

CARIM ANGELA DUMMER

**PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA SAÚDE MENTAL,
LÓGICA MANICOMIAL E
PROCESSOS DE RESISTÊNCIA**

UMA CARTOGRAFIA DO CAPS ESCOLA DE PELOTAS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Política Social do Centro de Ciências Jurídicas, Econômicas e Sociais da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Política Social.

Área de concentração: Ciências Sociais Aplicadas

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vini Rabassa da Silva, Universidade Católica de Pelotas

Pelotas

Universidade Católica de Pelotas

2010



Universidade Católica de Pelotas
Centro de Ciências Jurídicas, Econômicas e Sociais
Programa de Pós-Graduação em Política Social

Dissertação intitulada “Práticas profissionais na saúde mental, lógica manicomial e processos de resistência – uma cartografia do CAPS Escola de Pelotas”, de autoria da mestranda Carim Angela Dummer, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof.^a Dr.^a Vini Rabassa da Silva – Orientadora
Universidade Católica de Pelotas

Prof.^a Dr.^a Andréa Valente Heidrich
Universidade Católica de Pelotas

Prof.^a Dr.^a Cristine Jacques Ribeiro
Universidade Católica de Pelotas

Prof.^a Dr.^a Luis Antônio Bogo Chies
Universidade Católica de Pelotas

Prof.^a Dr.^a Marcia Saete Arruda Faustini
Pontifícia Universidade Católica do RS

Pelotas, 12 de março de 2010.

À minha avó Clara.

O seu exemplo de mulher guerreira e generosa, que nunca se curvou ante os obstáculos da vida, continua a inspirar-me. Sinto saudade de ti, mas sei que estás próxima de mim. Teu exemplo também me fez chegar até aqui...

AGRADECIMENTOS

Obrigada, Deus, pelo infinito amor que emana de ti...

Agradeço a essa espiritualidade maior, do lar Fabiano de Cristo que sempre esteve e está ao meu lado, ao grupo de trabalho e estudo no qual eu aprendi muito com as amigas como: Elisabete, Nilvia, Dona Norma, Jeanini, Sérgio e outros amigos não citados aqui, minha profunda gratidão. Aprendo a ser melhor, porque convivo com vocês aprendo com todos vocês que:

“Ainda que eu falasse
A língua dos homens
E falasse a língua dos anjos
Sem amor, eu nada seria...
É só o amor, é só o amor
Que conhece o que é verdade
O amor é bom, não quer o mal
Não sente inveja
Ou se envaidece...”

Agradeço a Rosi, que cuidou sempre atenta do meu filho, além de cuidar dos seus. Muito obrigada. “Você aprende a gostar de você, a cuidar de você e, principalmente, a gostar de quem também gosta de você” (Mário Quintana).

Agradeço, com muito carinho a banca examinadora pela contribuição e a dedicação. O resultado desta escrita é um pouco do muito que aprendi com vocês. Como a arte de ler. “O leitor que mais admiro é aquele que não chegou até a presente linha. Neste momento já interrompeu a leitura e está continuando a viagem por conta própria” (Mário Quintana).

Aos demais professores do curso de mestrado em políticas sociais da UCPel, que contribuíram no processo da minha formação, muito obrigada! Aprendi com vocês que... “Uma vida não basta ser vivida. Ela precisa ser sonhada” (Mario Quintana).

Aos meus pais agradeço por terem me ensinado pelo exemplo o que é amor...

Mãe, contigo aprendi desde cedo o que era ser mãe, a tua luta me inspira, me fortalece... tu sempre me deste o maior dos exemplos, o amor.

Ao meu pai, por me dizer num gesto de profunda sabedoria quando queria desistir: é preciso ter “mais” coragem...

Ao meu irmão Irineu que zela pelo cuidado cotidiano de meus pais e cultiva a terra, na sua humildade e simplicidade. És exemplo de sabedoria para mim, sem ti também estar hoje aqui não seria possível...

Aos meus outros irmãos, Leda, Ieda, Mariza e Elias: agradeço por me apoiarem nos momentos decisivos, saímos de casa muito cedo, ainda crianças e na dureza dos dias difíceis, juntos sempre nos apoiamos... e nesses dois últimos anos, obrigado a cada um de vocês, que, ao seu modo, vibraram com as minhas conquistas e me fortaleceram como puderam nas horas mais difíceis. Somos filhos de agricultores, que jamais percamos esse orgulho... Então para toda minha família fica o poema que aprendi com meu filho.

Quando se vê, já são seis horas!
Quando se vê, já é sexta-feira...
Quando se vê, já terminou o ano...
Quando se vê, perdemos o amor da nossa vida.
Quando se vê, já passaram-se 50 anos!
Agora é tarde demais para ser reprovado.
Se me fosse dado, um dia, outra oportunidade, eu nem olhava o relógio.
Seguiria sempre em frente e iria jogando, pelo caminho,
a casca dourada e inútil das horas.
Desta forma, eu digo:
Não deixe de fazer algo que gosta devido à falta de tempo,
a única falta que terá, será desse tempo que infelizmente não voltará mais."
(Mário Quintana)

João Pedro, aprendi contigo esse poema e o aprendo todos dias quando me perguntas: “Mãe já acabou de escrever”? Obrigado, meu amor maior, que me faz ser cada dia melhor, quanta mudança para nós, nesses dois anos”, mas isso nos fez mais fortes no nosso amor...

As crianças que conviveram comigo nesses dois anos: João Pedrinho, Kiliam, Dudu, Larissa, Manoel, Caetano, Maria Clara e em especial a Bruna que entrou na minha vida, você é muito importante para mim. Você foi um grande presente que ganhei. Muito obrigada a todos vocês por me ensinarem que “Deus é alegria. Uma criança é alegria. Deus e uma criança têm isso em comum: ambos sabem que o universo

é uma caixa de brinquedos. Deus vê o mundo com os olhos de uma criança. Está sempre à procura de companheiros para brincar” (Rubem Alves).

As amigas e os amigos: Francine Heidrich, Aline Fonseca, Anice, Graciela Goulart, Carol Bunde, Deyse Ribeiro, Tiana, Rosi, Angelita, Lena, Mara Ribeiro, Laidi, Alexandra, Aline, Darlene, Marcos Ronaldo, Nilson e a toda galera da CREHNOR... muito obrigada!!! Quanta coisas vividas, quantas lutas, quanta alegria (apesar de não serem só alegrias), o convívio com vocês e o que trocamos é só o que precisamos levar para a escola da vida. Como a Carol lembra... “eu não sou essa casa, sou o jardim”. “Vocês são meu jardim e eu entre as flores sou muito feliz, amo vocês... saudade de vocês sempre”. “A saudade é a nossa alma dizendo para onde ela quer voltar” (Rubem Alves)

A toda galera do sócios que mesmo distantes estão próximas: Milca, Cristine, Diene, Rita, Carina, algumas espalhadas em rincões distantes (Maria Alice, Ana Paula). Muito obrigada pela amizade e o carinho de vocês. “A vida é um incêndio: nela dançamos salamandras mágicas. Que importa restarem cinzas se a chama foi bela e alta? Em meio aos toros que desabam, cantemos a canção das chamas! Cantemos a canção da vida, na própria luz consumida” (Mário Quintana)

Ao meu primo querido Roberto, obrigada pelo incentivo, exemplo, obrigada pelo amparo, pelas palavras de ordem. “Sai já dessa sintonia”, quando as vibrações não andavam bem. És importante para mim e o Fábio veio de lambuja. Obrigado por tudo... aprendi contigo: “Aquele que cede ante o obstáculo, que desiste diante da dificuldade já perdeu a batalha sem a ter enfrentado. Não raro, o obstáculo e a dificuldade são mais aparentes que reais, mais ameaçadores do que impeditivos. Só se pode avaliar após o enfrentamento. Ademais, cada vitória conseguida se torna aprimoramento da forma de vencer e cada derrota ensina a maneira como não se deve tentar a luta. Essa conquista é proporcionada mediante o esforço de prosseguir sem desfalecimento e insistir após cada pequeno ou grande insucesso. O objetivo deve ser conquistado e, para tanto, a coragem do esforço contínuo é indispensável. Muitas vezes será necessário parar para refletir, recuar para renovar forças e avançar sempre. É uma salutar estratégia aquela que faculta perder agora o que é de pequena monta para ganhar resultados permanentes e de valor expressivo depois” (Joanna de Angelis).

A amiga incansável de todas as horas... “Cristine” como estivemos e estamos próximas. É nos momentos felizes que se conhecem os verdadeiros amigos,

porque eles vibram com as nossas conquistas, e tu sempre vibraste com as minhas conquistas! A vida nos uniu, partilhamos os amores e as dores. Nunca vou esquecer-me do teu colo nas madrugadas. Há um jardim no porvir que te espera, as flores que o compõe são lindas, elas são a tua cara, pois, são fruto do que tu mesmo plantaste, se ele é lindo é porque tu és linda.... A terra acolhe os sonhos... E acolherá os teus... Porque ela acolhe os sonhos de quem planta as sementes da sabedoria, e estas, amiga, às vezes custam mais a ser percebidas, como a figueira que cresce pequena, linda e bela e só é reconhecida aos olhos “cegos”, ao se depararem com sua frondosa, imponente, generosa sombra e, então, reconhecem o que sempre existiu: a figueira... Assim, a vida te espera na tua grande capacidade de amar e te diz com reconhecimento profundo: “Minha filha”. Colherás as flores, porque cultivas o teu jardim e as flores nascem nos jardins plantados com amor e as rosas colhidas florescem sobre os espinhos. Assim, através do poema de Rubem Alves quero te dizer muito obrigada, por me ensinar que: “Todo jardim começa com uma história de amor, antes que qualquer árvore seja plantada ou um lago construído é preciso que eles tenham nascido dentro da alma. Quem não planta jardim por dentro, não planta jardins por fora e nem passeia por eles” (Rubem Alves).

Aos meus colegas de mestrado Raquel e Ilton, lembro de vocês com muito carinho, fica a saudade daqueles momentos de sala de aula, nos quais partilhamos tanta coisa, como sonhos, medos, aprendizado, frustrações, festas e alegrias... muito obrigada!! Pra nós sempre foi claro que:

Se as coisas são inatingíveis... Ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!

(Mário Quintana)

À Orientadora, Professora Vini. Obrigada por me acolher e se desafiar a me orientar. Deve ter sido difícil, penso, quando te mandava a escrita, sem ter arrumado nada...apenas seguido os fluxos do pensamento, e quando me avisavas, eu ficava pensando: Que será que ela não entendeu? Então eu lia, e caía na gargalhada, também eu não entenderia. Muitas vezes acho que tu te vias no “meu” referencial teórico e, outras tantas, tu me vias no “teu” referencial teórico demonstrando abertura e, assim, garantisse a minha liberdade de expressar na escrita o conhecimento produzido com os coletivos do qual fizeste parte... o resultado desta escrita é também um pouco do muito

que já aprendi contigo... Nunca esquecerei o exemplo que tu deste em aula, quando eu estava ainda na graduação... quando disseste que era preciso trabalhar antes, para depois fazer o mestrado. Isso me ensinou muito, porque a vivência com os coletivos é que traz e nos ensina a arte dos coletivos na maratona por dias melhores. Obrigada, também, pelo aprendizado no exercício do estágio em docência, com o qual aprendi muito... Obrigada, por não te deteres no tempo *chronos* para me orientar, respeitando meu tempo na escrita, bem como, pelos e-mails da madrugada, dando-me retorno e apontando o que havia por modificar...Obrigada, por me encorajar na hora do medo do processo da escrita... Obrigada, por acolher meus sentimentos, e também minhas dores em muitos momentos... e, mesmo assim, no final, muito obrigada por me desafiar a um último voo quando já havia pousado... Os grandes professores sabem desde cedo, como tu que “Escolas que são asas não amam pássaros engaiolados. O que elas amam são pássaros em vôo. Existem para dar aos pássaros coragem para voar. Ensinar o vôo, isso elas não podem fazer, porque o vôo já nasce dentro dos pássaros. O vôo não pode ser ensinado. Só pode ser encorajado” (Rubem Alves).

Antonio, obrigado pelo teu amor. Nesses dois anos que estamos juntos aprendi muito contigo, como professor, mas principalmente como meu amor. Hoje agradeço por estares ao meu lado e nós sabemos que tudo não começou aqui. “A chuva toca as folhas e o som desperta em mim uma saudade inscrita na eternidade das noites da alma. E nela encontra-se o luar, as estrelas, os cheiros e sabores e o nosso amor. Que não percamos o brilho do olhar, o desejo da lua, do pôr do sol e que no final de tudo, as brigas contem bem menos, bem menos do quanto somos felizes juntos. Hoje pensei que Marx e Foucault não brigariam e, onde quer que estejam, são aliados nas suas diferenças. A felicidade é o que construímos todos dias, e eu preciso de você...

Hoje a minha pele já não tem cor
Vivo a minha vida seja onde for
Hoje entrei na dança e não vou sair
Vem que eu sou criança não sei fingir

Eu preciso, eu preciso de você
Ah! Eu preciso, eu preciso, eu preciso muito de você

Lá onde eu estive o sonho acabou
Cá onde eu te reencontro só começou
Lá colhi uma estrela pra te trazer
Bebe o brilho dela até entender

Que eu preciso...

Só feche o seu livro quem já aprendeu
Só peça outro amor quem já deu o seu
Quem não soube a sombra, não sabe a luz
Vem não perde o amor de quem te conduz

Eu preciso...

Nós precisamos, precisamos sim
Você de mim, eu de você.

(Taiguara)

Ao professor Alceu: desde a graduação inspiras minha caminhada. Não sei se o trecho do poema sintetiza o que aprendi contigo... “Sem tempo para lidar com mediocridades. Não quero estar em lugares onde desfilam egos inflados. Não tolero gabolices. Inquieto-me com invejosos tentando destruir quem eles admiram, cobiçando seus lugares, talentos e sorte... Lembrei-me agora de Mário de Andrade que afirmou: "as pessoas não debatem conteúdos, apenas os rótulos". “Meu tempo tornou-se escasso para debater rótulos, quero a essência, minha alma tem pressa” (Rubem Alves)

Aos usuários e profissionais do CAPS, muito obrigada! Sem vocês não teria sido viável esta escrita. Obrigada ao grupo Felizarte, que me acolheu com tanto carinho, demonstrando que é possível produzir conhecimento com alegria e paixão. Aprendi muito com vocês, por vezes, quando as coisas não iam bem, encontrei forças ao estar com vocês. Obrigada, por me ensinarem coisas simples e profundas como: “Aprenda a gostar, mas gostar mesmo, das coisas que deve fazer e das pessoas que o cercam. Em pouco tempo descobrirá que a vida é muito boa e que você é uma pessoa querida por todos ” (Rubem Alves).

Eu não sou louco. É o mundo que não entende a minha lucidez.

Raul Seixas

RESUMO

Esta dissertação é o resultado de uma pesquisa cartográfica instigada pelo seguinte problema: As práticas profissionais de saúde mental desencadeadas no âmbito do Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS Escola, do município de Pelotas, estão respondendo às diretrizes da política de saúde mental na lógica de rompimento manicomial? Para responder a essa questão, foi traçado um processo de escrita, no qual as falas dos sujeitos pesquisados contribuíram para a análise, diálogo e questionamento com os referenciais teóricos existentes sobre esse tema, para descobrir como está sendo efetivada a Política de Saúde Mental em uma instituição situada em uma sociedade capitalista, em que há uma construção de subjetividade, a qual por sua vez, produz e reproduz estigmas em relação aos usuários dos Serviços de Saúde Mental, que atravessam todo o tecido social. Assim, debruçando o olhar nas práticas profissionais do CAPS Escola, busca-se evidenciar o processo de produção de subjetividade coletiva que legitima a lógica manicomial e as resistências encontradas nesse espaço, como uma forma de oposição ao modelo do manicômio.

Palavras chave: saúde mental, práticas profissionais, lógica manicomial, cartografia

ABSTRACT

This dissertation is the result of a cartographic research, instigated by the following problem: Are the professional mental health practices, started as part of the CAPS – Center for Psychosocial Attention – “School” in Pelotas, responding to the guidelines of mental health policy, which follows the logic of disruption with mental asylums? To answer this question, a writing process was designed and in this process, the lines of the individuals contributed to the analysis, dialogue and questioning, together with the existing theoretical references on the subject, aiming to find out how the Mental Health Policy in an institution located in a capitalist society, in which there is a subjectivity construction that produces and reproduces stigmas regarding users of Mental Health Services all over the social fabric is being effected. So, directing the look to the professional practices of the “CAPS School”, what is aimed is to put in evidence the process of production of a collective subjectivity that legitimizes the logic of mental asylum and the resistance found in this space, as a way of opposition to the asylum model.

Keywords: mental health, professional practices, mental asylum logic, cartography.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. A PRODUÇÃO DA LOUCURA.....	19
2.1. Como a loucura foi tratada na história.....	21
2.2. Os CAPS na reforma psiquiátrica e na reestruturação do serviço de saúde mental no Brasil.....	30
3. CARTOGRAFIA: UMA OPÇÃO DE PESQUISA NO CAPS.....	44
3.1. O que é cartografia.....	46
3.2. O CAPS Escola: implicação do pesquisador com seu objeto.....	50
4. CARTOGRAFIA DOS AFETOS PRODUZIDOS NO PROCESSO DA PESQUISA DO CAPS ESCOLA DE PELOTAS.....	71
4.1. Lógica manicomial: reproduções e resistências.....	75
4.2. Dispositivos de uma intervenção criadora – Grupo Felizarte: potencialidades para além do sofrimento psíquico.....	106
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
REFERÊNCIAS.....	122
ANEXOS.....	129
Anexo I – Roteiro para entrevistas semi-estruturadas com os profissionais do CAPS Escola.....	130
Anexo II – Roteiro para entrevistas semi-estruturadas com usuários do CAPS Escola.....	131
Anexo III – Roteiro para observação no CAPS Escola.....	132
Anexo IV – Termo de consentimento livre e informado.....	133

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação traça uma análise da efetivação da política pública de saúde mental no espaço do Centro de Atendimento Psicossocial Escola (CAPS) no município de Pelotas, zona Sul do Estado do Rio Grande do Sul. Conforme o ministério da Saúde, o CAPS

É 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, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004a, p.13).

A sua elaboração é resultado de uma pesquisa da qual participaram os profissionais e os usuários do CAPS Escola de Pelotas como agentes pesquisados e que contribuiram para responder ao seguinte problema: **as práticas profissionais de saúde mental desencadeadas no âmbito do CAPS Escola, do município de Pelotas estão respondendo às diretrizes da política de Saúde Mental na lógica de rompimento manicomial?** Para responder a esse problema utilizei alguns questionamentos como: Quais os dispositivos utilizados pelos profissionais do CAPS Escola de Pelotas? A equipe profissional estabelece alianças com as famílias dos usuários e com a comunidade? Caso sim, de que forma? Quais os efeitos produzidos pelo CAPS Escola na vida dos usuários? A equipe profissional evidencia um sistema de verdades sobre os usuários do CAPS Escola? Em havendo práticas que expressem a lógica manicomial existem movimentos de desconstrução dessas? Caso sim, como se manifestam?

Para desenvolver a pesquisa, me aproximei-me do espaço desse CAPS, visando a construir um conhecimento capaz de evidenciar uma análise crítica, resultante de uma discussão profissional acerca da relação entre o usuário e os familiares com a equipe técnica do CAPS Escola. Parti do pressuposto de que há discussões e divergências sobre o tema da saúde mental, uma vez que os profissionais, os familiares, os usuários trazem, para análise, alguns conceitos relacionados à doença mental em que demonstram concepções confusas, diferentes e contraditórias.

Mas o que é ‘doença mental’? É o oposto de saúde Mental? É o desequilíbrio mental? Deparamo-nos agora com um outro sentido da expressão saúde mental, ou seja, com a idéia de que saúde mental seja um estado mental sadio, portanto poderíamos concluir normal. Ou, dito de outra forma de um estado de bem estar - mental, ou de sanidade - mental, ou ainda de não existir nenhuma desordem mental (AMARANTE, 2008.p.18).

Assim, esse estudo buscou produzir conhecimento capaz de ofertar subsídios para a intervenção nessa política, pesquisando as múltiplas facetas cotidianas que atravessam esse ambiente, que foi garantido pelas lutas dos movimentos sociais populares, impulsionando a reforma psiquiátrica, que prevê uma mudança nas diretrizes e nas condutas da assistência em saúde com enfoque na abolição do modelo asilar manicomial. Conforme o relatório de Caracas:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental têm valor estratégico para a Reforma psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte a saúde mental na rede básica (BRASIL, 2004a, p. 11) ¹.

O interesse em desenvolver essa pesquisa esta associado à experiência vivida como Assistente Social no Hospital São Francisco De Paula, onde foi possível desenvolver a discussão acerca da Saúde Mental com estagiários de Serviço Social e os demais profissionais que trabalhavam na clínica de desintoxicação com usuários provenientes dos CAPS. Os próprios profissionais questionavam as suas práticas, insatisfeitos com a negatividade que, muitas vezes, acompanhava esse campo do conhecimento. Percebi, então, que alguns questionamentos feitos por essa equipe indicavam a necessidade de:

(...) uma nova maneira de pensar que incluía a loucura em um sentido mais alargado, com alguma positividade – talvez até como uma experiência de libertação –, pressupõe necessariamente uma nova interpretação de nós mesmos, de como nos pensamos, das praticas que isso implica, suas relações, e, dessa maneira, deve se levar em conta especialmente a questão do sujeito que funda as práticas nas quais nos tornamos objetos de nosso próprio conhecimento (ALARCON, 2006, p.25).

¹ Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio15%20anos%20caracas.pdf>>. Acesso em: 15/07/2009.

Assim, instigada pela complexidade² do trabalho na área da saúde mental decidi aprofundar o conhecimento sobre o mesmo. Para fundamentar este estudo, busquei as contribuições dos autores Michel Foucault, Félix Guatarri, Gilles Deleuze, Paulo Amarante, Franco Basaglia, Gregório Barenblitt, culminando no caminhar da investigação indicada pelo procedimento metodológico.

Desenho, desse modo, o corpo do texto, trazendo os passos da pesquisa, a partir do entendimento de que o Serviço Social e outras profissões trabalham diretamente com a Política da Saúde nos CAPS e constroem lógicas manicomiais ou antimanicomiais. Por isso, justifica-se a importância da pesquisa acerca desse espaço da Política Pública da Saúde Mental, para conhecer e analisar como está sendo efetivada essa política no CAPS Escola, procurando descobrir como os profissionais e os usuários participam dessa política social³, e se a atuação profissional desses espaços potencializa o desenvolvimento humano-social na lógica antimanicomial. O desenvolvimento humano está sendo entendido, aqui, na dimensão do cuidado:

Significa reconhecer o cuidado como modo de ser essencial (...). É uma maneira do próprio ser de estruturar-se (...). O cuidado entra na natureza e na constituição do humano (...). O ser humano é um ser de cuidado. Colocar cuidado em tudo o que projeta e faz, eis a característica singular do ser humano) BOFF, 2002, pp.34-35)

Procurei compreender a relação cotidiana dos profissionais, dos usuários e dos familiares com esse espaço de intervenção, para descobrir a concepção de saúde mental trabalhada cotidianamente nesse ambiente de expressão do Social, procurando perceber se há produção de discursos de verdade sobre o usuário do CAPS Escola e, ainda, se existe um processo coletivo de controle social sobre os usuários, considerando que:

A verdade é produzida pelo poder e produz poder. É o saber enquanto verdade científica, reconhecido por dispositivos sociais jurídicos, que rege o funcionamento das instituições específicas de aprendizagem e de transmissão deste saber que determinam os procedimentos e práticas possíveis de se distinguir o falso do verdadeiro. O discurso do verdadeiro emerge de um processo de construção e produção de necessidades de cada sociedade. Cada grupo, cada nação acolhe e faz funcionar determinados

² O complexo é a propriedade de certos fenômenos cuja explicação exige de nós esforço de evitarmos as simplificações reducionistas (PASSOS; BENEVITES, 2003, p.81).

³ as políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento em geral setorializadas e fragmentadas – as expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p.51).

tipos de discursos como verdadeiros ou falsos, estes são produzidos e regulamentados a partir de necessidades políticas e econômicas que exercem múltiplas coerções sobre este discurso e sancionam suas formas de atuação e legalização de práticas e condutas específicas destinadas à universalização de valores e homogeneização de classes. (MAIRESSE, 2003, p.265).

Portanto, a produção social acerca do conceito de saúde mental e, conseqüentemente, da loucura está atravessada pela lógica de dominação do capitalismo através da ordem do discurso de verdade, ou seja, que pretende classificar a doença da saúde.

A política pública é considerada como um processo e, como processo, um campo de pesquisa dinâmico que possibilita a construção de conhecimento capaz de criar novas intervenções, garantindo um espaço público com abertura a novas produções, ampliando o olhar crítico em defesa do direito à vida e à saúde, princípios fundamentais da Constituição Federal Brasileira.⁴

Esta dissertação está organizada em três capítulos. O primeiro capítulo versa sobre referenciais teóricos considerados fundamentais para a construção deste trabalho, desde o projeto de pesquisa que o originou, até a exposição aqui apresentada. Discorre sobre o tema da loucura, como esse tema foi socialmente abordado e tratado pela humanidade e, ainda, sobre uma análise da reforma psiquiátrica no Brasil e a estruturação dos serviços de saúde mental perante a legislação que se estabelece para garantir os direitos da pessoa portadora de sofrimento psíquico.

No segundo capítulo, apresento a cartografia como método de pesquisa importante no espaço do CAPS, por ela considerar o território existencial, destacando a implicação do pesquisador com seu objeto e, não, a dissociação entre o sujeito e objeto. Assim, registro nesse capítulo a cartografia do espaço do CAPS, e nesse processo retomo os momentos que vivi com o seu coletivo. São apresentados, também, conceitos importantes que nortearam o presente trabalho.

No terceiro capítulo, traçam-se os momentos vividos com os usuários e os profissionais do CAPS Escola de Pelotas e os afetos produzidos nesse encontro, no qual as práticas profissionais, as relações com os usuários e os familiares acontecem no dia-a-dia. É analisado se estas práticas profissionais respondem às diretrizes da saúde mental na lógica de

⁴ Art.196: “a saúde é um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção proteção e recuperação” (BRASIL: 1988).

rompimento manicomial, evidenciando as resistências encontradas e os efeitos que produzem tais práticas na vida dos usuários. Como por exemplo, as potências criadoras do grupo de música “Felizarte”, que, ao produzir, engaja-se, no momento de produção, para além da doença, para além do sofrimento psíquico.

Após a exposição realizada nesses três capítulos, apresento considerações finais, traçando algumas pistas do que cotidianamente poderá ser construído na lógica do rompimento manicomial, e finalizo com algumas considerações sobre sentimentos e pensamentos que ficaram marcados em mim a partir das vivências com esse coletivo.

Convido os leitores, agora, a conhecer os afetos produzidos nos encontros com esse coletivo e no encontro com os autores que me ajudaram a fundamentar este trabalho. Afetem-se, nesse movimento, da escrita ora desenhada, para um movimento incessante da produção.

2. A PRODUÇÃO DA LOUCURA.

A loucura sempre ocupou um lugar nas discussões da humanidade, e o comportamento humano que designa a loucura vai sofrendo transformações com o passar dos tempos, e aos homens com sofrimento psíquico, durante muito tempo, coube a imposição do silêncio pela moral vigente, o que ainda hoje se expressa no desejo de exílio do meio social em oposição ao desejo de viverem sua diferença em liberdade.

Ao perguntar aos profissionais do CAPS Escola se a lógica manicomial ainda se expressava naquele espaço, foi-me respondido: “Teve um caso que foi indicado a internação, mas não ocorreu! Porque se reviu em equipe, mas esse foi um caso extremo”(A.E).

Dessa forma observo que o CAPS também está atravessado pelo desejo da internação como fala outro profissional: “ A lógica manicomial se expressa quando não aguentamos mais e queremos internar”(S.I). Nessa fala, há evidência de um cansaço em lidar com uma rotina fadigosa que faz sentir o peso do trabalho e o não acesso a uma política que invista no cuidado do cuidador. E, assim, torna-se difícil escutar o “louco”, a sua linguagem nos afronta e o cuidado com os usuários de sofrimento psíquico é um desafio para os profissionais que, no comprometimento ético político, persistem nesse campo e que:

Deixam-se mesmo contagiar por esses devires loucos, obtendo uma posição privilegiada enquanto gestores dos programas implantados. Combativos e ternos, sustentam os pressupostos de uma verdadeira clínica do social, oferecem seus corpos como passagem primeira às experimentações de libertação dos loucos e de sua inserção no âmbito da cidadania. Auxiliam a diluir as sólidas barreiras entre o passado e o futuro dos loucos. Operam como ancoragem às passagens da loucura para um outro estatuto, eles se revelam artesãos de uma outra existência da loucura. Em seus gestos e sua escuta encontramos algo que nos faz acreditar no mundo, que é, no momento, o que mais nos falta. Imbuídos de paixão, o trabalho deles é impulsionado pelo amor ao devir e pela vontade de revolução (FONSECA; ENGELMAN; PERRONE, 2009, p.10).

Há uma preocupação por parte dos profissionais do CAPS Escola que manifestam sua inquietação em reação aos Usuários que querem permanecer nesse espaço por tempo indeterminado. Segundo estes, isto se dá pelo fato de alguns quererem o benefício de prestação continuada⁵, como se observa na fala de um profissional:

⁵ Benefício da Prestação continuada de Assistência Social. É um direito garantido pela Constituição Federal de 1988 e consiste no pagamento de um salário mínimo mensal a pessoas com 65 anos de idade ou mais e a pessoas com deficiência incapacitante para a vida independente e para o trabalho. Em ambos os casos, a renda *per capita*

Às vezes, na acolhida, já vemos que as pessoas procuram o CAPS em função de conseguir um benefício, atestados pro benefício de prestação continuada, auxílio doença. Elas optam pelo benefício ao invés do trabalho. Isso dói. (S.I.)⁶

Partindo dessa fala, podemos também nos questionar sobre a produção da loucura: Esses homens que buscam o benefício não terão sucumbido, por não encontrarem um espaço na sociedade que, de fato, reconheça-os e, nesse processo acabem por enxergar, no CAPS, uma alternativa para sua sobrevivência? Então, nesse sentido, também a loucura é produzida pelo sistema capitalista, porque a sociedade não oferece condições dignas de sobrevivência, e o acesso a um benefício pode significar a única forma de ter uma renda para a sobrevivência ou de ser reconhecido na sociedade. E, por outro lado, a garantia de um benefício a quem tem sofrimento psíquico não seria um incentivo a não ultrapassar a condição do sofrimento, e o não acesso a esse benefício significaria a negligência num momento de fragilidade do ser humano?

O que importa, em última instância, é deflagrar e romper com as formas de produção geridas pelo sistema capitalista que, pela relação hostil de exclusão, leva homens e nações inteiras a comprometerem sua saúde. Se as pessoas tivessem seus direitos assegurados, não teriam a necessidade de Benefícios.

A loucura ocupa significados diferentes, ora para designar os imprestáveis ao sistema vigente, ora para designar os sem razão, os alienados. Faz se necessária uma análise de como a loucura foi produzida e tratada, no sentido de que a condição social é que definia a loucura:

Quem são esses loucos? As esparsas referências que se pode encontrar demonstram que podem ser encontrados preferentemente entre os miseráveis, os marginais, os pobres e toda sorte de párias. São ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, "degenerados", perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que de alguma forma, ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental. No hospício de Pedro II, inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro na Praia Vermelha, os poucos pensionistas particulares têm

familiar deve ser inferior a 25% do salário mínimo vigente. O BPC também encontra amparo legal na lei 10.741, de 01/10/2003, que institui o benefício do idoso. O benefício é gerido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), a quem compete sua gestão, acompanhamento e avaliação. Ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), compete a sua operacionalização. Os recursos para custeio provêm do fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protecao-social-basica/beneficio-de-prestacao-continuada-bpc>> acessado em 05/02/2010.

⁶ Os depoimentos dos profissionais e usuários do CAPS, como o acima citado, foram colhidos na pesquisa realizada no espaço de trabalho do centro. A fim de resguardar o sigilo dos depoimentos, as siglas correspondem a nomes fictícios, e para diferenciá-los das citações bibliográficas, estão grifados em *itálico*.

boas instalações, inclusive um quarto mobiliado com conforto e além de um criado a sua inteira disposição. Mas o quadro social é bem diferente (AMARANTE, 2008, p.74.).

Assim, observa-se que a loucura foi hegemonicamente atribuída aos socialmente considerados incapazes e que a condição social contribuía para designar o tipo de atendimento que teriam, como observamos até hoje essa relação na qual o sistema de saúde pública não oferece um atendimento em condições dignas, e o mercado privado acaba por tornar a saúde um grande e rentável negócio acessível só aos que por ele podem pagar. Desse modo, é importante a análise de como a loucura foi tratada.

2.1. Como a loucura foi tratada na história da humanidade

As políticas sociais e a regulamentação dos padrões de proteção social, em que se inclui toda a proposta de re-estruturação da política de saúde mental, através do movimento de reforma psiquiátrica, no Brasil, são:

Desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento em geral setorializadas e fragmentadas – as expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p.51).

Portanto, o estudo da política de saúde mental requer uma análise do processo do tratamento do tema “loucura”, durante a história, para descobrir como se dava a internação e quais os interesses que estavam em jogo.

Dessa forma, é pertinente a análise de como se concebeu o conceito de loucura na história. Assim, essa análise se detém baseando-se nos escritos de FOUCAULT, que analisa o aparecimento da loucura datando-a no final da Idade Média quando, com o desaparecimento da lepra que, então, ocupava o centro da atenção, a loucura passa, então, a ter centralidade. O desatino da loucura substitui a morte e a seriedade que acompanha esta. “A loucura não está ligada ao mundo e suas formas subterrâneas, mas sim ao homem e suas fraquezas, seus sonhos e ilusões” (FOUCAULT, 2002, p.24). A substituição da loucura, segundo Foucault, não se deu como uma ruptura, mas como “uma virada no interior da mesma inquietude” (2002, p.16). Até a segunda metade do Século XV, o homem tem sua atenção focada no tema morte:

Até a segunda metade do Século XV, ou mesmo um pouco depois, o tema da morte impera sozinho. O fim do homem, o fim dos tempos assume o rosto

das pestes e das guerras. O que domina a existência humana é este fim e esta ordem à qual ninguém escapa. A presença que é uma ameaça no interior mesmo do mundo é uma presença descarnada. E eis que nos últimos anos do Século esta grande inquietude gira sobre si mesma: o desatino da loucura substitui a morte e a seriedade que a acompanha. Da descoberta dessa necessidade, que fatalmente reduzia o homem a nada, passou-se à contemplação desdenhosa deste nada que é a própria existência (FOUCAULT, 2002, p.15-6).

O medo diante da morte que significava o absoluto, impera e é interiorizado. O medo é desarmado por antecipação, quando lhe é atribuída uma forma cotidiana, e quando é dominado. Ou seja, vence-se o medo da morte tornando-a irrisória pela aniquilação. “Não é mais nada uma vez que já era tudo, dado que a própria vida não passava de simples fatuidade, palavras inúteis (...). A loucura é o já está aí da Morte”⁷) FOUCAULT, 2002, p.16).

O vazio da existência humana continua, mas o vazio já não é considerado como algo que vem de fora, uma ameaça externa. Ele passa a ser analisado na sua endogenia presente cotidianamente na vida dos homens. A loucura passa a ser necessária para suportar o vazio da existência humana, e a divisão entre a loucura e o nada é tão sutil no Século XV, que perdura por longos tempos e encontra-se no cerne da experiência clássica da loucura. No período da Renascença, a ascensão da loucura se observa através da “ruína do simbolismo Gótico” (FOUCAULT, 2002, p.18).

Nesse período, as significações espirituais são rechaçadas, ou seja, certos sentidos da existência humana só se podiam apreender pelo caminho da loucura. A loucura passa a ser produzida para que o homem experimente, por exemplo, as redes de significações espirituais. “Como se este mundo, onde a rede de significações espirituais era tão apertada, começasse a se embaralhar, deixando aparecer figuras cujo sentido só se deixa apreender sob as espécies do insano.” (FOUCAULT, 2002, p.18).

