UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E FORMAÇÃO HUMANA

DANIELA ALBRECHT MARQUES COELHO

PELAS PALAVRAS LIVRES DE GRAMÁTICAS: REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL

Rio de Janeiro
Junho de 2008

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E FORMAÇÃO HUMANA

DANIELA ALBRECHT MARQUES COELHO

PELAS PALAVRAS LIVRES DE GRAMÁTICAS: REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Deise Mancebo
Co-orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Rio de Janeiro
Junho de 2008

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho não seria possível sem a presença de muitas pessoas que, de maneiras diversas, vêm tornando mais possível e mais alegre não só esta trajetória, mas a vida.

À minha mãe Cléa, suporte e amor incondicionais, e ao Paulinho. Ao meu pai Rodrigo, cada vez mais perto e (sempre) importante. E ao Jaime, pai emprestado que ganhei com sorte na vida.

À minha família, para além deles: meus avós Ernesto, Maria Cléa, Margit e Newton (saudade), pelo apoio e amor constantes. À minha muito querida tia Lulu, afinidade especial, por todas as trocas de idéias e força no mestrado desde antes dele começar.

À Deise, pela confiança e disponibilidade em me acompanhar nesta empreitada, mesmo que por campos menos conhecidos, e ao Paulo, que topou aliar-se também nela, pelas contribuições importantes.

À Drica, encontro potencializador, presença mais que importante neste trabalho. Pela generosidade nas trocas de idéias, pelas contribuições inestimáveis às reflexões, e por me fazer crer na força das redes alternativas... E ainda por cima me fazer descobrir uma grande amiga.

À Heliana, eterna e querida "desorientadora". Pelas brechas fecundas na minha formação.

À Julinha (+ o coraçãozinho que já tem pernas e braços!) e à Bel, inseparáveis desde que chegaram, nestes dois anos mais que nunca. Trocas intensas de idéias e de amizade. Presenças que tornaram possível em larga medida este caminho (e alegre, e solidário, e divertido) e hoje ainda mais indispensáveis na minha vida.

Aos amigos agregados nestes dois novos anos de UERJ (e afirmados na boemia dos estabelecimentos em frente): Fernanda, Marcelo, Carla, Heitor, Queiti, João.

À Lílian, presença marcante nesta trajetória.

Aos professores e funcionários do PPFH (Maria!), pelas aprendizagens e ajudas nesses dois anos.

Aos meus queridos e eternos amigos de sempre e todas as horas, meus amores, que fui agregando ao longo da vida, e sem os quais ela seria muito mais sem graça e sem sentido.

À Lê, por todas as trocas (e aturâncias) no dia-a-dia de casa e amizade! E pela força com as referências no final da dissertação...

A todos da Casa da Árvore, pelas trocas na construção de um trabalho novo e potente.

A todos do Espaço Aberto ao Tempo, por todas as aprendizagens conjuntas. Especialmente à equipe da cantina Arte Paladar: Marilene, Viviane, Jairo, Severino, André, Efigênia, Seu Bené, Gerô, Fafá, Paulo, Robinho, Dulce, Sheila e Ana Lúcia, por me fazerem acreditar que é possível reinventar coletivos de trabalho mais solidários.

À Vivi, cumplicidade, alegria e força no dia-a-dia. Por todas as trocas cotidianas, risos incontidos, sintonia particular nos afetos e idéias. Por compartilhar aspirações e lutar junto para torná-las reais.

Ao lendário time de 2004, construções sempre presentes!

Aos entrevistados, que generosamente me contaram sobre seu trabalho. São co-autores deste trabalho.

À Isa, inspiração, presença e amor. Pelas trocas e construções cotidianas, carinho e aprendizagens compartilhados.

RESUMO

Este trabalho se ocupa da discussão e reflexão sobre a formação do trabalhador de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. A formação é entendida como um importante dispositivo no sentido de manter vivo o caráter instituinte de uma proposta de transformação quando ela se torna política pública, como é o caso da assistência pública em saúde mental a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica. Inicialmente, a dissertação apresenta algumas formulações de Antonio Gramsci, uma das principais matrizes do pensamento basagliano, na crença de que potencializa o entendimento construído sobre o processo de Reforma, de modo a melhor situá-la enquanto elemento na luta democrática em um sentido ampliado, politizando tal processo. Apresenta, em seguida, algumas linhas constitutivas do movimento no cenário brasileiro e a noção de desinstitucionalização, cunhada por Franco Basaglia, principal marco a partir do qual o processo de Reforma é analisado. A formação é pensada no plano daquilo que o processo de trabalho, refletido, produz enquanto conhecimento para o trabalhador, enquanto saber sobre o seu próprio trabalho. Formação e assistência são analisadas, assim, em um plano de imanência, o serviço é tomado como o lócus da formação do trabalhador e a discussão sobre os processos de trabalho adquire centralidade. Considera que a ética que rege as relações com a loucura não se apresenta destacada da ética que rege as relações de trabalho neste campo. Também leva em conta que há uma dimensão afetiva nos processos de formação normalmente negligenciada e que a dissertação procura afirmar, dotando as relações de trabalho de relevância também no âmbito da formação. Defende que a restauração da reciprocidade nas relações com a loucura, como pressupõe um projeto de desinstitucionalização, não pode estar separada da possibilidade de os próprios trabalhadores estabelecerem relações também mais recíprocas. Neste sentido, os espaços de reflexão e auto-questionamento, que possibilitam aos trabalhadores se apropriarem de seu trabalho, e as relações entre a equipe são valorizados. Foram entrevistados trabalhadores de dois serviços de saúde mental públicos do Rio de Janeiro: um CAPS e um Serviço Residencial Terapêutico, modalidades escolhidas pelo entendimento de se tratarem de serviços de ponta da Reforma Psiquiátrica no Brasil hoje. Suas falas são tomadas enquanto forças presentes no campo, que se expressam através delas, mas que não se circunscrevem àqueles que as emitem. As entrevistas são analisadas segundo seis eixos principais para a análise, a partir da percepção de forças que se fizeram mais presentes neste campo, entendendo que todos eles constituem e são atravessados pelo tema da formação. Assim, são

abordadas as trajetórias, a interdisciplinaridade, a supervisão, os processos de trabalho, as concepções de serviços substitutivos e as formulações sobre clínica/política.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Formação, Trabalho.

