sobre o assunto muito se debate sobre a reforma psiquiátrica mas pouco se destina a refleti-la a partir de dentro dos serviços, indagamos: como encaminhar o nosso achado sem incorrer em pensamentos culpabilizantes ou tipo de responsabilizações simplistas? Aqui, mais uma vez, tentamos nos valer do próprio pensamento complexo, ao somar compreensões e procuramos nos distanciar de qualquer lógica de causalidade que nos levaria a eleger um fator ou um conjunto deles como causa explicativa do nosso problema levantado.

A esse respeito dizemos que, mais do que explicá-lo, estivemos imbuídos do desejo de compreendê-lo, reconhecendo a singularidade do nosso olhar frente a ele. Portanto não estivemos intencionados em dotar a nossa compreensão com algum tipo de caráter generalizador mas reconhecemos, entretanto, a possibilidade de que os sentidos aqui lançados possam ecoar e fazer sentido para mais do que, somente, o nosso olhar.

Satisfeito esse requisito inicial passamos a compartilhar dos sentidos que pudemos perfazer. Para isso perguntamos outra vez: de que modo e através de quais recursos o CAPS

em questão vem tentando, de forma singularizada, implementar em suas práticas de cuidado a ética da reforma psiquiátrica?

Ao nos lançarmos nessa questão e nos endereçarmos ao campo da pesquisa nos deparamos tanto com práticas de cuidado que sinalizavam **aproximações** com a filosofia da reforma psiquiátrica, quanto com modos de cuidar que indicaram movimentos e situações de **afastamento** da ética ou filosofia referidas ou ainda da proposta de uma clínica efetivamente antimanicomial. Este modo de cuidar que pôde ser identificado reflete, portanto, uma espécie de caminhar oscilante que ora ensaia novas formas de cuidado sintonizadas com a clínica antimanicomial e ora tende a repetir, no cuidado, passos da trilha asilar.

Quando falamos numa forma de cuidado aproximada da proposição ética da reforma nos referimos àquelas situações, já identificadas e discutidas, nas quais encontramos a presença de reflexões críticas quanto ao modo de produzir esse cuidado; nas quais incidem movimentos e tendências à complexificação de assuntos discutidos e intervenções realizadas; nas quais se presentifica o respeito pelas singularidades e tentativas de promoção de novos modos de singularização; e finalmente quando estivemos diante da invenção de práticas, de fato, novas ou que compartilham do espírito antimanicomial.

Já quando falamos de práticas interventivas que nos indicaram um distanciamento da proposta antimanicomial contida na filosofia ou ética da reforma, nos referimos àquelas situações, também já identificadas e discutidas, nas quais encontramos em cena: a falta de crítica, ou uma forma de pensamento sobre o cuidado que tendeu a caracterizações simplistas e reducionistas, geralmente com posturas de repasse de responsabilização para terceiros; as formas de enquadres ou modelos institucionais de funcionamento rígido quando se sobrepuseram às demandas; a escuta não complexa que tendeu à evitação dos conflitos oriundos dos sofrimentos sempre plurais; tendências de intervenções da tradição clássico-

asilar; e finalmente a dificuldade de exercer o propósito de ser um serviço efetivamente substitutivo, pela dificuldade de se acolher a crise.

Embora tenhamos nos deparado com esse *(en)caminhar* oscilante do cuidado e, embora tenhamos percebido, ainda, que a tendência de um certo distanciamento nos pareceu insistir em se fazer presente, não podemos lançar qualquer tipo de assertiva que ateste para um não cuidado no serviço. Ao contrário, afirmamos e reconhecemos um modo de cuidar; reconhecemos, porque de fato vimos, a preocupação da Equipe com a escalada de seus passos rumo a cuidar de seus usuários dando-lhes o melhor de si. Identificamos o desejo da Equipe de poder escutar e conviver com a experiência da loucura e com os modos de sofrimento psíquico-existenciais numa relação de compartilhamento e troca.

Portanto, mais do que atestar dificuldades de realização dessa proposta, lançamo-nos no movimento de poder compreender o que acontecia entre aquele desejo e a prática interventiva nos momentos em que essa parecia sair de um posicionamento sintonizado com aquele espírito antimanicomial para tomar e retornar ao rumo da trilha asilar, distanciando-se não somente do ideário da reforma e da proposta da clínica antimanicomial, mas também de seu próprio ideário referenciado no Projeto Terapêutico.