O tratamento que é dado à loucura também se expressa através das obras de arte nas formas góticas do Século XVI, segundo Foucault, estilo que ainda se perpetua por algum tempo, mas que aos poucos é chamado a silenciar, a deixar de ensinar. Acontece uma passagem a novas formas de expressão, passando-se, assim, do sentido da imagem que se representava outrora, que se representava através de valores plásticos que tinham a vocação de transmitir algo comum à linguagem, ou seja, às formas que tentam representar a cópia fiel

⁷ Nesse sentido, a experiência da loucura é uma continuação rigorosa da lepra. O ritual de exclusão do leproso mostrava que ele era, vivo, a própria presença da morte (FOUCAULT, 2002, p.16).

da realidade e que passam, então, a mostrar outros valores, outras formas, observadas na pintura pelo estilo que proporcionava, então, um afastamento da linguagem gótica, pois, mergulha-se em valores plásticos, únicos, subjetivos e próprios, que se afastam da representação fiel da realidade, ou seja:

A imagem começa a gravitar ao redor de sua própria loucura (...). O sentido não é mais lido numa percepção imediata, a figura deixa de falar por si mesma; entre o saber que a anima e a forma para a qual se transpõe, estabelece-se um vazio. Ela está livre para o onirismo (FOUCAULT, 2002, p.18).

A arte que até então se detinha em representar a perfeição da realidade, mostra agora que a realidade não é “tão perfeita”, ou seja, as formas utilizadas pelos artistas retratam também a realidade das formas disformes⁸.

Assim no Século XV, no período da Renascença a loucura é o fascínio do homem observado nas imagens. A loucura não representa a verdade do mundo, mas a própria verdade que o homem acredita que pode distinguir. (FOUCAULT, 2002). A loucura assume uma sátira à moral e aparece “como a punição cômica do saber e de sua presunção ignorante” (FOUCAULT, 2002, p.24).

Na era clássica, a experiência que se teve é que há uma relação entre a loucura e a razão, ambas estão intimamente ligadas, uma vez que existe o louco, o sem razão. Existe a razão que assim o define. Portanto, a loucura é definida no campo da razão.

Loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda a razão, sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra. (...) A loucura torna-se uma das próprias formas da razão. Aquela integra-se nesta, constituindo seja uma das forças secretas, seja um dos momentos de sua manifestação, seja uma forma paradoxal na qual pode tomar consciência de si mesma De todos os modos, a loucura só

⁸ Mas só quando o Renascimento toma o lugar da linguagem anterior é que os novos valores vão entrar em conflito com os ideais góticos e o termo actual nasce. Na Itália do século XVI, e sob a fascinação pela glória e pelos cânones da Antiguidade Clássica, o termo *gótico* vai ser referido pela primeira vez por Giorgio Vasari, considerado o fundador da história da arte. Aos olhos deste autor e dos seus contemporâneos, a arte da Idade Média, especialmente no campo da arquitectura, é o oposto da perfeição, é o obscuro e o negativo, relacionando-a neste ponto com os godos, povo que semeou a destruição na Roma Antiga em 410. Vasari cria, assim, o termo *gótico* com fortes conotações pejorativas, designando um estilo somente digno de bárbaros e vândalos, mas que nada tem a ver com os antigos povos germânicos (visigodos e ostrogodos). Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/estilo_g%C3%B3tico>. Acessado em 16/01/2010.

tem sentido e valor no próprio campo da razão (FOUCAULT, 2002, p.30-33).

Já, no Século XVI a loucura ocupa os lugares da dúvida, nunca existe uma certeza de não estar sonhando, nunca existe uma certeza de não se estar louco (FOUCAULT, 2002).

No início do Século XVII, há uma reorganização geral da internação. Fato que se dá na Inglaterra, onde todos os juízes de paz que não tivessem instalado os meios de prover infraestrutura, capaz de garantir a manutenção das casas de internamento, passavam a ser autuados com multas, ou seja, o enclausuramento passa a ser uma prática exigida e de responsabilidade da sociedade; portanto, esta deveria contribuir para a sua eficiência.

Observamos, hoje, a mesma lógica, pois para os sobrantes que são resultantes do modelo capitalista de exclusão⁹, ou seja: “as sobras do sistema, aqueles que não podendo ser nem matriz de clone, nem consumidor, não chegam, sequer a entrar no circuito e ficam vagando pelo limbo” (ROLNICK, 2003, p.211). Para esses há locais estabelecidos como, por exemplo, aos “criminosos” cabe a prisão.

Logo existe uma lógica que foi construída e que atravessa o corpo e produz sentido até hoje, como na época em que aos pobres miseráveis que não podiam responder pela provisão dos recursos necessários à sobrevivência cabia internação.

Assim, no Século XVII, são criadas muitas casas de internamento. O hospital, que era o espaço da caridade e destinado aos que, de certa forma, precisavam ser isolados, internados em função de sua doença ou de sua condição social, passa a operar numa nova política a partir de 1656, quando é criado o primeiro hospital geral pelo rei da França.

O louco tem um novo lugar, o hospital. Desse modo nasce a medicina moderna e a psiquiatria com a “Grande Internação¹⁰” assim denominada e estudada por Foucault. Observa-se que todos esses estabelecimentos são criados para alojar os considerados sujos, inválidos perante a sociedade dominante da época. É a forma de controle exercida por esta, como analisa Amarante:

⁹ [...] Sustentarei que a questão social fundante, que permanece vigindo sob formas variáveis nesses 500 anos do descobrimento a nossos dias, centra-se nas extremas desigualdades e injustiças que reinam na estrutura social dos países latino-americanos, resultantes dos modos de produção e reprodução social, dos modos de desenvolvimento, que se formaram em cada sociedade nacional e na região em seu complexo (CASTEL, 2000, p.58).

¹⁰ Do livro a história da loucura de Michel Foucault, onde ele analisa a internação e como vem se tratando o caso da loucura historicamente.

No Século XVII, surgiu uma nova modalidade de hospitais, não mais exclusivamente filantrópicos, mas que passaram a cumprir uma função de ordem social e política mais explícita. Estou me referindo ao hospital geral, criado a partir do ano de 1656, pelo rei da França. Para o filósofo Michel Foucault, o advento do hospital geral foi de fundamental importância para a definição de um novo ‘lugar social’ para o louco e a loucura na sociedade ocidental (2008, p.23).

Ao hospital geral podem se apresentar os que desejam se internar de forma espontânea, os encaminhados por autoridade judiciária ou autoridade real, cabendo ao diretor geral do hospital o poder total em relação aos internados.

O hospital tem todo o poder, isto é, surge como uma estrutura semi-jurídica que, ao lado dos poderes já existentes, tem o poder de julgar, disciplinar e executar, cabendo aos diretores usarem seus recursos de repressão. “O Hospital é então uma instância da ordem, da ordem monárquica, e burguesa que se organiza na França, nessa época” (FOUCAULT, 2002, p.50). Não é um simples lugar de refúgio, mas um lugar de trabalho forçado¹¹ é uma instituição moral¹², incumbida de corrigir, de disciplinar.

Os leprosários transformados em hospitais gerais operam não apenas como simples prisões, mas reproduzem jogos de interesse, há significações políticas em jogo, nascendo daí segundo Foucault, a disciplina.

O classicismo inventou o internamento, um pouco como a Idade Média a segregação dos leprosos; o vazio deixado por estes foi ocupado por novas personagens no mundo europeu: são os “internos”. O leprosário tinha um sentido apenas médico; muitas outras funções representavam seu papel nesse gesto de banimento que abria espaços malditos. O gesto que aprisiona não é mais simples: também ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais. E que dizem respeito provavelmente a certas estruturas essenciais do mundo clássico em seu conjunto (FOUCAULT, 2002, p.53).

¹¹ É esse modo de percepção que cabe interrogar a fim de saber qual foi a forma de sensibilidade à loucura de uma época que se costuma definir através dos privilégios da razão. O gesto que, ao traçar o espaço de internamento, conferiu-lhe um poder de segregação e atribuiu à loucura uma nova pátria, por mais coerente e ordenado que seja esse gesto, não é simples. Ele organiza uma unidade complexa, uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, novas formas de reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e também o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria a lei civil, sob as formas autoritárias da coação (FOUCAULT, 2002, p.56).

¹² Ora, julgar um homem pelos seus atos é pressupor que a ele seria possível agir de outro modo. Mas, para o forte, não há escolha: ele tem de extravasar a própria força. Não tem sentido dizer que a força produz efeitos ou que se desencadeia a partir de algo que a impulsiona; isso implica apreendê-la como causa ou efeito de algo que não se confunde com ela. A força simplesmente efetiva-se, melhor ainda, é um efetivar-se. Portanto, por definição, ela não pode se exercer. Pensar de outro modo é cometer um equívoco: de ordenar a ave de rapina que se comporte como cordeiro ou intimar o forte a proceder como fraco (MARTON, 2006, p. 46-47).

A internação passa a ser abusiva nessa época, há uma superlotação dessas casas de internamento. Não é uma sensibilidade à dor dos que sofriam, mas uma maneira de aprisioná-los, uma articulação claramente pensada. Não é uma preocupação com o acolhimento ou tratamento, mas um controle da sociedade sobre os que não se enquadram no padrão exigido. A concepção vigente daquela época é de que eles deveriam ser separados, pois representavam a sujeira.

No Século XVII, a idéia abstrata de loucura se contrapõe sua percepção concreta e visível, estando incluídos na desraza todos aqueles que estivessem fora das regras socioculturais. Os valores críticos e simbólicos já atribuídos a loucura são substituídos por um critério puramente social de exclusão. A desrazão deixa de ser vivida como momento possível da experiência humana, não podendo mais se confrontar diretamente com o resto da comunidade. Por outro lado, no interior dos hospitais gerais criminalidade e loucura passam a conviver lado a lado, entendidas como algo irrecuperável e sem retorno (BARROS, 1994, p.32).

A Igreja não fica alheia a esse processo e passa a operar da mesma forma, apoiando a grande internação. Os miseráveis que outrora significavam os fiéis, os enviados de Deus para que eles pudessem exercer a caridade, passam a ser exemplo de segregação. Aos que representam a segregação, a lógica é a do empilhamento (FOUCAULT, 2002).

Assim, a igreja classifica os internos: de um lado, os da região da pobreza do bem, que são dóceis e submissos; e, do outro lado, a pobreza que não pode ser dominada, a do mal, que não se submete porque é a do demônio. A loucura sofre essa dicotomia obedecendo a critérios da moral que se manifestará pela beneficência ou pela repressão, o louco antes de tudo é tratado como sujeito da moral (FOUCAULT, 2002).

Desse modo, o internamento se espalha por toda a Europa e, frente a essa realidade, houve um movimento de percorrer toda a rede de hospitais, casas e prisões na Inglaterra, Holanda, Alemanha, França, Itália, Espanha, onde a filantropia se declara indignada com a má aglomeração de pessoas, uma vez que, sob os mesmos muros, estão os condenados de direito, jovens, insanos ou os considerados vagabundos.

A lógica da internação opera até o final da era clássica sob dois aspectos: a do benefício e a da punição, ou seja, ela muda o sentido do internamento, conforme a quem se aplica.

O internamento se justifica assim duas vezes, num indissociável equívoco, a título de benefício e a título de punição. É ao mesmo tempo recompensa e castigo, conforme o valor moral daqueles sobre quem é imposto. Até o final

da era clássica a prática do internamento será considerada nesse equívoco: ela terá essa estranha convertibilidade que a faz mudar de sentido conforme o mérito daqueles a quem se aplica. Os bons pobres fazem dela um gesto de assistência, e obra de reconforto; os maus – pela única razão de serem maus – transformam-na num empreendimento da repressão. A oposição entre os bons e os maus pobres é essencial à estrutura e à significação do internamento (FOUCAULT, 2002, p. 61).

A internação, quando era arbitrária, tinha um alvo certo e se destinava aos socialmente excluídos, e esse é o papel fundamental das casas de internação: impedir a mendicância e a ociosidade. “Em 1532, o parlamento de Paris decidiu mandar prender os mendigos e obrigá-los a trabalhar nos esgotos da cidade, amarrados, dois a dois, por correntes.” (FOUCAULT, 2002, p.64). Assim a internação e as casas de correções não se destinavam a aqueles que tinham condições econômicas favoráveis ou faziam parte da burguesia, pois um imperativo era o trabalho:

O internamento, esse fato maciço cujos indícios são encontrados em toda a Europa do Século. XVII, é assunto de “polícia”. Polícia no sentido preciso que a era clássica atribui a esse termo, isto é, conjunto das medidas que tornam o trabalho ao mesmo tempo possível e necessário para todos aqueles que não poderiam viver sem ele. (...) Antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos, ou que pelo menos gostamos de supor que tem, o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura. O que se tornou necessário foi um imperativo de trabalho (FOUCAULT, 2002, p.65).

Dessa maneira, a cada crise econômica as casas de internação acabam superlotando. As medidas de exclusão que outrora se baseavam no banimento e expulsão das cidades, agora, tomam a dimensão da detenção.

A internação servia para dar conta das crises econômicas que se estabeleciam, para tirar das ruas o grande número de desempregados. Quando não havia crise, a lógica já não era a mesma, não se tratava de escorraçar, mas de aceitar a moral do internamento, sob o discurso de que o estado poderia tomar conta deles, fornecendo o abrigo para que não ficassem na rua, o que muda com o processo da industrialização quando a “mão de obra hábil” é útil à produção de riqueza.

O Século XVIII representa um momento crucial na história da loucura no mundo ocidental, um salto de qualidade no processo do conhecimento. As transformações produzidas pelo nascimento do período industrial determinaram uma nova posição da pobreza, na qual a velha distinção entre o pobre hábil, e o pobre doente assumirá uma conotação diversa. O pobre hábil torna-se essencial à riqueza, podendo e devendo ser reintroduzido na comunidade. O pobre doente e, portanto improdutivo, torna-se elemento negativo por excelência. Neste mecanismo de exclusão/inclusão do mercado

de trabalho é que os loucos irão tornar-se mais visíveis, tendo sua inclusão justificada pela própria incapacidade (BARROS, 1994, p.33).

A era clássica usa o internamento como uma alternativa para ocultar o desemprego e como uma maneira de controlar os preços, quando estes se elevavam, o que era um equívoco, pois o aumento do desemprego e o alto custo para manter o internamento geravam despesas que não eram compatíveis com a produção, uma vez que o custo real do internamento era muito maior. Assim, o Século XVII é o Século da grande Internação. Até a Renascença, a loucura era associada de transcendências imaginárias; na era clássica é percebida como uma forma de condenação da ociosidade, ou seja:

O doente mental considerado como homem sem poder social ou econômico, uma presença negativa, “revela-se” como objeto da exclusão, da violência, da agressividade de toda uma sociedade que desejava excluí-lo, mas ao mesmo tempo tornou-se evidente que apenas os ‘pobres’, os deserdados caíam sob essa violência e essa agressividade (BARROS, 1994, p.54).

Dessa forma, no Século XIX, a criação das casas de internamento já é um fracasso. Observa-se que a lógica da internação não obedece primordialmente ao fator econômico, mas sim à lógica da moral quando o *Bord of Trade* publica que a origem da pobreza não se dá em função da falta de emprego ou de gêneros, mas ela é gerada porque há um esmorecimento da disciplina e a frouxidão dos bons costumes. Sendo assim, é a moral que define, em suma, a loucura (FOUCAULT, 2002).

No entanto, quando há uma grande transição no modelo hospitalar, há a libertação de muitos internos que lá estavam em função do poder autoritário do regime anterior. A intervenção médica, que antes era eventual, passa a ser cotidiana, transformando o hospital basicamente numa instituição médica, o que leva a analisar a submissão das outras profissões à medicina. Segundo Amarante, o fato de o hospital funcionar basicamente como uma instituição médica produz efeitos e gera duas questões importantes: se torna “a” instituição médica e torna a medicina um saber hospitalar sendo que uma outra medicina¹³ não tinha expressão. Nesse sentido, começam a aparecer as dimensões políticas do internamento, como assinala Amarante:

Em uma palavra, o hospital foi medicalizado; foi transformado ‘na’ instituição médica por excelência. (...) mas esse processo, que denominamos

¹³ O autor Paulo Amarante faz essa análise no livro *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, ao se referir à medicina hospitalar hegemônica e considera: “este modelo médico (pois é importante lembrar que existem outras medicinas, tais como a homeopatia, a medicina ayurvédica, a medicina teosófica, a acupuntura...” (AMARANTE, 2008, p.27).

de medicalização do hospital, teve duas faces: o hospital se tornou a principal instituição médica, ou seja, foi apropriado pela medicina, absorvido por sua natureza; em contrapartida, a medicina se tornou um saber e uma prática predominantemente hospitalar. O que isto significa? Que se por um lado o hospital sofria transformações fundamentais com o processo de medicalização; por outro, o modelo científico da medicina sofria transformações que possibilitaram o nascimento da anatomoclínica (2008, p.25).

O modelo hospitalar passa a ser dominante, e o médico é o detentor máximo do poder. Outras medicinas não têm espaço. Impera a medicina voltada para tratar a saúde dos usuários, não como agentes, mas como meros receptores de medicamentos. O interesse não é centrado no usuário, mas na doença, não na sua causa, ou seja, constrói-se uma medicina que trata a doença, olha para a doença e não para as pessoas que estão acometidas por “doenças”.

Juntamente com o surgimento do manicômio no judiciário na passagem do Século XIX, aparece a categoria do louco criminoso que sofria repressões ou pela contenção de seus comportamentos, ou pela medicalização do comportamento tido como anormal. Assim, passa a ser o louco objeto de disputa de poder entre juízes e peritos psiquiátricos como analisa Carrara:

A formulação de um internamento médico com prazo mínimo determinado por lei é um ótimo exemplo da complexidade da interpenetração de um modelo de intervenção médica e de um modelo de intervenção jurídica. Tal interpenetração problemática aponta, desde logo, para ambigüidade do estatuto médico legal dos chamados loucos criminosos; habitantes de uma região estranha onde a culpa e inocência parecem se defrontar com igualdade de forças (1998, p.31).

Consequentemente, a loucura medicalizada transforma o louco em “paciente” e, ao colocá-lo nas tramas da lei, ele é visto como “criminoso”. Essa tatuagem impressa nas pessoas que sofrem adoecimento psíquico são historicamente legitimadas e acompanham o homem há séculos.

A loucura sempre fez parte do contexto da humanidade, mas ela passa a ser tratada como “doença mental” com Philippe Pinel, um dos fundadores da clínica médica. Deste modo a loucura da qual se ocupavam mais os filósofos, passa ser um campo de intervenção médica. A partir de Pinel, a loucura que já era tratada como uma alienação mental, começa a ser definida como doença mental, como uma especialidade da medicina conforme analisa Amarante:

Pinel funda uma tradição – a da clínica – como orientação consciente e sistemática. Os hábitos bizarros, as atitudes estranhas, os gestos e olhares são

registrados e comparados com o que está perto, com o que é semelhante ou diferente. Colocando em um lugar da ciência que, acredita-se, não é contaminado pelas influências da cultura, da economia e da sociedade, o alienista, valendo-se de sua percepção social, determina o que é normal e o que é patológico. Esse é o método de conhecimento, o que opera a passagem da loucura para a alienação mental (2008, p.41).

A figura do alienista se consolida no momento em que a loucura é entendida como alienação mental surgindo, assim, a figura do alienista. Pinel lança a ideia de que à loucura deveria ser aplicado um tratamento moral, uma vez que esta provinha das paixões, de estar fora de si. As causas que produzem essa paixão e esses comportamentos estão no meio em que se vive. Dessa forma, o tratamento adequado é tirar o alienado do meio que o aliena, ou seja, da sociedade e do convívio familiar, isolando – o deste meio social que produz a condição de alienado¹⁴.

Pinel lançou as bases do que ficou conhecido como síntese alienista. Elaborou uma primeira nosografia, isto é, uma primeira classificação das enfermidades mentais, consolidou o conceito de alienação mental e a profissão do alienista. Com a operação de transformação dos hospitais nos quais atuou, Pinel fundou também os primeiros hospitais psiquiátricos e determinou o princípio do isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo da terapêutica nessa área, ao introduzir o tratamento moral (AMARANTE, 2005, p.31)

No Brasil, o tratamento da “doença mental”, da loucura também foi fortemente influenciado pelo modelo pineliano. O movimento pela reforma psiquiátrica se dá quando surge a psiquiatria como disciplina específica detentora do conhecimento sobre a saúde mental. Ocorre então, um movimento que se opõe a este modelo disciplinar.

2.2. Os CAPS na reforma psiquiátrica e na reestruturação dos serviços de saúde mental no Brasil

No Brasil, nos últimos anos da década de 1970, após um longo período de modelo ditatorial, re-emergem na sociedade os movimentos sociais, surgindo o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM – fruto de organizações coletivas anteriores que se deram, principalmente, em congressos.

Assim, a reforma psiquiátrica passa a ser objetivo do MTSM num momento político de redemocratização do Brasil. Os profissionais que trabalhavam em hospitais

¹⁴ A obra “O Alienista” de Machado de Assis faz a análise do processo de psiquiatrização brasileira e de como a loucura é incluída no rol das doenças e condena o louco, “doente mental”, à exclusão da sociedade.

psiquiátricos denunciam a violência, a ausência de recursos, a negligência e a psiquiatria como instrumento de controle social, reivindicando a criação de projetos alternativos ao modelo asilar

Esse movimento dos trabalhadores da saúde mental é atravessado por diferentes formas de pensar a desinstitucionalização e nasce alicerçado no modelo que luta pela desospitalização e promoção da cidadania incentivando um paradigma de psiquiatria comunitária e preventiva.

Assim, pois se apresenta a psiquiatria preventiva, que não entra no campo específico do saber psiquiátrico sobre as doenças mentais, mas tão somente, propõe uma nova engenharia de recursos e serviços. Grosso modo, podem ser assim consideradas as propostas de cunho sanitarista, com estratégias de hierarquização, simplificação, participação comunitária, regionalização, que em última instância utilizam se também do substrato teórico do preventismo (AMARANTE, 2008, p.18).

O desafio de romper com a institucionalização, com a hospitalização integral do “doente mental” que era afastado e impossibilitado do contato com o mundo exterior pela internação no hospital psiquiátrico, manicômio, gerou formas diferentes de pensar esse processo de desinstitucionalização no Brasil. Um deles é o modelo sanitarista ou preventismo, voltado para a prevenção e a cura, para um modelo psiquiátrico comunitário que aposte no cuidado e na prevenção da saúde construído com participação popular.

Esse modelo porém não questiona o saber psiquiátrico, ele sugere transformações sem questionar a lógica que o funda, parte do pressuposto de que a reforma implica a correta e adequada aplicação do saber técnico e das técnicas psiquiátricas. Baseia-se na lógica de redução de custos administrativos que implicam tempo de permanência do usuário no hospital, visto que as internações longas tornam-se onerosas. Aqui, observamos a lógica mercantil que reporta ao “ideal de saúde mental”. No Brasil, o movimento da reforma psiquiátrica foi marcado por diferentes resistências e concepções, conseqüentemente é percebido de formas diferentes pela sociedade, marcando o modelo de assistência em saúde mental até hoje.

Ao analisar a desinstitucionalização brasileira, Amarante aponta três modelos: a desinstitucionalização como desospitalização; a desinstitucionalização como desassistência; a desinstitucionalização como desconstrução. O primeiro modelo fundamenta-se no modelo sanitarista preventivo, que conforme o autor é:

O preventismo aponta para transformações assistenciais e administrativas sem se deter no arcabouço teórico com o qual a psiquiatria apreende o fenômeno da loucura ou, ainda, na forma como constrói sua vocação terapêutica. Ao contrário, reporta à psiquiatria um campo epistêmico que delinea o ‘ideal da saúde mental’, o que significa dizer que, ao vislumbrar para além do tratamento ou da cura das doenças mentais, aspectos por si só polêmicos, edifica o ideal da ausência das doenças mentais no meio social (AMARANTE, 2008, p.17).

Existirá o ideal em saúde mental? Ao querer um ideal, remonta-se à ideia de que saudável, produtivo, é quem não está acometido por nenhuma doença e que, portanto, pode exercer sua função laboral na família, na sociedade, sem “atrapalhar a ordem estabelecida”. Ao edificar um ideal de ausência de sofrimento psíquico produz-se um “tipo ideal”, o que nunca falta, não se atrasa, não arruma confusão, ou seja, o que obedece ao padrão de normalidade e, com isso, nega-se o direito de adoecer, produzindo a cultura da culpabilização por adoecer.

No movimento da reforma psiquiátrica podem-se também destacar os movimentos de resistência ao processo de desinstitucionalização que o veem como desassistência: “é uma experiência que se coloca em oposição à desinstitucionalização” (AMARANTE, 2008, p.18). Para os seus adeptos, romper com a institucionalização seria abandonar os doentes ao seu próprio destino, sem que estes recebessem quaisquer cuidados e assistência, ou seja, o lugar do doente seria a rua.

O louco, que antes era enclausurado para não poluir a rua, agora não poderia a ela voltar. Há uma inversão de valores, o louco na rua, que representava uma afronta à sociedade, agora passa a ser objeto do lucro, sua estada na rua representa o não ganho dos protagonistas desse movimento, no qual estão os segmentos mais conservadores da sociedade, as grandes indústrias farmacêuticas e o poder psiquiátrico.

No Brasil, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) é fortemente influenciado pelo modelo de desinstitucionalização que visa à desconstrução do modelo existente. E esse movimento se fortifica e é impulsionado, principalmente, com a visita de Franco Basaglia. Este psiquiatra liderou o movimento italiano de reforma psiquiátrica iniciado em Gorizia e, depois, em Trieste, onde foi aprovada a Lei 180, a qual estabelecia que os hospitais psiquiátricos da Itália fossem fechados, como se vê nos escritos de Amarante:

No bojo desse Processo foi constituído um importante movimento social, denominado Psiquiatria Democrática Italiana, que se tornou um ator

estratégico e fundamental na luta pela extinção dos manicômios na Itália e, posteriormente, base para muitos outros movimentos, em diversas partes do mundo, que se dedicaram a esse mesmo projeto: o fim da instituição psiquiátrica como lugar de violência e exclusão social. Ainda nesse contexto, foi aprovada a lei 180, em 13 de maio de 1978, que determinou o fim dos manicômios em todo território italiano e consolidou o processo de criação de novas práticas de atenção psicossocial e de saúde mental. Essa lei ficou conhecida como lei Franco Basaglia (AMARANTE, 2005, p.7).

O MTSM, baseado no modelo de desinstitucionalização italiana e fundamentado no modelo de desconstrução do modelo manicomial, prevê a abolição de novos leitos em hospitais psiquiátricos e a progressiva redução dos leitos já existentes, gerando dessa forma, uma expansão nos serviços de saúde multiprofissional ambulatorial. Esse modelo previa não só rompimento com os muros dos manicômios, mas também o rompimento com a lógica manicomial, como analisa Heidrich:

A experiência italiana de reforma propunha que não bastava trocar o “local” do tratamento ao portador de transtorno mental, mas transformar a forma de conceber a problemática da loucura, cuidar, pensar e lidar com ela. Para os italianos, liderada por Franco Basaglia, diferenciou-se de todas as outras experiências de reforma psiquiátrica exatamente por esse fato. Partindo da crítica ao modelo manicomial, os italianos acabaram por construir um outro modelo de entendimento da loucura e a propor uma outra psiquiatria. Ao abordar o saber psiquiátrico de forma crítica e dialética, lutaram para construir um movimento de desconstrução desse saber e buscaram, ao reconstruí-lo demonstrar toda a opressão e dominação que carrega o conceito de “doença mental” e o de “loucura”. Construíram assim, um paradigma de desinstitucionalização (2008, p.18).

Apesar da influência Basagliana no Brasil o MTSM afasta-se das propostas italianas, e essa luta só é retomada no final dos anos 1980, quando a ênfase se dá na aposta por uma ruptura com a especificidade do movimento apenas dos trabalhadores em saúde mental, para se tornar um movimento social que envolva os trabalhadores da saúde mental, familiares, usuários e a sociedade em geral, buscando alianças, também, com outros movimentos sociais.

As mudanças reivindicadas vêm carregadas de críticas ao modelo técnico-administrativo do modelo sanitário, visando-a analisar o saber psiquiátrico, o que amplia o campo de produções teóricas com outras propostas que tentam ir além das soluções técnicas que eram prioritárias:

(...) A reforma sanitária vai se tornando um conjunto de medidas predominantemente administrativas, das instituições assistenciais do setor saúde, sem o questionamento do modelo médico de análise e terapêutica, ou das consequências imediatamente derivadas da natureza mesma desse

modelo, tais como a 'escuta' e a abordagem exclusivamente técnicas do sintoma/ mal estar, a tendência ao especialismo radical, a produção de uma cultura medicalizante, o desmesurado intervencionismo diagnóstico e terapêutico, e a formulação de interesses do complexo médico –industrial ai envolvidos(...) em suma, a questão entre os movimentos pela reforma psiquiátrica e sanitária está na relação com a qual um e outro mantém com o saber constituinte de seus campos específicos. (AMARANTE, 2008, p.22).

A desinstitucionalização passa a ter a proposta de desconstrução do modelo existente, o que exige que sejam revistas as práticas profissionais, as relações estabelecidas cotidianamente com os usuários, marcadas pelo forte questionamento ao poder médico, de como este se formou e se legitimou. Sendo assim, através desses questionamentos, estabeleceu-se a construção de estratégias de intervenção:

Estabelecem-se estratégias mediatas, tais como a luta pela extinção/ superação das instituições da violência, que traduzem um processo prático de construção de uma nova realidade em torno da loucura e da psiquiatria. Tais estratégias implicam o reconhecimento e que, se a realidade é essencialmente construída, pode ser substancialmente modificada (AMARANTE, 2008, p.21).

Observa-se que as políticas de Saúde Mental, no Brasil, são fruto de lutas históricas. A luta antimanicomial é fortalecida e conquistada pelos coletivos sociais em luta, que sentiram o peso da imposição da clausura manicomial às pessoas com sofrimento mental, e passaram a questionar a esse modelo e a lutar por sua superação, mediante a reforma psiquiátrica, reconhecida neste país como:

A reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da reforma psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p.6).

A reforma psiquiátrica é um avanço para a política de saúde. Tradicionalmente, o usuário era enclausurado e afastado de sua família, perdia o direito de administrar a sua vida e de conviver com seus familiares. Esse contexto passa a ser discutido com a reforma psiquiátrica oriunda do Projeto de Lei de Paulo Delgado, nº 1989, que tramitou por 12 anos no Congresso Nacional e se transformou na Lei Federal nº 10.216, que indica a extinção e a substituição gradativa dos serviços manicomiais no Brasil, baseando-se também na

Declaração de Caracas¹⁵, do ano de 1990, e na Segunda Conferência de Saúde Mental, de 1992, conhecida como marco histórico da psiquiatria brasileira pela proposta de reestruturação da atenção em saúde mental no país.

A normatização da saúde mental surge no processo de construção da política de saúde mental pelas organizações sociais, profissionais da saúde, autoridades e os legisladores, os quais perceberam que a assistência psiquiátrica, nos moldes em que ocorria, não atendia às demandas comunitárias, ou seja, que não trabalhava na lógica da prevenção e no atendimento contínuo. Assim, o movimento confronta-se com o desafio de organizar um sistema que atenda integralmente o usuário.

Desse modo, a Declaração de Caracas prevê uma meta de saúde para todos, com o desenvolvimento de programas baseados nas demandas populacionais e, considerando a participação, descentralização e prevenção, afirma:

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:
 - a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
 - b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
 - c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:
 - a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;
 - b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais (BRASIL, 2004, pp. 11-12)¹⁶.

¹⁵ Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf> Acesso em: 20/06/2009.

¹⁶ Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio15%20anos%20caracas.pdf>>. Acesso em: 15/07/2009.

A Declaração de Caracas questiona e sugere novos rumos para o atendimento em saúde mental, mostrando a falência do modelo de hospital psiquiátrico da época, cuja lógica não respeitava o “doente mental”. Essa Declaração incentiva a criação de legislações que estipulem os direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico influenciando, de forma decisiva, a reforma psiquiátrica. Então, é proposto, no Brasil, um modelo descentralizador e participativo como se pode observar no regulamento da CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:

Art. 1º – A II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL terá por finalidade, através da discussão democrática entre os diversos setores da sociedade, definir diretrizes gerais para a "Reforma Psiquiátrica", no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira, orientando a reorganização da atenção em Saúde Mental no Brasil nos planos assistencial e jurídico-institucional. Terá por norte as Resoluções da IX Conferência Nacional de Saúde e da Conferência de Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. (BRASIL, 2009, p. 45)¹⁷

É a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, que o movimento da reforma psiquiátrica passa a decidir como serão formalmente estruturados os Serviços de Saúde Mental. Nesse sentido, abre-se caminho para financiamento de novos serviços em Saúde Mental, surgem modelos alternativos ao modelo que antes se limitava apenas ao espaço do hospital psiquiátrico convencional. Dessa forma é na década de 1990 que passam a vigorar as primeiras normas federais que regulamentam os serviços de atenção diária como NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), CAPS, Hospitais Dia e as primeiras normas de categorização e fiscalização dos hospitais psiquiátricos.

Acontece, então, a chamada desospitalização com a criação em todo o país de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e os serviços de atenção psicossocial como os CAPS, Hospital Dia, NAPS.

A política neoliberal no ano de 1995, assegurada pelo governo de FHC, desarticula o movimento da reforma psiquiátrica, porque saem de cenário suas principais lideranças com a entrada do projeto político do presidente da república do Brasil, Fernando Henrique Cardoso, que retira, do cenário, esses líderes por serem eles, em sua maioria, provenientes das correntes políticas de esquerda, as quais se opunham a política neoliberal¹⁸.

¹⁷Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_da_2_conferencia_de_saude_mental.pdf> acesso em: 20/06/09.

¹⁸ A pretensão do grande capital é clara: destruir qualquer trava extra econômica aos seus movimentos. Para legitimar essa estratégia, o grande capital fomentou e patrocinou a divulgação maciça do conjunto ideológico

A saída dessas lideranças influi e atrapalha o avanço da reforma psiquiátrica. Nesse período, apesar deste contexto de desmobilização, pode-se destacar a Legislação Federal sobre cooperativas sociais que tem por finalidade a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos que, por desvantagem, não conseguem estabelecer-se no mercado econômico pelo trabalho. A Lei nº 9867, de 10 de novembro de 1999, no seu artigo 3º considera:

Art.3º Consideram-se pessoas em desvantagens, para efeitos desta lei:

I – os deficientes físicos e sensoriais;

II- os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes; de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos;

III- os dependentes químicos;

IV os egressos de prisões

V- VETADO

VI - os condenados a penas alternativas à detenção;

VII- os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo (BRASIL, 2005a, p. 94).

Desse modo, as entidades como, o Ministério da Saúde, o da Justiça, as organizações sociais da sociedade civil, são solicitadas a apoiar a re-estruturação da assistência técnica para implantação dessa política, fundamentadas pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, de proteção e garantia dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental, havendo, assim, um movimento pela implantação desse modelo. Esta lei garante que o usuário tenha acesso a todas informações de sua doença e ao tratamento, que deve estar centrado na realidade comunitária do usuário, com o envolvimento da comunidade.

A Lei nº. 10.216 regula a internação e determina que esta ocorra somente quando se esgotarem todos os recursos extra-hospitalares. No Artigo 2º considera como direitos da pessoa portadora de transtorno mental os que seguem:

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

que se difundiu sob a designação de neoliberalismo. (...) O que se pode denominar de ideologia neoliberal compreende a concepção de um homem (considerado atomisticamente como possessivo, competitivo, calculista), uma concepção de sociedade (tomada como um agregado fortuito, meio de o indivíduo realizar seus propósitos privados) fundada na idéia da natural e necessária desigualdade entre os homens e uma noção rasteira da liberdade. (vista como função da liberdade de mercado) (NETTO; BRAZ, 2007, p.226).

- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001). (BRASIL, 2004c, p. 54)

No artigo 4º desta lei prevê-se que a internação em qualquer modalidade só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostram insuficientes, ou seja, a Lei prevê abolição do modelo asilar prevendo, ainda, para pacientes com internação longa e que dependem de uma instituição em função de sua condição social, uma política de assistência psicossocial. Além disso, a lei regulamenta as internações involuntárias, arbitrárias de longo prazo, restringindo-as, ao prever fiscalização e responsabilização.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (BRASIL, 2004, p. 71).