ABSTRACT

This paper aims at examining and discussing the training of health workers in the Brazilian Psychiatric Reform context. Training in this sense is understood as an important measure geared to maintaing alive the disciplinary character of a transformation proposal turned into public policy, as is the case of the public assistance in mental health resulting from the Psychiatric Reform movement. The dissertation opens with some formulations by Antonio Gramsci, one of the main matrixes of the Basaglian thought, in the belief that this will add to the understanding of the Reform process inasmuch as it introduces it in a broader and more political sense as an element in the democratic struggle. This is followed by some reflections regarding both the movement in the Brazilian scenery and the concept of deinstitutionalization, coined by Franco Basaglia, main landmark for analyzing the Reform process. The training itself is perceived on the basis of the results obtained by workers from the work process itself, in the sense of the learning and knowledge gained by them after reflection over the work accomplished. Training and assistance are analyzed within a domain of immanence. In other words, the service itself is seen as the locus of the worker's training, and discussions surrounding the work process are, therefore, the central issue. Ethics involved in relations referring to madness are considered inseparable from the ethics ruling work-related issues in this field. Furthermore, the normally neglected affective level present in training processes is both taken into account and asserted by the dissertation, as work relations are viewed as relevant in the training context as well. In coherence with a deinstitutionalization project, the study also supports the fact that restoring reciprocity in relations involving madness cannot be separated from allowing workers to, in the same manner, establish more reciprocal relations. In that sense, furthermore, periods for self-questioning and reflection, which help workers to effectively occupy their work place, added to possibilities for exchanges among team members, are important aspects to consider. Workers from the following two public mental health services in Rio de Janeiro were interviewed: those from CAPS and those from the Therapeutic Residential Service. These two services were chosen because in Brazil they are considered outstanding modalities in the contemporary Psychiatric Reform. The statements by workers, though taken as a strong expression of their presence in the field, are not restricted to those emitting them. The interviews are analyzed according to six main axes for the analysis, as well as on the basis of what was perceived as the strongest manifestations in this field. It is important to stress that training, as a theme, both constitutes and runs through each of these axes. Thus, pathways,

interdisciplinarity, supervision, work processes, conceptions of substitutive services and formulations regarding clinic/policies, are among the topics covered.

Key-words: Psychiatric Reform, Training, Work.

SUMÁRIO

Introdução..... 11

1ª parte: A gente se acostumou de enxergar antigamentes..... 23

Capítulo 1
A Reforma Psiquiátrica e a luta democrática: aproximações ao pensamento de Antonio Gramsci..... 24

1. Considerações iniciais..... 24
2. O pensamento liberal..... 26
3. O pensamento de Karl Marx..... 29
   3.1 Trabalho, alienação e propriedade privada..... 29
   3.2 Estado e Revolução..... 30
4. O pensamento de Antonio Gramsci..... 34
   4.1 A ampliação do Estado: sociedade política e sociedade civil..... 35
   4.2 Hegemonia: discurso e aparelho..... 36
   4.3 Movimento e posição: diferentes estratégias revolucionárias para Oriente e Ocidente..... 40
   4.4 Gramsci e a subjetividade..... 41

Capítulo 2
Explorações do campo de análise: histórias e conceitos..... 44

1. A Reforma Sanitária..... 44
2. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: breve percurso..... 48
3. A noção de Desinstitucionalização..... 63
4. O processo de Reforma e a luta democrática: Aproximações entre os pensamentos de Basaglia e Gramsci..... 72

2ª PARTE
Contrair visão Fontana..... 75

Capítulo 3
Campos teóricos para a Formação: definindo algumas ferramentas conceituais..... 76

Capítulo 4
A Formação no campo: conversando com alguns trabalhadores de saúde mental..... 96

1. Considerações preliminares..... 96
2. Algumas considerações metodológicas.....100

3. As entrevistas..... 106
3.1. Percursos, histórias, encontros: campos da formação..... 106
3.2. Disciplinaridades e interdisciplinaridades..... 116
3.3. Supervisão..... 128
3.4. Processos de trabalho..... 133
3.5. Os serviços substitutivos..... 145
3.5.1. Concepções de CAPS..... 145
3.5.2. Concepções de SRT..... 152
3.6. Clínica/Política..... 161

Formar, reformar, transformar... Últimas considerações..... 179

Referências Bibliográficas..... 185

INTRODUÇÃO

> O que é visto como loucura, para quem está de fora – a sociedade – é a nossa forma de exprimir o descontentamento com a conjuntura vigente – a situação em questão. O egoísmo, a competição mesquinha, nos agride em particular e provoca a reação do diferente, que é visto como alienação, doença. [...] De que lado está a loucura, em nós, que nos excluímos em algum momento por não suportar as pressões do meio, ou nesta sociedade doente que nos deixa acuados nos levando para a beira do precipício?
>
> Jorge Sacramento[1]

Quando encontrei esta passagem e pensei em citá-la no início desta dissertação pensei se não seria um pouco contraditório iniciar um trabalho cujo enfoque está na "fala dos trabalhadores da saúde mental" com a fala de um usuário como epígrafe. Trata-se, como explicado na nota, do editorial de um jornal produzido conjuntamente por clientes e técnicos no Espaço Aberto ao Tempo, serviço de atenção diária do Instituto Municipal de Assistência Nise da Silveira, construído a partir da desconstrução de uma enfermaria tradicional deste instituto.