Ao tomar esse distanciamento o serviço deixa de poder realizar a experiência de uma práxis, na medida em que não pôde praticar aquilo que é também seu ideário. Cabem aqui algumas indagações: Quais seriam os móveis dificultadores dessa práxis? Por que não se conseguiu se manter vinculado ao ideário da reforma? Por que, ao se distanciar desse ideário, retorna-se ao clássico? Quais sentidos esse retorno pode nos indicar?

A intenção de poder compreender e lançar algum sentido acerca dessas indagações fez o nosso percurso desembocar numa espécie de jogo de quebra-cabeças, com a diferença de que, no nosso, a impressão é a de que sempre ficará faltando um conjunto de “últimas peças”

para fechá-lo. Desde já adiantamos: ele não será fechado, mas a sua imagem parcial já nos possibilita alguma compreensão, sendo sobre ela que passamos a discorrer.

Se pensarmos no significado da palavra distância enquanto espaço ou intervalo desocupado ou desabitado, tomaremos o distanciamento como algo composto por alguma dimensão de vazio. Neste sentido voltamos a indagar: O distanciamento que o serviço em questão toma com relação ao ideário da reforma poderia nos falar de algum tipo de experiência de vazio? Dizendo de outro modo, o retorno ao clássico poderia estar a serviço de contemplar um espaço vazio? Se sim, que espaço seria esse? E, qual seriam as experiências promotoras desse espaçamento?

A tentativa de compreender o acervo de indagações levantadas nos fez desembocar, primeiramente, em algo que entendemos e percebemos ter sido um modo de funcionamento do serviço e da Equipe caracterizados pelo compartilhamento de estados de ânimo marcados principalmente por afetos que tendiam ao desânimo, ao cansaço e ao silêncio. Tais atributos afetivos nos fizeram lembrar um posicionamento depressivo principalmente quando acompanhados de uma certa apatia e de modos *paralisa-dores* de investimento.

A idéia de um posicionamento depressivo nos surgiu como forma que talvez melhor traduzisse o sentido de sofrimento que esses estados indicavam. Era como se a Equipe, experimentando algum tipo de sofrimento ou talvez se sentindo descuidada, não pudesse permanecer em seu ofício de cuidadora. Entretanto, já que precisava fazê-lo, fazia-o, mas sem poder, muitas vezes, contemplar o modo de cuidar desejado ao qual estava destinada em seu ideário.

A dor da Equipe começava a ser compreendida como um dos móveis dificultadores de práticas de cuidado sintonizadas com as orientações fundamentais da clínica antimanicomial. Mas a esse respeito nos coube, ainda, tentar compreender sobre do que falava essa dor e este propósito nos conduziu a vislumbrar a problemática, a todo tempo e largamente citada no

serviço, do ressentimento frente à sua recente municipalização. Ressentimento por terem perdido o pai – estado – e terem recebido um outro – o município – sem que tivessem solicitado ou demandado; por terem se transformado em mais um serviço de uma ampla rede de outros serviços, o que foi sentido como acarretando em perda de autonomia e de recursos e no decréscimo de sua qualidade anterior.

A municipalização é sentida como situação traumática e prejudicial às práticas de cuidado, o que conduz a Equipe a não aceitá-la facilmente, parecendo mesmo travar um embate com tudo que se refere a ela: os programas de saúde da família, o projeto das Equipes de atenção à saúde mental no território, o ambulatório, outros CAPS; enfim toda a composição da rede municipal foi percebida para além de furada, como toda rede o é, “rasgada”. Este quadro faz-nos indagar se o município estaria de fato cumprindo um papel de pai cuidador e não apenas provedor do serviço. Se assim for é possível compreender aquele estado de ânimo da Equipe e seus espaçamentos na viabilização do cuidado que, de forma oscilante, fazia-lhe amparar-se em modos de assistência mais clássicos.

Sem discursos culpabilizantes, não tratamos de buscar responsáveis para essa problemática apresentada pois, se assim o fizéssemos, estaríamos incorrendo numa lógica causal, linear e simplista. O nosso propósito foi enfatizar o sentido gerado pela Equipe quanto àquele ressentimento, que nos pareceu fazê-la construir modos de se proteger contra o que era sentido como sofrimento, descuido ou ainda não contemplação de sua demanda, naquilo que seria respaldo para o exercício de seu ofício de cuidadora.

Não se deve pensar, entretanto, que essa espécie de cinturão defensivo seja uma qualidade negativa, a ponto de inviabilizar relações de cuidado, troca, compartilhamento e acolhimento da Equipe para com seus usuários. Ao contrário, podemos compreender essa espécie de formação sintomática como uma espécie de estratégia ou solução de compromisso entre lidar com as frustrações e os vazios impulsionados pela municipalização e desempenhar

o ofício de cuidadora, ainda que resvalando, por vezes, para práticas clássicas ou distanciadas de uma condução efetivamente antimanicomial.