Em 2002 os CAPS, surgidos em 1992, são oficialmente regulamentados e tornam-se sistemas alternativos para a diminuição das internações psiquiátricas, devendo prestar um atendimento às comunidades da sua área de abrangência, oferecendo atendimento integral. Dessa forma os CAPS têm como objetivo ser substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos. Para isto segundo o Ministério da Saúde, devem:

- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;

- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. (BRASIL, 2004, p.13)

Para a realização desses aspectos, os CAPS devem ter um ambiente físico para acolher a demanda comunitária, oferecendo acolhimento com espaços adequados: salas, consultórios e espaços de convivência, ou seja, devem oferecer infraestrutura necessária para promover o bem-estar do usuário, dos familiares e da equipe técnica, envolvendo-se na rotina da comunidade e respeitando os processos organizativos, atendendo todas as pessoas com sofrimento psíquico. Dessa forma os CAPS visam atender a todas as pessoas que:

(...) apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2004, p.15).

Os CAPS devem prever, também, um atendimento individualizado de acordo com as necessidades pessoais, levando em conta que há casos que necessitam de atendimento intensivo; além disso, proporcionar atendimento coletivo, estendendo-o não só aos grupos formados nos CAPS, mas também aos familiares dos usuários. Os recursos oferecidos nos CAPS são variados, tais como: atendimento individual, atendimento grupal, atendimento para a família, atividades comunitárias, assembléias e reuniões. E se delineiam em:

Atendimento nas oficinas terapêuticas: são oficinas de expressão, nas quais se usam vários recursos da arte como: pintura, teatro, música, bem como, os que provêm da geração de renda ou da alfabetização. Esses recursos terapêuticos se apresentam como:

-Atendimento Individual: nesse o usuário tem acesso à terapia individual, à prescrição de sua medicação e à orientação específica, uma vez que a medicação dos usuários deve ser avaliada constantemente pelos profissionais do serviço dos CAPS.

-Atendimento grupal: nessa modalidade, são oferecidas várias oficinas, com recursos diversos que vão desde oficinas de geração de renda, de produções artísticas, de alfabetização;

-Atendimento para os familiares: atividades desenvolvidas para envolver a família do usuário no seu tratamento. Esses atendimentos podem ser também individualizados e em domicílio através de visitas. Além disso são oferecidas atividades de ensino na área de Saúde Mental aos familiares.

-Atividades Comunitárias: são aquelas desenvolvidas com os movimentos do bairro, ou seja, desenvolvidas com associações ou outras instituições do próprio bairro, visando à troca de saberes com a comunidade. Podem ser festas, eventos, participação em grupos já existentes na comunidade.

-Assembléias ou reuniões de organização do serviço: são consideradas uma atividades de extrema importância, realizadas de preferência, semanalmente onde se encontram os técnicos, usuários, familiares para, juntos, fazerem o processo de avaliação e proposição do andamento dos serviços oferecidos nos CAPS. São discutidos os problemas e acolhidas as sugestões com intuito de oferecer um atendimento qualificado a todos envolvidos.

O principal atendimento do CAPS é oferecido nas oficinas terapêuticas, que podem ser escolhidas pelos usuários de acordo com seus interesses e são acompanhadas pelos profissionais e podem ser:

- Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.
- Oficinas geradoras de renda: servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.
- Oficinas de alfabetização: esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania. (BRASIL, 2004, p.15)

Existem vários tipos de CAPS diferentes, conforme o tamanho do equipamento, a equipe profissional, as diversidades terapêuticas oferecidas e, também a especificidade dos usuários. Conforme o atendimento que prestam, os CAPS classificam-se em:

CAPS I e CAPS II – prestam diariamente atendimento a usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes, na localidade de sua abrangência.

CAPS III – são os centros de atendimento psicossocial diário e noturno, sete dias na semana, a usuários de referência com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPSi – São CAPS para a infância e adolescência e preveem atendimento diário a crianças e adolescentes com transtorno mentais.

CAPS ÁLCOOL E DROGAS – CAPSad: são de atendimento diário para usuário de álcool e de outras drogas. Este CAPS prevê leitos de repouso com a finalidade do tratamento da desintoxicação, surgem em 2002.

Os CAPS oferecem atendimento diário de acordo com a população e se dispõem assim:

CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes
Funciona das 8 às 18 horas. De segunda a sexta-feira.

CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes
Funciona das 8 às 18 horas. De segunda a sexta-feira.
Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes
Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.

CAPSi – municípios com população acima de 200.000 habitantes
Funciona das 8 às 18 horas. De segunda a sexta-feira.
Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

CAPSad – municípios com população acima de 100.000 habitantes
Funciona das 8 às 18 horas. De segunda a sexta-feira.
Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas. (BRASIL, 2004, p.19)

Os usuários que permanecem por mais de quatro horas no CAPS têm direito a refeições diárias, variando de acordo com o projeto terapêutico determinado. O apoio familiar e a possibilidade de participar das atividades propostas são determinantes na questão da frequência do usuário ao CAPS.

O papel estratégico do CAPS implica um trabalho em rede e por território. Sendo assim, o trabalho do CAPS deve-se voltar ao cuidado para “fora do hospital”, ou seja, deve ser direcionado ao trabalho comunitário envolvendo-se na rede básica de saúde, aliando-se às unidades de saúde local, aos programas de saúde existentes na comunidade de sua abrangência, o que demanda integração com a comunidade. Dessa forma, o CAPS precisa:

- a) conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território;
- b) estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território;
- c) realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas,

realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica;
d) realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica (BRASIL, 2004, p.19).

Assim, os CAPS são uma alternativa ao modelo de internação, visto que o modelo de hospital psiquiátrico como único tratamento é considerado incapaz de atingir os objetivos, por isolar o doente do seu meio, afrontando os direitos humanos e os sociais. Segundo a lei de Saúde Mental, o internamento só poderá ser aplicado quando a única forma de garantir a efetivação do tratamento for o internato e deve cessar logo que cessem as causas que o justificaram. O fim do internamento pode ser solicitado por um familiar. Portanto, sempre que for possível, o internamento deverá ser substituído pelo tratamento ambulatorial.

Este breve histórico demonstra que a reforma psiquiátrica brasileira se baseou na desinstitucionalização fundamentada no modelo italiano, que buscava uma transformação no modo de perceber a “doença mental”, a “loucura”. Não é uma negação da doença mental, mas um modo diferente de olhá-la, de considerar o usuário sob outra perspectiva, que vai além da doença, com vistas ao exercício da sua cidadania plena:

Não é que nós prescindamos da doença, mas pensamos que para estabelecer uma relação com um indivíduo é necessário considerá-lo independente daquilo que pode ser o rótulo que o define. Relaciono-me com uma pessoa não pelo nome que tem, mas por aquilo que ela é. (...) O diagnóstico tem um valor de um juízo discriminatório, o que não significa que procuremos negar que o doente seja, de alguma forma doente. É este o sentido de colocar o mal entre parênteses, ou seja, colocar entre parênteses a definição, o rótulo (BASAGLIA, 2001, p.28).

Nessa concepção de desinstitucionalização como desconstrução do modelo manicomial, a saúde mental pode ser considerada um campo com múltiplas facetas no qual o pesquisador tem o desafio de romper com estigmas¹⁹ e, para romper com os estigmas e acolher a vida em seus múltiplos sentidos, é preciso acolher o devir²⁰ nas suas diferenças.

¹⁹ Tomou-se o estigmatizado como protótipo do banido social, banido por exclusiva culpa sua. Ao defini-lo, penalizaram-no, colocando-o à margem da sociedade. Nesse incessante forjar de proscritos, não se cuidou sequer de perguntar, por exemplo, quem verdadeiramente é o marginal: o estigmatizado que a sociedade marginaliza ou a própria sociedade (GOFFMAN, 1988, p.1).

²⁰ Termo relativo à economia do desejo. Os fluxos de desejo procedem por afetos e devires, independentemente do fato de que possam ser ou não rebatidos sobre as pessoas, sobre as imagens, sobre identificações. Assim, um indivíduo, etiquetado antropológicamente como masculino, pode ser atravessado por devires múltiplos e, aparentemente, contraditórios: devir-feminino que coexiste com devir-criança, um devir animal, um devir invisível, etc. (GUATTARRI; ROLNIK, 1999, p.382).

Utilizei o do método cartográfico que considera que é preciso habitar um território existencial, o que significa esse habitar? Significa construir com o coletivo.

Cartografar é sempre compor com o território existencial, engajando-se nele. Mas sabemos que o processo de composição de um território existencial requer um cultivo ou um processo construtivo. Tal processo coloca o cartógrafo numa posição de aprendiz, de um aprendiz – cartógrafo. Nesse processo de habitação de um território, o aprendiz – cartógrafo se lança numa dedicação aberta e atenta. Diferente de uma pesquisa fechada, o aprendiz de cartógrafo inicia sua habitação do território cultivando uma disponibilidade à experiência (ALVAREZ; PASSOS, 2009, pp.135 - 136)

Assim, a partir da vivência e dos sentidos produzidos na arte do conviver, é preciso deixar-se afetar. E, nesse viver, questionar: que regimes de verdade se produzem em torno do portador de sofrimento psíquico? A análise traçada remete às relações que perpassam a política de Saúde Mental, a partir do Espaço do CAPS escola, já que considera que:

(...) antes de se voltar para o desfile de obras de arte consagradas e de discussões históricas e técnicas perante os olhos e ouvidos dos educandos deve se voltar primeiramente para o seu cotidiano mais próximo, para a cidade onde se vive, as ruas e praças pelas quais se circula e os produtos que consome, na intenção de despertar sua sensibilidade para com a vida mesma, consoante levada no dia a dia... (DUARTE JÚNIOR, 2003, p.25.).

Assim, a pesquisa cartográfica tem como pressuposto um abrir-se para a arte de acolher a vida e ver o que se passa nesse espaço, pois como diz o poeta Rubem Alves²¹:

Há muitas pessoas de visão perfeita que nada vêem
Não basta abrir a janela
Para ver os campos e o rio
Não é o bastante não ser cego
Para ver as árvores e as flores

Deste modo, a cartografia orienta esta dissertação como uma proposta de pesquisa que se desenha a partir dos encontros produzidos e dos afetos nele desenhados.

²¹ 2005, pp. 22-23

3. CARTOGRAFIA: UMA OPÇÃO DE PESQUISA NO CAPS

Ao optar por fazer uma pesquisa na área da saúde mental escolhi, o método da cartografia, considerando que ela possibilita um acolher dos múltiplos sentidos de viver que passam pelo CAPS, principalmente por ela considerar o território existencial. Existem territórios diferentes a serem ocupados, criados, e esses merecem a nossa atenção e o nosso respeito.

Em saúde mental, muitas vezes, os usuários se referem a realidades que causam estranhamento aos profissionais, aos familiares e aos pesquisadores, como observamos na fala de um usuário: *“Se tu olhar com o terceiro olho, vais enxergar.”* (C.M). Pode-se negar que a realidade desse usuário existe? Nesse sentido, penso que cabe um questionamento, conforme Latour analisa, ao ter sido tomado de surpresa, quando um psicólogo lhe perguntou: *“Você acredita na realidade?”* ‘Claro que sim!’ respondi, rindo. Que pergunta! A realidade será acaso alguma coisa que temos que acreditar?” (2001.p.13).

Será que a realidade precisa ser algo que necessariamente temos ou não que acreditar? O real tem a ver com o território existencial. Em um grupo, por exemplo, podemos ter alguém que canta, ou que fala “sozinho”, pois sua fala refere outras pessoas que os profissionais ou familiares não veem. E, isto, em muitos casos, passa a ser considerado um “delírio”, coisa de “doido”. A invenção²² entendida aqui como processos de criação, não é uma realidade? Imaginar criar outros mundos não é real?

A cartografia nos convida a considerar o território existencial, não importando se essas realidades são imaginárias ou não, pois, uma vez que elas são expressas e sentidas, são a realidade de quem as vive, de quem as sente. Essa realidade seja vivida de forma alegre, dolorida, ou com medo merece a nossa consideração, a nossa atenção, e o nosso respeito, pois, o compromisso do cartógrafo deve ser o de acolher a vida em suas múltiplas formas de existir.

O compromisso com a vida é o que consta como cláusula principal no contrato do cartógrafo/pesquisador. É, somente, a partir deste que se

²² Invenção como criação de estratégias para fazer frente à demanda de ação; invenção como criação de coerências e coesão através dos processos (assimilatórios e acomodatórios, diria Piaget) constitutivos de novas conexões entre conceitos, entre aglomerados ou conjuntos conceituais – novas coordenações, novas integrações, ou novas diferenciações –, gerando, no limite, transformações, reestruturações em novos patamares de complexidade; mas, se não tanto, pelo menos novos nodos na rede conceitual abrindo a novas possibilidades explicativo interpretativas. A intervenção é também criadora, na medida em que sendo uma resultante de processos de invenção, irrompe na estrutura como um estranho (AXT; KREUTZ, 2003, p.338).

possibilita a apreensão destas conexões, a escuta dos ruídos e a visão das sombras. É no suporte à vida que se percebe quais intensidades pedem passagem, qual o índice de abertura, de devir, de acolhimento a novos encontros e as novas experiências que permitem a desterritorialização de campos inférteis, onde o único esboço de vida é o do mesmo, daquele que ainda persiste, mesmo na iminência de cair na escuridão. (MAIRESSE, 2003, p.270.)

Assim, a cartografia considera o território existencial como a expressão do diferente, como uma forma de habitar o mundo e que, portanto não pode ser menos considerada, nem menos importante, uma vez que ela é a expressão de sentimento e, no caso desta pesquisa, do usuário de saúde mental, “é o movimento próprio da vida, da criação. As linhas da subjetividade compõem o território existencial, o modo de existência de cada um de nós, e também possibilitam que se exerça a invenção” (ROMAGNOLI, 2009, p.170.). Nos territórios existenciais, podem ser encontradas potencialidades, desejos criadores e linhas de fuga como forma de resistência para o estabelecido, o estático.

É claro que nenhuma estratégia gera um só modo de existência: universos singulares criam-se com cada estratégia, quando adotada por uma existência ou outra (sejam essas as experiências de um indivíduo, de um grupo ou de uma sociedade. Diferentes destinos, dramas, cenários, estilos ... Aqui reside toda riqueza do desejo . Toda a sua generosa fartura. O desejo é a criação do mundo. (ROLNIK, 1987, p.55).

Desse modo, utilizei a cartografia como aliada no habitar um território estranho, ainda não habitado por mim. Assim, enquanto pesquisadora, cultivei uma atitude de estar à espreita, visto que a cartografia não observa um objeto estanque. Ela se deixa atravessar pelo inesperado, deixa-se afetar por intensidades, por fluxos, por movimentos, pois sabe que não pode representar seus objetos porque, “quando começamos a falar de uma realidade particular, queiramos ou não fazemos com que a coisa coincida mais ou menos com a representação que temos dela” (BERGSON, 1974, p.55).

Portanto, como cartógrafa busquei viver o presente, aliando meu desejo “com um desejo, com um gosto de viver, com uma vontade de construir um mundo no qual nos encontramos, com a instauração de dispositivos para mudar os tipos de sociedade, os tipos de valores que não são nossos” (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p.17).

E, com esta perspectiva, convido os leitores a embarcarem na realidade dessa escrita, deixando-se levar pelos afetos produzidos.

3.1. O que é a cartografia

A cartografia é um método de pesquisa que busca acompanhar processos em curso. Sendo assim ela delinea seus objetivos considerando que estes podem modificar-se durante seu processo, que é uma processualidade, “não como a noção de processamento que evoca concepção do conhecimento pautada na teoria da informação. Nesta perspectiva a pesquisa é entendida e praticada como coleta de dados” (BARROS; KASTRUP.2009.p.58). Já, na cartografia, o mais importante é a vivência da pesquisa, os afetos produzidos. Ela é troca que se estabelece com as pessoas envolvidas. É a partir desse envolvimento que se produz a própria pesquisa cartográfica.

Então, certa tarde havia marcado de fazer a pesquisa e registrar, mas um dos usuários manifestou o seguinte: “Podemos apenas conversar?” (C.M) Então, respondi que sim. Poderíamos só conversar, porque conversar é, também, fazer pesquisa. E, nessa conversa, obtive tantos dados, que talvez se tivesse seguido o meu roteiro não tivesse sido tão proveitoso. Isso é o deixar se afetar. Não se trata de não propor, de não agenciar dispositivos. O cartógrafo precisa criá-los na realidade, necessita captar os movimentos, e acima de tudo, respeitar os movimentos do grupo, ou seja, não se limitar aos objetivos pré-fixados.

A cartografia compreende a realidade social como um processo de mutação, e não de estagnação. E, sendo assim, a pesquisa deve acompanhar um processo que só acontece no porvir. Considera que há um território²³ a ser descoberto. Portanto, nosso olhar deve estar atento à realidade que oferece muitos territórios. O olhar treinado a analisar um foco determinado pode nos cegar, pois, à medida que perseguimos um foco, não abrimos para novos acontecimentos. Por isso, a cartografia nos dá pistas de que “é importante cartografar os territórios abandonados, onde se expressa materialmente a crise existencial do ser humano. Território de desestabilização mental, social, meio- ambiental (ROCHA, 2009, p.72). O que é então a cartografia?

²³ A noção de território é entendida aqui em um sentido muito amplo, que ultrapassa o uso que dela fazem a etologia e a etnologia. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. o território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente em casa. o território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos (GUATARRI; ROLNIK, 2005, p.338).

A cartografia como método de pesquisa – intervenção pressupõe uma orientação do trabalho do pesquisador (...) não se trata de uma ação sem direção, já que a cartografia reverte o sentido tradicional de método sem abrir mão da orientação do percurso da pesquisa. O desafio é o de realizar uma reversão do sentido tradicional de método – não mais um caminhar para alcançar metas pré fixadas (metá-hódos), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas. A reversão, então afirma um hódos-metá. A diretriz cartográfica se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados (PASSOS; BARROS, 2009, p.17).

O modo de pesquisa cartográfico supõe uma permanente criação. Por isso, é sempre movimento, é uma prática, não um modo a ser aplicado, pois considera que cada momento é único e traz consigo a possibilidade do imprevisível. Portanto, cada usuário é único, por essa razão quer ser o modo de pesquisa que cada problema exige, ao invés de ser um método para todos os problemas. A cartografia convida a sermos estrangeiros na nossa própria casa, habitar terrenos que não conhecemos.

Ser cartógrafo implica considerar o espaço de relações em constante movimento, no qual objeto e pesquisador não se separam. Considera que o objeto pesquisado não é um dado inerte e neutro, mas está possuído de significados e relações, ultrapassando, dessa forma, a análise quantitativa.

Para a cartografia é importante atentar para a questão política da pesquisa, da escrita, da intervenção, pois nela se desenharão vontades e ideias de seu autor. A cartografia considera a vida presente, que é “espaço topológico que designa as medidas de temporalidade sempre tendo como referência o presente, que se alonga no passado como memória e se estende em direção ao futuro como devir” (SILVA; MARROCO, 2008, p.2). Sendo assim, a vida é atravessada de múltiplos sentidos, em que o passado não é algo obsoleto, que apenas influenciou, mas é presente, uma vez que é memória que buscou o arquivo²⁴ que vive, que é presente, que produz sentido.

A proposta da cartografia é capturar o momento vivido, uma vez que ela se propõe falar de dentro da pesquisa, ao invés de falar de fora, pois sempre que se fala sobre algo, entramos no terreno da representação. Estamos falando de fora sobre algo a partir de signos que nós conhecemos. Assim:

²⁴ Chamarei de arquivo não a totalidade de textos que foram conservados por uma civilização, nem o conjunto de traços que puderam ser salvos de seu desastre, mas o jogo as regras que, numa cultura, determinam o aparecimento e desaparecimento de enunciados, sua permanência e seu apagamento, sua existência paradoxal de acontecimentos e de coisas. (FOUCAULT, 2005, p.95)

Tudo que me é contado acerca da pessoa me fornece pontos de vista sobre ela. Todos os traços pelos quais ma descrevem, e que só podem fazer com que eu a conheça através de comparações com pessoas ou coisas já conhecidas, são signos, pelos quais a exprimimos mais ou menos simbolicamente. Símbolos e pontos de vista me colocam, pois fora dela; apenas me fazem conhecer dela o que tem em comum com os outros e que não lhe pertence propriamente. Mas o que é propriamente ela, o que constitui sua essência, não poderia ser percebido de fora, pois é por definição, interior, nem ser expresso por símbolos, pois é incomensurável com qualquer outra coisa. Descrição, história e análise me deixam, pois, no relativo [...]. Todas as fotografias de uma cidade, tomadas de todos os pontos de vista possíveis, poderão se completar indefinidamente umas as outras, porém não equivalerão nunca a este exemplar em relevo que é a cidade por onde caminhamos. Todas as traduções de um poema em todas as línguas possíveis poderão acumular nuances e nuances e, por uma espécie de mútuo retoque, corrigindo se uma a outra, dar uma imagem cada vez mais fiel do poema que traduzem; jamais captarão sentido interno do original (BÉRGSON, 1974, p.20).

Nesse sentido, não se caracterizam lugares fixos para o sujeito-pesquisador e o objeto-pesquisado, e sim a relação que se estabelece entre ambos, repleta de ansiedades e de expectativas.

Dessa forma, a pesquisa foi criando as condições, e ideias também foram nascendo do processo que deu sentido à produção do conhecimento, o qual se constituiu através dos desdobramentos da caminhada feita, seguindo os passos metodológicos a partir das relações estabelecidas entre pesquisadora e pesquisados que juntos sugeriram e deflagraram os acontecimentos²⁵.

Neste trabalho foram usados como recursos as entrevistas individuais e grupais não- estruturadas e a observação (vide Anexo III) em oficinas coletivas e reuniões com os usuários, os profissionais, e os familiares dos usuários, para conhecer os diferentes olhares e movimentos no espaço CAPS Escola que atravessam a política da saúde mental.

As entrevistas semi-estruturadas foram agendadas previamente com os profissionais (vide Anexo I) e os usuários (vide Anexo II) e seguiram um roteiro de questões abertas, que podiam ser modificadas à medida do processo de pesquisa em curso, dos acontecimentos, deixando-me afetar por um vir a ser, aberto ao devir cartográfico.

O olhar de quem cartografa não deve estar focado no objeto, mas em todo o encontro e nos afetos que podem resultar desse momento. O cartógrafo nunca está pronto, é o processo que o forma, seu olhar é atento, pois não busca um método de intervenção a ser aplicado, mas pousa seu olhar no que

²⁵ É uma multiplicidade que comporta muitos termos heterogêneos, e que estabelece ligações, relações entre eles, através das épocas (DELEUZE; PARNET, 1998, p.83).

lhe afeta nesse movimento desconhecido e inventa a intervenção de acordo com cada problema, inventa um modo que seja capaz de acompanhar um processo e não representar um objeto (KASTRUP, 2007, p.15).

Os usuários entrevistados foram escolhidos aleatoriamente entre aqueles que estavam participando das oficinas do CAPS Escola há pelo menos três meses. Foram consideradas, para análises, as narrativas resultantes das entrevistas, utilizando-se a produção cartográfica das vivências.

Os dispositivos usados na cartografia podem ser vários e encontram-se na vida cotidiana “que possui uma peculiar criatividade para subverter as formas padronizadas de viver, as quais são impostas pela comunicação, publicidade, espaços geométricos e pelas instituições do desenho geométrico da cidade” (ROCHA, 2009, p.73).

Por isso a cartografia pretende:

Poder acolher a realidade não como um molde e uma estrutura estabelecida, mas olhar para o que resiste ao concreto, para as práticas criativas, para os outros sentidos produzidos no coletivo é, também, poder criar modos sensíveis de pesquisa que não se tornem tão impositivas, que tornem a pesquisa vibrátil, ao ponto que a produção do conhecimento vá desabrochando aos poucos, com a força desse encontro (RIBEIRO, 2008, p.67).

Assim, a proposta foi a de “encontrar-se”²⁶ nesses espaços, nesses momentos em que a participação e o envolvimento desses agentes²⁷ pulsam e geram afetos, agenciando vivências coletivas com usuários e profissionais. A pesquisa utilizou, também, o recurso bibliográfico entendendo que os livros são instrumentos-equipamentos²⁸ que permitem mapear²⁹ o vivido pelo coletivo.

A análise foi norteadada pelo referencial teórico de Michel Foucault, Félix Guatarri, Gilles Deleuze, Suely Rolnick, Paulo Amarante, Franco Basaglia entre outros autores que

²⁶ Encontrar é achar, é capturar, é roubar, mas não há método para achar, só uma longa preparação. roubar é o contrário de plagiar, copiar, imitar ou fazer como (DELEUZE, PARNET, 1998, p.15).

²⁷ Agentes: indivíduo – pessoa – sujeito protagonista das práticas que se desenvolvem no complexo instituído – organizado – estabelecido e seus equipamentos. O agente funciona mais como engrenagem ou efeito dos processos, e não como causa dos mesmos (BAREMBLITT, 2002, p. 135).

²⁸ Equipamentos: conglomerados complexos, montagem de diversas materialidades..., prevalentemente a serviço da exploração, dominação e mistificação (BAREMBLITT, 2002, p.150).

²⁹ Os criadores de mapas têm de espetacular, pois sabem que não estão de posse de todos os dados. Estamos sempre lidando com narrativas em segunda mão, resumo de impressões. Não trabalhamos com uma ciência exata. O que fazemos é imaginar contornos litorâneos, penhascos e estuários para compensar aquilo que não conhecemos. Quantas vezes desenhamos um cabo ou uma baía sem saber em qual continente podem estar localizados? (...) Quem sou eu para estar tão convencido que todo esse vazio não é a manifestação de alguma substância invisível. (...) Algumas vezes me pergunto se meus olhos não estão me pregando uma peça (COWAN, 1999, p.33)

analisam a produção da subjetividade, a produção do discurso de verdade, a lógica manicomial, os conceitos de saúde mental e loucura. Com fundamentada nesse referencial teórico, são categorias de análise desta pesquisa: saúde mental; lógica manicomial; subjetividade; loucura; poder; verdade; práticas profissionais.

3.2. O CAPS Escola: implicação do pesquisador com seu objeto

O ato de pesquisar o CAPS está associado à minha trajetória de vida e de profissional. O campo da saúde mental sempre me instigou por entender que, diante do mistério que ainda é a mente humana, o homem teve diversas reações e por não “querer lidar com o diferente” que se expressa na loucura, tratou ao longo do tempo de reduzir, enclausurar e estigmatizar as pessoas com sofrimento mental. Estou, portanto, implicada no processo da pesquisa à medida que minha escolha se baseia na paixão que me mobiliza ao estudar saúde mental e que impregna cada traçado ora esboçado.

A implicação define-se como o processo que ocorre na organização analítica, em sua equipe, como resultado de seu contato com a organização analisada. É um termo que tem certa semelhança com o conceito psicanalítico de contratransferência (reação-consciente e inconsciente- que o material do paciente produz no analista); só que para o institucionalismo a implicação não é um processo apenas psíquico, nem inconsciente, mas de uma materialidade múltipla e variada, complexa (...). É ao mesmo tempo um processo político, econômico, social, etnológico, heterogêneo que deve ser examinado em todas as suas dimensões (BAREMBLITT, 2002, p.136)

Estudar a lógica manicomial se dá a partir de um entendimento de que assim como o manicômio foi extinto é necessário extinguir as diferentes formas de pensar e de agir, que expressam concepções, atitudes e comportamentos manicomiais. Nesse sentido, faz-se necessário produzir conhecimento que denuncie as práticas manicomiais e que desvele os espaços micropolíticos de resistência ao modelo manicomial, conhecendo a vida que neles se expressa, tendo ciência de que os manicômios ainda se expressam nos pensamentos e atitudes dos homens modernos, como destacam alguns autores:

Se é verdade que o manicômio como edificação e espaço epistêmico encontra-se, hoje, em estado de ruínas, também é verdade que como modo de perceber e agir em relação à diferença, ainda encontra-se impregnado nas mentes dos sujeitos e dobrado em seus corpos. As noções de isolamento e exílio social ainda mostram-se confortáveis, mas o olhar sobre a diferença encontra-se de um modo geral, um tanto intacto, liso, impermeável a cortes e a novas dobraduras (FONSECA; ENGELMAN; PERRONE, 2007, p.9.).

O interesse em pesquisar a área de saúde mental, conforme já exposto na introdução do trabalho, surge pelo contato que tive com pacientes dependentes químicos que provinham dos CAPS e se internavam no Hospital São Francisco de Paula - Hospital Geral onde trabalhei como assistente social. Na época, desenvolvia um trabalho em equipe juntamente com estagiárias de Serviço Social. Eram realizadas oficinas semanais utilizando o recurso da arteterapia como tratamento alternativo em Saúde mental para aqueles usuários e seus acompanhantes.

A Arteterapia, considerada como um processo educativo e terapêutico, é de uso recente na educação para a saúde, uma vez que integra a arte com outros campos do conhecimento, basicamente (...) não se preocupa com a recriação da beleza ideal, mas concebe que a arte, por ela mesma tem propriedades curativas (ARRUDA, 2004, p.153)

Por apostar em tratamentos alternativos, usei a arteterapia em oficinas que eram realizadas com a utilização de vários materiais como tintas, barro, entre outros, para que, ao desenhar e escrever, cada usuário pudesse escolher o material de acordo com sua preferência, pois a proposta era a autogestão na construção da saúde. Nas oficinas, foi observado que a arte através da intensidade, do resultado produzido no processo, colocava os usuários em contato com a potência, já que as falas, as expressões demonstravam isso, conforme pode ser percebido na seguinte manifestação de um dos participantes: *“Até que ficou bonito, eu nem sabia que sabia fazer isso”* (S.R).

Assim, perante os rótulos socialmente reproduzidos sobre os usuários do sistema de saúde mental, instigava-me conhecer como se produziam esses estigmas, por entender que as demandas³⁰ sociais são produzidas na realidade. E, na sociedade brasileira, foram alargadas pelo modo de produção capitalista que causa hoje a extrema desigualdade social e que não investe só na produção de bens materiais vendáveis, mas também na produção do desejo de consumo e captura nossas instâncias psíquicas:

Tudo que é produzido pela subjetivação capitalística – tudo o que nos chega pela linguagem, pela família e pelos equipamentos que nos rodeiam – não é apenas uma questão de idéias ou de significações, por meio de enunciados significantes. Tampouco se reduz a modelos de identidade ou a identificações com pólos maternos e paternos. Trata-se de sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber o mundo (GUATARRI; ROLNIK, 2007, p.34).

³⁰ A demanda não é espontânea, a demanda não é o primeiro passo de um processo; ela é produzida, de tal modo que existe um passo anterior à demanda que é a oferta (BAREMBLITT, 2002, p.65).

Esse modo de produção gera um contingente de excluídos dos circuitos vivos de produção: desempregados, subempregados, drogados, homens e mulheres que, devido ao grau de competitividade são excluídos por não atenderem os requisitos desse sistema o qual pressupõe que os profissionais que desejam romper com essa lógica, busquem uma qualificação profissional, uma competência capaz de contribuir e de subsidiar as suas atuações. Nesse sentido, exige-se conhecimento acerca da produção social³¹, para intervenções que sejam capazes de produzir uma crise ecológica³² visando à melhoria do ambiente que se habita.

Partindo desse entendimento, a pesquisa visa a analisar a política da saúde mental no espaço do CAPS Escola, considerando, conforme o Ministério da Saúde que, todos os CAPS

Devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar os laços sociais do usuário em seu território (BRASIL, 2005b, p. 27)³³.

Na pesquisa, busquei questionar as práticas³⁴ produzidas nesse espaço tendo como um pressuposto, o de que há um sistema de poder³⁵ que produz verdades sobre o usuário dos CAPS Escola, ou seja, que a loucura e a doença são produzidas à medida que se produz um discurso³⁶ de verdade que impõe normas de comportamento em que predomine a razão sobre

³¹ Isso quer dizer que o social não deve ser considerado como um “objeto natural” inerente a nossa condição humana, mas um objeto construído e produzido que não cessa de se transformar ao longo do tempo em função das diferentes práticas que o constituem, sendo assim não vamos encontrar apenas uma configuração do social, mas várias: cada formação histórica cria um campo de possibilidades de onde emerge uma certa problemática que engendra, simultaneamente, uma configuração específica do social (SILVA, 2003, p.178).

³²(...) Em que a crise ecológica não é meramente uma crise do meio ambiental, mas também, o social e o mental participam ativamente dela (ROCHA, 2009, p.71).

³³ Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>> Acesso em: 20/06/2009.

³⁴ Teoria e prática são práticas. Práticas diferentes que se revezam se conectam, se intensificam mutuamente, sem que tenhamos de concebê-las em termos de superposição absoluta ou derivação hierárquica (RODRIGUES; LEITÃO; BARROS, 2002, p.14).

³⁵ Poder: O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber produz discurso, deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa (FOUCAULT, 2001, p.8).

³⁶ Arqueologia busca definir não os pensamentos, as representações, as imagens, os temas, as obsessões que se ocultam ou se manifestam nos discursos; mas os próprios discursos, enquanto práticas que obedecem a regras. Ela não trata o discurso como documento, como signo, de outra coisa, como elemento que deveria ser transparente, mas cuja opacidade importuna é preciso atravessar frequentemente para reencontrar, enfim, aí onde se mantém a parte, a profundidade do essencial; ela se dirige ao discurso em seu volume próprio, na qualidade de monumento. Não se trata de uma disciplina interpretativa: não busca um “outro discurso” mais oculto. Recusa se a ser “alegórica” (FOUCAULT, 2002, p.159).

a desrazão pelo modelo que vigora e mantém o controle. Assim a desrazão seria a própria loucura (FOUCAULT, 2002)

Sendo assim, pretendo analisar se há práticas que constroem verdades sobre o usuário do CAPS Escola, e se essas práticas reproduzem a lógica manicomial, ao invés de rompê-la, tendo presente que:

Há um combate “pela verdade” ou ao menos “em torno da verdade” entendendo, mais uma vez, que por verdade não quero dizer “o conjunto das coisas verdadeiras a descobrir ou a fazer aceitar”, mas o conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder; entendendo- se também que não se trata de um combate “em favor” da verdade, mas em torno do estatuto da verdade e do papel econômico-político que ela desempenha. É preciso pensar o problema político dos intelectuais não em termos de ciência/ ideologia, mas em termos de “verdade/poder” (FOUCAULT. p.13. 2001).

A realidade em saúde mental, apesar de muitos avanços, ainda reproduz práticas cotidianas³⁷ de controle que se opera em várias instâncias: de punição e de prisão.

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (FOUCAULT, 2001, p.80).

O processo desta escrita é também o resultado das experiências que se basearam no vivido como Assistente social, no Hospital São Francisco de Paula, onde os usuários eram dependentes químicos e cujas internações eram provenientes dos CAPS. Foi essa experiência que despertou o interesse em conhecer, em pesquisar e em produzir conhecimento, analisando a realidade do CAPS Escola. O CAPS, sem dúvida, é na política da saúde uma grande conquista na luta antimanicomial, pois descentraliza o atendimento e é uma ferramenta na luta pela reforma psiquiátrica, garantindo um espaço de abertura e de troca mais próximo da vida dos usuários, constituindo-se em um espaço de resistência ao modelo manicomial.

Na tentativa de buscar respostas para uma questão que me instiga e que pode ser assim expressa: “As práticas profissionais de saúde mental desencadeadas no âmbito do CAPS estão respondendo às diretrizes da política de saúde mental na lógica de rompimento

³⁷ O cotidiano é aquilo que nos é dado a cada dia, nos pressiona, dia após dia, nos oprime, pois existe uma opressão do presente (...). Cotidiano é aquilo que nos prende intimamente, a partir do interior. É uma história a meio-caminho de nós mesmos, quase em retirada, às vezes velada (...), é um mundo que amamos profundamente, memória olfativa, memória dos lugares da infância, memória do corpo, dos gestos da infância, dos prazeres (...). O que interessa ao historiador do cotidiano é o invisível (CERTEAU, 1998, p.31).

manicomial?”. Escolhi o CAPS Escola da UCPel que tem convênio com a Prefeitura Municipal de Pelotas como espaço a ser pesquisado.

Assim, em um espaço atravessado por várias políticas sociais (saúde, educação, assistência social), busquei conhecer como é realizado o atendimento dos usuários e, também, analisar se as práticas efetivadas, nesse contexto, garantem a qualidade da saúde dos usuários, ou se reproduzem a lógica de controle legitimando as práticas manicomiais e de aprisionamento³⁸.

Acredito que as pesquisas sobre saúde mental podem contribuir na efetivação e na melhoria dessa política, contribuindo para a atuação profissional, para a produção de novos entendimentos e de novas intervenções profissionais acerca da política de saúde mental, frente à vida que se apresenta, pois é inegável a força da microfísica³⁹ existente nas relações sociais e, também, inegável a força que tem um corpo, pois é na *micropolítica* que se evidenciam e se constroem as resistências, pois “a questão micropolítica é a de como reproduzimos (ou não) os modos de subjetividade dominante” (GUATARRI; ROLNIK, 1999, p.133).