Foi neste serviço que se iniciou minha trajetória na saúde mental e minha própria escolha profissional e de vida: trabalhar (e viver) em meio a este universo. É onde eu situo, portanto, o início da minha própria formação – e uma parte bastante importante dela, acredito. Trata-se de um espaço, de fato, aberto (entre tantas outras características, certamente muitas vezes também contraditórias), e onde se atribui um valor à fala do louco incomum para mim, até então, nos diversos espaços por onde circulava, e por onde continuei circulando. Refiro-me a espaços sociais, claro, mas essa sensação permanece, muitas vezes, também no que se refere aos espaços ditos terapêuticos.

Não sei bem se esta fala pôde emergir porque se trata de um espaço onde a voz é dada ou se é ela, junto a tantas outras, que constrói este ambiente desta forma. Acredito, na verdade, que não se trate de uma *ou* outra coisa, mas de um processo único que se produz por ambas estas dimensões. Penso, de todo modo, que a força da fala de Jorge, assim como de muitos outros usuários, produz transformações – ou deveria – também nas falas dos trabalhadores.

---

[1] Editorial do jornal "O Grito", do Espaço Aberto ao Tempo, serviço de atenção diária em saúde mental do IMAS Nise da Silveira, atualmente em vias de transformar-se em um Centro de Atenção Psicossocial.

Mas não é apenas nem principalmente neste sentido que justifico sua escolha para epígrafe. Entendo que esta não é uma fala individualizada, que se encerra nela mesma. A fala de Jorge é um vetor que está presente no campo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, entre tantos outros, há uma determinada força que se expressa através dela, mas não se reduz a ela, nem tampouco a quem a emitiu. E ela atualiza forças do campo da saúde mental que considero extremamente potentes.

Esta epígrafe nos remete então para o fato de que ainda que o veículo escolhido para a realização deste trabalho seja a fala dos trabalhadores de saúde mental – como ficará mais claro já ao longo desta introdução – estas falas não têm a função de produzir um "recorte" desta realidade, e não serão "ouvidas" como falas de uma "categoria" – trabalhadores –, que se poderia opor a outras – usuários, familiares, gestores – apenas algumas das que poderíamos destacar. As narrativas que reproduzirei aqui são, sobretudo, um meio de acesso escolhido para acessar o nosso campo: a formação dos trabalhadores de saúde mental. Campo que é constituído por inúmeros atores e fatores, que estarão presentes nesta dissertação de diversas maneiras. A fala de Jorge também me auxilia então, desta maneira, a esclarecer desde já esta posição, uma nota inicial que considero essencial para os que vão se aventurar junto comigo pelas páginas que se seguem...

Algumas observações devem se somar a esta para compor o início desta dissertação. Ainda que seja a primeira parte a ser lida, a introdução de um trabalho acadêmico é quase sempre, como se sabe, aquela que é por último redigida. Ao final do processo, voltamos ao início, e contamos ao leitor, agora de uma maneira já mais organizada, o que virá pela frente.

Aqui as coisas não se passaram de maneira diferente. Claro que muitas das considerações que farei nesta etapa já estavam presentes desde o projeto, aquele que foi apresentado no momento da qualificação, e, antes mesmo dele, desde o plano de trabalho que foi escrito para o processo seletivo do próprio curso de mestrado. Mas é claro também que muitas delas se transformaram ao longo deste processo, algumas amadureceram, outras se enfraqueceram e foram deixadas de lado. Há certamente um "caldo que engrossou", um certo corpo que se foi fazendo e que se transformou neste caderno que tento agora apresentar aos que o lerão. É sobre este processo que gostaria de falar um pouco então.

Mas por que, aqui também, começar desse jeito meio "pelo avesso"? Uma justificativa mais oportunista, que devo confessar, está em minha própria dificuldade de fazer de outra forma, minha escrita flui com intensidade sempre muito maior quando escrevo sobre o vivido, e especialmente sobre o "vivendo", e neste momento necessito de uma escrita fluida e, sobretudo, veloz. Mas nem tudo se resume apenas a um oportunismo. Acredito que, se este é

um momento, em alguma medida, de um certo balanço – não há como não sê-lo ao final de um processo como este – é melhor que isto esteja aqui colocado, explicitamente.

Esta talvez seja também uma forma de apresentar parte dos meus referenciais teóricos, e já explicitar, por exemplo, que este é um trabalho que não se pretende neutro. A minha escrita é neste sentido, desde aqui, uma escrita implicada[2], em que pretendo explicitar sempre que for possível o lugar de onde falo, já que sempre falamos de algum lugar. Isso não significa, de modo algum, invalidar os outros lugares. Acredito que "deixar claro de onde se fala" pressupõe, pelo contrário, o respeito aos outros pontos de vista, uma vez que permite a quem lê reconhecer que há outros pontos de vista, bem como perceber mais claramente as diferenças existentes entre eles. O que favorece, na minha opinião, que o leitor também se posicione da maneira como achar melhor.