Deste modo, pensamos que, assim como em todo sintoma há uma dose de protesto e denúncia, talvez, aquela espécie de formação sintomática depressiva da qual falamos, bem como o próprio distanciamento de práticas vetorizadas pela filosofia crítico-inventiva da reforma, poderia funcionar para esta Equipe-cuidadora como uma forma de indicar seu estado de dor e, ao mesmo tempo, solicitar algum tipo de intervenção, ajuda e cuidado sobre ela.

Portanto, o que em princípio poderia ser compreendido como um simples distanciamento da tendência substitutiva inaugurada com a proposição da reforma psiquiátrica, ou ainda, uma contradição com a idéia de sua clínica antimanicomial pode agora, receber um outro olhar. Se aquela expressão de um modo de sofrer da Equipe, carregando sua parcela de denúncia e protesto, puder ser recebida, escutada e acolhida, possivelmente estimulará uma situação fecunda a engendrar novas saídas para Equipe, novas formas de cuidar, talvez, mais próximas daquilo que se tem como expectativa do caminhar de cuidados mais sintônicos com a ética da reforma, isto é, efetivamente, antimanicomiais.

Se um impasse pode ser nomeado para expressar esse conjunto de aspectos e problemáticas que viemos conjecturando, pensamos que seria importante não a sua erradicação – esta seria uma linha de ação clássica – mas a sua identificação, recebimento e cuidado daquelas defesas para que elas não venham a implicar em recusa de demanda por parte da Equipe mas: avivar relacionamentos mais solidários entre técnicos e usuários; renovar compromissos pessoais dos técnicos-cuidadores; impulsionar o desenvolvimento de novas formas de organização institucional; estimular a capacidade do serviço de pôr-se em crise, sem se perder nela, e de se transformar pelo confronto com novos desafios. Este reflete um conjunto de ações impulsionadoras de cuidado que subsidiaria os cuidadores em seus ofícios.

Se os cuidadores são elementos fundamentais nesse processo de implementação da ética da reforma nas práticas de cuidado, um conjunto de ações deve se voltar para esses atores no sentido de poder cuidá-los, caso contrário, a proposta da reforma torna-se apenas uma letra morta ou, na melhor das hipóteses, uma proposta romântica. Foi como um modo de cuidar que compreendemos a atividade de supervisão no serviço e também a abertura da Equipe frente à nossa presença e participação quando, representando a promessa de construção de conhecimentos e renovação, fomos incluídos no serviço como colaboradores da realização de cuidados.

Esse foi o aspecto singular que saltou às nossas vistas e que não poderíamos deixar de fazer menção, sob pena de amputar do jogo de sentido aqui construído um aspecto que nos pareceu incisivo na dinâmica daquele Espaço. Mas ela é apenas uma das muitas possibilidades de sentido ou, para retomar o nosso jogo de “quebra-cabeças”, apenas uma das múltiplas peças do nosso jogo aberto ou da nossa montagem inconclusa.

Conforme se pretendeu, esse trabalho, antes de fechar questões acerca dessa relação estabelecida entre nós e o serviço, abre novos vetores de análise que podem nos remeter a futuros trabalhos de pesquisa. A esse respeito já nos sentimos desejando investigar e compreender as dificuldades de implementação da ética da reforma, da perspectiva daquele que são os implementadores de destaque: os próprios cuidadores, chamados técnicos de saúde mental. Esse é, entretanto, um desejo que no momento da presente pesquisa não pode ser atendido, devendo aguardar momentos e oportunidades posteriores trabalho.

Retomando a metáfora inicial de Rilke, podemos dizer que o este trabalho foi a expressão de um amplo espectro lingüístico que, para alguns, pode ter sido sentido como longo e por vezes até desnecessário, mas como já pudemos dizer, ele nos foi necessário para construir a paisagem contextual possibilitadora do trajeto conduzido pela questão. Esperamos ter oferecido ao nosso leitor uma ocasião de viajar pelos meandros dessa que nos parece mais

uma etapa ou momento do percurso da reforma situado, aqui, em um contexto específico e temporalmente localizado.