Dessa forma, desejo que os resultados deste trabalho possam contribuir para subsidiar práticas e provocar novos conhecimentos que contribuam para melhorias na política de saúde mental, uma vez que, a proposta da reforma psiquiátrica é acabar com os manicômios e com a lógica manicomial.

No desenvolvimento deste estudo transitei por diversas categorias de análise importantes no campo da saúde mental, já que este é um campo complexo como destaca Amarante:

É importante assinalar que poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes, ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria, e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, um profissional: o psiquiatra. Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que

³⁸(...) Toda instituição tem tendências de “fechamento”. Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais fechadas do que outras. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo: portas fechadas, paredes bem altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos (GOFFMANN, 2007, p.16).

³⁹ O que Foucault chamou de microfísica do poder significa tanto um deslocamento do espaço da análise quanto do nível em que esta se efetua. Dois aspectos intimamente ligados, na medida em que a consideração do poder em suas extremidades, as atenções às suas formas, mais locais, a seus últimos lineamentos tem como correlato a investigação dos procedimentos técnicos de poder que se realizam num controle detalhado minucioso do corpo-gestos, atitudes, comportamentos, hábitos, discursos (MACHADO, 2001, p.XII).

encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites (2008, pp.16-17).

Destaquei como categorias teóricas de análise para este estudo: Saúde mental, loucura, poder, práticas, verdade, lógica manicomial, subjetividade e saúde, consideradas categorias de extrema importância para a análise das práticas profissionais, uma vez que, atravessam o processo dessa política social. Outras categorias serão consideradas à proporção que surgirem com o desenvolvimento da pesquisa.

O trabalho caminhou pela seguinte concepção das categorias principais:

a) Saúde mental: Como definir? O que significa ter saúde mental? Poderíamos dizer que gozamos de plena saúde mental? O que é saúde mental? Tentar definir essa categoria nos leva a um delicado caminho, no qual devemos ter o cuidado de não reduzir um conceito de tantas multiplicidades. Paulo Amarante trabalha nesse sentido, afirmando que:

Saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social (AMARANTE, 2008, p.15).

Não é negar a doença, mas como anteriormente me referi citando Basaglia, colocar a doença entre parênteses, uma vez que o usuário é mais que sua doença. Tratá-lo meramente como um doente é aniquilar a sua potencialidade. O desafio é trabalhar na perspectiva de superação de um modelo que o trata como um dependente passivo; ao contrário, deve-se considerar outros modelos de intervenção que sustentem e potencializem o devir vida, apostando na capacidade de superação do próprio agente e não somente na solução exógena que trazem os fármacos, não que estes não devam ser utilizados, mas utilizando-os como sugere Bichuetti:

(a) Mediquemos contendo os fenômenos da anti-produção; (b) mediquemos aliviando a dor mediante o caos; (c) e mediquemos facilitando os agenciamentos necessários que visem extrair da crise uma mais complexa compreensão e uma capacidade da produção desejante de arregimentar modos de se expressar e de se realizar. Como podemos concluir que não se trata de correr com os sintomas, reprimindo-os quimicamente. Nem se trata de adaptá-lo ao *status quo*, às expectativas do meio e até mesmo as conveniências da equipe terapêutica. Busca-se a dose ideal, e a dose ideal é a que auxilie e não atrapalhe o processo de resolução da crise. Adaptar-se ativamente à realidade e não se submeter passivamente á realidade é a meta. (1999, p.22)

Negar sentidos pré-definidos pode apontar novos caminhos no tratamento da saúde mental. O usuário tem a possibilidade não de ser um “doente” que não pode reger sua própria vida, que não pode falar, mas o sujeito de seu processo. Sua linguagem própria não pode ser desconsiderada pela imposição de um padrão de língua que legitima que eles não sabem o que querem, ou que eles, “doentes” não sabem dizer impescindindo de um especialista para legitimar sua fala. Atitudes assim geram a violência, pois trata-se o usuário com sofrimento psíquico como não “pessoa”, gerando, com isso a violência que o mortifica perante o tecido social.

Se o doente perdeu sua liberdade por causa da doença, a liberdade de recuperar a posse de si mesmo lhe foi dada pelo fármaco. Portanto, se foi possível ignorar o apelo lançado pelas teorias psicodinâmicas que propunham uma nova abordagem da doença mental, agora que os novos fármacos criaram uma dimensão inédita entre o doente e sua doença, fazendo-o aparecer aos nossos olhos-livre dos velhos esquemas das síndromes clamorosas - numa esfera completamente humana, já não é possível isolá-lo num círculo de loucos, tampouco deixar de considerá-lo simplesmente um homem doente. É hora, então, de enfrentar o problema do doente mental no hospital, nesse espaço fechado, vedado a qualquer relação que não seja enferma com vistas a reconquistar sua liberdade pessoal, que não lhe pode ser dada pelos fármacos nem pelo médico. (BASAGLIA, 2005, pp.27-28)

As leis garantem o direito do “doente mental”, mas, no cotidiano, o sistema o nega. Não se considera o “doente mental” como os demais indivíduos da sociedade considerados “sadios”. Não se trata da defesa de que eles sejam iguais, pois somos multiplicidades, mas de fazer a análise da produção de preconceitos quando consideramos que os “sadios” devem dizer o direito dos “doentes mentais”, visto que estes são considerados incompreensíveis. Goffmann nos convida a questionarmos a estigmatização e pondera:

Tanto as mentes quanto os corpos saudáveis podem estar aleijados. O fato de que as pessoas “normais” possam andar ver ouvir não significa que elas estejam realmente vendo ou ouvindo, elas podem estar completamente cegas para as coisas que estragam sua felicidade, totalmente surdas aos apelos de bondade de outras pessoas; quando penso nelas não me sinto mais aleijado ou incapacitado que elas. Talvez, num certo sentido, eu possa ser um meio de abrir seus olhos para as belezas que estão à nossa volta: coisas como um aperto de mão afetuoso, uma voz que está ansiosa por conforto, uma brisa de primavera, certa música, uma saudação amistosa. Essas pessoas são importantes para mim e eu gosto de sentir que posso ajudá-las (anônimo *apud* GOFFMANN, 1988, p.23).

Esse fato se observa pela história que nos mostra que, no Século XV os doentes mentais sempre foram um problema para a sociedade, quando eram colocados em navios que os largassem a léguas de sua cidade para que a cidade parecesse limpa (FOUCAULT, 2002).

É na semiótica⁴⁰ das relações que se reproduz o modelo de dominação e controle conforme considera Basaglia: “Tudo isso foi possível porque a ciência, sempre a serviço da classe dominante, decidira que o doente mental era um indivíduo incompreensível e como tal, perigoso e imprevisível, impondo-lhe uma única alternativa, a morte civil” (2001, p.29).

Assim, o desafio é o de não reduzir o processo, é de considerar a vida que pulsa, exercer a alteridade⁴¹ no sentido de superação do enclausuramento e de condicionamentos impostos às pessoas com sofrimento psíquico.

b) Lógica manicomial. É descrita por Foucault no livro “A História da Loucura” (2002), demonstrando que a lógica era a do enclausuramento dos doentes mentais, sobrantes, não em função de uma sensibilidade à sua condição, mas como uma maneira de tirar das ruas e eliminar da sociedade o que ela mesma produzira, sendo, portanto, uma maneira de disciplinar e manter a ordem com uma lógica “do internamento, ligado à razão, às regras da moral e as suas noites monótonas” (p. 78). O que afinal é a lógica?

Ainda hoje, pairam no ar resíduos que o tempo não apaga. Vê-se uma sociedade de controle, na qual há imposição de poder que determina que os “sadios” têm a “verdade”, e que existem os que não têm verdade e estes precisam de hospícios e de celas, com intuito de se endireitar como mostra Foucault:

Aceitamos entre nós essa gente de uniforme, armada enquanto nós não temos o direito de estar, que nos pede documentos, que vem rondar nossas portas. Como seria aceitável se não houvesse delinqüente? Ou se não houvesse, todos os dias, nos jornais, artigos onde se conta o quão numerosos e perigosos são os delinqüentes? (FOUCAULT, 2001, p. 138)

⁴⁰ Guatarri, ao analisar a produção de subjetividade na indústria, chama a atenção para a semiótica e analisa o processo da produção de subjetividade do operário: “Mas essa produção de competência no domínio semiótico depende de sua confecção no campo social como um todo: é evidente que para fabricar um operário especializado não há apenas a intervenção das escolas profissionais. Há tudo o que se passou antes, na escola primária, na vida doméstica, toda uma espécie de aprendizado que consiste em deslocar-se na cidade desde a infância, ver televisão, em suma estar em todo um ambiente maquínico” (GUATARRI; ROLNIK, 2005, p.35).

⁴¹ Nossa hipótese de trabalho é de que em torno da questão da alteridade se tece uma grande parte do trabalho do pesquisador. Análise e manejo das relações com o outro constituem no trabalho de campo e no trabalho de escrita, um dos eixos em torno dos quais se produz o saber. Diferença no interior de uma identidade, pluralidade na unidade, o outro é ao mesmo tempo aquele que eu quero encontrar e aquele cuja impossibilidade de encontro integra o próprio princípio da pesquisa. Sem reconhecimento da alteridade não há objeto de pesquisa e isso faz com que toda tentativa de compreensão de diálogo se construa sempre na referência aos limites desta tentativa. É exatamente ali onde a impossibilidade de diálogo é reconhecida, ali se admite que haverá sempre uma perda de sentido na comunicação que se constrói um objeto e que um conhecimento sobre o humano pode se dar (AMORIN, 2004, pp.28-29)

O sistema capitalista desterritorializa e coloca, no homem que não consegue um trabalho formal, ou que não consegue estar no padrão moralmente aceito, uma máscara de culpado.

A culpabilização é uma função da subjetividade capitalística. A raiz das tecnologias capitalísticas de culpabilização consiste em propor sempre uma imagem de referencia a partir da qual colocam-se questões tais como: “Quem é você?”, “você que ousa ter uma opinião, “você fala em nome de quê?”, “o que você vale na escala de valores reconhecidos enquanto tais na sociedade?”, a que corresponde sua fala?”, “que etiqueta poderia classificar você?” (GUATARRI; ROLNIK, 2007, p.388)

O capitalismo produz uma grande parcela da população que fica fora do que é considerado por ela “normal” “adequado” ou “ideal”. Aí estão os desempregados, os “doentes mentais” e os deficientes, que são convidados a se ajustarem, ou,então, a ocuparem um lugar estipulado pela sociedade. Essa forma de preconceito é evidenciada por muitos autores em sua escrita, conforme explicita Bichuetti:

(...) a revolucionária psicanálise apesar de incrementar a compreensão da dor, a partir de uma exposição lúcida sobre a vida inconsciente, não conseguiu se libertar do paradigma biológico –individual da medicina e assim se revela também impotente diante dos dolorosos dramas da subjetividade que extrapolam, nas suas vivências, as repetições previstas pelo padrão de normalidade estaticamente definido pela média da população . Deste modo, quase sempre, os processos terapêuticos são tentativas de enquadrar onde o sujeito diferente é convocado a renunciar às suas potencialidades e se enquadrar na ontológica triangulação edípica, repetindo, para se livrar do hospício, o modo de funcionar individualista, competitivo e reprodutor de identificações parentais (1999, p.13)

Há uma indústria de produção de subjetividade capitalista, que é reproduzida e produzida por todos nós em graus diferenciados. O sistema produz e investe pesado na medicação na área da saúde, ou seja, monta um “quebra- cabeça” conforme seus interesses e imposições. Cada peça tem o seu lugar, cada um na sua ordem, assim reterritorializa para manter seu controle⁴². Cabe um questionamento: Se estamos impulsionamos a perpetuar e legitimar o sistema que reproduz a lógica manicomial ou se nos propomos a reinventar os espaços que trabalham com saúde mental construindo relações sociais diferenciadas sem deixar que a ordem pré-estabelecida nos tire a capacidade da produção desejante que busca uma intervenção profissional nômade e “tornamo-nos nômades e, como nômades,

⁴² Controle: não se trata de cuidar do corpo, em massa, grosso modo, como se fosse uma unidade indissociável mas de trabalha-lo detalhadamente, de exercer sobre ele uma coerção sem folga, (...) realizam a sujeição constante de suas forças (FOUCAULT, 1998, p.118).

redimensionamos nossas subjetividades, quase sempre infelizes, por serem servas das mesmices que nos acomodam, embora nos atrofiem” (BICHUETTI, 1999, p.17).

Romper com a lógica manicomial é romper com todas as formas de imposição de poder, de pré-conceito e dizer não ao manicômio, conforme Basaglia orienta: “Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unindo a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação” (1982, p.29).

Para dizer não ao manicômio, penso ser necessário dizer não às práticas engessadas, conservadoras, autoritárias, moralistas e trabalhar a nossa subjetividade para a superação de todas as formas de clausura e aprisionamento que nos atravessam. O que são as práticas conservadoras? São as práticas que estão a serviço do instituído, que se aliam às forças que dominam. São as práticas que não consideram, não respeitam as diferenças. No CAPS as práticas conservadoras podem ser classificadas como aquelas que legitimam os estigmas de “incapaz” e com isso, colocam-se acima dos usuários na ordem do saber, do poder, do certo, da razão. Práticas que querem adaptar os usuários à razão estabelecida como normal, excluindo a expressão da diferença. São essas práticas que dão sentido e que perpetuam a lógica do sistema capitalista em nome da “moral”, da “verdade” que naturaliza e reproduz estigmas e preconceitos.

c) Subjetividade. Os autores Félix Guatarri, Gilles Deleuze, Suely Rolnik entre outros, trabalham com a concepção de que o sistema capitalista investe na produção de subjetividade e na produção de desejos em larga escala. Não raras vezes, reproduzimos e somos capturados por essa produção, pois estamos num processo em que, às vezes, não conseguimos potencializar os processos de autoanálise e autogestão⁴³ de nossa própria vida e entramos no processo de produção de “loucura”, de “doença mental”, à medida que nossa subjetividade é moldada e a vida, robotizada e mecanizada, o que nos torna servos do querer de um sistema que precisa de “loucos ávidos por poder e sucesso”, corpos que de preferência, não parem para questionar: O que se passa comigo? Somos desejos sufocados, subjetividades

⁴³ Um processo muito expressivo registrado pela cartografia é a autogestão que existe em diversos grupos que compõem a sociedade (...). Esta não é estática e vitalícia, já se trata de uma autogestão que surge em determinados momentos, garantindo, através de suas ações, romper, enfrentar e resistir às imposições de forma criativa e inovadora. Assim, autogestão implica uma criatividade independente a partir da gestão que surge por dentro das ações definidas por seus agentes. (RIBEIRO, 2008, p.54)

produzidas ou servas da mesmice? Somos bloqueados na nossa potencialidade instituinte⁴⁴? Buscamos soluções exógenas numa vida controlada a cada segundo.

A manutenção da opressão e da exploração se faz mediante um conjunto de registros que visam manter o controle sobre a própria produção da vida. O inconsciente produtivo é deste modo capturado, anulado, aprisionado. Vigora um núcleo de restrições que impede a novidade Somos atravessados por múltiplas intervenções castradoras que visam obrigar a assumir o destino de meras cópias (BICHUETTI, 1999, p.14).

Assim, a produção de subjetividade é a maior investida do capitalismo, que não investe apenas na produção de mercadorias, mas investe, também, na produção do desejo. Isso se observa muito nas tendências de moda, há uma antecipação no lançamento das coleções de inverno quando ainda se está no verão, com o indicativo das cores, das texturas, dos acessórios e, antes mesmo de as confecções chegarem ao comércio, o desejo já foi produzido. Nosso desejo é moldado, como consideram os autores Guatarri e Rolnik:

(...) O que há é simplesmente uma produção de subjetividade individual-subjetividade dos indivíduos- mas uma produção de subjetividade social que se encontra em todos os níveis de produção de subjetividade social que se pode encontrar em todos os níveis da produção e do consumo. E mais ainda: uma produção de subjetividade inconsciente. A meu ver, essa grande fábrica, essa poderosa máquina capitalística produz inclusive, aquilo que acontece conosco quando sonhamos, quando devaneamos, quando fantasiemos, quando nos apaixonamos, e assim por diante. Em todo o caso ela pretende garantir uma função hegemônica em todos esses campos. (2007, p.22).

A subjetividade é produzida no registro social. Fabrica-se o que pensamos, o que vestimos, o que comemos, portanto, a nossa subjetividade é coletiva, à medida que padronizamos comportamentos, modos existenciais que obedecem à lógica capitalística. A realidade é produzida baseando-se em modelos que chegam a nós prontos e, quando há um movimento de desterritorialização⁴⁵, ou seja, quando não pensamos de acordo com que o modelo estabelece, somos convidados a reterritorializar⁴⁶, pois “não podemos” ser

⁴⁴ É o processo mobilizado por forças produtivo-desejante- revolucionárias que tende a fundar instituições ou transformá-las, como parte do devir das potencias e materialidades sociais (...) o instituinte inventa os instituídos e logo os metamorfoseia ou cancela, de acordo com as exigências do devir social (BAREMBLITT, 2002, p.157).

⁴⁵ O território pode desterritorializar-se, isto é, abrir-se e engajar-se em linhas de fuga até sair de seu curso e destruir-se (GUATARRI, ROLNIK, 2007, p.388).

⁴⁶ A reterritorialização consistirá numa tentativa de recomposição de um território engajado num processo de desterritorialização (GUATARRI; ROLNIK, 1999, p.323).

singularidades.⁴⁷ Apostando nas singularidades é que podemos descobrir novas forças, nesse processo denotar as potências⁴⁸, visto que o processo de singularização é :

O processo mobilizado por forças produtivo-desejante- revolucionárias que tendem a fundar instituições ou transformá-las, como parte do devir das potencias e materialidades sociais (...) o instituinte inventa os instituídos e logo os metamorfoseia ou cancela, de acordo com as exigências do devir social. (BAREMBLITT, 2002, p.157).

Assim, os “desajustados” precisam ser ajustados, os loucos precisam ser capturados enclausurados pelos “sadios”. Há sempre um modelo de comportamento que determina o que é “ideal”, a produção da vida se dá na lógica capitalística.

Caminhar contra essa indústria de fabricação de subjetividade significa produzir outros modos de subjetividade que tornem mais incômoda a reprodução da empáfia hegemônica da subjetividade capitalística.

d) Loucura. Ao analisar a história da loucura o autor Michel Foucault mostra em seus escritos que a loucura é uma produção social⁴⁹, ou seja, ela nos convida a analisar como foram socialmente definidos “os loucos”, qual o discurso que produziu o que é a “loucura”. Segundo o autor, a loucura só existe dentro da razão que a produziu:

1) (...) loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra. (...) A loucura não é um poder abafado, que faz explodir o mundo revelando fantásticos prestígios; ela não revela, no crepúsculo dos tempos, as violências da bestialidade, ou a grande luta entre o saber e a proibição. Ela é considerada no ciclo indefinido que a liga a razão; elas se afirmam e se negam uma à outra. A loucura não tem mais existência absoluta na noite do mundo: existem apenas relativamente à razão que as perde uma pela outra enquanto as salva uma com a outra.

⁴⁷ O termo singularização é usado para designar os processos disruptores no campo da produção do desejo: trata-se dos movimentos de protesto do inconsciente, contra a subjetividade capitalística, através da afirmação de outras maneiras de ser, outras sensibilidades, outra percepção, etc. (GUATARRI; ROLNIK, 1999, p.45).

⁴⁸ No Institucionalismo emprega-se o termo potência para referir-se às capacidades virtuais ou atuais de produzir, inventar, transformar, etc. (BAREMBLITT, 1998, p.185).

⁴⁹ Isso quer dizer que o social não deve ser considerado como um “objeto natural” inerente a nossa condição humana, mas um objeto construído e produzido que não cessa de se transformar ao longo do tempo em função das diferentes práticas que o constituem, sendo assim não vamos encontrar apenas uma configuração do social, mas várias: cada formação histórica cria um campo de possibilidades de onde emerge uma certa problemática que engendra, simultaneamente, uma configuração específica do social (SILVA, 2003, p.178) .

2) A loucura torna-se uma das próprias formas da razão. (...) De todos os modos, a loucura só tem sentido e valor no próprio campo da razão. (FOUCAULT, 2002, pp. 30-33)

Desse modo, entramos num campo de impasse, de definição de quem é “normal”, ou do que é ser normal. Ao fazermos uma definição nesse campo, corremos o risco de impor a nossa razão, que é baseada em preceitos morais sobre agentes socialmente excluídos, o que gera mais exclusão, porque há uma imposição de poder, uma vez que nossa palavra “tem mais valor” à medida que estamos dentro de um padrão socialmente determinado como “normal”⁵⁰.

e) Poder. A análise Foucaultiana acerca da categoria *poder* evidencia que é importante saber como ele se exerce e escancarar a imposição deste. Análise trazida no livro a história da loucura, no qual ele demonstra que o poder determina e reduz a loucura ao seu silêncio, de modo que uma razão age sobre uma desrazão, a loucura, fundamentada em valores da moral impõe a esta a internação. Assim para entender o poder, deve-se reconhecê-lo como uma rede produtiva, conforme considera Foucault:

Ora, me parece que a noção de repressão é totalmente inadequada para dar conta do que existe justamente de produtor no poder. Quando se define os efeitos do poder pela repressão, tem-se uma concepção puramente jurídica do poder; identifica-se o poder a uma lei que diz não. O fundamental seria a força da proibição. Ora creio ser uma noção negativa, estreita e esquelética do poder que curiosamente o mundo aceitou. Se o poder fosse somente repressivo, se não fizesse outra coisa a não ser dizer não você acredita que seria obedecido? O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais em uma instância negativa que tem por função reprimir (FOUCAULT, 2001, p.8).

Um dos desafios dos intelectuais segundo o autor é de lutar contra todas as formas de imposição de poder “exatamente onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento: na ordem do saber, da “verdade”, da “consciência”, do “discurso” (FOUCAULT, 2001, p.71).

f) Verdade. Na análise Foucaultiana, trabalhar com o conceito de que existe uma verdade é o problema, pois a verdade está ligada ao poder que induz e produz regimes de verdades. E um dos desafios do intelectual seria o de “saber se é possível constituir uma nova política da verdade” (FOUCAULT, 2001, p.14). Ele sinaliza por verdade

⁵⁰ Para certos temas para certas questões, fica bastante mais claro que o modelo científico dualista racionalista (erro vs verdade) não é suficiente para lidarmos efetivamente com determinados problemas. E não só na área da saúde mental! Estão aí os buracos negros, os enigmas da origem da vida e do universo, dentre tantos outros, que a ciência principalmente sozinha, não pode esclarecer ou compreender (AMARANTE, 2008, p.19).

Um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação, e o funcionamento dos enunciados. A “verdade” está circularmente ligada a sistemas de poder que a produzem e apóiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem. “Regime” da verdade. (FOUCAULT, 2001, p.14).

Assim, a própria verdade se torna um erro. “Em suma a questão política não é o erro, a ilusão, a consciência alienada ou a ideologia; é a própria verdade”. (FOUCAULT, 2001, p.14).

g) Práticas profissionais: teoria e prática. “Será possível separar?” A análise foucaultiana diz que a teoria é prática, e prática é teoria, ou seja, a forma como eu atuo, demonstra qual é a minha teoria. Se a ação não corresponde à teoria é porque há uma dissociação que leva ao comodismo, uma vez que se pode justificar com a tão conhecida resposta: “uma coisa é teoria, outra é a prática”, postura que não exige um comprometimento ético político⁵¹. “É por isso que uma teoria não expressará, não traduzirá uma prática; ela é uma prática” (FOUCAULT, 2001, p.71).

É possível afirmar que as profissões, incluindo o Serviço Social⁵², apresentam-se na realidade social, econômica, política e cultural como convocadas a ter uma análise sobre a Política da Saúde Mental, uma vez que as pesquisas e as produções teóricas ainda requerem maior consolidação e mostram, particularmente, a tímida atuação da profissão do Serviço Social nesse campo, conforme analisa Bisneto:

A ênfase da pesquisa universitária em serviço social se situa em saúde geral, gênero e família, em criança e adolescente, no debate da própria profissão, em comunidade, de previdência e trabalho. As áreas de Saúde Mental e das teorias da subjetividade permanecem secundárias. (2007, p.47-48)

⁵¹ Ao analisar sua postura ético-política como pesquisadora e cartógrafa, RIBEIRO afirma: “Assim, a preocupação com o processo da pesquisa é uma preocupação ético-política, já que não se movimenta com a intenção de considerar as invenções criadas por aqueles que vivem no assentamento de modo ingênuo e idealista, mas, antes, dizer que o desenho deste registro se faz numa cartografia. Ou seja, cartografar é não defender a neutralidade da ciência num discurso distante e disciplinador. É não cair na armadilha de uma defesa quantificável, e isso não quer dizer que as pesquisas que utilizam a proposta quantitativa não sejam importantes, porém a proposta, aqui, é chamar a atenção para as manifestações da vida independentes da sua quantidade, porque a sua existência exige escuta, exige olhar, exige envolvimento, exige problematização. O objeto torna-se existência onde a aprendizagem acontece no corpo dos coletivos” (RIBEIRO, 2007, p.56-57).

⁵² Eduardo Mourão Vasconcelos faz uma análise crítica quando se refere a profissão do Serviço Social e sua atuação na área da Saúde Mental e afirma: “Apesar da expansão de serviços de saúde mental nos últimos anos ser significativa e de haver uma demanda formal crescente por parte dos profissionais de serviço social nas portarias e normas técnicas de serviços públicos e privados conveniados da área, assistimos a uma incapacidade efetiva de conquista de espaço desse mercado de trabalho, resultando em um nível baixo de assimilação de profissionais de campo, dada a fragilidade da contribuição que a profissão vem dando até o momento na área da saúde mental (VASCONCELOS, 2008, p.211).

Entendo que é no questionamento cotidiano frente às questões sociais que se impõem, articulando alianças e parcerias frente às organizações que a população apresenta nos seus diversos campos de atuação, que poderemos produzir conhecimento e mudar a realidade, uma vez que a pesquisa, a escrita e as práticas são atos políticos e interferem diretamente na realidade.

Abordar a produção profissional cotidiana no campo da saúde mental requer um entendimento do que é “saúde mental”⁵³, do que é “loucura”, visto que suas práticas não se separam do entendimento que delas temos.

Abordar a atuação do serviço social na política pública da saúde requer primeiramente discutir o que se entende por saúde e como esse entendimento é materializado na condição de uma política social (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006, p.67)

Assim, conforme essas autoras, o que se entende, o que se pensa, como se age, materializa-se na política, ou seja, a política pública não é meramente um programa, um plano de ação de um governo que se executa, ela é um instrumento de poder, pelo qual o Estado tenta dar conta das demandas resultantes da exclusão produzida pelo sistema.

Através das alianças construídas cotidianamente, é possível construir coletivamente ⁵⁴ dispositivos ⁵⁵ para o enfrentamento das mais diversas formas de aprisionamento, de cooptação, da construção da condição de subalterno da população que é reproduzida⁵⁶ pelos meios de comunicação social e pelas práticas conservadoras.

Alianças que se configuram na atualidade é praticar a história do presente. História difícil, pois depende da captação de linhas, movimentos, fluxos, devires, forças e tendências, e não do apoio em estratos, teorias, sistemas que foram sedimentados ao longo do tempo (KASTRUP, 2000, p.18).

O espaço micropolítico é campo relevante da resistência. A subjetividade passa a ser uma categoria de fundamental importância de análise, pois todas as formas de opressão

⁵³ Abordar a atuação do serviço social na política pública da saúde requer primeiramente discutir o que se entende por saúde e como esse entendimento é materializado na condição de uma política social (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006, p.67).

⁵⁴ Coletivo não é sinônimo de social, refere-se a uma multiplicidade, a uma rede de processos que opera, ao mesmo tempo, além do indivíduo, junto do *socius* (...) (KASTRUP, 1999, p.187).

⁵⁵ Agenciamento ou dispositivo é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos e devires, atualiza virtualidades e inventa o novo radical. Em um dispositivo, a meta a alcançar e o processo que a gera são imanentes entre si (BAREMBLITT, 2002, p.135).

⁵⁶ Reprodução: designa as tentativas de reiterar algo idêntico, igual ou similar ao que já existe, cumprindo sua função conservadora (BAREMBLITT, 2002, p.166).

nascem no campo do desejo⁵⁷. A sociedade que aí está é o resultado de uma construção coletiva, pensada por uma minoria que domina a maioria. Mas essa maioria não é destituída de poder, tampouco pode ser desconsiderado o seu potencial. É claro que essa maioria dominada encontra-se fragilizada, visto que, sofre as consequências diretas da fome e da miséria, mas a condição de subalterno é também uma produção de estigma, uma produção capitalística.

Seria conveniente dissociar radicalmente os conceitos de indivíduo e de subjetividade. Para mim, os indivíduos são o resultado de uma produção de massa. O indivíduo é serializado, registrado, modelado. Freud foi o primeiro a mostrar até que ponto é precária essa noção da totalidade de um ego. A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro social (GUATARRI; ROLNIK, 1999, p.31).

É na produção de subjetividade que investe o capitalismo, como afirma Guatarri: “a subjetividade é coletiva” (2005, p.37) e produzida em série na sociedade capitalista. A cultura torna-se mecanismo de homogeneização da população porque se pensa, sonha-se, consome-se um imaginário social⁵⁸ produzido.

É preciso potencializar⁵⁹ a produção de outros valores que não naturalizem as extremas desigualdades sociais e as injustiças que reinam na estrutura social brasileira, já que, a miséria no Brasil é estrutural e pode-se, então, a partir da produção de um outro conhecimento, criar um outro tipo de subjetividade e fortalecer resistências, desenhando novas paisagens na formação e na intervenção profissional, a partir da microfísica do espaço coletivo e heterogêneo, através de uma intervenção teórica ativa, nisso reside a importância do pesquisar. Há um novo a ser descoberto no desenrolar de cada processo de pesquisa.

⁵⁷ (...) O desejo é essencial e imanente produtivo, gera e é gerado no processo mesmo de invenção, metamorfose ou “criação” do novo. Sua essência não é exclusividade psíquica, pois participa de todo o real. Corresponde aproximadamente ao que Nietzsche denominou “vontade de potência”, ao que Espinosa chamava de “substâncias” e os estóicos “acontecimento incorporal”, que resulta do encontro entre os corpos (devir). Igualmente o desejo (assim entendido) tem a finalidade com o “virtual” bergsoniano, com as “quantidades intensivas” em Hume. Esse desejo atua em todo e qualquer âmbito do real, não carece do objeto, ignora a lei e não precisa ser simbolizado porque se processa sempre de forma inconsciente. Não tende à morte porque constitui a essência da vida como “eterno retorno das diferenças absolutas”. Assim entendido, o desejo também está parcialmente submetido a entidades repressivas, mas estas não são exclusivamente psíquicas, e sim um complexo conjunto ao mesmo tempo político, econômico, comunicacional etc. (BAREMBLIT, 2002, p.144)

⁵⁸ O imaginário remete a outra ordem de sentido: não como imagem de, mas como capacidade imaginante, como invenção ou criação incessante social-histórica-psíquica, de figuras, formas, imagens, em síntese, produção de significações coletivas. (FERNANDEZ, 1993, pp.72-3).

⁵⁹ Pretendemos sustentar que a potência estética do sentir é também uma potência que produz conhecimento, não como representação, mas como criação, invenção, porque emerge da singularidade daquele que sente, age e significa (CZERMAK, 2003, p.358)

Assim, o processo desta pesquisa se constituiu na vivência e na relação entre os profissionais, usuários e familiares, considerando, então, a realidade movente que foi construída e que considerou o novo que se apresentava, uma vez que entendo que, quando pressupomos que algo já está dado, inviabilizamos a criação, a invenção. O fato de concebermos a realidade já dada desmobiliza as potências, enquanto que a concepção de que a realidade pode ser inventada nos desafia. Nessa perspectiva, trago neste trabalho a análise também da implicação como pesquisadora no processo, problematizando o sentido dado e produzido neste envolvimento.

A socialização dos resultados poderá trazer discussões em torno da política pública da saúde mental e a possibilidade de o serviço social e de outras profissões reinventarem suas práticas nos seus inúmeros espaços de atuação na área da saúde e da educação, já que estamos em constante processo de formação, impulsionando, dessa forma, a ampliação de olhares em torno da questão do controle, do poder e do saber que nos rodeia e nos atravessa. Por isso, procurei aprofundar essas questões no espaço do CAPS Escola e na dinâmica das vidas envolvidas nesse espaço, já que essa forma de atendimento nasce da luta antimanicomial, e pressupõe que as equipes que atuam, trabalhem na mesma perspectiva. Essa preocupação se dá em função de que o sistema capitalista tem formado muitos profissionais que atuam justamente para manter a lógica do Capital desmobilizando as formas de resistência, como adverte Baremblytt:

Nossa civilização tem produzido um saber acerca de seu próprio funcionamento como objeto de estudo e tem gerado profissionais, intelectuais, experts que são conhecedores dessa estrutura e do processo dessa sociedade em si. Esses conhecedores tem se colocado, em geral a serviço das entidades e das forças que são dominantes em nossa sociedade. Por exemplo, a serviço daquela instituição que representa o máximo da concentração de poder, o extremo de concentração de controle e de hegemonia sobre a sociedade, que é o Estado. Além disso, por outro lado, já dentro da sociedade civil, esses experts têm se colocado a serviço das grandes entidades proprietárias da riqueza, do poder do saber, e do prestígio, que são organizações corporativas, as empresas nacionais e multinacionais etc. (2002, p.14).

Tendo como base essas concepções, busquei com a pesquisa “analisar como se efetivam as práticas dos profissionais que trabalham na Política de Saúde Mental no CAPS Escola no município de Pelotas, no Estado do Rio Grande do Sul”. Para isso, procurei especificamente:

- Identificar os dispositivos usados na intervenção dos profissionais dos CAPS Escola nas relações estabelecidas com os usuários e seus familiares
- Conhecer os efeitos produzidos na vida dos usuários pelas práticas profissionais desenvolvidas no CAPS Escola.
- Analisar se as práticas de saúde mental produzidas pelos profissionais no âmbito do CAPS Escola do município de Pelotas respondem às diretrizes da Política de Saúde Mental na lógica de rompimento manicomial.
- Indicar possíveis estratégias de desconstrução da lógica manicomial.

Todos os CAPS de Pelotas, exceto o CAPSad, são do tipo II e, portanto, devem ter o seu quadro funcional composto pelos seguintes profissionais:

CAPS II:

- 1 médico psiquiatra
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental
- 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, CAPS, 2004, p.19)

O CAPS Escola de Pelotas atende a população central e foi criado em 2001 para ser “um local de reabilitação para pessoas que apresentam quadro de transtornos graves”⁶⁰. O objetivo do CAPS Escola é propiciar atendimento, visando à “reinserção social”, para que os usuários tenham acesso ao trabalho, às formas de lazer, aos direitos e ao desenvolvimento humano social. O atendimento é diversificado e se amplia aos familiares:

O CAPS Escola oferece atendimentos individuais (psicoterapia breve, orientação, apoio, medicação), visitas domiciliares, acolhimento diário, oficinas e grupos. O serviço prestado pelo CAPS Escola segue um processo de reabilitação psicossocial, que estimula novas atitudes e comportamentos nos usuários, mas também nos familiares de maneira a engendrar movimentos inovadores de produção de trocas afetivas e de sociabilidade.⁶¹

O atendimento no CAPS Escola é realizado por uma equipe multiprofissional que inclui: “médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, professor de educação física e artes”.⁶² O horário de atendimento do CAPS Escola é de segundas a sextas-feiras, sendo que,

⁶⁰ Disponível em: <http://www.ucpel.tche.br/portal/index.php?secao=serv_caps&PHPSESSID=2d9c4> Acesso em: 20/06/2009.

⁶¹ Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CH/CH_00317.pdf> Acesso em: 20/06/2009.

⁶² Disponível em: <http://www.ucpel.tche.br/portal/index.php?secao=serv_caps&PHPSESSID=2d9c4> Acesso em: 20/06/2009.

na manhã da quarta feira realiza seu expediente interno. Os usuários (que correspondem ao número de 150)⁶³, têm atendimento individual levando em conta a particularidade de cada um. Dessa maneira são oferecidas modalidades diferenciadas no atendimento que se classificam da seguinte forma:

- Atendimento Intensivo: de segundas a sextas-feiras, em turno integral.
- Atendimento semi-intensivo apenas um turno.
- Atendimento não-intensivo: três vezes ao mês⁶⁴.