Pressupõe, ainda, e o que talvez considere mais importante, que podemos sempre mudar de posição, pois, uma vez que entendemos que nossa posição é construída, podemos sempre construir outras. É a possibilidade de mudar de lugares e de olhares o que gostaria de afirmar, então, com estas primeiras palavras. A possibilidade de *contrair visão fontana*, no dizer poético de Manoel de Barros que tomamos de empréstimo para nomear a segunda parte desta dissertação, fundamental para o trabalho em saúde mental, do modo como o entendo.

Se já não acredito que nenhuma escrita possa ser mesmo neutra, a minha em particular tem ainda mais motivos para não poder ser. O assunto de que vou tratar aqui não é distante nem alheio às minhas experiências. Como a minha posição também é de uma trabalhadora do campo da saúde mental e militante da Reforma Psiquiátrica, não há como me afastar, não é possível não me posicionar; reivindicar uma posição neutra seria no mínimo cínico, seria – como sempre, volto a dizer, mas aqui de maneira ainda mais acintosa – omitir minhas posições. Desde o inicio da minha vida neste campo tenho procurado refletir sobre ele, e sobre o meu trabalho[3]. Esta dissertação também é, então, uma reflexão sobre o meu próprio trabalho.

Mesmo entre aqueles que pactuam a importância de um processo de Reforma, não há um entendimento consensual sobre a natureza das transformações pretendidas. A Reforma Psiquiátrica muitas vezes é entendida como um processo de "humanização" dos hospícios ou

---

[2] Alusão à proposta de análise das implicações, cunhada pela Análise Institucional, que consiste na evidenciacao e análise dos próprios vínculos com as instituições em jogo.

[3] Os trabalhos de conclusão da graduação (COELHO, 2003. Práticas clínicas e modos de subjetivação: reflexões ético-político institucionais) e da Residência (COELHO, 2006. Economia terapêutica como economia política: a história de um grupo com pacientes de longa permanência) podem ser mencionados como "produtos" parciais destas reflexões.

dos locais de tratamento, ou mesmo das relações com os pacientes. Obviamente que concordamos com melhoria das condições de atendimento em saúde mental, todavia as propostas "humanizadoras" muitas vezes se fazem acompanhar de um empenho em manter essas instituições, mas esta não é, efetivamente, a proposta de que falamos.

A Reforma Psiquiátrica brasileira vem se balizando, nos últimos anos, por questões e conflitos bastante singulares. Se, por um lado, se mantém enquanto movimento social de cunho reivindicatório e de crítica a saberes instituídos em torno da loucura, por outro lado, vem sendo cada vez mais claramente incorporada às políticas públicas oficiais para a saúde mental e adotada como diretriz para legislações e planejamentos em níveis federal, estadual e municipal. Inegáveis são os ganhos de tal incorporação – como maior facilidade no financiamento dos projetos e ações, na divulgação para a sociedade dos ideais da reforma, tanto quanto viabilidade na construção de serviços substitutivos para fazer frente à centralidade do manicômio.

Tais serviços são representados hoje, hegemonicamente, pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). O CAPS é um serviço de atenção diária e intensiva em saúde mental que se propõe substitutivo ao hospício no que se refere ao cuidado, tendo como principal referência a noção de território, que define a atuação do serviço com base nos recursos presentes na região onde está inserido. Os serviços de base territorial devem propiciar, assim, que o usuário deixe cada vez mais de recorrer ao hospital e retorne à sua comunidade, tendo o CAPS como referência para seu tratamento. A proposta do CAPS prevê também, e teoricamente com igual ênfase, o trabalho a ser desenvolvido junto à comunidade, fundamental para a Reforma Psiquiátrica[4].

O Serviço Residencial Terapêutico é uma proposta de moradia assistida, uma casa destinada aos usuários que não possuam laços familiares ou uma rede social que lhes dê suporte. Também se constitui como uma estratégia na construção de um suporte social que visa à substituição da internação psiquiátrica prolongada, e conta com um contingente determinado de cuidadores, que varia conforme a complexidade da residência, e um número reduzido de técnicos. Estes têm como função o auxílio no desenvolvimento das atividades diárias na perspectiva de um ganho crescente de autonomia, bem como na reinserção na vida comunitária. O número reduzido de técnicos, aqui, não é uma deficiência, mas uma proposta, uma vez que o que se pretende acentuar é o caráter de *residência*.

---

[4] As propostas dos CAPS, assim como dos Serviços Residenciais Terapêuticos, serão melhor apresentadas e debatidas nos capítulo seguintes, sendo apenas apontadas aqui para situar o leitor na discussão.

Tais serviços vêm sendo, no entanto, alvo de duras críticas por parte de importantes atores e interlocutores da Reforma (AMARANTE, 1995; DESVIAT, 1999), que têm apontado, entre outras coisas, o risco de redução deste processo à desospitalização e à mera reestruturação da assistência psiquiátrica, com vistas apenas a uma maior humanização e modernização das técnicas terapêuticas, destituindo-o de seu viés verdadeiramente anti-institucional.

A existência de serviços de base territorial não garante, portanto, a desinstitucionalização[5] da Psiquiatria. No Brasil, as importantes transformações empreendidas pelos primeiros serviços substitutivos vêm esvaziando-se com a crescente utilização do CAPS enquanto modelo único para a construção de novos serviços, o que é analisado por Amarante (2001) como fenômeno de "capsização" da Reforma Psiquiátrica brasileira. Se sua regulamentação por portarias ministeriais representou, por um lado, importante conquista, por facilitar e garantir a construção de novos serviços, os riscos de engessamento em um modelo único de processos que deveriam ser de permanente invenção são bastante contundentes. A existência de novos serviços não é garantia, assim, da afirmação de novas práticas, de modo que, se perdemos de vista, por um instante, que a transformação visada abrange à sociedade e à cultura de modo mais amplo, velhas lógicas de funcionamento manicomial podem facilmente voltar a ganhar espaço no interior de novos serviços.