Há o objetivo de longuíssima data de querer cuidar da melhor maneira possível das pessoas que apresentam algum sofrimento psíquico. A história da psiquiatria é plena de demonstrações dessa tentativa. O movimento proposto pela reforma psiquiátrica se apresenta, então, como mais um deles e por certo não será o último. Esse trabalho pretendeu iluminar um pouco esse período – marcado por uma transitoriedade – através da aproximação com um serviço, para que essa proposta possa ser vista e debatida rumo às transformações que, cada vez mais, possam aproximar o campo da construção de conhecimento – o discurso – da realidade da qual ele se ocupa – a prática.

REFERÊNCIAS

ABOU-YD, MIRIAM; SILVA ROSIMEIRE. “Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes. Conselho Federal de Psicologia(org.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ALMEIDA, FERNANDO. “**Aconselhamento Psicológico Numa Visão Fenomenológico-Existencial: Cuidar De Ser**”. Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa- Novos Desafios. MORATO, HENRIETTE(org.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ALVES, CARLOS. “**Entre o Cuidar e o Sofrer: O Cuidado do Cuidador via Experiência de cuidadores/Profissionais de Saúde Mental**”. Dissertação de Mestrado. Recife. UNICAP – PE, 2005.

AMARANTE, P. “**Algumas Notas Sobre A Complexidade Da Loucura E As Transformações Na Assistência Psiquiátrica**”. Revista Terapia Ocupacional. USP. Janeiro, 1992.

AMARANTE, P “**Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**”. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. “**Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira**”. Revista Saúde e Democracia. A luta do CEBES. FLEURY, S.(org.). Rio de Janeiro: Lemos Editorial, 1997.

AMARANTE, P; ROTELLI, F. “**Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos**”. Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica. AMARANTE, P.;BENILTON (org.). Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1992.

BARROS, DENISE. “**A Desinstitucionalização é Desospitalização ou Desconstrução?**”. Revista Terapia Ocupacional. São Paulo, USP, 1990.

BARROS, DENISE. “**Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Triste**”. São Paulo: USP/Lemos, 1994.

BARROS, DENISE. “**Cidadania versus Periculosidade Social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber**”. Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. AMARANTE, PAULO(org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BERLINK, MANOEL. **Ato Médico: Descaso com a sociedade, desrespeito com a área de saúde.** Brasília, Jornal do Conselho Federal de Psicologia. Abril, 2003.

BEZERRA, BENILTON. **Cidadania e loucura: um paradoxo?** Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica. AMARANTE, P.; BENILTON, B(org.). Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1992.

BIRMAN, JOEL. **A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais.** Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica. AMARANTE, P.; BENILTON, B(org.). Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1992.

BIRMAN, JOEL. **Loucura, Singularidade, Subjetividade.** Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes. Conselho Federal de Psicologia(org.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A loucura através dos séculos.** Temas de Saúde Mental: Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar. Brasília, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O surgimento da psiquiatria no Brasil: da chegada da Família Real à criação do Hospício Pedro II.** Temas de Saúde Mental: Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar. Brasília, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A expansão da assistência psiquiátrica pública no Brasil.** Temas de Saúde Mental: Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar. Brasília, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A legislação brasileira acerca da loucura.** Temas de Saúde Mental: Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar. Brasília, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reformas psiquiátricas: os modelos assistenciais do pós-guerra.** Temas de Saúde Mental: Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar. Brasília, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Contextualização da organização dos serviços de saúde mental no Brasil.** Temas de Saúde Mental: Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar. Brasília, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A legislação da reforma psiquiátrica brasileira.** Temas de Saúde Mental: Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar. Brasília, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A busca de novos modelos em saúde mental.** Temas de Saúde Mental: Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar. Brasília, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 5ª edição, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CORBISIER, CLAUDIA. **A Escuta da Diferença na Emergência Psiquiátrica.** Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica. AMARANTE, P.; BENILTON, B(org.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

CRITELLI, DULCE. **A Analítica do Sentido Uma aproximação e interpretação d real de orientação fenomenológica.** São Paulo: EDUC: Brasiliense, 1996.

COSTA, JURANDIR FREIRE. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** Rio de Janeiro: Xemon, 4ª edição, 1989.(1ªed. Pela Documentário, 1976).

DELL'ACQUA, GIUSEPPE; MEZZINA, ROBERTO. **Resposta `a crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial.** Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2. AMARANTE, PAULO(org.). Rio de Janeiro: Nau, 2005.

DORNELES, PATRÍCIA; OLIVEIRA, WALTER. **Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o diálogo com a vida na cidade.** Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2. AMARANTE, PAULO(org.). Rio de Janeiro: Nau, 2005.