O CAPS Escola tem como objetivos:

- Desenvolver serviço de saúde compatível com a política nacional de saúde mental;
- Favorecer o intercâmbio do saber-fazer entre diversas Escolas e Institutos da UCPel e Hospital Universitário São Francisco de Paula (HU), bem como outras instituições públicas ou privadas e pessoas afins;
- Oferecer atividades que respondam e respeitem a individualidade dos sujeitos;
- Estimular a pesquisa nas diversas áreas de abrangência psicossocial e de avaliação do serviço;
- Envolver familiares e amigos em todas as atividades possíveis;
- Incentivar a capacidade laboral, respeitando as características dos indivíduos;
- Organizar grupos de orientação a familiares, buscando reconhecimento, remanejamento mais adequado com os seus doentes, assim como aliviar tensões;
- Propiciar aos usuários o acesso a atividades culturais, esportivas, artísticas, laborais e lúdicas.⁶⁵

A política de saúde mental é complexa em função de seu tema e prevê um atendimento integral a todo usuário. Assim, os CAPS, no cenário da saúde mental passam a ser uma importante ferramenta na luta antimanicomial, pois são a resposta ao modelo manicomial, que outrora imperava. Desse modo, esta dissertação resultou de um estudo cartográfico das relações estabelecidas entre profissionais, partindo do pressuposto de que não basta a lei para que a “reforma psiquiátrica” aconteça. É necessário construirmos uma outra relação com os usuários do sistema de saúde mental. Isso não nega que é imprescindível os CAPS funcionarem dentro dos princípios e diretrizes propostos pela política do Ministério da

⁶³ Disponível em: <http://www.ucpel.tche.br/portal/index.php?secao=serv_caps&PHPSESSID=2d9c4> Acesso em: 20/06/2009.

⁶⁴ Disponível em: <http://www.ucpel.tche.br/portal/index.php?secao=serv_caps&PHPSESSID=2d9c4> Acesso em: 20/06/2009.

⁶⁵ Disponível em: <http://www.ucpel.tche.br/portal/index.php?secao=serv_caps&PHPSESSID=2d9c4> Acesso em: 20/06/2009.

Saúde, para garantirem investimento públicos, que propiciem o cumprimento dessa Lei, mas entende que acima de tudo, neles, o portador de sofrimento psíquico necessita ser respeitado nas suas singularidades.

Nessa perspectiva, o trabalho buscou acolher a vida que passava no CAPS, não negando os sintomas ou a dor, mas evidenciando as práticas que legitimam a lógica manicomial e também, as que são resistências positivas, pois apostam no devir e nas potências dos usuários para além da doença. A cartografia aposta nas resistências positivas entendidas como:

Formas de trabalhar que indicassem afirmações de vida consistiriam em resistir sem o ressentimento crônico daquele que somente se “queixa e faz da vida um suplício eterno. Agenciar outras maneiras de trabalhar coletivamente ou individualmente rompendo com as mais variadas sobre codificações relacionadas com as normatizações e regras tradicionalmente totalitárias do trabalho no contemporâneo e abrir espaços públicos para discussões destas alternativas e como realizá-las, configuram-se como resistências positivas (GIACOMEL; GHISLENI; AMAZARRAY; ENGELMAN, 2003, p.137).

Desse modo, a dissertação é o resultado do que foi apreendido, observado, analisado e que afetou e produziu sentido. Portanto a escrita registra como acontecem as práticas profissionais no CAPS Escola e, para isso, foi preciso falar, ver, sentir e ouvir conforme fala o poeta:

“No princípio era verbo”.
 Eu acrescento:
 “Antes do verbo era o silêncio”.
 É do silêncio que nasce o ouvir.
 Só posso ouvir a palavra
 Se meus ruídos interiores forem silenciados.
 Só posso ouvir a verdade do outro se eu parar de tagarelar.
 Quem fala muito não ouve.
 Sabem disso os poetas, esses seres de fala mínima.
 Eles falam, sim.
 Para ouvir as vozes do silêncio.
 (Rubem Alves)⁶⁶

Do mesmo modo, é importante que a produção do conhecimento não se afaste da convivência com os coletivos e, sim, considere que este se produz na cartografia das vidas em movimento.

⁶⁶ 2005, p. 26.

Assim sendo, desenham-se os afetos produzidos nesse convívio entre pesquisadora, profissionais e usuários do CAPS Escola.

4. CARTOGRAFIA DOS AFETOS PRODUZIDOS NO PROCESSO DA PESQUISA DO CAPS ESCOLA DE PELOTAS

Quando penso a pesquisa como arte, penso-a como uma pintura que um artista cria e só sabe no que vai dar, à medida que as cores se misturam, separam-se, contrastam, afetam e transformam um ambiente. Assim como o artista não sabe que afetos sua obra produzirá nele mesmo, porque é um processo que só se dá à proporção que acontece o deslizar de seu pincel, também, o pesquisador não sabe que resultados a pesquisa desenhará, uma vez que ambos são processos que só se conhecem no movimento.

Assim, é necessário a abertura para o devir, que produz afetos nas relações que acontecem. Esses afetos podem nos atingir produzindo os mais diferentes sentimentos, que podem ora nos mobilizar, acionar as potências da criação, ora nos desmobilizar para sentimentos de retração, que desmobilizam ou atrofiam nossas potencialidades. Quanto a afeto Por afeto alio meu pensamento ao de Rubem Alves:

Toda experiência de aprendizagem se inicia com uma experiência afetiva. É a fome que põe em funcionamento o aparelho pensador. Fome é afeto. O pensamento nasce do afeto, nasce da fome. Não confundir afeto com beijinhos e carinhos. Afeto, do latim *affectare*, quer dizer ‘ir atrás’. O afeto é o movimento da alma na busca do objeto da sua fome. É o Eros platônico, a fome é que faz a alma voar em busca do fruto sonhado (2004, p.52).

Desse modo, traço a escrita a partir de significados produzidos juntamente com o coletivo do CAPS. E esse envolver-se significa deixar-se encharcar, no qual o sentimento é da ordem dos afetos produzidos, entendendo que: “Afetar designa o efeito da ação de um corpo sobre o outro, em seu encontro (ROLNIK, 1987, p.57).

Então, chega, para mim, o momento de estar no espaço CAPS Escola, embora já tenha começado a pesquisa há algum tempo, ao escolher o tema, ao contatar com a Coordenação do CAPS Escola no intuito de pedir licença para realizar a pesquisa nesse espaço. O meu primeiro contato com o espaço físico do CAPS Escola deu-se em uma reunião que acontece mensalmente com os profissionais, na qual apresentei a proposta de pesquisa e obtive o consentimento da equipe para que pudesse realizá-la.

Tinha dado mais um passo, uma sensação agradável, porque na semana seguinte chegaria o dia de “viver” a pesquisa. A minha proposta, enquanto pesquisadora, é viver e “entender o fenômeno a ser pesquisado enquanto um sistema complexo, articulado e aberto. Este corpo do vivo e do viver” (MOLIN; KREUTZ; DORNELLES, 2003, p.114).

Finalmente, chega o dia de a pesquisadora cartógrafa adentrar na realidade e conhecer os usuários, porque até então habitava apenas a superfície. Sei que não basta estar pesquisando é preciso viver a pesquisa.

Há pesquisadores que não se impregnam, não se misturam, mantém certa distância, são corpos vivos que aniquilaram sua sensibilidade. Estão ali, e não há uma diferença para eles entre estar vivo e viver. Conforme Barros e Kastrup:

Sempre que o cartógrafo entra em campo há processos em curso. A pesquisa de campo requer a habitação de um território que, em princípio ele não habita. Nesta medida, a cartografia se aproxima da pesquisa etnográfica e lança mão da observação participante (2009, p.56).

Nesse viver e sentir, me desloco, e meu corpo vive as pulsações que me penetram. Ando pela rua onde a vida se movimenta, ouço ruídos da rua, mas os meus ruídos interiores são ensurdecedores, meu corpo cheio de reentrâncias é tomado pelo medo de não ser aceita, já que a pesquisa se refere às práticas profissionais, o que pode gerar resistências na equipe técnica diante de uma proposta de análise crítica do trabalho realizado. O medo está implicado com o objeto de pesquisa, pois como a neutralidade não é possível, os afetos produzidos no “estar pesquisando” devem merecer atenção do pesquisador, mas, não, como um fator pessoal, que acontece naquele momento por estar pesquisando, mas como uma resistência que atravessa os espaços da pesquisa e que pode gerar atravessamentos⁶⁷, mas que contém em si, a potência do corpo que resiste.

Assim, resisto no espaço do CAPS e mantenho o comprometimento ético- político do cuidado e o desejo de contribuir para estudos que venham a gerar maior qualificação.

A minha resistência também me afeta, e por um instante penso em desistir. Paro na rua, e o silêncio povoado da minha mente me indaga: - Como posso analisar as práticas profissionais? Como seria eu “juíza”, se justamente acredito e luto para romper com a lógica manicomial? Como não me tornar “juíza”? Esses questionamentos, por ora, exalam e tomam conta de mim. Paro na rua, e minha atenção se desloca. Uma árvore, agora, chama a minha atenção e, sentada, escuto os questionamentos que não calam. Mas, é preciso ir. E, melhor, é enfrentar.

⁶⁷ Atravessamento: a rede social do instituído-organizado-estabelecido, cuja função prevalente é a reprodução do sistema, atua em conjunto (BAREMBLITT, 2002, pp.138-139).

Chego à frente da porta do CAPS, que é grande, e eu me sinto pequena, com medo, tentando ter coragem. Abro a porta e entro. A escada que preciso subir se agiganta perante mim. Subo lentamente, e chego ao local da recepção, que é ao término da escada.

As pessoas passam, e por um bom tempo fico olhando, e não distingo quem são os usuários. Isso me agrada, pois percebo que há um convívio entre os usuários, familiares e profissionais que circulam por aquele espaço.

Ao me deter numa porta entreaberta, reconheço alguns dos profissionais da reunião de dias atrás, quando apresentei a proposta para que, hoje, pudesse começar a pesquisa. Estavam sentados ao redor da mesa, manuseando prontuários, livros, enfim, trabalhando.

Começa uma das oficinas e eu entro na sala. Peço licença para participar, me apresento-me para a profissional e fico sentada esperando os usuários, que chegavam aos poucos para a atividade. A oficina inicia e eu sou, então, envolvida naquele espaço de produção, expressão pela energia que se forma, pela alegria daquele encontro. O meu olhar se debruça em muitas direções e não encontra um pouso. Todos me olham, pois sou nova naquele espaço. Será que eles pensam que sou usuária? Alguém com sofrimento psíquico? Eu, no lugar deles, pensaria que sim, pois os semblantes que se apresentam ali mostram alegria, tristeza, apatia, euforia. Isto é, expressam comportamentos esperados de qualquer pessoa.

A mente flutua e pausa somente quando outra profissional observa que estou ali e pergunta se fui apresentada ao grupo. Os usuários respondem que não. E o “espaço” se abre para que eu me apresente e diga a que vim. Apresento, então, a proposta de pesquisa aos usuários.

Pergunto se posso ficar ali e obtenho um consentimento da maioria dos usuários. Alguns se calaram demonstrando não estarem confortáveis. Penso que essa é uma atitude compreensível, pois a maioria dos pesquisadores faz desses espaços um laboratório de interesse próprio.

Assim foi o meu primeiro passo para a produção de conhecimento nesse território, pois estava vivendo aquela pesquisa, meu corpo agora se sentia implicado no processo daquela pesquisa.

A produção dos dados ocorre desde a etapa inicial da pesquisa de campo, que perde assim o caráter de uma simples coleta de dados. É preciso sublinhar que esse processo com etapas posteriores, atravessando as análises

subseqüentes dos dados e a escrita dos textos, continuando ainda com a publicação dos resultados. Para sermos bastante precisos seria necessário também incluir a circulação do material escrito e a própria leitura do mesmo pelos interessados, tudo isso sem falar da contribuição dos participantes da pesquisa na construção coletiva do conhecimento (KASTRUP, 2009, p.48).

Então, começo a pensar: “O que é fazer pesquisa”? Logo respondo a mim mesma que não estou fora desse processo, tudo ali mexe comigo, e sei que “tudo o que um pesquisador pode dizer sobre um corpo ou um organismo vivo é a partir do seu viver.” (MOLIN; KREUTZ; DORNELLES, 2003, p.114.)

A categoria pesquisa toma uma centralidade não esperada e como cartógrafa, preciso deter-me nesse afeto produzido. Observo a resistência de alguns profissionais. No segundo dia da pesquisa, quando cheguei ao CAPS, um profissional me dirigiu a seguinte pergunta: “Quanto tempo você vai ficar aqui? Porque precisamos saber, porque outras pesquisas vão começar” (C.C). Embora possa ter vários sentidos esse questionamento, meu corpo o sentiu como uma resistência à presença da pesquisadora, que vai “investigar” a realidade. Novamente me ocorre que ela é compreensível, pois há pesquisadores que utilizam os espaços e tornam-se inquisidores e utilitaristas.

No CAPS Escola, passam acadêmicos de diversos cursos para realizarem pesquisa. Ou seja, ele é um campo de formação aberto à pesquisa, onde sempre há alguém em estágio, aprendendo e ocupando esse espaço de formação profissional. Nesse sentido, o medo tem justificativa e, como pesquisadora, começo a sentir na epiderme a resistência ao fato de estar lá pesquisando as práticas profissionais. Vivenciei a sensação de ser “estranha naquele ninho”. Em muitos momentos, manifestavam-se os muros que se erguiam, e a minha presença, enquanto pesquisadora parecia causar repulsa a alguns (poucos) profissionais. Manifestava-se, assim, que o manicômio ainda não abandonara por completo o cenário de nossas práticas e de nossas vidas.

Manicômios que se manifestam quando controlamos um território como se ele fosse nosso e erguemos as bandeiras das nossas verdades, inviabilizando uma produção coletiva, um abrir-se em fluxos de desterritorialização para conhecer espaços não habitados, visto que o coletivo composto de diferenças pode conter em si forças que, ao se aliarem apresentam a capacidade de produzir o novo, rompendo com o instituído, já que os “instituídos e os organizados apresentam predominantemente, freqüentemente, funções a serviço da exploração, da dominação, da mistificação” (BAREMBLITT, 2002, p.32). Ou seja,

os manicômios se manifestam, quando executamos meras funções⁶⁸ que, pelo tecnicismo, provocam mais aprisionamento, uma vez que podem inibir os processos de expressão e de emancipação dos usuários, bem como inviabilizar a produção do conhecimento.

4.1. Lógica manicomial: reproduções e resistências

Ao tentar responder se as práticas profissionais de saúde mental desencadeadas no âmbito desse CAPS Escola estão atendendo às diretrizes da política de Saúde Mental na lógica de rompimento manicomial, percebi que elas respondem às diretrizes propostas pela política de saúde mental, uma vez que se comprometem e resistem no espaço criado como modelo de enfrentamento ao manicômio, oferecendo atendimento na sua territorialidade. Resistem ao utilizarem, nas suas práticas, um modelo de assistência que se volta para a promoção da cidadania ampliada, visando a um atendimento psicossocial, como considera Heidrich:

Na perspectiva da reforma psiquiátrica como meio para a desinstitucionalização o “paciente” torna-se sujeito de sua existência – sofrimento (sua doença, para a psiquiatria tradicional) sujeito de seu “tratamento”, sujeito de sua própria vida. Este sujeito não deve ser tratado, mas cuidado de forma integral. O novo modo de cuidar é chamado na literatura de “atenção psicossocial”. O cuidado psicossocial pretende tratar a pessoa em sua integralidade e em sua complexidade. A grande inversão que se pretende operar é colocar, no lugar da cura como objeto do trabalho, a invenção de saúde, a invenção de vida (2007, p.156)

Mas, no que tange ao rompimento com a lógica manicomial, a própria lei não define a desinstitucionalização, nem a reforma psiquiátrica, como conclui Heidrich: “A desinstitucionalização e reforma psiquiátrica, também, não são ‘definidas por lei’” (2007, p.173). Sendo assim, ainda é um desafio do cotidiano do CAPS Escola a desinstitucionalização, o rompimento com a lógica manicomial, com os manicômios invisíveis e indizíveis, já que a própria lei que trata dos direitos da pessoa portadora de sofrimento psíquico, não se refere à desinstitucionalização, não evidencia a questão cultural de como foi socialmente produzido o “estatuto de louco.”

⁶⁸A função ela é predominantemente reacionária, conservadora, a serviço da exploração, da dominação e se apresenta aos olhos não atentos natural, desejável e invariável (BAREMBLITT (2002, p.32).

A utilização de dispositivos, como o trabalho alternativo das oficinas, aponta para o rompimento da lógica manicomial, pois aposta nas potencialidades dos usuários para além da doença.

No rompimento da lógica manicomial, destaca-se também a aliança que o CAPS Escola mantém com as unidades básicas de saúde que visam a trabalhar coletivamente as demandas que se apresentam e estas, ao serem encaminhadas coletivamente, utilizando o serviço da rede, apontam para uma atuação dentro dos princípios estabelecidos pelo aparato jurídico da legislação em saúde mental, seja na sua dimensão assistencial seja ou no seu caráter político, como forma de respeito à vida com vistas ao exercício da cidadania plena. Nesse sentido, o trabalho realizado responde às diretrizes na sua dimensão assistencial, mas na dimensão política ainda se faz necessária a desconstrução de “manicômios mentais” que habitam as subjetividades.

Merece destaque o dispositivo da acolhida usado no CAPS. Esse instrumento que, no cotidiano, os profissionais utilizam para atender os usuários, mostra-se como momento inventivo de romper com a lógica manicomial à medida que através da mediação⁶⁹ acolhe-se a vida que chega na sua diferença, estabelece-se, então, a relação que irá se constituir no processo do atendimento. Se o usuário não for “bem” acolhido, o seu processo de atendimento pode produzir mais sofrimento psíquico.

É importante considerar que quando “nos chega” uma demanda⁷⁰ carregada de história de vida, é fundamental considerar um olhar sensível que atende ao inesperado. Há muitas pessoas de olhos abertos, porém cegos para a vida que se apresenta. Quando vemos um usuário do CAPS, a nossa atenção deve voltar-se também para a fala do corpo. É muito importante o ato de olhar, pois o corpo fala, e o falar de um corpo é múltiplo.

O ato de ver não é coisa simples. Precisa ser aprendido. Nietzsche sabia disso e afirmou que a primeira tarefa da educação era ensinar a ver. O zen-budismo concorda, e toda a sua espiritualidade é uma busca da experiência chamada *satori*, a abertura do “terceiro olho”, não sei se Cummings se

⁶⁹ Provocar-te, estimular-te, para te ajudar a chegar ao lugar onde possas reconhecer algo que já estava ali (ou em ti). Esse é o papel do mestre, e também o papel do mediador (WARAT, 2001, p.13).

⁷⁰ (...) O institucionalismo enfatiza a necessidade de se ter presente a idéia de que a demanda não é espontânea, a demanda não é o primeiro passo de um processo: ela é produzida, de tal modo que existe um passo anterior à demanda que é a oferta. A demanda não existe por si (BAREMBLITT, 2002, p.61).

inspirava no zen budismo, mas o fato é que escreveu (...) e agora os olhos de meus olhos acordaram (ALVES, 2005, p.23).

O ato de atender significa, aqui, abrir-se na acolhida de uma vida heterogênea que não pode ser modelada, serializada, analisada segundo um perfil que cabe nos padrões sociais impostos.

No CAPS, quando o usuário chega, ele é acolhido por um responsável pelo acolhimento do dia e, assim, é traçado seu plano de tratamento individual (PTI) no qual se define de que oficina coletiva o usuário participará, como, por exemplo, as oficinas de música, de leitura, de artesanato ou cerâmica. A sua preferência só não é atendida, caso não haja mais vaga em função de espaço físico e do número máximo que o CAPS oferece naquela oficina. Há limitações de espaço físico, pois nem todas as oficinas podem acolher toda a demanda que se apresenta. Como expressa o profissional:

É um serviço que tem limitação, a maioria quer ir pra oficina de música, então às vezes se negocia no acolhimento. Mas na maioria das vezes o desejo do usuário, ele é respeitado. O acolhimento é quando a família chega junto e traz consigo muitas dores, nesse sentido se faz muito importante a escuta do que aquele contexto traz. (E.A).

O processo de acolher denota sentidos múltiplos, e a intervenção exige uma sensibilidade aguçada capaz de se entranhar na vida do outro. A escuta sensível se faz muito importante nesse momento em que é preciso acolher a voz que chega.

De todos os sentidos, o mais importante para a aprendizagem do amor, do viver juntos e da cidadania é a audição (...). A magia do poema não está nas palavras do poeta está nos interstícios silenciosos que há entre as suas palavras. É nesse silêncio que se ouve a melodia que não havia (ALVES, 2005, p.27).

Poderia inferir-se: – Como, assim, o diferente ser acolhido, isto não é óbvio? A grosso modo sim, seria óbvio. Mas há, nas atitudes que legitimam a lógica do “adaptar”, do dizer o que ele “quis dizer”, do “faz assim”, porque é assim que deve ser feito. Por exemplo, quando em uma oficina de arte é dito: “Faz assim porque assim é que se faz um quadro artístico”. Não é que não se possa trabalhar a “técnica”. Mas, ao se tirar a opção de poder criar, inviabiliza-se a produção do novo e investe-se na repetição, o que torna as oficinas cansativas, como expressa a fala do usuário: *“Hoje, não quero mais trabalhar isso, eu queria fazer colagem, não tô a fim.”* (L.O). É importante atentarmos para a questão da necessidade, como sugere Neubarth: “E pergunto: a necessidade da produção de teatro, da produção de

artes plásticas, e até da produção de cinzeiros é nossa ou é a do outro, o esquizofrênico?” (2004, p.213).

Assim, o trabalho que deveria ser terapêutico opera dentro dos padrões pré estabelecidos que nem sempre acolhem a vontade do usuário. Acolher significa, também, acolher o desejo do outro.

Às vezes, na correria do dia-a-dia, as vozes se tornam ruídos e não se para ouvir, ou logo interrompemos a fala do outro ou, ainda, pedimos para resumir: “vai logo falando o que tu quer dizer com tudo isso”. A importância de ouvir o usuário é também uma preocupação dos profissionais do CAPS: “*A ansiedade de falar demais, isso ainda hoje é complicado pra mim. Saber escutar, me pego nisso*” (C.C).

Assim, é necessário acolher, em uma escuta atenta, o usuário. Ouvir significa “estar aí para o outro” e fazer daquele momento de expressão uma oportunidade de conhecimento: “Agora os ouvidos dos meus ouvidos acordaram” (ALVES, 2005, p.34)

A proposta de acolhimento como instrumento profissional precisa instigar a própria concepção de intervenção que pode vir a ser utilizada. Embora nem todos profissionais do CAPS sejam responsáveis pelo acolhimento, pude observar que este ultrapassa o momento da chegada do usuário nesse espaço, pois há um acolher aos desafios que se apresentam todos os dias do qual todos os profissionais participam. Ao perguntar como é feito o acolhimento no CAPS, ouvi o seguinte de um profissional:

Eu não faço acolhimento no CAPS porque ele é feito pela Psicologia, pelo Serviço Social ou pela Enfermagem. Mas eu também acolho, entende? Percebo dois tipos de acolhimento: Quando o usuário chega ele passa por uma “avaliação” pelos profissionais, é um acolhimento técnico, mas sem separar o humano. E outro acolhimento é quando os usuários acolhem alguém que chega e dizem: Sejam bem vindos! Eles somam, eles somam ao grupo (I.M).

Fica claro, então, que embora formalmente o acolhimento possa ser feito só por alguns profissionais, os demais utilizam esse instrumento, e nesse sentido ultrapassam o instituído, as normas que às vezes atrapalham, porque perfeitamente um profissional da arte poderia fazer o acolhimento, e o fazem, mas, no plano formal, essa prática ainda é de propriedade privada de alguns profissionais. A fala de um profissional demonstra isso: “Antes, a proposta do acolhimento era mais informal, antes todos faziam o acolhimento, até a cozinheira! Como essa coisa era legal! Mas aí veio a normatização e acabou com isso.”(C.C).

Nesse sentido, podemos perceber que a própria normatização “disciplina”, o atendimento, classifica a quem compete, delimitando os territórios.

Assim, através do acolhimento, é possível transformar o olhar frente às diferentes realidades que se apresentam no cotidiano da prática profissional. Mas como isso acontece? Não acontece simplesmente no uso do instrumento, mas no modo como operacionalizamos. Exemplificando: Ao chegar ao CAPS, uma família que busca o atendimento da rede psicossocial, a primeira etapa deste atendimento refere-se ao acolhimento, realizado por um técnico do serviço de saúde para conhecer a realidade, saber o que se passa com o possível usuário da rede etc. Esse momento poderá ser conduzido de várias maneiras para conhecer a história e a realidade daquele possível usuário. Porém, na lógica antimanicomial, a escolha será de reconhecer a importância da categoria alteridade⁷¹, uma vez que esta se dá na relação.

Os profissionais apontam para a importância desse momento, quando o usuário chega pela primeira vez ao estabelecimento, pois ele chega em sofrimento. Negar, portanto, a importância da etapa do acolhimento significa impossibilitar a expressão da vida que se apresenta, comprometendo a proposta da desinstitucionalização como modelo de desconstrução da exclusão, o que coloca a prática profissional num patamar de prepotência frente às fragilizações cotidianas. Banalizar a vida da população, não acolhendo as suas expressões, é reproduzir, ao mesmo tempo, a lógica da subalternização⁷² e a lógica manicomial.

Penso que ver, sentir e expressar o que se passa com os corpos que interagem é analisar como se efetiva a política de saúde mental, pois a proposta da desinstitucionalização

⁷¹ Nossa hipótese de trabalho é de que em torno da questão da alteridade se tece uma grande parte do trabalho do pesquisador. Análise e manejo das relações com o outro constituem no trabalho de campo e no trabalho de escrita, um dos eixos em torno dos quais se produz o saber. Diferença no interior de uma identidade, pluralidade na unidade, o outro é ao mesmo tempo aquele que eu quero encontrar e aquele cuja impossibilidade de encontro integra o próprio princípio da pesquisa. Sem reconhecimento da alteridade não há objeto de pesquisa e isso faz com que toda tentativa de compreensão de diálogo se construa sempre na referência aos limites desta tentativa. É exatamente ali onde a impossibilidade de diálogo é reconhecida, ali se admite que haverá sempre uma perda de sentido na comunicação que se constrói um objeto e que um conhecimento sobre o humano pode se dar (AMORIM, 2004, pp.28-29).

⁷² Não pensem que pássaro algum melhor caia no laço, nem peixe algum pela gulodice da isca mais depressa se aferre ao anzol pois, como se diz, todos os povos são prontamente logrados para a servidão pela primeira pluma que lhes passam na boca; e é maravilhoso como cedem rápido, contando que lhes façam cócegas. Os teatros, os jogos, as farsas, os espetáculos gladiadores... os tiranos antigos tinham esse meio, essa prática, esses atrativos para adormecer seus súditos sob o jugo. Assim, achando bonitos esses passa tempos, entretidos por um prazer em vão que passava diante de seus olhos, os povos abobados acostumavam-se a servir tão totalmente e até pior do que criancinhas que aprendem ler vendo brilhantes imagens dos livrinhos iluminados (LA BOÉTIE, 2001, p.27).

ativa deve trabalhar para que o usuário seja respeitado como um sujeito de desejos) AMARANTE, 2008).

Trabalhar dentro das diretrizes propostas pela legislação em saúde mental não significa rompimento com a lógica manicomial, porque, como pude perceber, há que se travar uma luta permanente, já que a exclusão se dá de uma forma mais sutil, porém não menos significativa, que é através da lógica do pensamento, “a lógica do pensamento é como um vento que nos impele, uma série de rajadas de abalos. Pensava-se estar no porto e de novo se é lançado a alto mar (DELEUZE, 2008, p.118).

É preciso debruçar-nos sobre que implicações produzimos nos espaços através das nossas condutas que operam no terreno mais sutil, que vai para além do que se apresenta e se evidencia aos olhos, mas que demonstra os afetos produzidos em nós. Como, por exemplo o ato, de abraçar alguém, ou beijar a face de alguém. Questionar se esses gestos representam afetos condizentes com que sentimos, ou significam, “representam” gestos socialmente estabelecidos, como “forma de acolher”. O abraço pode não significar “vontade de abraçar”, mas sim um gesto que se convencionou como forma de acolher. Sendo assim, é imprescindível questionar se produzimos dissociação na ordem dos sentimentos, porque o que é produzido, por exemplo, no CAPS Escola remete ao campo teórico prático e se desdobra na forma que habitamos aquele terreno existencial, ou seja, que sentimentos colocamos em curso nos territórios que habitamos, como sugere o método cartográfico que considera o indizível como a manifestação desta relação teórico-prática.

O método da cartografia não opõe teoria e prática, pesquisa e intervenção, produção de conhecimento e produção de realidade. O ato cognitivo – base experimental de toda atividade de investigação – não pode ser considerado, nessa perspectiva, como desencarnado ou como exercício de abstração sobre dada realidade. Conhecer não é tão somente representar um objeto ou processar informações, supostamente já constituído, mas pressupõe implicar-se com o mundo, comprometer-se com a sua produção (...) pelo compartilhamento de um território existencial que sujeito e objeto da pesquisa se relacionam e se codeterminam (ALVAREZ; PASSOS, 2009, p.131).

Assim, na análise dos sentidos produzidos, no caminhar no território que habitamos é preciso ver se há dissociação “entre o nosso fazer” e o “nosso sentir”. Desse modo, entendo que acolher significa colocar em prática, através da educação dos sentimentos indicado pelo autor Rubem Alves e reafirmado por Maturana e Yáñez que denominam o “amar como um convívio desejado”, isto é, colocar em curso os afetos realmente desejados. Quando os afetos que nos mobilizam são, por exemplo, o de não querer estabelecer uma

relação de troca, esse é um afeto que merece nossa atenção, porque à primeira vista posso não gostar de alguém, mas à medida que o tempo passa, através do conviver, surgem outros sentimentos, e como surgem?

Surgem na espontaneidade do viver no amar, Como se conserva e se realiza? Se conserva e realiza no próprio prazer do conviver no amar sem precisar de justificação alguma. Como se perde? Perde-se com o surgimento da desconfiança no mundo natural e a invenção de teorias que procuram controlá-lo (MATURANA; YÁNEZ, 2009, p.35).

Portanto, cabe abrir a indagação: o que essa discussão teórico-prática tem produzido de conhecimento científico? Essa concepção se reduz a um olhar simplista da realidade? Não. O que está em discussão é que a produção do conhecimento científico depende das vidas encontradas no campo de pesquisa. Ou seja, para considerarmos o tema saúde mental como um tema que reinventa as práticas tradicionais de cura, de loucura, de doença, que negavam a importância dos significados produzidos pelos usuários, quer-se aqui afirmar que não há cuidado, acolhimento e potência para além do sofrimento se, não transformarmos esse processo como processo coletivo de luta antimanicomial.

Assim, os afetos que se produzem quando convivemos e vivenciamos a realidade, quando estamos dispostos a trocar potências no encontro com o outro, tendo presente que encontrar-se com o outro é abrir-se para colocar o cuidado em curso, está relacionado com o modo de construirmos a relação com o usuário quando, no acolhimento, reconhecemos histórias de vida para além do sofrimento e primamos pela ética do cuidado.

Os afetos produzidos nas relações que estabelecemos com os coletivos podem manifestar comportamentos socialmente convencionados, em oposição àquilo que, de fato, estamos sentindo. Muitas vezes, a moral impele-nos a ter comportamentos que às vezes nos parecem naturais, mas que foram modelados pela “produção capitalística”, reproduzida também pela ciência, a qual predominantemente salienta uma sobreposição da razão aos sentimentos e a supervalorização do tecnicismo.

Dizem que nós, seres humanos, somos animais racionais. Nossa crença nessa afirmação, nos leva a menosprezar as emoções e a enaltecer a racionalidade, a ponto de quereremos atribuir pensamento racional a animais não-humanos, sempre que observamos neles comportamentos complexos. Nesse processo, fizemos com que a noção de realidade objetiva, se tornasse referência a algo que supomos ser universal e independente do que fazemos, e que usamos como argumento visando a convencer alguém, quando não queremos usar a força bruta (MATURANA, 1997, p. 45)

Quando decidi estudar se há um rompimento com a lógica manicomial, sabia que seria um tema amplo e que não se resumiria apenas ao conjunto de palavras que desenham esta escrita, uma vez que o CAPS é um dos locais onde esta lógica se expressa, e onde há tentativas de romper com as atitudes manicomiais, mas apesar disso, essa lógica permeia todo o tecido social.

Assim, a ruptura seria ultrapassar, abrir caminhos contra as atitudes manicomiais para tentar rompê-las, e isso não significa que o rompimento não leve a incidir novamente nas mesmas práticas, porque a lógica manicomial opera por instituições construídas no imaginário social.

Desse modo, romper com o manicômio é romper com os estigmas socialmente construídos, com os rótulos e etiquetas produzidos em relação aos usuários do sistema de saúde mental, no cotidiano. Observam-se muitas práticas desassociadas, descomprometidas da proposta de desinstitucionalização como desconstrução, uma vez que os profissionais têm o entendimento do que são essas práticas, estudam os autores da reforma psiquiátrica, porém não articulam esse saber na sua prática. Portanto, entre o que se lê e o que se faz, há uma grande distância.

Assim, ter sensibilidade para perceber que quem tem sofrimento psíquico e entender que os usuários que vivenciam esse sofrimento não se resumem a ele, não basta para romper com a lógica manicomial,. Romper com a lógica manicomial exige postura ético-política comprometida com a desconstrução dos “manicômios mentais” a partir de nós mesmos, daquilo que propomos no dia-a-dia, daquilo que reproduzimos ou produzimos, fazendo o movimento de desconstrução ou legitimação a partir do nosso próprio movimento.

Por manicômio mental, entendo as práticas que vivem em nós e que legitimam o “estatuto de incapaz”, como, por exemplo, aquela exercitada por profissionais que se tornam detentores do saber que pode “curar o outro”, os quais sabem o que é melhor para o usuário, aniquilando a potência de o usuário ser o agente de seu processo de melhorar. Com isso, negam-se as potências dos usuários, negam a vivência do próprio sofrimento, a vivência da crise, como se estar em crise não pudesse conter a potência e a fecundidade de superação. “Os estados de crise são considerados fecundos, na medida em que envolvem a falência do instituído, organizado, e a emergência do instituinte-organizante no seio da desordem criadora” (BAREMBLITT, 2002, p.143)

Consequentemente, atitudes que reduzem o usuário a sua doença, colocando-o entre o muro, na cela de “doente mental”, manifestam o funcionamento da lógica manicomial, que pode expressar-se através dos rótulos de: “incapaz”, “improdutivo”, “doente mental”, como também através do controle de suas vontades. Por exemplo, a lógica manicomial pode manifestar-se mediante um olhar que repreende sutilmente, de uma palavra de repreensão dirigida diretamente; inviabilizando o devir que “jamais é imitação nem ajuste a um modelo, seja ele de justiça ou de verdade. Trata-se, enfim, de relações que só podem estar contidas em uma vida e expressas em um estilo” (FONSECA; KIRST, 2003, p.13).

O desejo de um manicômio ainda acompanha a sociedade, embora se saiba que eles são parte do passado, que nos traz vergonha, quando lembramos as práticas de tortura impostas às pessoas com sofrimento psíquico, ainda hoje encontramos quem o deseja. Na conversa de dois senhores que estavam esperando para fazer um exame em um laboratório, desperta-me a atenção quando um deles pergunta: “*O Sr é o Dr. João*”? E o outro responde: “*Sim, sou eu, o mesmo João do antigo Hospital Psiquiátrico Olivé Leite*”. A conversa continua entre os dois e, passados alguns minutos, uma senhora intervém e diz: “*Como faz falta o Roxo, não tem mais onde se internar essa gente como esses jovens do craque. Tem que internar esses caras. É muita impunidade. Eles chegam assaltando.*”

Essa conversa evidencia que ainda a solução predominantemente pensada é: o isolamento, o trancafiamento, seja na prisão, seja através da internação. Há um desejo de punição. Esse desejo de punição é socialmente produzido e moldado no registro social da sociedade de controle: “Estamos entrando nas sociedades de controle, que funcionam não mais como confinamento, mas por controle contínuo e comunicação instantânea (...) num regime de controle nunca se termina nada” (DELEUZE, 2008, p.216) A instituição do manicômio se opera por uma lógica que não se restringe aos muros, ela opera também pelo controle, tendo em vista que uma instituição, não é um “lugar”, ela é como analisa Baremblytt:

As instituições são lógicas, são árvores de composição lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas quando estão enunciadas de maneira manifesta podem ser hábitos ou regularidades de comportamento (2002, p.25).