A passagem por um CAPS do Rio de Janeiro durante três meses dentro de um programa de especialização[6] levou-me a refletir de modo mais atento sobre tais questões. Apesar de inúmeros projetos e iniciativas da equipe na construção do trabalho ocorrerem em consonância com o discurso da Reforma, algumas situações chamaram particularmente minha atenção por incidirem nos riscos acima mencionados. Procurarei descrevê-las brevemente no intuito de melhor esclarecer o percurso trilhado até a elaboração das questões às quais agora me dedico.

A assembléia é, neste serviço, um dos dispositivos escolhidos como fórum de discussão entre equipe e usuários, espaço "oferecido" – em meu entendimento – pelos

---

[5] A noção de desinstitucionalização é central para o modo como compreendo o processo de Reforma Psiquiátrica. Ela também será melhor explorada nos capítulos que se seguem.

[6] O Programa de Residência em Saúde Mental é um programa de formação interdisciplinar reconhecido oficialmente como uma especialização, já que a especificidade da residência enquanto formação, com regulamentação e legislação próprias, é reconhecida exclusivamente no âmbito da formação médica. É vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e ao Instituto de Psiquiatria da UFRJ, podendo se realizar no IMAS Nise da Silveira, IMAS Juliano Moreira ou Instituto Municipal Philippe Pinel. A Residência tem duração de dois anos, durante os quais circulamos por diversos serviços da unidade em que nos encontramos, e por alguns de fora delas (todos integrantes da rede pública de serviços de saúde mental do Rio de Janeiro), com uma carga horária totalizada em 60h semanais, voltadas em sua maior parte para prática supervisionada em serviço (80%) e em menor escala para atividades acadêmicas (20%), tais como aulas e participação em seminários clínicos.

profissionais aos pacientes para que estes coloquem suas questões, dúvidas e reivindicações. O fato de ser realizada diariamente causou-me estranhamento logo de início; questionava-me se tal periodicidade não poderia esvaziar não apenas politicamente, mas também a freqüência da assembléia, pois acreditava que dificilmente existiriam tantas questões e tantas pessoas dispostas, todos os dias, a debatê-las. Para minha surpresa, entretanto, a assembléia encontrava-se diariamente lotada, poucos sendo os usuários que dela não participavam, o que me impressionou bastante positivamente a princípio. Apenas alguns dias depois, compreendi, no entanto, o motivo de participação tão maciça: a fila do refeitório para o almoço, que acontecia imediatamente após a assembléia, era determinada pela ordem em que os usuários estavam sentados na mesma, de modo que quem não participasse ficava automaticamente por último na fila. Assim, o que era pra ser um espaço rico de trocas e de exercício de autonomia e liberdade, tornou-se um espaço veladamente imposto por um poder disciplinar, de exercício, mais uma vez, da autoridade médica e técnica dos profissionais sobre os usuários.

A outra situação que me remeteu para tais questões também teve a assembléia como mote. Num determinado dia, casualmente, não entrei para a assembléia, quando percebi que alguns usuários, a despeito da norma estabelecida, optaram também por não participar. Aproximei-me de uma dessas pessoas, que em geral me parecia especialmente participativa, e perguntei por que naquele dia havia preferido ficar do lado de fora, no que me respondeu desanimada: estou cansada "dessas assembléias", sempre se fala dos mesmos assuntos – a comida, o passeio ao Jardim Zoológico que não sai, a oficina tal que não está funcionando – e nada muda. Disse-me ainda que ficava irritada porque sabia que algumas pessoas só a freqüentavam por causa da "bendita fila", que não tinha mais paciência pra isso. Disse-lhe, então, que considerava muito importante as questões que ela levantava, e perguntei-lhe se não gostaria de colocá-las na própria assembléia, pois acreditava que isso poderia produzir discussões muito interessantes e enriquecedoras. Ela mostrou-se, entretanto, bastante desanimada, afirmando que não valia a pena. Preferia ficar do lado de fora.

Na semana seguinte, decidi levar esta situação para a reunião de equipe, vendo aí a possibilidade de colocar em discussão, através da fala de um usuário, um incômodo que já me acompanhava, mas que, em função do breve tempo no serviço e do modo de inserção na equipe, não me sentia à vontade para problematizar. Acreditei que seria, então, a oportunidade ideal. Após relatar este encontro na reunião, um psiquiatra pede a palavra e nos adverte: precisávamos ficar atentos para o fato de que, quando esta paciente ficava desanimada (leia-se: em fase depressiva do distúrbio bipolar) demonstrava extremo pessimismo, tendendo a enxergar tudo de modo negativo. Ressaltou que não deveríamos deixar de ouvir o que ela

dizia, que ele não estava defendendo isso, mencionava apenas para que ficássemos atentos. Na prática, contudo, os desdobramentos e comentários acerca da situação acabaram circulando, em sua maior parte, em torno dos aspectos psicopatológicos da paciente, enquanto as questões institucionais para as quais a situação remetia – cuja discussão era minha idéia suscitar... – permaneceram praticamente inabordadas. Minha sensação foi de que, tal como no velho hospício, manifestações de contrariedade, violência e agressividade eram descritas como manifestações da doença, e assim circunscritas.

Assim, ao mesmo tempo em que, após um ano vivenciando o cotidiano de uma instituição psiquiátrica de caráter asilar, percebia claramente a importância de se estar em um espaço extra-muros e a diferença que isto fazia para os que ali se tratavam, notava também que muitos funcionamentos acabavam se repetindo ou reatualizando sob novas roupagens.