ESPAÇO AZUL. **Projeto Clínico Institucional do CAPS Espaço Azul.** Recife, 2004.

FOUCAULT, MICHAEL. **“A História da Loucura”** São Paulo: Perspectiva, 1999.

GOFFMAN, ERVING. **Manicômios, Prisões e Conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1961.

GONDAR, JÔ. **Clínica, Desejo e Política.** Cadernos do Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos: A Clínica como Prática Política. Rio de Janeiro. Ano 3, nº 3, 2003.

GUATARI, FELIX; ROLNIK, SUELY. **Cultura, um conceito reacionário?** Cartografias do Desejo. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

GUATARI, FELIX; ROLNIK, SUELY. **Subjetividade e História?** Cartografias do Desejo. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

HEIDEGGER, MARTIN. **Que é Metafísica?** São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1969(7º edição).

HEIDEGGER, MARTIN. **A Questão Fundamental da Metafísica.** Introdução à Metafísica. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1978(2º edição).

HEIDEGGER, MARTIN. **Ser e Tempo.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999(8º edição).

LISPECTOR, CLARICE. **A paixão segundo G.H.** Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

LOBOSQUE, ANA MARTA. **Loucura, Ética e Política: Algumas Questões de Ordem da Luta Antimanicomial.** Conselho Federal de Psicologia(org.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MAGALHÃES, P. **Ausência, Retraimento ou Massificação da Obra: que outros destinos para a miséria humana?** Cadernos do Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos: A Clínica como Prática Política. Ano 3, nº 3. Rio de Janeiro, 2003.

MARTINS, A. **Sobre a autonomia do Paciente: a clínica Psicanalítica como prática política.** Cadernos do Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos: A Clínica como Prática Política. Ano 3, nº. 3. Rio de Janeiro. 2003.

MINAYO, CECÍLIA. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 2001(18º edição).

MORIN, EDGAR. **O Desafio da Complexidade.** Ciência com Consciência. MORIN, EDGAR. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003(7º edição).

OLINTO, ANTÔNIO. **Minidicionário da Língua Portuguesa.** São Paulo: Moderna, 2001(2º edição).

QUEIROZ, EDILENE. **A Pesquisa em Psicopatologia Fundamental: Um Discurso Transdisciplinar**. Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. QUEIROZ, E. ; SILVA, A. (org.). São Paulo: Escuta, 2002.

RILKE, REINER MARIA. **Cartas a um Jovem Poeta**. São Paulo: Globo, 2003(2ª edição).

LÉVY, ANDRÉ. **Pesquisa e Intervenção**. Ciências Sociais e Organizações Sociais: Sentido e crise do sentido. LÉVY, ANDRÉ. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC, 2001.

ROCHA, ZEFERINO. **A reformulação da teoria da angústia**. Os Destinos da Angústia na Psicanálise Freudiana. ROCHA, Z. São Paulo: Escuta, 2000.

TIBURI, MARCIA. **A Democratização do Amor e da Amizade**. Palestra do Programa Café Filosófico. São Paulo, 2005.

VENTURINI, ERNESTO. **Prefácio à primeira edição**. Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. AMARANTE, PAULO. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

VERTZMAN, J. **Psicoterapia Institucional: uma revisão**. Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica. AMARANTE, P. ; BENILTON, B. (org.). Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1992.

ANEXO



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO – UNICAP
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP
COORDENAÇÃO DE PESQUISA**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Registro nº 25000-050953/2004-81 CONEP/CNS/MS, de 22/04/2004

Recife, 17 de junho de 2005

PARECER CEP Nº 031/2005

O Comitê, em reunião do dia 16 de junho de 2005, considerou em **APROVADO**, o projeto de nº **CAAE-0011.0.096.000-05**, intitulado:

“UMA REFLEXÃO SOBRE A CLÍNICA DA SAÚDE MENTAL E SUAS PRÁTICAS DE CUIDADO: ENTRE O DISCURSO E A PRÁTICA, HÁ REFORMA?”, que tem, como pesquisador(a) principal:

Prof(a) DR(A). Zeferino de Jesus Barbosa Rocha

RESUMO DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O estudo não apresenta riscos de agravos éticos e está em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho de Saúde, com a Declaração do Helsinque e com o Código de Nuenberg para experimentação humana.

Valemo-nos da oportunidade para solicitar-lhe que, ao consultar a UNICAP/PROPESP, indique o número do processo já referenciado.

Atenciosamente

Prof. Dr. Junot Cornélio Matos
Presidente
Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAP

Profa. Dra. Arminda Saconi Messias
Coordenadora de Pesquisa