Assim, os estabelecimentos⁷³, como, por exemplo, o CAPS, são os lugares onde essas lógicas se reproduzem, ou não. Ao entendermos a instituição só como um lugar, as intervenções tornam-se limitantes, porque os espaços são atravessadas por lógicas e sistemas de poder que merecem ser analisados, pois elas é que decidem e determinam o seu funcionamento. Por exemplo, o Ministério da Saúde determina como deve funcionar o CAPS, e este deve preencher os requisitos para ser reconhecido como tal, dentro de normas e leis estabelecidas fora de seu espaço. E, por sua vez, os funcionários, os usuários, os familiares e os profissionais também são atravessados por instituições, como família, religião.

Nesse sentido, é importante destacar que existe uma lógica do poder que é determinado em instâncias as quais deveriam “representar” a maioria do povo, mas estão a serviço de uma minoria. Essa minoria garante que essa lógica, essa força do poder se reproduza e se estenda a toda a sociedade permeando as micro relações. Sendo assim, o espaço micropolítico é um espaço de possibilidade de mudança, ruptura e transformação. Residem, aí, as forças que influenciam e podem mudar o macro. Porque “o poder é precisamente o elemento informal que passa entre as formas de saber, ou por baixo delas. Por isso, ele é dito microfísico. Ele é força, é relação de forças, não forma” (DELEUZE, 2008, p.122).

A relação entre micro e macro não podem ser dissociadas. Vejamos, por exemplo, que quem detém a riqueza econômica não é a maioria, e é essa minoria que determina, através da relação de poder, a ditadura do capital, e toda a sociedade, que nesse caso pode ser considerada o macro, é influenciada por uma minoria que exerce essa imposição de poder. Sendo assim, não há como negar a potência micropolítica e a capacidade de mudança que podemos colocar em movimento nos espaços que habitamos. Portanto, é preciso cuidar e produzir a atenção na construção dos minimanicômios que se apresentam na materialidade e na imaterialidade⁷⁴ cotidiana.

Nesse sentido, o espaço do CAPS é desinstitucionalizante à medida que se apresenta como um lugar de resistência ao modelo manicomial e aberto e acolhedor às potencialidades dos usuários, dos familiares e da comunidade. O CAPS Escola é acolhedor às

⁷³ (...) Os estabelecimentos seriam as escolas, um convento, uma fábrica, uma loja, um banco, um quartel. Há diversos tipos de estabelecimentos de características muito diferentes. Mas é um conjunto de estabelecimentos o que íntegra uma organização (BAREMBLITT, 2002, p.28).

⁷⁴ Sugiro a leitura da obra “O Trabalho Imaterial dos Autores”, de Maurizio Lazzarato e Antonin Negri, pois este refere que “O trabalho imaterial não se reproduz... na forma de exploração, mas na forma de reprodução da subjetividade” (2001, p. 30).

potências dos usuários que manifestam essa característica de acolhimento como um fator muito importante na vida deles: *“Aqui é a nossa segunda casa, eu chego aqui triste e saio bem”* (V.S.). Essa fala me afetava muito, porque muitos usuários a repetiam, sinalizando que lá é oferecido um cuidado que supostamente eles não tiveram na família ou na sociedade.

Por outro lado, os profissionais também, em suas falas demonstravam a preocupação no sentido de que os usuários não se institucionalizassem. *“Eles acabam ficando aqui, porque não tem uma estrutura que os receba após a alta”* (T.D.). Mas, ao se referirem ao CAPS como sendo a sua segunda casa, os usuários demonstravam a escolha de querer estar lá porque estar lá é bom. Além disso, a relação deles com o tempo é diferente. Nesse sentido, a escolha pelo tratamento no CAPS e o tempo de permanência se dão por significados diferentes:

Um dia decidi acabar com minha vida. Então fui num medico e disse a ele que não dormia há um mês e que não adiantava ele me dar qualquer remédio. Sugeriu o remédio e ele o receitou. Então, fui para casa.No caminho aconteceu uma coisa de Deus.Passei na frente do CAPS e aí resolvi entrar, e fui atendido. E, hoje, estou aqui. Aqui é minha segunda família (E.A.).

Por não terem um apoio comunitário após a alta, os usuários entendem aquele espaço como importante para continuarem bem e permanecem por longos períodos. Por que eles não podem permanecer lá? É compreensível quererem estar lá, já que reconhecem o CAPS como espaço onde são acolhidos nas suas necessidades. Não necessariamente, toda instituição precisará institucionalizar, ou seja, impor a sua lógica. Mas é preciso atentar para o fato de que, ao estarem lá por tempo indeterminado, podem tornar-se dependentes, o que lhes furtaria a autonomia e capacidade de gerir seu processo.

Assim, penso que o processo da alta deva ser trabalhado coletivamente desde a chegada, com o usuário e a sua família, que também precisa de atendimento. A mãe de um usuário coloca sua angústia quando uma profissional lhe coloca a possibilidade de seu filho ser inserido no mercado de trabalho. A fala dela evidencia o medo do desconhecido que seu filho enfrentaria:

Eu não quero que ele trabalhe, tô acostumada com ele... nem pensar...imagina se ele se perde no caminho e se alguém falar alguma coisa e ele tiver uma crise, quem vai ajudá-lo? Se ele tá em casa eu sei como ele tá, não adianta tentar me convencer. Não dá pra ele. Ele depende de mim, não faz nada sozinho (A.R.) .

A profissional que estava com a familiar, naquele momento, argumenta sobre a necessidade de o usuário vir a ser independente e de exercer sua capacidade laboral,

reconhecida pela equipe profissional. No entanto, o medo e a angústia da mãe demonstram o temor que as famílias dos usuários tem em relação à aceitação que estes terão na sociedade. Isso evidencia a necessidade de um trabalho de desconstrução cotidiana de que a pessoa com sofrimento psíquico é incapaz de exercer uma atividade laboral, ou que sua presença nas ruas é perigosa. Logo, torna-se necessário um trabalho junto às famílias e à sociedade já que a lógica manicomial habita as subjetividades.

A lógica manicomial expressa-se na sociedade, na família, nas relações que, ao inviabilizarem a participação dos usuários, acabam limitando-o a ocupar o espaço que socialmente lhe foi determinado, o de “incapaz”, de “perigoso”, manifestando “muros” que aprisionam através de atitudes, de preconceitos reproduzidos que habitam as subjetividades e, portanto necessitam ser desconstruídos, uma vez que não é só o espaço do CAPS que institucionaliza. Às vezes, como exemplificado anteriormente, é a própria família e a sociedade.

O atendimento que é oferecido aos familiares pelos profissionais, através das visitas domiciliares, das reuniões no CAPS, do convívio na comunidade e a troca com a rede de atendimento básico de saúde são dispositivos de intervenção importantes, nos quais se pode trabalhar a desconstrução dos estigmas socialmente produzidos sobre o usuário com sofrimento psíquico, a partir do território, onde a família também participa e pode intervir junto a equipe técnica.

Ao referir-se à abolição do manicômio, no Brasil, Franco Basaglia aponta o desafio de não se trocar apenas as etiquetas ao se mudarem os lugares. É necessário que os novos lugares possam, de fato, estar livres da clausura, sendo enfático ao dizer:

O manicômio está ainda presente: todavia faltam serviços e estruturas adequadas; a qualidade de intervenção é muitas vezes decadente e insuficiente, muitos familiares denunciam o fato de ter que arcar, muitas vezes sem auxílio ou pouco apoio, com peso do parente doente. Mas ninguém mais quer o manicômio. Mesmo que novos desafios nos esperem ao enfrentar o ‘fazer-se’ instituição na cotidianidade de nossa vida, mesmo se o risco do transformismo, de uma mudança formal das etiquetas sobre as velhas instituições seja um perigo real, a cultura da exclusão total – do delegar às paredes, às chaves, aos portões, à violência gratuita e desumana passada pela terapia – está vencida e não somente na Itália (BASAGLIA, 1996, p.12).

No CAPS Escola a infraestrutura, segundo alguns profissionais, poderia ser melhor. As salas não oferecem a privacidade de que o grupo precisa para desenvolver a atividade proposta. A construção apresenta salas que se interligam: *“Precisa ambientes*

melhores, mais salas para realização das oficinas. Às vezes, falta sala, falta uma cozinha melhor” (A.T.).

As salas, por terem ligações entre elas, permitem a circulação. Assim, apesar de ser um modo de não separar, isolar, essa forma quebra o processo do grupo, que às vezes necessita de que aquele espaço se feche por um momento. *“Às vezes tem alguém falando, entra uma pessoa que não é da oficina, quebra o clima, inibe quem tá falando” (S.I.).* Segundo esses profissionais, o espaço dificulta um melhor acolhimento devido ao aspecto físico e estrutural do prédio.

Mas, é importante destacar que, no CAPS Escola, a alegria na forma de acolhimento afetivo se sobressaía por parte dos usuários e da maioria dos profissionais, que me recebiam interagindo comigo. E isso me motivava, e a sensação de ser aceita, acolhida, mudava tudo. A resistência à pesquisa que se manifestava em alguns momentos mostra a dinâmica da microfísica do poder presente nas relações cotidianas dos estabelecimentos e suas potências:

(...) se a produção de conhecimento engendra afetos que perpassam o corpo, ela pode mobilizar o desejo nas direções mais diversas. Logo, estamos ética e politicamente envolvidos com o conhecimento que produzimos, porque, mais do que uma operação neutra e unidirecional, produzir conhecimento significa produzir mundos nos quais também habitamos, ou seja, não somos jamais imunes às suas conseqüências. Nossos saberes tecem poderes que nos enredam também em suas malhas. É preciso, portanto, experimentarmos os modos de conhecer como modos de vida (GIACOMEL; RÉGIS; FONSECA, 2004, p.90).

A sociedade nos prepara para demarcarmos o nosso território e quando alguém circula e transita pelo território que é “nosso” o defendemos. Essas defesas, muitas vezes, são uma proteção do nosso mundo e do medo que temos do dissenso. Reconhecemos as diferenças, mas é muito mais “cômodo” ter ao lado alguém que pense igual, alguém que legitime aquilo que pensamos. Assim, fazer a autoanálise dos nossos territórios do saber se faz necessário, bem como o exercício da alteridade nos espaços que ocupamos. A experiência de Trieste mostrou que é preciso ultrapassar as barreiras das disciplinas:

(...) A experiência triestina introduz um questionamento não apenas à psiquiatria ou à medicina e uma inquietação sobre os novos contornos de administração do social, mas procura igualmente forçar os limites disciplinares entre os saberes especializados do psiquiatra, psicólogo, assistente social, sociólogo, antropólogo, advogado e das práticas de divisão, classificação e delegação dos indivíduos – problemas a espaços correccionais bem definidos e precisos (...). É preciso acolher o desconhecido, entender que a desordem não é a não ordem, que os saberes são sempre inesperados,

incertos e não definitivos. Ninguém melhor que Roland Barthes expressa o sentido dessa utopia ao defini-la como “a de um mundo onde só houvesse diferenças, de modo que diferenciar-se não fosse mais excluir-se” (BARROS, 1994, p.149).

No fluxo diário das profissões apresenta-se a fala ou o discurso em oposição à fala sentimento, para garantir o espaço. Assim, por exemplo, há um discurso de que os espaços são abertos à pesquisa e que elas são bem vindas, mas o sentimento e expressão é a resistência.

A resistência pode ser antiprodutiva⁷⁵, que é aquela que inviabiliza o processo de aprendizado, da troca e da aliança de saber. Quando há imposição de poder que inviabiliza o acesso do espaço público que toma uma dimensão de “privado”, “propriedade” como era o caso de muitos manicômios que tinham seus donos.

No caso do CAPS, a resistência pode ser identificada muito mais com o cuidado, fundado no comprometimento da defesa do próprio usuário que socialmente já é estigmatizado, considerando que muitas pesquisas são meramente utilitaristas, nos quais os pesquisadores não têm um compromisso ético- político para com as informações e, após concluírem os seus estudos, apropriam-se do conhecimento produzido coletivamente. Então, a resistência é entendida num sentido da proteção e do zelo:

O cuidado significa então desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato (...). Por sua própria natureza, cuidado inclui pois duas significações básicas intimamente ligadas entre si. A primeira, a atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro. A segunda de preocupação e de inquietação, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada a outro (BOFF, 2002, pp.91-92).

Porém, deixar de fora os momentos o nos quais o pesquisador enfrenta a resistência antiprodutiva, não seria pertinente, uma vez que ela evidencia o que faz parte de muitos estabelecimentos, não só do CAPS, e alguns autores denunciam essas práticas:

Nestes ambientes institucionais, que em conjunto influenciam fortemente a moldagem das culturas profissionais, os paradigmas de produção de conhecimento e as ações baseadas nesse conhecimento não necessariamente favorecem a solidariedade transpessoal ou transdisciplinar. Como conseqüência, fica prejudicada a atuação institucional, sobretudo no que se refere a territórios de atuação tradicionalmente estanques, entre eles os das profissões da “saúde” e particularmente as da saúde mental. Este é um

⁷⁵ “(...) a Antiprodução (aquilo que destrói o produzido ou impede ou seleciona a produção)” (BAREMBLITT, 1998, p.88).

dilema fundamental no processo da reforma psiquiátrica, que depende de ações integradas para cumprir sua missão de transcender os muros e atitudes manicomial e os territórios de dominação e poder estabelecidos entre as disciplinas que formam a massa crítica do empreendimento “saúde mental” (OLIVEIRA; DORNELES, 2005, pp.20 - 21).

Conforme esses autores para o processo da reforma psiquiátrica acontecer, é preciso romper com as atitudes manicomial, de controle, de dominação, e abrir-se para relações transversais. Nesse sentido, a resistência à pesquisa pode ser entendida como uma prática anti-manicomial à medida que defende o espaço do CAPS, que é resultado de um coletivo de lutas contra o manicômio e se baseia numa relação de cuidado com o usuário e seus direitos. São profissionais que resistem à imposição do estigma do usuário com sofrimento mental, para a figuração de outros modos de vida, de:

(...) Sujeitos que resistem ao sufocamento de modos de viver desenfreados e consumistas na sociedade atual. Crítica a forma de consumir a vida como um excesso de valores que não foram construídos coletivamente, nem por processos, nem por trajetórias, mas que são inculcados e digeridos pelos sujeitos em prol de um interesse externo a eles, heterônimo, e hegemônico no nosso sistema atual (ENGELMAN; FONSECA, 2004, p.49).

Assim, a resistência à pesquisa pode ter significados diferentes. Pode tanto ser um desejo de proteger os pesquisados (no caso, os usuários do CAPS) como pode manifestar o desejo de proteger-se (no caso, proteger as práticas profissionais).

Ao perguntar se a lógica manicomial ou a não manicomial se expressava no CAPS, podemos analisar uma sincronia com as ideias apontadas pelos autores da reforma psiquiátrica brasileira, conforme analisa um profissional: *“Sim as duas se apresentam. Todos temos os minimanicômios mentais. Às, vezes, isso se dá quando agimos pressupondo que o nosso saber está acima do usuário”*(C.C.). Nessas posturas que conseguem fazer essa leitura de suas práticas, há um importante dispositivo da luta cotidiana na tentativa de superação das práticas manicomial: a autoanálise dos processos:

Porque a autoanálise, para as comunidades, significa a produção de um saber, do conhecimento acerca de seus problemas, de suas necessidades, demandas etc., e também de seus recursos (...) elas têm que se organizar em grupos de discussão, em assembleias; elas têm que chamar experts aliados para colaborar; elas têm que se dar condições para produzir esse saber e para desmistificar o saber dominante (BAREMBLITT, 2002, p.19).

Ao analisar a política de saúde mental no CAPS, detive-me num dos fatores dessa política: as práticas profissionais. Entendo que a política de saúde mental envolve outros múltiplos fatores, desde a infraestrutura disponível, a gestão dos recursos financeiros, entre

outros. Mesmo tendo a noção de que muitas conquistas ainda precisam ser travadas constantemente, como a luta pela manutenção desses espaços, a ampliação dos recursos, tanto financeiros como humanos, para melhor qualidade de atendimento, detive-me na análise das práticas profissionais, porque é através das posturas cotidianas de construção coletiva que podem ser buscadas as soluções, decidindo e propondo.

É no enfrentamento do dia-a-dia, através das intervenções e da participação coletiva, que se decidem também os rumos da política de saúde mental. Assim, por exemplo, merecem destaque as conferências de saúde mental que norteiam as ações, mediante seus princípios e diretrizes, que são construídos coletivamente pela participação dos profissionais, dos usuários e seus familiares, os quais, juntos, formam a rede de atendimento em saúde mental.

Assim, os cuidados dispensados aos usuários merecem a atenção porque:

Não basta destruir os muros do manicômio, desospitalizar, sem a implantação de uma política de atenção à saúde mental que contemple novas formas de tratar e cuidar dos portadores de sofrimento psíquico. Como também de possibilitar que eles interajam, realizem trocas afetivas com a sociedade. A inexistência de tais políticas acabaria por fazer-nos cair em uma reprodução do sistema disciplinar manicomial em um outro espaço mais horizontalizado, mais esparsos, mas tão segregador quanto o anterior. O controle mais sutil poderia vir a ser mais eficaz (ENGELMAN; FONSECA, 2004, p.49).

Por entender que a maneira como se estruturou e se estrutura o cenário da saúde mental, que é fruto das relações de poder, entendo ser necessária a análise das práticas profissionais, para que se possa avançar em outros modos de “direcionar” a política de saúde mental, aliando-se aos movimentos comunitários, aos movimentos sociais organizados que lutam por terra, pela reforma sanitária, entre outros

A reforma psiquiátrica é um movimento social, e deve se somar aos outros movimentos organizados da sociedade. Será evidenciando nas relações cotidianas, e combatendo todas as formas de autoritarismo, estigmatização dos usuários dos serviços de saúde mental, que estaremos no movimento da reforma psiquiátrica, que é movimento, é processo que acontece na vida em sociedade.

A perspectiva da desinstitucionalização está presente em nossas discussões, fóruns e cabeças. Esse processo, porém, não ocorre por decreto, portaria ou lei. Ele se dá no cotidiano e a efetivação das transformações só será possível, na medida em que a sociedade brasileira, através dos movimentos sociais, dos conselhos setoriais, das universidades, dos meios de comunicação, assumir o desafio de conviver com o diferente, aceitar a

diversidade e lutar pela constituição da cidadania brasileira para todos os brasileiros (HEIDRICH, 2007, p.188).

É preciso lutar pelo comprometimento ético político das profissões que atuam na área da saúde mental para que não haja mais a separação teórico – prática que produz um discurso doce que promete mudança de atitude e nas ações reproduz o conservadorismo. A fala de uma docente, num encontro de Saúde Mental em São Lourenço do Sul, em 2006, ao analisar as práticas profissionais alerta para esta problemática, ao expressar que:

Os profissionais nos congressos aplaudem os autores que criticam as práticas de controle, disciplinamento e de imposição, ou seja, as atitudes manicomiais, mas ao chegarem nos espaços de atuação reproduzem justamente essas práticas e se alguém evidência ou critica, há muita resistência, mexe-se em terreno difícil e os territórios logo se delimitam (R.I).

São as pessoas que fazem as leis, as políticas, porque as pensam, as escrevem, e as materializam, e os sentidos produzidos são frutos dessas relações, nesses espaços públicos entre pesquisadores, usuários e profissionais. Portanto, essas relações, no espaço do CAPS, é que fazem a lógica manicomial ser rompida ou não.

Ao analisar o nascimento do manicômio no judiciário, o autor Sérgio Carrara relata: “Em agosto de 1983 eu percorria pela primeira vez o sombrio e longo beco que margeando os muros do presídio Frei Caneca, vai dar nos feios portões do MJ”⁷⁶ (1998, p. 24). Um manicômio, então, é: “Hospital de loucos, hospício” (LARROUSSE, 1992). E, nesse mesmo dicionário, ao procurarmos a definição de louco encontramos:

Louco: diz-se daquele que apresenta distúrbio mental grave, alienado, doido, insano. 2. Que está fora de si; insensato. 3. Furioso, alucinado. 4. Temerário, imprudente (LARROUSSE, 2004).

Manicômio é, por conseguinte, o local que se trata em cárcere os “doentes mentais”, como assinala Carrara (1998) “o manicômio margeia o muro do presídio”. A lógica manicomial é resultado do que se produz nas relações de imposição de poder pela força, pelo autoritarismo, pela exploração, pela estigmatização. O estigma traz, em si, atributos que são depreciativos:

Enquanto o estranho está a nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até de uma espécie menos desejável – num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo a

⁷⁶ O autor se refere ao Manicômio Judiciário Heitor Carrilho.

uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem – e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real (GOFMANN, 2008, p.12)

As definições que reduzem o usuário do CAPS apenas à sua doença mental ocasionam efeitos e relações de poder que produzem sentidos na vida das pessoas que o exercem, na vida daquelas que sentem o seu efeito e na vida da sociedade em geral. São atitudes que encarceram o “usuário” ao reduzi-lo à sua doença, como: “bipolar” “esquizofrênico”. Pode parecer simples, mas a dimensão que tomam esses estigmas, na vida dessas pessoas, é muitas vezes incomensurável.

Você pode acordar mal humorada e se irritar com as pessoas, e só vão dizer: ela não está bem! E eu se acordar de mau humor irritado e manifestar aqui dentro isso, ah, eu já “tô em crise”, “sou bipolar”. É certo que vão dizer. Você não se trata no CAPS, então eu tenho crises, e você não (E.N).

Essa fala mostra a análise crítica que fazem os usuários do atendimento quando este os reduz ao seu sofrimento psíquico, e também os efeitos nocivos que pode trazer, pois demonstra o estigma legitimado dentro do estabelecimento CAPS. Quando se manifesta alguma expressão como a evidenciada na fala, esta é identificada, é etiquetada, é relacionada com signos pré-convencionados à nossa razão, que se baseia nos modelos pré-estabelecidos que legitimam esses rótulos.

A atitude de “irritação” ou o estado de “mau humor” do usuário não são considerados como resistência às práticas, ao modelo terapêutico, ou simplesmente um sentimento momentâneo. A ele, muitas vezes, é negado o direito de expressar seus sentimentos, sem ser avaliado. Diante desse exposto, é necessário trazer à lembrança que o processo de desinstitucionalização deve ser contínuo, ele precisa ser inventado. Desinstitucionalizar não tem fim, não tem modelo ideal precisa ser inventado incessantemente. Trata-se de um exercício cotidiano de reflexão e crítica sobre os valores estabelecidos como naturais ou verdadeiros, que diminuem a vida e reproduzem a sociedade excludente na qual estamos inseridos. É uma discussão permanente que deve estar presente, alicerçando as diversas propostas de práticas e políticas em saúde. Trata-se de outro modo de vida, de produzir práticas em saúde. Este é o desafio que enfrentamos: resistir a tudo aquilo que mutila a vida, que nos torna subjetividades anestesiadas, sem liberdades de criação, destituídas de singularidades. Desinstitucionalizar (...) é cartografar as linhas de fuga que desenham novos modelos de “cidadania” baseados na liberdade de desejar e inventar zonas de afetos e intensidades, puro devir. Desinstitucionalizar é uma processualidade (ALVARENGA; DIMENSTEIN, 2005, p.63-64).

O CAPS Escola reproduz, sim, a lógica manicomial. Assim sendo, no processo de crítica ao modelo excludente, é preciso discutir como se produz esse modo de vida que influencia a saúde, e como se produz outro modo de vida, já que sabemos que a era do capital mundial integrado colonizou os povos impondo sua ditadura, que faz com que a população ao ser esmagada pelas rotinas estressantes, pela crise ambiental, pelo não acesso às condições de vida digna, acabe por adoecer. Essa concepção foi manifestada por um profissional, ao expressar que: “A doença mental está vinculada a rotina estressante de hoje. Vejo, por exemplo, gente que é submetida a rotinas rígidas demais, parar aqui” (E.A.).

É no cotidiano que se constrói a doença, quando somos capturados pelo desejo produzido da forma física ideal, do ideal de mulher e homem, do ideal de profissional. O Sistema investe na produção de subjetividade, investe no desejo de nos tornarmos clones dos considerados “exemplos”, seja na vida profissional, na familiar etc.

Esta colonização não se dá apenas pela extensão dos territórios, mas pela maneira intensiva, de modo que todos empregam sua vida ao capital, crianças, mulheres homens desempregados, estudantes, donas-de-casa. A sujeição é completa: o capital anexou tudo o que pode e em profundidade – por isso é capitalismo expansionista e intensionista. Trata-se da integração maquínica, ou seja, o campo de atuação do capital não está apenas no trabalho assalariado, mas onde todos nós estamos. O capital não é somente econômico, é material e semiótico, é um agenciamento coletivo complexo. A mídia é o principal veículo dessa integração maquínica e o marketing passa a ser o setor privilegiado das empresas (GIACOMEL; GHISLENI; AMAZARRAY; ENGELMAN, 2003, p.140.)

Lidar com saúde mental e sofrimento psíquico requer uma análise de conjuntura do contexto político, das relações de poder, de como se estruturam os modos de vida e as formas de pensar, da história de vida dos sujeitos envolvidos, pois os estabelecimentos, assim como o CAPS, estão atravessados por essa produção maquínica.

Quem nunca sentiu algo interferir de maneira pesada em sua vida? Quem nunca se viu num momento em que não sabia qual era a saída? O fato como concebemos o sofrimento psíquico muda tudo. O fato de não nos colocarmos de fora do adoecimento nos faz exercer o conceito da alteridade, que deve ser exercida com comprometimento ético político, sem interesses do tipo: “– Eu poderia estar nesse lugar!” Esta manifestação, leva a questionar: “– E se estivesses lá?”. E, se eu tivesse a certeza de que jamais sofreria um adoecimento mental, a minha postura seria a mesma? Teria compaixão para com quem sofre adoecimento psíquico? Nesse sentido, colocar-se no lugar do outro pode significar o que o Thomaz Szasz chama de

“cruel compaixão”, porque ela se dá baseada no egoísmo e medo de passarmos por tal situação:

Uma pequena análise nos mostra rapidamente que a compaixão nem sempre, ou necessariamente é uma virtude (...). Como recebia uma pequena mesada de meu pai além de quantias extras por boas notas na escola, adquiri desde a tenra idade, o hábito de colocar moedas e até notas de dinheiro nas mãos estendidas destes *misérables*. Nesse ínterim acabei me dando conta de que minha generosidade não era de um todo altruísta, que eu era motivado por um vago receio de que um destino semelhante pudesse recair sobre mim, aliado a uma esperança supersticiosa de que minha oferta pudesse evocar uma divindade com poderes misteriosos sobre esses assuntos (SZASZ, 1993, p.23).

Trabalhar com saúde mental exige uma sensibilidade aguçada. Uma educação do sensível, uma escuta sensível, não um mero tecnicismo. Falar do conceito de doença mental continua trazendo à tona diversos e polêmicos posicionamentos. Para alguns profissionais, o econômico é o fator determinante, conforme expresso a seguir: “*A doença mental está diretamente ligada ao processo social e econômico*” (E.A.). Para outros, é a patologia em si, a manifestação do sintoma: “*Doença mental é as crises de depressão, histeria, quando não estão bem*” (A.E.). Ainda se observa a referência aos usuários como histéricos. Como expressa na fala supracitada.

Todos esses fatores compõem o sofrimento psíquico, porém não somente como fala Amarante:

A negação dessa “eternidade” da doença mental não implica ainda, absolutamente a negação da “vivência”⁷⁷ do sofrimento ou da loucura, e, mais ainda não implica necessariamente a rejeição quanto a possibilidade de existirem expressões orgânicas e/ou psicológicas, e ou culturais; muito pelo contrário.

Disse que não implica a rejeição quanto à possibilidade de existirem tais expressões, porque parece absurdo afirmar que as mesmas não possam existir – e estaria se sendo muito pouco construtivista. Entretanto, tal existência não significa, em contrapartida, como pretende a psiquiatria, certas psicanálises e certas sociologias, que o fenômeno seja em sua totalidade e em sua exclusividade, ou físico, ou psicológico, ou social (AMARANTE, 2008, p.35).

A sociedade centralizou as relações em torno da economia (do modelo capitalista). Sem dúvida, ela é um fator importante visto que determina hoje a questão social, fruto de um modelo econômico que estimula a concentração de riquezas socialmente produzidas para uma minoria, que explora em sentidos múltiplos, a vida das pessoas. No

⁷⁷ Paulo Amarante emprega o termo vivência de experiência interna, subjetiva, não como experiência de vida.

cotidiano, a economia é fator relevante, mas não o único a ocupar a centralidade da vida, uma vez que as relações não estão pautadas só no aspecto econômico. Há uma produção maquínica⁷⁸ que coloca essa categoria como tema central, para que justamente não pensemos nas relações fora do econômico, ou de outra economia. Que economia é essa? É uma economia onde:

A iniciativa e o poder de decisão sobre o desenvolvimento, longe de ser competência exclusiva do Estado e das elites econômicas, deve residir na sociedade civil. Em especial, face aos efeitos desiguais e de exclusão do modelo convencional de desenvolvimento, os atores da busca alternativa devem ser as comunidades marginalizadas, que tem sido os objetos-e não os sujeitos – declarados dos programas de desenvolvimento. Nesse sentido a teoria propõe como autores centrais do desenvolvimento os sujeitos coletivos, isto é, as comunidades organizadas que procuram seguir em frente, O caráter coletivo do desenvolvimento de baixo para cima gera um processo de construção de poder comunitário que pode criar o potencial para que os efeitos das iniciativas econômicas populares atinjam a esfera política e gerem um círculo virtuoso que contrarie as causas estruturais da marginalização (RODRÍGUEZ; BOAVENTURA, 2002, p.47).

Mas a vida pulsa e é vibrátil para além do modelo econômico ditador. Tal fato, eu pude observar nas relações com os coletivos, como por exemplo, nos grupos comunitários, e na atuação como assistente social em hospital geral, onde observei que a repressão do desejo potencializa o surgimento da doença, “pois na ausência de desejo a energia se auto consome sob a forma de sintoma de inibição e angústia” (GUATARRI, 1987, p.15).

A doença está associada a vários fatores como um corpo que já não aguenta relacionamentos nos quais as pessoas estão tentando representar e não conseguem romper com a lógica do “tenho que ser assim”, mortificando o desejo que se aprisiona em uma moral⁷⁹ que exige normas de comportamento que o próprio corpo não consegue suportar.

As relações estabelecidas mostram que, num grupo comunitário, cooperado, etc., a geração de renda pode não ser o fator principal que mobiliza as pessoas a estar e permanecer nele. Há sentidos, há vida que não se resume só às relações econômicas. O estar em um grupo

⁷⁸ Trata-se 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 (GUATARRI; ROLNIK, 2005, p.35).

⁷⁹ Ora, julgar um homem pelos seus atos é pressupor que a ele seria possível agir de outro modo. Mas, para o forte, não há escolha: ele tem de extravasar a própria força. Não tem sentido dizer que a força produz efeitos ou que se desencadeia a partir de algo que a impulsiona; isso implica apreendê-la como causa ou efeito de algo que não se confunde com ela. A força simplesmente efetiva-se, melhor ainda, é um efetivar-se. Portanto, por definição, ela não pode se exercer. Pensar de outro modo é cometer um equívoco: de ordenar a ave de rapina que se comporte como cordeiro ou intimar o forte a proceder como fraco (MARTON, 2006, pp. 46-47).

pode significar a partilha dos sonhos, dividir problemas, realizar novos aprendizados, ter um trabalho, superar uma dor, e muitos dos usuários do CAPS demonstram isso em suas falas:

Aqui eu tenho atenção, carinho, coisas que o dinheiro não compra. Já tive muito dinheiro, mas de que adianta? Aqui me sinto bem. Às vezes, venho sem vontade, e chego aqui, e só de conviver com os outros melhora, e que melhora! (I.C.).

É possível relacionar a fala acima com a busca pelo espaço na sociedade. Que espaço é esse? O espaço de ser respeitado em sua dignidade na sua diferença, de ser aceito. No relatório mundial de saúde mental do ano de 2001 a diretora geral da Organização Mundial da Saúde expressa, em sua fala a importância do cuidado e o compromisso para romper com os estigmas.

A doença mental não é sinal de malogro pessoal. Não acontece só aos os outros (...). O Dia Mundial da Saúde de 2001 teve por lema “Cuidar, sim. Excluir, não”. A sua mensagem era a de que não se justifica excluir das nossas comunidades as pessoas que têm doenças mentais ou perturbações cerebrais – há lugar para todos. No entanto, muitos de nós ainda nos afastamos assustados de tais pessoas ou fingimos ignorá-las – como se não nos atrevêssemos a compreender e a aceitar. O tema deste relatório é “Nova Concepção, Nova Esperança” (OMS, 2001, p.8).

Uma vez que socialmente as pessoas com sofrimento psíquico são excluídas, há um compromisso a ser assumido pelos profissionais que trabalham em saúde mental com os usuários, para que os direitos não sejam violados. Para os assistentes sociais que se envolvem na luta da reforma psiquiátrica, é necessário que consolidem o seu projeto ético político no cotidiano, já que este não é um projeto meramente corporativista, mas que está comprometido com a luta dos coletivos, que se movimentam na resistência ao sistema capitalista:

O projeto do serviço social brasileiro é historicamente datado, fruto e expressão de um amplo movimento de lutas pela democratização da sociedade, Estado e país, com forte presença das lutas operárias que impulsionaram a crise da ditadura do grande capital. Foi no contexto de ascensão dos movimentos das classes sociais das lutas em torno da elaboração e aprovação da carta constitucional de 1988 e pela defesa do estado de direito, que a categoria dos assistentes sociais foi sendo socialmente questionada pela prática política de diferentes segmentos da sociedade civil e não ficou a reboque desses acontecimentos (IAMAMOTO, 2008, p.223).

Sendo assim, através da desconstrução da lógica manicomial, que se expressa em todo tecido social através do preconceito, das práticas controladoras, das relações de imposição de poder, é que o Serviço Social e outras profissões podem avançar na luta por uma

outra sociedade com o objetivo de garantir a proteção social aos grupos “excluídos”, mediante as políticas públicas. As autoras Behring e Boschetti assinalam:

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento em geral setorializadas e fragmentadas – as expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (2007, p.51).

Cabe salientar a importância do cuidado de usar o termo “excluído” porque ele tem um sentido político e produz a verdade⁸⁰ de que os excluídos não fazem parte desse sistema, produzindo-se, assim, um duplo sentido: os excluídos pelo sistema e os excluídos por um discurso que produz verdade, quando diz que eles são excluídos, são algo à margem, como se fossem não homens, e não fizessem parte do sistema. Há, então, uma produção de verdade sobre o usuário que pode aniquilar a potência de quem tem um sofrimento psíquico.

Quando saía do meu trabalho⁸¹ para ir ao CAPS Escola realizar a pesquisa, meus colegas reproduziam frases como: “Vais nos louquinhos”? Ou ainda: “Tu consegues fazer um trabalho lá”? Ou seja, há uma “incapacidade” associada àqueles agentes construída e reproduzida como analisam Alverga e Dimenstein:

A psiquiatria libertou das correntes os loucos porque carregou de correntes a nossa forma de enxergar a loucura, ancorada na doença mental, no erro, na periculosidade social e na violência. Desta maneira a experiência da loucura passa a ser encoberta pelo discurso psiquiátrico anátomo-patológico, ao invés de ser mais revelada ou melhor conhecida (2005, pp.48-49).

Outras vezes, ao chegar cantando alto alguma música, logo ouvia de algum colega: “Já pegou! Tá ficando louca!” Nessa expressão, pela maneira que ela se punha, havia uma conotação, (talvez inconsciente) de elogio à loucura, como aliás isto pode ser ratificado na análise feita por Erasmo de Rotterdam:

Parece-me bastante ridículo lastimar um ser que se acha no seu estado normal. Considerareis deplorável o fato de o homem não ter asas para voar como os pássaros, ou quatro pés como os quadrúpedes, ou a fronte armada de chifres como o touro? Lamentareis a sorte de um belo cavalo, pelo fato de não ter aprendido gramática ou de não comer bem? Deplorareis um touro

⁸⁰ “Há um combate “pela verdade” ou ao menos “em torno da verdade” entendendo, mais uma vez, que por verdade não quero dizer “o conjunto das coisas verdadeiras a descobrir ou a fazer aceitar”, mas o conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder ; entendendo- se também que não se trata de um combate “em favor” da verdade, mas em torno do estatuto da verdade e do papel econômico-político que ela desempenha. É preciso pensar o problema político dos intelectuais não em termos de ciência/ ideologia mas em termos de “verdade /poder”. (FOUCAULT, 2001, p.13.)