Tais questões suscitaram o interesse por investigar e pensar de maneira mais refletida sobre o que, de fato, se estaria produzindo de novo em tais espaços, bem como o que eles estão reproduzindo dos antigos, tomando por princípio a complexidade envolvida em tais processos. Sempre considerei inútil abordar tais questões de modo a apenas apontar erros e deslizes, o que em nada contribuiria para o processo em questão. O que pretendia, assim, era problematizar e dialetizar tal processo, considerando-o em sua complexidade.

Como manter vivo o caráter instituinte de uma proposta de transformação quando ela se torna política pública? A adoção da Reforma como norte para as atuais políticas em saúde mental no Brasil estaria produzindo uma espécie de "institucionalização" da mesma, arrefecendo, neste sentido, sua potência enquanto movimento contestatório e de transformação[7]?

A esta questão é preciso associar outra, de igual importância: que subjetividades precisam ser construídas para que tais políticas possam ser encarnadas? Tal aspecto, sempre importante no âmbito das políticas públicas, aqui se mostra crucial, já que se trata da formulação de políticas cujo centro está justamente na produção de novas subjetividades. Trata-se, assim, não somente de garantir o sucesso na implantação das mesmas, mas na possibilidade de sustentá-las em seu caráter de permanente criação.

---

[7] É importante sinalizar que não estamos tratando como um problema aqui simplesmente a "captura" das reivindicações e lutas dos movimentos sociais, mas o como e o porquê isto se dá. No que se refere ao campo da saúde mental, inclusive, como já foi apontado, muitos ganhos neste sentido são inegáveis. É a manutenção do instituinte no interior das políticas públicas que se coloca então como questão, uma vez que pretendemos tensioná-las, mas sem abdicar delas. O problema que levantamos não é, portanto, se tais lutas se institucionalizam ou não, mas de *que institucionalização* se trata, que política pública.

Basaglia aponta como o primeiro passo para uma mudança ideológica radical no campo da Psiquiatria a *mudança nas relações interpessoais* entre aqueles que atuam neste campo.

> Mudança que, com a variação ou a constituição de motivações válidas, tende a formar **novos papéis**, que não apresentam mais nenhuma analogia com a situação tradicional precedente. É esse terreno ainda informe, em que cada personagem sai em busca do seu papel, que constitui a base sobre a qual a nova terapêutica institucional ganha impulso (2005a, p. 115, grifos meus).

Ainda que simples, talvez mesmo por isso, a indicação de Basaglia me pareceu realmente muito importante para um processo de transformação tal como a Reforma propõe. Comecei a pensar na formação do trabalhador de saúde mental como um possível elemento a favorecer a manutenção daquilo que chamamos de caráter instituinte de tal processo. Ocupar *novos papéis*, diferentes daqueles ocupados pelos diversos técnicos na história da Psiquiatria, pressupõe a introdução de uma série de questionamentos; questionamentos bem pouco presentes, de modo hegemônico, acredito, nos espaços dedicados em geral à formação de tais profissionais[8]. Esta "intuição" tem fundamento em minha própria formação acadêmica[9], em que tive acesso às discussões da Reforma Psiquiátrica através de uma única disciplina, no penúltimo período do curso, e, ainda assim, em função do empenho particular da professora em introduzir tais discussões[10].

Parece-nos que a atuação no campo da saúde mental não tem comparecido, de uma maneira geral, com muita ênfase no currículo da maior parte dos cursos superiores em que se formam diferentes trabalhadores do campo. Mesmo quando isso acontece, tanto na graduação como nos variados cursos técnicos ou especializações – estes cada vez em maior número – a formação acaba sendo pensada prioritariamente sob uma visada técnica, seja através do velho referencial psicopatológico, ou, como pudemos constatar mais recentemente, a partir de um certo uso da Psicanálise, apropriada freqüentemente como um novo modelo de entendimento para a loucura. A Psicanálise, muitas vezes incorporada de modo tão totalizante quanto a

---

[8] Não quero dizer com isso que a formação profissional seja o único elemento a interferir na formação de novas consciências. Trata-se de um tipo de transformação que pressupõe não apenas a formação dos técnicos, mas a produção de uma outra concepção de mundo.

[9] É importante adiantar que não tomo a formação do trabalhador de saúde mental exclusiva e nem prioritariamente pela formação acadêmica, como ficará claro no decorrer da dissertação; menciono tais aspectos aqui apenas por acreditar que ilustram de modo gritante a situação que pretendo retratar.

[10] A disciplina referida é "Psicologia nas instituições de saúde", que para minha turma foi proferida pela professora Heliana de Barros Conde Rodrigues.

velha Psiquiatria, passa a oferecer as novas categorias segundo as quais os sujeitos serão descritos, estabelecendo, assim, um novo regime de verdades sobre eles.

Uma outra questão me pareceu, então, requerer uma análise mais detida: como se dá uma formação para praticar *transformações nas relações interpessoais*? Em que espaços? Comecei a me perguntar sobre a formação dos personagens que atuam neste campo: como têm se formado os agentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e, mais especificamente, no Rio de Janeiro? Que elementos são mencionados por estes como parte de sua formação? Que espaços e agentes têm se dedicado a esta formação? É possível pensar a formação para o trabalho em saúde mental como uma formação exclusivamente técnica? Como se relacionam desinstitucionalização e formação? Se pensarmos junto com Basaglia, como produzir tecnicamente mudanças nas relações interpessoais? Como abarcar neste processo, uma dimensão ética e política? De que formação estamos falando?