⁸¹ Trabalhava numa cooperativa de crédito vinculada ao Movimento dos Trabalhadores Sem Terra denominada CREHNOR, na época em que realizei a pesquisa no CAPS Escola.

pelo fato dele não ter sido adestrado numa palestra? Portanto, assim como o cavalo não é infeliz por não ter aprendido a gramática, assim também não o é louco, pois a loucura é natural no homem (2006, p.46).

A sociedade, na maioria das vezes, exige um comportamento do usuário, como, por exemplo que ele aprenda atividades para gerar sua renda. Assim, quando os usuários realizam as atividades nas quais buscam se sentir melhor, há uma cobrança para que essas atividades se transformem em algo rentável, porque a atividade do trabalho fica associada só ao fator econômico e, se não estiver associada a este, é considerado um não trabalho, como algo ocioso e sem valor. Essa visão está associada a valores socialmente estabelecidos pelo próprio sistema capitalista, que exige esse comportamento, sem se dar conta de que isso nem sempre os fará sentir-se melhor, visto que suas necessidades podem ser diferentes.

A loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade do trabalho. Esta comunidade adquire um poder ético de divisão que lhe permite rejeitar, como num outro mundo, todas as formas de inutilidade social (FOUCAULT, 2002, p.73).

Desse modo, a forma como se apresenta a vida da pessoa com sofrimento psíquico pode ser justamente uma maneira de resistir ao modelo que exige cada vez mais de nós. É um corpo que resiste a sucumbir aos apelos capitalísticos.

Portanto, faz-se necessário que a desinstitucionalização se dê na desconstrução cotidiana dessas práticas de produção de rótulos que se encontram em nós.

Tendo em mente na atualidade, a espetacular implosão dos hospícios e com ela o arruinamento da tecnologia psiquiátrica que lhe deu sustentação, verificamos, entretanto, quão difíceis se fazem os caminhos da desinstitucionalização da loucura. Hoje, sabemos – e de sobra – que a sociedade sem manicômios proposta encontra seus maiores entraves no manicômio-prisão-pensamento e na vida-manicômio-mental que resiste a promover movimentos no sentido da inclusão social dos loucos, agora libertos, por lei, dos muros da cidade manicomial. Se considerarmos que a R.P e seu curso podem ser vistos como um analisador do social, temos de radicalizar nossa questão, estendendo-a a fim de ver algo do modo como este próprio social se constitui com sua diferença e com seu outrem. Somos levadas a interrogar, juntamente com Deleuze, sobre o que ocorreria caso a falta de outrem na estrutura do mundo (FONSECA, 2007, p.43.).

O que seria do mundo sem a loucura? O que seria da psiquiatria sem a loucura? E das outras profissões? O que seria do CAPS sem o sofrimento psíquico? Talvez, se nos perguntássemos mais sobre isso, não se teriam cometido tantas atrocidades no curso da história e da produção da “loucura como doença mental.”

Somos constantemente capturados a pensar nossas vidas em torno do econômico, e no mecanicismo de nossos dias seguimos nossas vidas com automatismo. Engolimos modelos prontos, sonhamos sonhos que não são nossos. O nosso desejo, geralmente, é uma produção social. Para a construção de um outro modelo, em saúde, torna –se pertinente inferir, desde logo, o desejo que nos habita, pois é recorrente, nesta sociedade, o desejo conservador e antiprodutivo.

A luta de classes não passa mais simplesmente por um front delimitado entre os proletários e os burgueses, facilmente detectável nas cidades e nos vilarejos; ela está igualmente inscrita através de numerosos estigmas na pele e na vida dos explorados, pelas marcas de autoridade, de posição, de nível de vida; é preciso decifrá-la a partir do vocabulário de uns e de outros, seu jeito de fala, a marca de seus carros, a moda de suas roupas, etc . Não tem fim! A luta de classes contaminou, como um vírus, a atitude do professor com seus alunos, a dos pais com suas crianças, a do médico com seus doentes; ela ganhou o interior de cada um de nós com seu eu, com o ideal de status que acreditamos ter que adotar para nós mesmos. Já está mais que na hora de se organizar em todos os níveis para encarar esta luta de classes generalizada. Já é hora de elaborar uma estratégia para cada um desses níveis, pois eles se condicionam mutuamente. De que serviria, por exemplo, propor as massas um programa de revolucionarização anti autoritária contra os chefinhos e companhia limitada, se os próprios militantes continuam sendo portadores de vírus burocráticos superlativos, se eles se comportam como os militantes de outros grupos, no interior de seu próprio grupo, com seus próximos ou cada um consigo mesmo, como perfeitos canalhas, perfeitos carolas? (GUATARRI, 1987, p.15).

Nesse contexto, a reforma psiquiátrica como desconstrução das práticas manicomiais é aquela que analisa as relações na sociedade e denuncia as práticas com intuito de romper com elas, pois há uma produção social coletiva que produz as condições de existência da humanidade e, portanto, dos usuários dos CAPS. Vivemos em um “sistema democrático”, mas ainda os porões da Inquisição e a polícia torturadora não desapareceram totalmente. Fato esse que se confirma na existência de hospitais psiquiátricos e na resistência das práticas manicomiais. No estado do Rio Grande do Sul, pode-se perceber, também, essas práticas na criminalização dos movimentos sociais.

Para desconstruir as práticas manicomiais, é importante reconhecer a saúde mental como o movimento social articulado a outros movimentos sociais e organizações comunitárias, em favor da cidadania ampliada, do convívio com as diferenças, com o não enquadramento dos comportamentos e com múltiplos modos de vida que resistem ao modelo capitalístico de viver. Questionando a loucura na sua ontologia e colocando a loucura como uma produção social que assume diferentes significados nos diferentes contextos históricos

atravessados por interesses distintos implicados nas relações de poder. É nas relações de poder que é possível produzir resistências.

Para alguns profissionais, a lógica manicomial se expressa no CAPS Escola conforme expressam em suas falas: “Às vezes, sim, a gente se institucionaliza”(I.M). Também é destacada pelos profissionais a questão das rotinas rígidas como sendo um fator que representa a lógica do manicômio. *“Em algumas condutas, ainda vejo a lógica manicomial no sentido de estabelecer rotinas rígidas, formas de manejar com determinado usuário”* (E.A.).

Em algumas falas, mostra-se a questão do território do saber, do controle e um “certo” autoritarismo disfarçados num discurso permissivo. Ao falar das práticas que não estão na lógica não manicomial, a fala demonstra uma atitude autoritária: *“Mas identifico que a maioria das condutas estão na lógica não manicomial: - permitir que o usuário opine é uma delas”*(E.A.). Essa fala anuncia o controle ainda exercido pelos profissionais, pois o usuário não necessita obter a permissão de ninguém para se expressar. E essa subalternização construída e legitimada ainda autentica mais a exclusão, quando provém de profissionais que teoricamente deveriam trabalhar na lógica não manicomial, despida de todas as formas de controle, uma vez que a análise aqui é das práticas profissionais do CAPS, estabelecimento que nasceu das lutas para superar essas práticas autoritárias.

Hoje, com o movimento da reforma psiquiátrica seus militantes lutam para acabar com a lógica do manicômio, e o que moveu esta pesquisa, e a torna movente, é o fato de que como pesquisadora acredito que a luta é no terreno da subjetividade dos coletivos, como luta que exige mudanças radicais em nível molar e molecular⁸².

Os direitos alcançados na saúde mental demonstram avanços, mas de fato esse direito no dia-a-dia é, muitas vezes, negado aos usuários. Os próprios mecanismos da Lei evidenciam isso, como podemos perceber na análise traçada por Heidrich, ao decompor a legislação em saúde mental no Brasil:

Conforme estamos tentando demonstrar, as mudanças culturais, as mais importantes e mais profundas conseqüências do processo da reforma

⁸² Os mesmos elementos existentes nos fluxos, nos estratos, nos agenciamentos, podem organizar-se segundo um modo molar ou segundo um modo molecular. A ordem molar corresponde as estratificações que delimitam objetos, sujeitos, representações e seus sistemas de referência. A ordem molecular, ao contrário, é a dos fluxos, dos devires, das transições de fases, das intensidades. Essa travessia molecular dos estratos e dos níveis, operada pelas diferentes espécies de agenciamento, será camada de “transversalidade” (GUATARRI; ROLNIK, 2007, p.386)

psiquiátrica sob a perspectiva da desinstitucionalização, não pode ocorrer por determinação legal. Os instrumentos irão nortear o funcionamento do serviço, o financiamento das ações, a composição das equipes, mas não bastam para determinar mudanças na forma como a sociedade lida com as questões tão importantes quanto a da loucura e a de seu lugar na sociedade (HEIDRICH, 2007, p.172).

Assim, analisar as práticas profissionais que atravessam, vivem e se produzem no CAPS ESCOLA e denunciar as que ferem os princípios da reforma psiquiátrica, é estar no movimento com esse coletivo, pensando formas de intervenções cotidianas que construam a reforma psiquiátrica. É estar no movimento da reforma psiquiátrica entendida como um processo que aposta na produção da saúde, ao invés de legitimar o estatuto de “louco”.

No processo da pesquisa perguntei aos profissionais o que é doença mental. Embora pela análise histórica se observe que a loucura passou a ser tratada como “doença mental” quando dela a psiquiatria se ocupou, a análise aqui apresentada não pretende negar o adoecimento, ou sofrimento psíquico, mas evidenciar, como os autores da reforma psiquiátrica o fazem. A “doença mental” não pode carregar o caráter irreversível, estigmatizante ou pejorativo. O usuário com sofrimento psíquico requer um cuidado especial, mas cabe analisar que não nos referimos às demais doenças rotulando na mesma conotação, como por exemplo: ele é “hipertenso”, é “diabético”. Observei que nem todos os profissionais reduzem o processo de adoecimento só ao usuário, conforme exemplificação a seguir: *“É quando algo na vida de uma pessoa não vai bem, a ponto de interferir no andamento da vida de maneira pesada. É o momento onde a mente se inquieta sem saber a saída”* (S.I.). Essa fala considera que todos nós podemos ter doença mental e estar no lugar dos usuários, sofrer adoecimentos, e que esses processos são passageiros e podem ser superados. *“Doença mental é uma definição muito subjetiva, a gente sofre adoecimentos no decorrer da vida, quando a gente deixa de sonhar, isso vai adoecendo, isso é doença mental”* (C.C.).

O sistema capitalista nos impõe uma rotina rígida. O nosso tempo é simplesmente para o trabalho. Ao chegar em casa, o trabalhador não desconecta o *plug* e continua a pensar nas tarefas que deve dar conta antes de o outro dia chegar, que lhe espera cheio de metas, prazos etc. E quem não tem emprego continua plugado. O desempregado é alguém altamente ocupado, pois sua mente não silencia enquanto seus problemas não se resolverem. Além do desemprego, há muitas vezes a pressão dos amigos, da família e da sociedade que o vê como alguém desocupado, que não conseguiu trabalho em função de sua incapacidade.

A pesquisa realizada no CAPS Escola demonstra que os próprios conceitos de saúde e doença mental são complexos e não podem ser simplificados, como explicou um profissional:

É uma questão complexa, a palavra logo remete ao transtorno mas não é por aí. Muito da doença mental está na sociedade. Tem o fator orgânico. Mas a pior doença é a discriminação, porque a doença mental ela tá no coletivo da sociedade. Existem limitações para o doente, mas definir a doença em si é complicado (I.M.).

Nesse sentido, todos podemos ter ‘doença mental’ e estar no lugar dos usuários, sendo doentes mentais. Quem nunca sentiu algo interferir, de maneira pesada, em sua vida? Quem nunca se viu num momento em que não sabia qual era a saída? O sofrimento psíquico existe e não há como negar que a vulnerabilidade à questão do adoecimento é cada vez maior em um mundo globalizado. A saúde dos povos no mundo inteiro encontra-se ameaçada, há uma banalização do humano, e os tratamentos alternativos estão ameaçados:

Hoje, o risco para o desenvolvimento de uma psiquiatria pública alternativa, assim como para a saúde pública em geral, provém por um lado, da crise de seu esteio principal – os serviços sanitários, sociais e comunitários do chamado Estado de Bem Estar Social – e por outro, da evolução fármaco-dependente e rudimentarmente biológica da psiquiatria (DESVIAT, 2008, p.157).

Assim sendo, a exclusão social produzida pelo sistema é uma ameaça à vida. Os governos vêm reduzindo sua presença pública na rede da prestação de serviços nas diversas áreas, incluindo a saúde, educação, habitação, reforma agrária, entre outras, o que torna mais difícil a vida de quem depende desses investimentos.

A reforma sanitária que tinha como norte o acesso aos direitos essenciais para viver com saúde, não foi efetivamente implementada. Ainda hoje milhares de pessoas continuam sem seus direitos essenciais não atendidos. Nas Conferências, esses direitos são reafirmados, porém a necessidade de assegurá-los continua na pauta. A reforma sanitária delinea um modelo de saúde que inclui os direitos a viver com qualidade de vida, conforme propõe no item 5 da 8ª Conferência Nacional de Saúde :

5- Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir:

- trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- alimentação para todos, segundo as suas necessidades; moradia higiênica e digna; educação e informações plenas;

- qualidade adequada do meio ambiente; transporte seguro e acessível; repouso, lazer e segurança;
- participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- direito à liberdade, à livre organização e expressão;
- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis. (BRASIL, 1986, pp.4-5)

Portanto, a consolidação da reforma psiquiátrica cotidiana perpassa também a efetivação da reforma sanitária, que se afastou de seus princípios ao se deter no tecnicismo e se afastar da proposta de uma atenção em saúde comunitária (AMARANTE, 2008). Faz-se necessário estabelecer alianças entre os movimentos sociais, uma vez que, no cerne de todos eles, encontra-se a luta pelos direitos estabelecidos nas legislações, mas negados nas práticas do dia-a-dia.

Atualmente, o capitalismo mundial integrado concentra toda sua força no setor especulativo, que ocupa a centralidade dos investimentos representando a expansão voraz do capitalismo, que leva à radicalização da questão social.

O capital expande sua face financeira integrando grupos industriais associados às instituições financeiras (bancos, companhias de seguros, fundos de pensão, sociedades financeiras de investimento coletivo e fundos mútuos) que passam a comandar o conjunto da acumulação. Na busca incessante e ilimitada do aumento exponencial da riqueza quantitativa - o crescimento do valor pelo valor-, os investimentos financeiros tornam a relação do capital com o trabalho aparentemente invisível. Intensifica-se a investida contra a organização coletiva de todos aqueles que, destituídos de propriedade, dependem de um lugar nesse mercado (cada dia mais restrito e seletivo) para produzir o equivalente de seus meios de vida (IAMAMOTO, 2008, p.21)

O que resulta desse modelo de produção são extremas desigualdades sociais, que ameaçam a vida do Planeta, produzem o consumismo exacerbado, esgotam as fontes de vida do Planeta e ameaçam a saúde mental de todos. O sofrimento psíquico é produzido à medida que muitos ficam a margem do sistema e, não conseguindo entrar no circuito vivo de produção, nem para a garantia do mínimo necessário à sobrevivência, sucumbem frente à erosão dos seus direitos. A saúde está ameaçada em escala planetária. Nesse sentido, Desviat remete a uma análise inteligente:

Há que indagar se nessa situação – e como não olhar para o banco mundial - e outros formadores de opinião – a política de desinstitucionalização e de apoios sociais e comunitários na atenção à saúde mental será mantida, ou se as forças conservadoras explorando os medos coletivos, conseguirão construir velhas instituições nas novas estruturas (2008, p.158).

A análise dos espaços da micropolítica é fundamental, porque esse também é o espaço da resistência onde os coletivos, através dos processos de singularização e da aliança de saberes, constroem outras formas de vida, movidos por laços avessos ao do capital e fundam suas relações na solidariedade e no respeito.

Considero que esse desenvolvimento da subjetividade capitalística traz imensas possibilidades de desvio e de reapropriação. Isso desde que se reconheça que a luta não mais se restringe ao plano da economia política, mas abrange também a economia subjetiva. Os afrontamentos sociais não são mais apenas de ordem econômica, eles dão também entre diferentes maneiras pelas quais os indivíduos e grupos entendem viver sua existência (GUATARRI, 2005, p.53).

Ao coletivizar as angústias e aliar saberes, é que podemos construir outros modos de viver, porque são as pessoas que mudam a estrutura, toda transformação e superação passa necessariamente pela subjetividade.

Cabe salientar, ainda, que a pesquisa mostra também o stresse e a falta de ações voltadas para o cuidado dos trabalhadores do CAPS:

Eu tive que deixar de lado a minha terapia, que era onde eu investia na minha saúde, mas hoje, não tenho tido condições financeiras e tempo! A gente vive um stress grande, temos que estar muito atentos, estar bem. Eu também canso, me deprimos. Às vezes é bem difícil, porque também ficamos fragilizados (A.T).

Essa manifestação aponta para a necessidade de se ter, no cotidiano, dispositivos para proporcionar a autoanálise e a autogestão das práticas profissionais com o intuito de produzir “atendimento” ao cuidador do usuário de saúde mental, uma vez que aquele lida com sofrimento psíquico e também sofre o impacto direto de suas consequências, conforme manifestou um dos profissionais:

A gente não quer se burocratizar, mas é hora pra tudo, todos os dias! E também se não tivesse não tem como fugir, o que seria se não fosse assim! Às vezes as oficinas são separadas demais, a gente trabalha em equipe, mas falta algo, não dá pra negar, falta e tu te vêes sozinho. A intervenção ainda não ultrapassou rotinas rígidas, falta de espaço da gente se cuidar, a gente tem medo de errar, não divide as angústias. Somos uma equipe, entende! Não há tempo pro nosso cuidado (A.E.).

Ao tecer sua análise sobre a reforma psiquiátrica, Desviat demonstra sua preocupação com saúde mental da humanidade que sofre a globalização da economia e, com ela, os impactos produzidos, como aprofundamento das desigualdades sociais e a crise dos movimentos sociais, a qual confirma a fragilidade do momento, em que os movimentos de

resistência são achatados e nesse rolo “compressor” que é a vida moderna, alicerçada sobre um terreno de areia movediça:

(...) A questão é que a doença mental constitui uma das epidemias da vida moderna (...). “Os problemas mentais, sociais e de conduta estão provocando uma crise sem precedentes, que ameaça a estabilidade política e econômica, e conspira contra a humanidade de dezenas de milhões de pessoas”, afirma, em um estudo realizado para a Organização das Nações Unidas, uma equipe de profissionais da universidade de Harvard (A saúde mental no mundo: problemas e prioridades nos países de baixa renda). Os autores consideram que a situação atual piorará nos próximos anos, como resultado da onda desmedida de violência que atinge a África, a Ásia e a América Latina (...). (DESJARLAIS *apud* DESVIAT, 2008, p.159)

Assim, tenho claro que não é possível ter saúde mental se as necessidades básicas não forem atendidas e o cuidado com a vida, numa nova ética que esteja a favor da vida, e não do grande capital. O cuidado com a saúde mental exige o cuidado com o meio ambiente, e isso não se restringe apenas a relação do homem com a natureza de forma isolada, mas a uma visão transversal, que Guatarri chama de ecosofia, que é “o registro entre os três registros ecológicos (o do meio ambiente, o das relações sociais e o da subjetividade humana)” (GUATARRI, 2001, p.8). Sendo assim:

Não haverá verdadeira resposta a crise ecológica a não ser em escala planetária e com a condição de que se opere uma autêntica revolução política, social e cultural reorientando os objetivos da produção de bens materiais e imateriais. Essa revolução deverá concernir, portanto, não só as relações de força visíveis em grande escala, mas também aos domínios moleculares de sensibilidade, de inteligência e de desejo (GUATARRI, 2001, p.9)

Portanto há que se investir na análise das nossas subjetividades e inventar outra subjetividade que não a capitalística. Há que se entender que a saúde mental atravessa todas as questões da vida no Planeta, desde o cuidado com a terra, a relação com o ambiente que se vive, a relação com o outro. Porque só teremos menos sofrimento psíquico, quando a luta não mais se limitar aos guetos de cada disciplina (movimento da reforma psiquiátrica, movimento dos trabalhadores rurais sem terra, movimento dos povos indígenas, movimento abolicionista, movimento pela reforma sanitária etc.) e entendermos que é preciso unir os diversos movimentos da sociedade. E, essa união, se constrói com aliança e não com a defesa de cada território de atuação como sendo o mais importante. Isso se constrói na relação de que é preciso uma luta coletiva que começa também no território do saber e atravessa todas as relações sociais. É necessário portanto que, por exemplo, o assistente social que trabalha na saúde mental, não considere menos importante a luta pela terra, pela educação, e vice versa.

Enfim, é imprescindível o exercício da alteridade para construir no cotidiano um mundo justo e solidário.

Assim, isso só é possível se estivermos aliados aos coletivos sociais e dispostos na arte de conviver a produzir essas relações. Desenha-se, a seguir a vivência de um grupo que, através da música inventa relações no cotidiano que apontam para esse movimento.

4.2. Dispositivos de uma intervenção criadora – Grupo Felizarte: potencialidades para além do sofrimento psíquico

A melodia das vozes embala as tardes e um canto se ouve, e naquela tarde os ouvidos de meus ouvidos ouviram a seguinte canção:

Por amor eu faço mil loucuras se você quiser
 Me sirvo de bandeja pra você mulher
 Só pra te ver feliz e mais apaixonada
 Por esse amor
 Entrego a minha vida toda em suas mãos
 E abro as portas do meu coração
 Enfrento vendaval topo qualquer parada
 Oh, oh, oh
 Boto a mão no fogo por essa paixão
 Pois sei que você me tem no coração
 Eu vejo em seus olhos ao tocar meu corpo
 Oh, oh, oh
 Amo você, eu amo você.
 Você tem carta branca nesse meu coração
 Amo você
 Estou de corpo e alma entregue em suas mãos
 Quero dizer
 Que ninguém no mundo vai te amar assim
 É tanto amor que esqueço até de mim.
 (Marquinhos Marial e Beto Caju)

Imagine alguém cantar com paixão! Nesse instante, em que registro os momentos que passei com o grupo Felizarte, do CAPS Escola, revivem em mim as intensidades dos encontros e dos afetos produzidos. O Grupo Felizarte utiliza a música como dispositivo para a produção de novos meios de existir, de produzir saúde. E revivo a paixão de ter estado lá, e a forma como esse viver me afetou e influenciou a pesquisa. Foi no grupo que mais estive e o que mais me afetou.

Assim, a musicalidade do grupo e dos corpos me recebe como pesquisadora. Chego e onde pouso meu coração “de fato” no CAPS é nessa oficina de música. São os

cantores do CAPS que fazem a vida diferente. Lembro-me da fala de um profissional: “*A maioria deles quer ir pra oficina de música*” (E.A.). Nesse instante, entendi por que eles querem música, porque é o momento em que mais se expressarem, não que em outros momentos não possam expressar-se, mas há a possibilidade de apresentações fora do CAPS, nas quais as vozes fazem um coro e todos participam para levar a alegria da música. Participar dessa oficina é como “quem ouve a música das estrelas nos céus e consegue viver tranquilo em meio ao barulho na terra” (ALVES, 2004, p.58.).

Quando apresento a pesquisa, o grupo logo aprova e coloca como condição para eu estar lá e ficar, que eu cante uma música. Penso: “Barbada!!!” É-me oferecida uma pasta que contem muitas músicas... E, então, começo a cantar. Percebo que desafinei, mas quando a gente se sente em casa, não há problema com erros. Talvez eu pudesse arriscar na poesia e dizer “que o coração de meu coração sentiu o abraço do grupo, ao parar de cantar”. Eram as boas vindas! Nesse instante aprendi o que é acolher, pois vivenciei ser acolhida naquele coletivo.

Talvez as pessoas “que não têm sofrimento psíquico”, as “normais”, não fizessem isso. Aliás, os profissionais não o fizeram dessa forma, mas isso não significa que não me tenham acolhido. Sim, eles me acolheram, só que nós os profissionais, somos muito mais controlados, racionalizamos muito mais as emoções e, com isso, perdemos na realidade um momento ímpar de troca de aprender, um aprendizado que exige apenas que estejamos abertos, ao momento em curso, para aprender como nos sugere Rubem Alves:

Como é que se aprende a falar? Não sei. O fato é que quem ensina a falar não sabe o que está ensinando e quem aprende não sabe o que está aprendendo. Há coisas que só se aprendem se não se sabe que está aprendendo e que só se ensinam quando não se percebe que se está ensinando (...) os conhecimentos da ciência eles são importantes. Eles nos dão poder. Mas eles não mudam o jeito de ser das pessoas. A música, ao contrário, não dá poder algum. Mas ela é capaz de penetrar a alma e de comover o mundo interior da sensibilidade onde mora a bondade. Afinal, essa não deveria ser a tarefa principal da educação: produzir a bondade? (2005, pp.41-43).

As potências criadoras e a felicidade na hora de os usuários estarem nesse grupo demonstram a capacidade de criação e de agenciamento das singularidades. Como isso se dá? A simples escolha das músicas, a projeção de cada voz que se aproxima da outra para formar uma melodia, um coro, o empenho para dar o “melhor de si” evidenciam a produção para além da doença. É nesse momento que o cuidado, a construção da saúde ultrapassava a

dimensão “do cuidado do profissional”, porque os usuários, entre eles, agenciavam o cuidado para com os outros.

Era o coletivo que acolhia. E a produção que se dava nessas oficinas mostrava a mobilização para produzir com o outro, e para o outro, ultrapassando a dimensão individualista, conforme se observa na fala de um usuário: *“Eu canto, porque gosto, me faz tão bem, canto pra levar alegria, eu gosto de estar bem, eu gosto de fazer os outros ficarem bem!”* (A.N.). Os usuários inventam seus dispositivos de resistência ao modelo manicomial. Vale destacar o trato profissional das oficinas de música, artesanato e leitura. Incluem-se, aqui, também os estagiários que acompanhavam essas oficinas e potencializavam, faziam desabrochar a capacidade criadora do outro e agenciavam um processo coletivo de produção.

Nesse sentido, é importante destacar que, quando há abertura para produzir com o outro, e que, quando consideramos os usuários agentes de seus processos, é que encontramos as práticas reveladoras do desejo antimanicomial. Segue, agora, um exemplo que ocorreu numa paraolimpíada anos atrás, e ainda me faz questionar, quando me lembro dele, pois insistimos tanto em dizer que eles são os “doentes mentais”. A narração abaixo mostra um exemplo de ética da vida para todos nós, principalmente, para nós profissionais, que tanto discutimos em torno da ética:

Há alguns anos, nas Paraolimpíadas de Seattle, nove participantes, todos com deficiência mental, alinharam-se para a largada da corrida de 100 metros rasos. Ao sinal, todos partiram, não exatamente em disparada, mas com vontade de dar o melhor de si, terminar a corrida e ganhar. Um dos garotos tropeçou, caiu e começou a chorar. Os outros oito ouviram o choro. Diminuíram o passo e olharam para trás. Então, viraram e voltaram. Todos eles. Uma das meninas, com síndrome de down, ajoelhou, deu um beijo no menino e disse: – Pronto, agora vai sarar! E todos os nove competidores andaram juntos até a linha da chegada. O estádio inteiro levantou e os aplausos duraram muitos minutos. Talvez os atletas fossem deficientes mentais... mas com certeza, não eram deficientes espirituais.⁸³

As festas em que o Grupo Felizarte do CAPS e os demais usuários iam às ruas eram os momentos em que mais presenciava os riscos de a lógica manicomial se expressar através da maneira como os profissionais lidavam com os usuários e como a sociedade os recebia. Em um baile no chamado “Encontrão dos CAPS”, notava-se nitidamente a separação: profissionais de um lado, usuários de outro. Para a pesquisa, esse instante é muito importante, pois na cartografia o movimento deve ser acompanhado, e esse espaço é rico de movimento.

⁸³ Disponível em <<http://edmilsonhonorato.blogspot.com/2008/12/feliz-2009-com-muitas-corridas.html>>. Acessado em 10/01/2010.

Às vezes, como pesquisadora, era olhada pelo crivo de uma “razão estigmatizadora”; meu corpo sentia um julgamento, uma vez que eu andava com “eles”, os usuários. Nessa festa, um usuário, por estar envolvido nesse movimento falou-me: *“Aqui todos vão te tratar muito bem, às vezes, os profissionais podem não te atender como tu gostarias, é normal, é que eles estão sempre muito ocupados, entende?”* (E.N.).

A lógica manicomial baseia-se na moral e a “moral se apresenta como um conjunto de regras coercitivas de um tipo especial, que consiste em julgar ações e intenções referindo-as a valores transcendentais (é certo, é errado...)” (DELEUZE, 2008, p.124). Baseados numa moral, os usuários também reproduzem a estigmatização no CAPS entre eles, como podemos observar na fala: *“Hoje ela tá completamente doida”* (B.A) e todos riram após essa fala, que se deu numa oficina, onde a estagiária, nesse instante, parou o trabalho para que coletivamente autoavaliassem o que estava acontecendo, propondo que se respeitassem as diferenças.

Assim, o conteúdo foi trazido para análise, “as cartas foram postas na mesa”, caracterizando a autoanálise e a autogestão, ao demonstrar que é possível trabalhar na desconstrução dos valores estabelecidos, pois, após essa autoanálise o grupo pôde se olhar como coletivo que também, nas relações, produz a exclusão, uma vez que não são destituídos de razão. Sendo assim, são responsáveis pelas suas atitudes e não podem ser vitimizados como “pobrezinhos” ou idolatrados como “santos”.

Nesse sentido, vale destacar a importância da sensibilidade dos profissionais e dos estagiários para aproveitarem esses momentos como dispositivos para pensar outras possibilidades que estão contidas na processualidade do cotidiano, uma vez que é relevante pensar as relações que se constituem nesse viver, porque: “Pensar é sempre experimentar, não interpretar, mas experimentar e a experimentação é sempre o atual, o nascente, o novo, o que está em vias de se fazer” (DELEUZE, 2008, p.132). Assim, é agenciar outras relações baseadas numa outra ética e estética. Que ética é essa? A ética que remete à análise das ações que produzimos nas relações com o outro. Como lidamos com o poder que temos? Essa ética se expressa quando trabalhamos as relações no sentido da não dominação, quando potencializamos e convivemos com a liberdade de expressão “pois o que é a ética, senão a prática refletida da liberdade?” (FOUCAULT, 2006, p.267).

Ter um posicionamento ético é questionar sobre como cuidamos as vidas nos diversos espaços de nossas profissões. Trabalhar na dimensão do cuidado, quando cuidamos eticamente, não impomos o poder:

Porque o risco de dominar os outros e de exercer sobre eles um poder tirânico decorre precisamente do fato de não ter se cuidado de si mesmo e de ter se tornado escravo de seus desejos. Mas se você se cuida adequadamente, ou seja, se sabe ontologicamente o que você é, se sabe o que é para você ser cidadão em uma cidade (...). Você não pode a partir desse momento abusar do seu poder sobre os outros (FOUCAULT, 2006, p.267).

Assim, cuidar com ética passa necessariamente pelo questionamento de como lidamos com o sofrimento psíquico do outro, que se apresenta no CAPS, ou em outros ambientes. Como lidamos com as diferenças? E o mais importante na arte do cuidado: Como cuidamos de nós mesmos para, depois cuidar dos outros? “Não se deve passar o cuidado dos outros na frente do cuidado de si; o cuidado de si vem eticamente em primeiro lugar, na medida em que a relação consigo mesmo é ontologicamente primária” (FOUCAULT, 2006, p.273). A ética mostra-se nas verdades que estabelecemos nas relações conosco e com os outros.

Nas relações estabelecidas no CAPS, alguns usuários expressam a não liberdade de poder falar aquilo que realmente sentem. Há em relação a eles um controle exercido que opera pelo imaginário social produzido na sociedade, no qual a cultura do “não reclamar”, quando os direitos não são atendidos, é legitimada. Mas cabe aqui considerar que essa não liberdade de poder falar o que se pensa pode ratificar a própria dinâmica das relações de poder existentes no CAPS Escola. *“Aqui eu sou muito bem atendido. Tu acha que eu sou bobo de falar que não sou bem atendido? Não sou bobo, não”* (P.T). Ou seja, o medo de falar pode ter sido produzido nas relações estabelecidas com os usuários que, por sua vez, com essa atitude de não falarem por medo da perda do local de atendimento, ou por se vitimizarem, legitimam essa forma de exclusão.

São relações de poder que estão postas, mas que trazem em si a capacidade de serem modificadas, transformadas, destruídas, pois todos temos poder. Cabe considerar que o poder que explora e domina o outro, na maioria das vezes, não é trazido à tona, fica no indizível, no não evidenciado, visto que os coletivos não trabalham com autoanálise. Nisso reside a importância de suscitar que o este apareça, porque este se dá nas relações, conforme analisa Foucault:

Isso nos leva ao problema do que entendo por poder: quase não emprego a palavra poder, e se algumas vezes o faço é sempre pra resumir a expressão que sempre utilizo: as relações do poder. Mas há esquemas prontos: quando se fala de poder, as pessoas pensam imediatamente em uma estrutura política, em um governo, em uma classe social dominante, no senhor diante do escravo etc. Não é absolutamente o que penso quando falo das relações do poder, quero dizer que nas relações humanas, quaisquer que sejam elas – quer se trate de comunicar verbalmente, como fazemos agora, ou se tratem de relações amorosas, institucionais ou econômicas –, o poder está sempre presente; quero dizer, a relação em que cada um procura dirigir a conduta do outro. São, portanto, relações que podem se encontrar em diferentes níveis, sob diferentes formas; essas relações de poder são móveis, podem se modificar, não são dadas de uma vez por todas (2006, p. 276).

Nas relações que estabelecemos com as pessoas de sofrimento psíquico, é importante analisar se as toleramos porque temos uma “cruel compaixão” em relação a elas, ou porque, de fato, estamos preocupados com a dimensão ética do cuidado. É importante dar voz nesta escrita à expressão da exclusão que Amarante aponta: “A exclusão, embora sem as características violentas da psiquiatria asilar, continua a existir sob a égide da tolerância e da complacência” (2008, p.86).

Durante a pesquisa, acompanhei o CAPS em atividades externas, conforme já referido anteriormente. Num evento realizado na Universidade Católica de Pelotas – “Mostra de Extensão”, o CAPS estava lá com um estande, com o objetivo de mostrar as atividades desenvolvidas e comercializar os objetos produzidos pelos usuários. Nessa oportunidade, da mesma forma que observei no Encontro, narrado anteriormente, pude observar que, em alguns espaços onde se vendiam os produtos das oficinas, eram os profissionais que vendiam o produto dos usuários, e poucos usuários estavam envolvidos nesse processo.

Cabe aqui um questionamento: o fato de os profissionais se envolverem “tomando a frente” não corre o risco de legitimar o “estigma de incapacidade” dos usuários em exercer tal tarefa? E, justamente, num momento em que temos a presença do CAPS na vida da cidade? Essa prática não inviabiliza o processo de os usuários serem agentes de seu próprio processo? Sei que a atitude dos profissionais, ao venderem os produtos confeccionados nas oficinas, pode estar repleta de solidariedade e da construção coletiva de um ambiente melhor, já que a renda reverte em benefício do próprio CAPS. Mas, ao mesmo tempo, essa prática não desresponsabiliza o usuário? Não desmobiliza e inibe a sua participação no processo, a sua autonomia?

Assim, destaco que há uma produção coletiva de ações que ainda incidem e carregam o risco de legitimar a suposta incapacidade. E essa produção, por ser coletiva, não

pode ser atribuída a um ou a outro profissional, nem a um ou a outro usuário. Ela é uma produção social que precisa ser analisada.

Ao perguntar sobre por que eles não vendem os produtos a um profissional, este responde: *“Eles se dispersam e têm dificuldades”* (A.T.). Nesse sentido, considero ser importante rever a questão do tempo, o tempo não tem o mesmo significado, como relata um usuário:

Tenho todo o tempo. O usuário não tem preocupação com o tempo. Os técnicos têm. Quando a pessoa se vê como usuária passa a fazer parte de um universo diferente. É tipo “E.T”. Então, quando falam em consertar a mente, eu penso que é muito complicado, não tem tempo (E.N.).