Esta dissertação pretende discutir, então, a formação do trabalhador de saúde mental e o modo como esta vem sendo pensada, tomando como ponto de partida o discurso de tais trabalhadores, o modo como estes pensam seu trabalho e o processo de Reforma. A formação é entendida, então, como um importante dispositivo no sentido de manter vivo um processo de desinstitucionalização. A partir daí será possível refletir também sobre alguns aspectos do processo de Reforma Psiquiátrica no Rio de janeiro, a partir do qual a assistência em saúde mental vem sendo questionada e reorientada, tomando como eixo as falas dos trabalhadores que hoje atuam nos novos serviços.

Para isto foram entrevistados, então, trabalhadores de dois serviços de saúde mental públicos do Rio de Janeiro: um Centro de Atenção Psicossocial e um Serviço Residencial Terapêutico, modalidades escolhidas pelo entendimento de se tratarem de serviços de ponta da Reforma Psiquiátrica no Brasil hoje. Procuramos abranger uma variedade de formações profissionais, uma vez que não pretendemos analisar uma ou outra categoria em específico, mas a formação dos trabalhadores de saúde mental em um sentido mais lato.

As entrevistas tiveram como objetivo a compreensão do sentido do trabalho em saúde mental para os próprios trabalhadores, a apreensão do modo como entendem seu trabalho, dos modos de relação estabelecidos com os loucos e com a loucura. A partir daí será possível a análise e debate acerca de sua formação.

Antes de apresentar ao leitor os caminhos que ele percorrerá a partir daqui – como acredito que cabe ainda a uma introdução – considero importante situar rapidamente alguns a prioris deste trabalho. A formação está sendo pensada aqui como formação humana, em um sentido ampliado (e oposto, portanto a um entendimento estritamente técnico), e sempre em

uma perspectiva democrática. Tal ênfase já foi apresentada de alguma maneira, e certamente será ainda muito melhor discutida, mas considero-a importante enquanto ressalva neste momento para prevenir os leitores mais distraídos de que efetivamente não pretendemos efetuar aqui uma discussão tecnológica ou especializada sobre a formação, que vise algo como, por exemplo, uma seleção de conteúdos ou temas que devam compor um caminho formativo que será aqui desenhado.

A segunda ressalva é então um desdobramento desta primeira. Infere-se que não se trata, então, de construir cartilhas ou modelos prescritivos, o que pretendemos antes, longe disso, é levantar questões, buscar ferramentas e agregar elementos que possam contribuir para os espaços de reflexão sobre a formação.

Um último aviso ainda relaciona-se aos referenciais teóricos deste trabalho. Desde o início de minha vida acadêmica, a Análise Institucional e o pensamento de Michel Foucault vêm servindo-me de ferramenta tanto para minhas reflexões quanto para o meu trabalho. Estes foram pensamentos que me formaram em larga medida, e que acredito que interferem na maneira como penso mesmo quando de forma "invisível". Este instrumental certamente estará presente ao longo deste trabalho, então, mesmo quando não for diretamente aludido.

Feitas estas ressalvas, podemos passar, então, à apresentação do texto que se segue. Esta dissertação divide-se em duas partes, cada uma delas com dois capítulos. A primeira parte tem como objetivo uma primeira aproximação ao nosso campo de análise, apresentando a Reforma Psiquiátrica e os contextos histórico-políticos em que se inscreve. Em um segundo momento, mergulhamos em nosso campo mais específico de vez e até a cabeça, adentrando mais diretamente na discussão sobre a formação do trabalhador de saúde mental.

O primeiro capítulo consiste numa apresentação de algumas formulações de Antônio Gramsci, uma das principais matrizes do pensamento basagliano, e determinante para alguns aspectos que consideramos centrais deste pensamento. Basaglia reconheceu como características comuns dos pacientes que habitavam os manicômios o fato destes serem pobres e improdutivos e identificou parte dos mecanismos instaurados pela instituição psiquiátrica como pertencente à lógica vigente em um sistema capitalista, com base em muitos entendimentos extraídos da obra de Gramsci. Acredito que uma aproximação a tais idéias pode potencializar o entendimento construído sobre o processo de Reforma e a desinstitucionalização, de modo a melhor situá-la enquanto elemento na luta democrática em um sentido ampliado, politizando tal processo.

No segundo capítulo apresentamos inicialmente alguns aspectos da Reforma Sanitária, movimento mais amplo de transformações no âmbito da saúde pública no Brasil, em que se

inscreve também o movimento de transformações no campo da Saúde Mental. Chegamos então ao nosso campo mais circunscrito, a Reforma Psiquiátrica, que é apresentada em um primeiro momento com relação a alguns de seus principais marcos históricos e curso legislativo. Inicialmente com marcas de um movimento de cunho social, muitas de suas reivindicações são incorporadas às políticas públicas de saúde mental, que regulamentam a criação e constituição de novos serviços, como os CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos, dispositivos privilegiados neste cenário e em que se concentram por este motivo os trabalhadores entrevistados para esta dissertação. Em um segundo momento, apresentamos a noção de desinstitucionalização, e as formulações de autores como Basaglia e Rotelli, centrais para o modo como entendemos o processo de Reforma Psiquiátrica. Uma vez que não há um entendimento consensual acerca de tal processo, trata-se neste momento de apresentar a maneira como ele é pensado neste trabalho. Algumas linhas sobre a questão da formação também já são puxadas aqui deste novelo.