“Nessa perspectiva, vale destacar a importância do tempo “Aion”, termo original do grego, tempo do acontecimento” (MAIRESSE, 2003, p.262). É importante vermos como a “instituição psiquiátrica”, que delega o estatuto de “doente ou incapaz”, está presente nas práticas de todas as profissões e não se reduz à prática do médico psiquiatra:

(...) A desinstitucionalização torna-se um processo que deve ser levado a cabo não apenas no hospital psiquiátrico – e também porque a instituição psiquiátrica não é entendida tão-somente como o manicômio –, mas no conjunto dos saberes e práticas operadas sob o título de psiquiatria. Um exemplo desse processo de desinstitucionalização é a desconstrução dos conceitos de desvio, normalidade-anormalidade, desajustamento e personalidade psicopática, que contêm não apenas uma análise epistemológica, mas uma crítica ao lidar social e político [sic] com os mesmos (AMARANTE, 2008, pp.86-87).

Confesso que ficava admirada com os profissionais que se misturavam aos usuários. E, aqui, cabe um destaque aos estagiários. Eles interagem de maneira diferente, misturam-se muito mais. Um dia perguntei a um dos estagiários por que ele ficava sempre na sala de espera, ao que ele me respondeu: *“Gosto mais dessa sala. Não gosto tanto daquela, apontando para a sala dos profissionais. Aqui eu aprendo bem mais”* (C.O).

Os estagiários mostravam-se mais despidos do tecnicismo. Nas festas, também observava que ficavam mais junto dos usuários, enquanto que alguns profissionais formavam “muros invisíveis” e ficavam em seus guetos assistindo “do altar da ciência” o CAPS na rua, separando-se deste, quando a proposta da desinstitucionalização se propõe conviver com o diferente e levar a desinstitucionalização ao plano das cidades. Não seria exatamente esse um momento de romper com a atitude de separação? Não seria o momento de, nesse instante, promover o encontro, de deixar afetar-se nos vários encontros produzidos por esse encontro com a sociedade? Porém, ao contrário, o que observei foi a produção da estigmatização por

parte de “alguns” profissionais. O CAPS sai às ruas, sim, mas isso não basta. É necessário que, ao saírem às ruas (minha profunda admiração para os que acolhem o diferente, nesse momento, e constroem a luta antimanicomial nesse convívio com a cidade), destruam as grades construídas nesse conviver, pois, ao se separarem, em seus guetos, estabelece-se uma prática que legitima a relação poder – saber, na qual a razão se opõe à “loucura”.

As práticas cotidianas sem a autoanálise e a autogestão acabam por endurecer e burocratizar as ações. Por isso é importante criar momentos menos formais de troca entre os próprios profissionais. E essa prática não deve resumir-se só ao dia da reunião da equipe, quando muitas vezes alguns acabam, também, permanecendo no seu gueto:

Assim, se por um lado está a crítica à dominação exclusiva do saber psiquiátrico, sobre enfermidade mental, por outro lado está a crítica à multi e à interdisciplinaridade constituídas enquanto ‘nova psiquiatria’, isto é, enquanto um conjunto de saberes institucionais que organiza ‘os problemas mentais’ e sociais em múltiplos e diversos critérios médicos, sociológicos, antropológicos, disciplinares, jurídicos e normativos. A interdisciplinaridade que viria compor um quadro mais completo de saberes em torno de um objeto de conhecimento termina por construir novos objetos que, em última instância, servem para criar novos significados para o desvio e para atitude desviante (AMARANTE, 2008, p.92).

O Grupo Felizarte do CAPS desenvolve, junto com os profissionais, um trabalho que aposta na criatividade de cada um dos integrantes. No que se refere à gestão de recursos, destaca-se também o empenho dos profissionais responsáveis por essa oficina para que, juntos, através de projetos obtenham recursos advindos das políticas públicas, para gravação de CDs e investimento em melhorias, como por exemplo, na compra de novos instrumentos.

Enfim, as oficinas de trabalhos alternativos e em especial o Grupo Felizarte, mobilizam as forças na produção de saúde, porque, no instante em que produzimos naquele espaço, a energia que se forma faz com que os usuários se esqueçam do próprio sofrimento psíquico, pois é ali que se agenciam as forças saudáveis que criadoras da vida. E essa vivência aponta para criação de um outro homem, que ainda falta em nós e, para isso, é preciso:

Agir contra o passado, sobre um presente, em favor de um porvir. Inventar novas dobras e novos estilos de vidas são maneiras de resistir ao intolerável do presente. Inventar um povo que falta. Reconciliar o homem com o homem, fazer um além do homem que conhecemos, dar continuidade à fissura, à abertura em direção a um novo por fazer, de um homem sempre por vir (FONSECA, 2007, p.49).

Assim, acredito que o maior desafio resume-se no que Heidrich chama de “questão cultural” e “questão jurídico política”, conforme explica:

Consideramos a questão cultural a mais importante no paradigma da desinstitucionalização. Essa questão se refere ao fato de a problemática da loucura e da convivência com a pessoa portadora de transtorno mental extrapolar o campo da psiquiatria e sua preocupação com a doença e alcançar outras dimensões (...) criar um outro imaginário social que a sociedade tem sobre a loucura, e isso só será possível transportando a problemática da loucura para todas as instâncias da sociedade revendo conceitos, valores e verdades acerca da mesma. (...) trata-se de desconstruir os “manicômios mentais” (...) a reforma psiquiátrica precisa desconstruir a noção de uma loucura como portadora natural de periculosidade e construir as balizas para a cidadania de transtorno mental (2006, pp.157-158).

Com o grupo Felizarte vivenciei uma outra ética, uma outra estética. Que nova estética é essa? Que ética é essa que também a cartografia nos convida a vivenciar? É a ética de não mais reproduzir, de que o diferente precisa ser adaptado, de que precisa ser incluído, de que precisa se dizer o que ele quer dizer. A ética que abraça todas as formas de vida, porque são vidas. E que respeite as formas de expressão diferenciadas, as linguagens que consideramos muitas vezes como “esquisitas”. Uma ética que as veja como uma forma de viver, apenas diferente da nossa, não menor, nem menos qualificada, ou destituída de razão. Uma ética que saia do terreno dessa razão e experiencie a ética de sentir.

A tarefa de restituição transformou-se em dívida social. Para ela, são, atualmente, convocados múltiplos artesãos Psi e de outros domínios que se posicionam como produtores do tempo Aion. Construtores de redes-sociais, subjetivas, construtoras do corpo bloqueado pelo ressentimento e pela memória, fazedores de um fundo social, onde só havia sem-fundo e precipitação na exclusão. Construtores de outras moradas no mundo para aqueles sujeitos cujo único lugar para viver tem sido apontado por uma moral esquadrinhante e fundamentada em valores transcendentais à vida e à diferença. Habitantes de Babel, capazes de escutar as diferentes vozes enunciadas no murmúrio social, sabedores de que cronos como medida de tempo, é impertinente e nosso arquiinimigo, sendo incapaz de nos deter o suficiente diante do espelho onde podemos visualizar e, mesmo pressentir, movimentos de nosso outro que vive em nós (...). É a tarefa de guiar a nau dos loucos em nosso pensamento, tarefa que se sustenta pelo questionamento que nos fazemos sobre o nosso tempo presente sobre o que se passa em nossa atualidade (FONSECA, 2007, p.46-47).

Portanto, é necessário criar um novo tempo em que o tempo dos usuários seja respeitado. É tempo de abrir-se para o tempo “Aion”, acolhendo as vidas para além do nosso querer determinista. Acolhendo a vida que fala diferente, reconhecendo, no outro, o nosso próprio outro. É tempo de considerar os terrenos existenciais e habitar o mundo em comum que temos, entendendo que o mundo é “nosso” e que podemos nele existir, nessas diferenças, nas quais devemos e podemos cuidar de nossa vida e da vida dos outros.

E práticas como essas é que podem mostrar que o diferente pode se aliar, juntar-se para fazer a grande diferença, na qual o tempo de alegria seja o presente.

Espinosa chama de “alegria” as relações que se compõe, e de “ódio” a tristeza das relações que não se compõe. O ódio é alegria do homem triste. Uma alegria indireta, substitutiva, que se alegra da decomposição das relações de todo e qualquer outro corpo que diminua ou possa vir a diminuir sua potencia, real ou imaginariamente. Diria que o homem é a criação do desejo e da alegria (...) a alegria é conceito de resistência e vida. A alegria vai além do tornar-se capaz de resistir, é a própria resistência, não é modo de existência, é vida! (...) a alegria é uma arte que extrai toda idéia de posse e torna-nos, assim, capazes de amar (LINS, 2008, p.55).

Desse modo, no grupo Felizarte, mesmo que o grupo estivesse atravessado por conflitos, estes eram trabalhados no grupo, e os problemas mesmo que não fossem superados, evidenciavam que o processo da autoanálise é cotidiana e, ao serem encaminhados no coletivo tinham potenciada a sua superação. Como observamos na fala de uma estagiária: *“Pode parar, eu acho que vocês estão faltando com respeito com os colegas”* (M.M.). Essa intervenção se deu após alguns do grupo rirem da forma como uma das usuárias se expressava, demonstrando que os usuários também não estão fora da produção dos estigmas e que, ao estarem no grupo, também reproduzem o autoritarismo, a estigmatização. Mas o fato de a estagiária e de o profissional evidenciarem isso, demonstra um comprometimento a partir do cotidiano com a desinstitucionalização, pois a autoanálise se deu no do coletivo. Isso explicita uma prática profissional comprometida com a desconstrução desses estigmas. Sendo assim, através das práticas podemos colocar as forças em movimento e, a partir do vivenciar e sentir o que se passa com o outro, desconstruir a lógica manicomial.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado da pesquisa no espaço do CAPS Escola evidenciou que as práticas profissionais estão engajadas num movimento de garantir um atendimento, um modelo de assistência, que considere o usuário como sujeito de seu processo, considerando-o para além de seu estatuto de “louco”, ou “portador de sofrimento psíquico”, não negando a expressão do sofrimento.

Mas, ao mesmo tempo em que as práticas apontam para as potências, ainda manifestam a presença dos “minimanicômios mentais”, como os evidenciados pelos profissionais em suas falas, e que, portanto, reproduzem, sim a lógica manicomial, uma vez que esta se dá por uma produção social, na qual todos estamos implicados na produção e conseqüentemente, implicados na sua desconstrução.

Nesse sentido, a análise aqui exposta não teve a intenção de apontar, nem ter sido uma atitude de “detetive” que encontra “culpados” e inocenta as “vítimas”, que “investiga” para “punir”, porque ao se defender, ao se produzir uma escrita também se pode se produzir um estigma de incapaz, de que o outro não tem voz para falar. Desse modo, a análise buscou produzir conhecimento para trazer à tona o que já existia, voltar-se para a prática do cuidado das vidas que se envolvem no contexto e para o que se está produzindo nessa convivência. Conviver com o diferente é um desafio para todos nós, uma vez que ainda nos estranhemos com o sofrimento do outro.

O CAPS Escola é um espaço que representa resistência ao próprio modelo manicomial, por isso se engaja na construção da reforma psiquiátrica, busca construir um modelo de assistência, de desinstitucionalização como desconstrução da lógica manicomial. E se esse modelo assumido pela reforma psiquiátrica, se fundamentada pelo modelo de desinstitucionalização italiana, ou seja se os profissionais, o movimento da reforma psiquiátrica assume esse desafio de desconstrução do modelo manicomial, assume diretamente que é preciso analisar as práticas. Sendo assim, a análise das práticas produzidas resulta na própria construção da desinstitucionalização. A pesquisa mostrou que muitas angústias dos profissionais não são socializadas, o que evidencia que, embora haja espaços de troca, há necessidade de mais abertura.

Assim, desejo que o resultado dessa escrita produza afetos para que busquemos nos voltar para questionar: Que tipo de saúde estamos construindo? Que práticas estamos

potencializando? Considero que essa análise é pertinente em muitos territórios de atuação profissional, não só da área da saúde mental, mas também os de outras áreas, mas principalmente a dos profissionais do Serviço Social, já que nossas práticas devem estar voltadas e engajadas no projeto ético-político no dia-a-dia, a partir dos nossos campos de atuação, portanto, das nossas práticas. Mas essa análise não se pode dar como modo de “avaliar” alguém, mas como modo de provocar dispositivos que proporcionem a autoanálise do que se produz e das consequências que traz essa produção na vida das pessoas.

Não há como negar as falas dos usuários que confirmam as práticas produtoras de estigmas, que, por sua vez, produzem efeitos como eles mesmo evidenciaram. Não há como negar as falas dos profissionais que manifestam que, por não se ter um cuidado de si, por falta de tempo, e condições materiais, eles também sofrem. Além do mais, não há como negar que existem muitas potências em movimento que sinalizam a construção de um outro modelo.

Se há um movimento pela reforma psiquiátrica que busca a desconstrução da lógica manicomial, esse movimento macro necessita voltar-se para o CAPS, que é um espaço micropolítico onde se produzem as práticas. O que é reproduzido no CAPS, o que se manifesta lá, não deve estar dissociado, por exemplo, do modelo de desconstrução da lógica manicomial, se é este que se busca, porque teoria e prática não se separam. A desconstrução dos preconceitos, dos estigmas, é o maior desafio do CAPS, mas é também o desafio da sociedade e de todos nós.

Constatei que, realmente, muito foi conquistado com o aparato jurídico através das leis de proteção que romperam com as correntes que outrora aprisionavam o “louco” e que, hoje, garantem um paradigma de assistência realizado dentro de um território com o atendimento de um modelo de assistência próximo a sua vida. Apesar disso, ainda se observam no CAPS Escola e na sociedade, em geral, práticas que “querem curar” e que, dessa forma, legitimam uma estética de existir dentro de um padrão estabelecido como ideal.

Assim, a existência de uma jurisprudência com vistas a garantir e ultrapassar o “isolamento do convívio social”, apontando para um modelo político de efetivação da cidadania plena, e, ainda que os precursores da desinstitucionalização invadam as práticas do cotidiano dos profissionais, e, mesmo que estes se lancem no desafio da construção da desinstitucionalização, não haverá desinstitucionalização e garantia de cidadania plena, se esta não estiver imbuída do caráter político de uma nova ética e de uma nova estética, os quais considerem o diferente como uma possibilidade de existir.

A construção dessa nova ética precisa ser assumida como um desafio por profissionais e todas as pessoas que labutam na construção dessa desinstitucionalização, que, deve-se desvencilhar desse emaranhado de poder-saber, determinante do que é “politicamente correto” e produtor da cultura de que o portador de sofrimento psíquico é “destituído de razão” (FOUCAULT, 2002).

E que, nesse porvir, a desinstitucionalização seja um compromisso ético das nossas profissões, em especial a do Serviço Social, que construiu seu projeto ético-político não em favor de sua categoria, mas na defesa dos direitos de todos os cidadãos.

Não obstante, pode-se afirmar que o CAPS Escola responde às diretrizes previstas na legislação em saúde mental no seu caráter assistencial dentro de seu território, respeitando e potencializando o exercício da cidadania do usuário, envolvendo, nesse atendimento, a comunidade e a família. As práticas não estão destituídas de comprometimento ético político.

Consequentemente, as intervenções dos profissionais produzem efeitos que melhoram a vida dos usuários do CAPS Escola conforme eles mesmos manifestaram nas falas. Os dispositivos utilizados, tais como: reuniões com os familiares; aliança com os profissionais das unidades básicas de saúde; reuniões de equipe para socializar os acontecimentos, trocar saber e encaminhar propostas coletivamente; a gestão dos recursos como uma forma de cuidado; o atendimento multiprofissional não centrado na figura do médico, que outrora imperava, demonstram as potências de um grupo que se trabalha em união, cotidianamente, tendo comprometimento ético político, ao resistir no espaço que representa a resistência ao modelo manicomial.

No entanto, não há como não evidenciar que a automação das intervenções e o estabelecimento de rotinas rígidas, a falta de tempo para realizar a autoanálise⁸⁴ e o cuidado de si contribui para a reprodução de práticas estigmatizantes e excludentes que produzem efeitos nocivos ao usuário e, também, aos profissionais.

Assim, as práticas estão num movimento de tentativa de romper, porque romper significa ultrapassar e nunca mais reincidir. Então, o rompimento se dará somente quando nenhuma prática manicomial mais existir. Nesse sentido, é possível afirmar que não há

⁸⁴ Na análise institucional a autoanálise só acontece no coletivo.

ruptura. Há tentativas, há construção do movimento para que um dia se possa romper definitivamente.

Como pesquisadora-cartógrafa da área de saúde mental, lancei-me num território que não habitava, que não conhecia: o CAPS Escola. “Criança” que ainda sou neste mundo, reconheço a sua imensidão e nele a aventura apaixonante de poder habitá-lo. Habitar este mundo me fez sentir as minhas limitações nesse tempo *cronos*, faz-me perceber as minhas resistências e me instiga a continuar a habitar esse território. Diante do pouso que se delineia nesta parada no movimento, sei que é apenas um pouso no movimento, não o pouso do movimento.

É preciso continuar e lançar em novos voos rasantes, altos e profundos que sejam capazes de construir novos conhecimentos. Que explorem a superfície, as profundezas e as alturas num voo incessante da produção do conhecimento. Voos que sejam capazes de rastrear e reconhecer as potências das superfícies, explorem as profundezas ainda não habitadas e se lancem na imensidão e direção das estrelas e das alturas, onde há muito por conhecer.

Como aprendiz de cartógrafa no território da saúde mental, reconheço meus limites, minhas resistências. Mas evidencio que o maior achado como cartógrafa foram as falas, sem as quais esse conhecimento não teria sido possível construir. Nesse coletivo, em especial no grupo Felizarte, descobri como pesquisadora, profissionais e usuários os quais mesmo que reproduzam práticas estigmatizantes, não permanecem nelas. E nisso está a maior potência. Com eles, descobri que as diferenças que se aliam fazem a diferença.

Acredito que as pesquisas deveriam apostar mais nas potências e, onde existir um não, considerar que a potência do não, o emaranhado de uma realidade que parece que não vai mudar, pode ser a potência criadora do amanhã, pois a resistência encontrada, embora que contenha a autodefesa do território profissional, contém em si a potência de um novo e diferente amanhecer.

Desse modo, considero que o CAPS Escola se movimenta na construção da perspectiva do rompimento com a lógica manicomial. Levando em conta que os estigmas são socialmente construídos, não se pode atribuir aos profissionais o estatuto de culpados por essa lógica se reproduzir, nem aos usuários cabe o estatuto de “vítimas”. Porém, convém ressaltar que isso não exime ambos da desconstrução da lógica manicomial.

Por atuarem na área da saúde mental os profissionais necessitam ter o compromisso ético-político dessa desconstrução e, portanto, devem ter como desafio a luta pela efetivação dos direitos da pessoa portadora de sofrimento psíquico e a desconstrução do estatuto de louco junto à sociedade.

Por isso, destaco a importância de a autoanálise cotidiana ser exercida no coletivo do CAPS, porque é um espaço micropolítico que pode e engendra movimentos que assinalam para a ruptura do modelo manicomial, pois, através da autoanálise, pode-se trazer à tona os obstáculos existentes que manifestam os “manicômios mentais” para, diante de sua evidência, trabalhar na sua desconstrução.

Práticas coletivas, como as do grupo Felizarte, mostram e demonstram que é possível construir um mundo melhor e que, para isso, é preciso resistir e conviver com as diferenças, plantando novas sementes e:

(...) isso não se faz dentro da cabeça. Mas hoje, onde será que aparecem os germes de um modo da existência, comunitário, ou individual, e em mim será que existem esses germes? Com certeza é preciso interrogar aos gregos, mas apenas porque foram eles, segundo Foucault, que inventaram essa noção, essa prática do modo de vida... Houve uma experiência grega, experiências cristãs, etc, mas não são os gregos nem os cristãos que farão a experiência por nós, hoje (DELEUZE, 2008, p.132).

Então, fica o convite para que plantemos as sementes, sejam em quais terrenos forem. Que possamos nos destituir de tanta razão e habitar mais o terreno das emoções, parar de interpretar o outro e passar a sentir o outro. E, assim, possamos construir um mundo diferente e novo, cheio de sonhos que se tornem realidade no CAPS Escola, pela força que movimentamos, como fala o trecho da música: *“Essa noite eu tive um sonho de sonhador, maluco que sou eu sonhei: com o dia em que a terra parou”*⁸⁵.

E, nesse dia, o sol que nasceu trouxe, com seus raios novos homens, com coragem e ousadia, trouxe homens capazes de ouvir os sofrimentos dos que choram porque têm sede, têm fome e sentem frio.

Sentem o frio do inverno que chega e o frio da frieza dos corações dos homens modernos, tão ocupados em sua essência de ter, que esqueceram de ser e de cuidar...

Sentem fome do alimento que falta e fome de alma, e choram pela falta do amor que se esqueceu de viver, porque se alimenta da indiferença...

⁸⁵ Da música de Raul Seixas: “O dia em que a terra parou”.

Sede da água que falta, mas sede de alguém estenda a mão perante o mar de tanta desigualdade social...

“Essa noite eu tive um sonho de sonhador, maluco que sou eu sonhei: com dia em que a terra parou”.

E esse dia trouxe um homem novo que se opõe ao homem do tempo em que não se tinha tempo, para construir um novo tempo, tempo de partilhar, conviver com as diferenças...

“Essa noite eu tive um sonho de sonhador, maluco que sou eu sonhei: com dia em que a terra parou”.

E, nesse dia, eu senti que esse homem sou eu, que o sistema também sou eu e descobri com muitos outros homens que me ensinaram que desinstitucionalizar é inventar o homem generoso e amoroso que ainda falta em todos nós. E que para mudar o mundo, é preciso ter sonho de sonhador, é preciso que a terra e seus homens, que somos todos nós, paremos e olhemos o que estamos fazendo para que o mundo seja o que ele é... “Assim é a terra nos dizendo todo dia, tudo é tão simples um eterno despertar, e o raiar do sol é o mesmo, e o segredo está no jeito da gente olhar” (Rolando Boldrin).

“Essa noite eu tive um sonho de sonhador, maluco que sou eu sonhei: com dia em que a terra parou”.

Que possamos ter mais sonhos de sonhadores, visto que no sonho de sonhadores, incluem-se os sonhos de todos os homens. Os sonhos de sonhadores, são os desejos que se colocam em luta, em marcha, numa utopia ativa que resiste às imposições das formas de poder, e se abre em caminhos de uma vida heterogênea inventada a cada instante da vida, vida que se constrói no aqui e agora não negando a fome, porque a condição material é também determinante, mas atentando, acima de tudo, para o fato de que essa condição foi construída por uma subjetividade moldada por interesses individualistas. O novo mundo se faz aqui e agora. A construção de uma utopia ativa no aqui e agora, porque não se deve mais admitir a neutralidade diante das extremas desigualdades sociais.

E que a invenção dessa vida signifique a ruptura definitiva da lógica manicomial.

REFERÊNCIAS

ALARCON, Sergio. Aos homens de boa vontade: estudos sobre a sujeição e singularidade. In: AMARANTE, Paulo et al. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 314 pp.

ALVAREZ, Johnny; PASSOS, Eduardo. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Vírginia; ESCÓSSIA, Lidiana. **Pistas do método da cartografia, pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. 207 pp.

ALVERGA, Alex R.; DIMENSTEIN, Magda. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, Paulo et al. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005. 222 pp.

ALVES, Rubem. **Educação dos sentidos**. Campinas: Verus, 2005. 126 pp.

_____. **Conversas com quem gosta de ensinar**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 2000. 135 pp.

_____. **Entre a ciência e a sapiência**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2001. 148 pp.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas. In: AMARANTE, Paulo et al. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. (3.^a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 204 pp.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente** (3.^a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 141 pp.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial** (2.^a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 117 pp.

AMORIM, Marília. **O pesquisador e seu outro – Backhtin nas ciências humanas**. São Paulo: Musa, 2004. 301 pp.

AXT, Margarete; KREUTZ, José Ricardo. In: FONSECA, Tânia Mara Galli; KIRTS Patrícia Gomes (orgs). **Cartografias e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: UFRGS, 2003. 395 pp.

BAREMBLITT, Gregorio. **Cinco lições sobre a transferência**. São Paulo: Hucitec, 1996. 142 pp.

_____. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática** (5.^a ed.). Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002. 214 pp.

_____. **Introdução à esquizoanálise**. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari, 1998. 123 pp.

BARROS, Denise Dias. **Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste**. São Paulo: Lemus/Edusp, 1994. 155 pp.

BARROS; Laura P.; KASTRUP, Vírginia. Cartografar é acompanhar processos. In PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Vírginia; ESCÓSSIA, Lidiana. **Pistas do método da cartografia: pesquisa, intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. 207pp.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada** (3.^a ed). Rio de Janeiro: Graal, 2001. 326 pp.

_____. **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática – conferências no Brasil**. São Paulo: Monsanto, 1982.

_____. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. São Paulo: Garamond Universitária, 2005. 331 pp.

BERGSON, Henri. **Introdução à metafísica** (Coleção Os Pensadores). São Paulo: Abril, 1974. 513 pp.

BERING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social – fundamento e história** (3.^a ed.) São Paulo: Cortez, 2007. 212 pp.

BICHUETTI, Jorge. **Lembranças da loucura**. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari, 1999. 128 pp.

BISNETO, JOSÉ Augusto. **Serviço Social e saúde mental – uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007. 222 pp.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. (8.^a ed). Petrópolis,RJ: Vozes, 2002. 199 pp.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 63 pp. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_da_2_conferencia_de_saude_mental.pdf> Acesso em: 23 jun. 2009.

_____. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Brasília: Ministério da Saúde.

_____. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** (2.^a ed.). Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_de_ad.pdf> Acesso em: 06/04/2009.

_____. **Legislação em saúde mental – 1990-2004** (5.^a Ed.) Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 340 pp. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/legislacao_1990_2004.pdf> Acesso em: 23/06/2004.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no brasil** – a conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 56 pp. <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>> Acesso em: 20/06/2009.

_____. **Saúde mental e economia solidária** – inclusão social pelo trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 134 pp. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_economia_solidaria.pdf> Acesso em: 06/04/2009.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 86 pp. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf> Acesso em 18/06/2009.

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio no judiciário na passagem do Século. Rio de Janeiro: UERJ/EDUSP, 1998. 226 pp.

CASTEL, Robert; WANDERLEY, Maria Angela Belfiori; WANDERLEY, Luiz Eduardo. **Desigualdade e questão social**. São Paulo: EDUC, 2000. 265 pp.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; ZUCCO, Luciana Patrícia. Política de saúde e serviço social. In CAVALCANTI; Ludmila Fontenele; REZENDE, Ilma et al. **Serviço social e políticas sociais**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. 180 pp.

CECCIM, Ricardo B. Reforma geral da subjetividade: por uma educação rizomática a saúde mental. In: FONSECA, Tânia Mara Galii; ENGELMAN, Selda; PERRONE, Cláudia Maria et al. **Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação**. Porto Alegre: UFRGS, 2007.182pp

CERTEAU, Michel. **A invenção do cotidiano – artes de fazer** (9.^a ed.) Rio de Janeiro: Vozes, 2003. 311 pp.

COWAN, James. **O sonho do cartógrafo** – meditações de Fra Mauro na corte de Veneza do Século. XVI. Rio de Janeiro: Rocco, 1999. 165 pp.

CZERMAK, Rejane. Corpo sentido – a clínica a partir de uma psicologia dos sentidos. In: FONSECA, Tânia Mara Galli; KIRST, Patrícia Gomes. **Cartografias e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. (7.^a ed). Rio de Janeiro: Editora 34, 2008. 226 pp.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia**, vol. 3. Rio de Janeiro: Editora 34, 2004. 118 pp.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 166 pp.

DUARTE JR., João Francisco. **O sentido dos sentidos** – a educação do sensível. Curitiba: Criar, 2003. 226 pp.

ENGELMAN, Selda. O campo de exceção e a vida nua. In: FONSECA, Tânia Mara Galli; ENGELMAN, Selda; PERRONE, Cláudia Maria et al. **Rizomas da reforma Psiquiátrica: a difícil reconciliação**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. 182 pp.

ERASMO DE ROTTERDAM. **Elogio à loucura**. São Paulo: Martin Claret, 2006.

FERNÁNDEZ, Ana Maria. Do imaginário social ao imaginário grupal. In: FERNANDEZ, A. M.; DE BRASI, J. C. et al. **Tiempo histórico y campo grupal: masas, grupos e instituciones**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1993. pp. 69-72. Trad.: Nelma Campos Aragon.

FONSECA, Tania M. G; KIRST, Patricia G. et al. **Cartografias e devires** – a construção do presente. Porto Alegre: UFRGS, 2003. 395 pp.

FONSECA, Tânia M. G. Modos de pesquisar, modos de subjetivar. In FONSECA, Tânia M. G.; ENGELMAN, Selda; PERRONE, Cláudia Maria et al. **Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação**. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

FONSECA, Tânia M. G.; ENGELMAN, Selda; PERRONE, Cláudia Maria et al. **Rizomas da reforma Psiquiátrica: a difícil reconciliação**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. 182 pp

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. 239 pp.

_____. **Historia da loucura**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2002. 551 pp.

_____. **Microfísica do poder** (16.^a ed.) Rio de Janeiro: Graal, 2001. 295 pp.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert; RABINAN, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além de estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. 249 pp.

_____; MOTTA, Manoel B. (org.). **Ética, sexualidade, política**. (2.^a ed). Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2002. 551 pp.

GIACOMEL; Angélica Elisa; GHILENI: Ângela Pena; AMAZARRAY, Raya Mayte; ENGELMAN, Selda. Trabalho e contemporaneidade: o trabalho tornando vida. In: FONSECA, Tania M. G.; KIRST, Patricia G. et al. **Cartografias e devires – a construção do presente**. Porto Alegre: UFRGS, 2003. 395 pp.

FURTADO, Beatriz; LINS, Daniel (orgs.). **Fazendo rizoma**. São Paulo: Hedra, 2008.

GOFFMAN, Erving. **Estigma** – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. (4.^a ed.) Rio de Janeiro: LTC, 1988. 151 pp.

GUATTARRI, Félix: **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo** (3.^a ed.) Petrópolis: Brasiliense. 1987. 229 pp.

_____; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo** (5.^a ed.) Petrópolis: Vozes, 2007. 436 pp.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira** – análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. Tese de doutorado, PPG em Serviço Social, PUC-RS. Porto Alegre: PUC, 2007. 205 pp.

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço social em tempo de capital e fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. (3.^a Ed) São Paulo: Cortez, 2008. 495 pp.

KASTRUPP. Virgínia. **A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição**. São Paulo: Papyrus, 1999.

LAROUSSE. Dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Larousse, 2004.

LATOUR, Bruno. **A esperança de pandora**. São Paulo: Edusc, 2001. 369 pp.

LAZZARATO, Mauricio; NEGRI, Antonin. **Trabalho imaterial – formas de vida e produção de subjetividade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. 108 pp.

LINS, Daniel. A alegria como força revolucionária – ética e estética da alegria. In:

- MACHADO, Roberto. Introdução. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 16^a. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- MAIRESSE; Denise. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: FONSECA, Tania M. G.; KIRST, Patricia G. et al. **Cartografias e devires – a construção do presente**. Porto Alegre: UFRGS, 2003. 395 pp.
- MARTON, Scarlett. **A transvaloração dos valores**. São Paulo: Moderna, 2006. 96 pp.
- MATURANA, Humberto; YÁNEZ, Ximena. **Habitar o humano: em seis ensaios de biologia cultural**. São Paulo: Palas Athena, 2009. 319 pp.
- NEUBART; BÁRBARA E. O que pode a arte? In: FONSECA, Tania M. G.; ENGELMAN, SELDA et al. **Corpo: arte e clínica**. Porto Alegre: EdUfrgs, 2004. 315pp.
- OLIVEIRA, Walter F.; DORNELES, Patrícia. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o diálogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, Paulo et al. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005. 222 pp.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial da saúde**. Disponível em Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Genebra: OMS, 2001.
- REZENDE, Ilma; CAVALCANTI: Ludmila Fontenele. **Serviço social e políticas sociais**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. 180pp.
- RIBEIRO, Cristine Jaques. **Cartografias caboclas**. Pelotas: Educat, 2008. 167 pp.
- ROCHA, Eduardo. **Arquiteturas do abandono** (ou uma cartografia nas fronteiras da arquitetura, da filosofia e da arte). Tese de doutorado, PPG em Arquitetura (Propar). Porto Alegre: UFRGS, 2009. 539 pp.
- RODRÍGUES, César; SANTOS, Boaventura de Souza. Para ampliar o cânone da produção. In: RODRÍGUES, César; SANTOS, Boaventura de Souza et al. **Produzir para viver: os caminhos da produção não capitalista**. Rio de Janeiro, 2002. 514pp.
- RODRIGUES, H.B.C; LEITÃO, M.B.S.; BARROS, R. D. B. et al. **Grupos e instituições em análise**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. 251 pp.
- ROLNIK, Sueli. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: UFRGS, 2006. 300 pp.

SILVA, Alexandre Rocha da; MARROCO, Beatriz. Murmúrios de Aion – tempo e jornalismo. In: **Revista Verso & Reverso**. Disponível em: <http://www.versoereverso.uniosinos.br/_include/imprimir_artigo.inc.php?e=13&a=113>. Acesso em: 24/06/2009

SILVA, Rosane Neves. Inventando uma outra psicologia social. In: FONSECA, Tânia M. G.; KIRTS, Patrícia G. et al. **Cartografias e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: UFRGS, 2003. 395 pp.

SZASZ, Thomaz. **Cruel compaixão**. Rio de Janeiro: Papirus, 1993. 352pp.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão et al. **Saúde mental e serviço social – o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade** (4° ed.). São Paulo: Cortez, 2008. 328 pp

WALRAT, Luis Alberto. **O ofício do mediador**. Vol. 1. Florianópolis: Habitus, 2001. 279pp.

ANEXOS

Anexo I

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS COM OS PROFISSIONAIS DO CAPS ESCOLA

- 1) O que é saúde mental?
- 2) O que é doença mental
- 3) Como se desenvolve o seu trabalho no cotidiano deste CAPS?
- 4) Do seu ponto de vista, o que significa o CAPS na vida do usuário?
- 5) Como você percebe a sua prática na vida dos usuários?
- 6) Do seu ponto de vista a lógica manicomial e a não manicomial se expressam neste CAPS ?
Caso sim, de que forma?
- 7) Como é o acolhimento do usuário?
- 8) A prestação de cuidados de saúde mental do CAPS Escola é assegurada por equipes multidisciplinares? Caso sim, como acontece o trabalho multiprofissional?
- 9) O CAPS Escola oferece atividades que respondem e respeitam a individualidade dos usuários? Caso sim, quais são elas, ou como acontecem?

Anexo II

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS COM USUÁRIOS DO CAPS ESCOLA

- 1) O que significa o CAPS na sua vida?
- 2) O que você pensa sobre o atendimento que os profissionais deste CAPS dispensam aos usuários que participam deste Centro e aos seus familiares?
- 3) Você gostaria de comentar algo mais sobre o CAPS?

Anexo III

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO NO CAPS ESCOLA

Será observado tudo que disparar a atenção, pois a observação será considerada como um estar lá para ver onde pousa meu olhar. Observando de forma geral o cotidiano da intervenção profissional no CAPS Escola, merecerão atenção alguns aspectos:

- A relação estabelecida com os usuários.
- Que tipos de trabalho são oferecidos aos usuários.
- Como funciona a multiprofissionalidade.
- A infraestrutura do local.
- Os trabalhos realizados com os profissionais e funcionários
- O atendimento oferecido aos usuários e a equipe.
- Os modos de existir naquele espaço, as potências, as resistências, as dificuldades dos profissionais e dos usuários.

Anexo IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

Mestrado em Política Social

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Eu, _____, declaro que aceito participar da pesquisa **“Análise da efetivação da política de saúde Mental no CAPS Escola de Pelotas”**, que tem como objetivo geral: **“analisar como se efetivam as práticas dos profissionais que trabalham na Política de Saúde Mental no CAPS Escola, no município de Pelotas, no Estado do Rio Grande do Sul”**.

Assim, coloco-me na condição de entrevistado e declaro estar ciente de que as informações prestadas poderão ser gravadas, transcritas e utilizadas, total ou parcialmente, em benefício do estudo acima citado. Os dados serão utilizados, entretanto, minha identidade mantida em sigilo. Declaro, ainda que em qualquer momento, poderei desistir ou solicitar novos esclarecimentos acerca da pesquisa e quanto ao uso da minha entrevista.

Ciente,

Entrevistado(a) _____ -

Assinatura: _____

Entrevistador(a)

Pelotas...../...../.....