O terceiro e quarto capítulos guardam algumas especificidades. De maneira geral os capítulos de cunho mais teórico são formulados antes da passagem à parte mais "empírica" de uma dissertação, quando ela existe. No processo deste trabalho, entretanto, algum tempo se passou até que conseguisse definir de maneira mais precisa o que queria pensar a respeito da formação, e até mesmo o que entendia como formação. Algumas possibilidades foram aventadas, conforme descrevo no início do terceiro capítulo. Esta formulação só tomou mais consistência efetivamente, entretanto, ao longo da realização das entrevistas; foi ouvindo os trabalhadores falarem de sua formação que consegui entender de que formação se tratava, foi então que consegui compreender mais claramente o que queria pensar enquanto formação.

Foi igualmente neste momento, portanto, que pude encontrar uma parte significativa das ferramentas teóricas que mais me ajudariam, que pude incrementar o arsenal que já estava construindo, mas que, pela definição incipiente, ainda estava incompleto. O terceiro capítulo, em que procuro refletir especificamente sobre a questão da formação, acabou sendo escrito, na prática, concomitantemente ao quarto capítulo, em que me detenho na análise das entrevistas. A fim de melhor conformar este mar de idéias, entretanto, optei por redigí-los em separado, acreditando que a sua apresentação aos leitores seria desta maneira melhor organizada, e a sua leitura mais fluida. O que gostaria de explicitar, previamente, é que estes dois capítulos compõem, na realidade, um só corpo, tendo sido gestados a um só tempo, em um mesmo útero. O que foi escrito em uma parte alimentou o que se alinhavou na outra e vice-versa.

No terceiro capítulo apresentamos, então, os elementos que compõem o que estou considerando como formação para os fins desta dissertação. A formação é pensada no plano daquilo que o processo de trabalho, refletido, produz enquanto conhecimento para o trabalhador, enquanto saber sobre o seu próprio trabalho. Formação e assistência são pensadas, assim, em um plano de imanência, o serviço é tomado como o próprio lócus da formação do trabalhador.

O quarto e último capítulo se detém, finalmente, na análise das falas dos trabalhadores de saúde mental entrevistados. Procuramos seguir em nossas reflexões acerca da formação destes trabalhadores a partir do que eles dizem sobre ela e sobre o seu trabalho. As falas aqui mencionadas são tomadas enquanto forças presentes no campo, que se expressam através delas, mas que também não se circunscrevem, assim como na epígrafe desta introdução, àqueles que as emitem. Definimos seis eixos principais para esta análise, a partir da percepção de forças que se fizeram mais presentes neste campo, entendendo que todos eles compõem e são atravessados pelo tema da formação. O primeiro eixo condensa algumas trajetórias, percursos e encontros com que nos deparamos nas entrevistas, entendidos como campos da formação. O segundo eixo aborda aspectos relativos a algumas formações disciplinares específicas do campo, e ao tema da interdisciplinaridade. A supervisão, espaço privilegiado de reflexão sobre o trabalho segundo muitos trabalhadores, é discutida no terceiro eixo. O quarto eixo agrega algumas reflexões sobre os processos de trabalho possíveis a partir das entrevistas. As concepções acerca dos serviços substitutivos são discutidas no quinto eixo e no sexto eixo, finalmente, debatemos algumas formulações sobre clínica e política, ou, como na realidade preferimos, clínica/política.

Na última parte do trabalho tecemos algumas considerações finais. Mais que conclusivas, esperamos que sirvam para fomentar outras questões. Retornamos ao nosso tema central e procuramos costurar alguns pontos daquilo que ao longo do texto *ficcionamos*[11] sobre a formação dos trabalhadores de saúde mental.

---

[11] Cf. Foucault (apud RODRIGUES, 1998).

1ª PARTE

A GENTE SE ACOSTUMOU DE ENXERGAR ANTIGAMENTES

A de muito que na Corruptela onde a gente
vivia
Não passava ninguém
Nem mascate muleiro
Nem anta batizada
Nem cachorro de bugre.
O dia demorava de uma lesma.
Até uma lacraia ondeante atravessava o dia
por primeiro que o sol.
E essa lacraia ainda fazia uma estação de
recreio no circo das crianças
a fim de pular corda.
Lembrava a tartaruga de Creonte
que quando chegava na outra margem do rio
as águas já tinham até criado cabelo.
Por isso a gente pensava que o dia
de hoje ainda era ontem.
A gente se acostumou de enxergar antigamentes.

Manoel de Barros

CAPÍTULO 1

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA DEMOCRÁTICA: APROXIMAÇÕES AO PENSAMENTO DE ANTONIO GRAMSCI

1. Considerações iniciais

A história do pensamento político se compôs, nos últimos trezentos anos, pela emergência de diferentes visões sobre o estado. Tais visões se erguem como construções prático-teóricas na tentativa de responder à seguinte questão: o que confere legitimidade a uma estrutura de poder determinada, o que, afinal, legitima uma certa estrutura institucional?

Este foi o grande problema enfrentado pela filosofia política a partir da decomposição do estado absolutista, onde a legitimidade era garantida pela delegação divina do poder a um homem determinado, escolhido por deus para exercê-lo. Uma vez que não é mais deus quem o delega, a quem pertence o direito de delegá-lo? Diferentes respostas a tal questão conduziram à construção de sistemas teórico-políticos bastante distintos; é a partir dela que liberalismo, conservadorismo e socialismo se estruturam como diferentes concepções do Estado e da organização social.

O presente capítulo tem como objetivo a apresentação e aprofundamento da terceira destas visões, qual seja, aquela que tem no marxismo sua principal inspiração, com ênfase no seu desenvolvimento pela tradição gramsciana. Considero válida tal aproximação por encontrar nesta abordagem algumas aproximações com as reflexões desenvolvidas pelos principais teóricos da Reforma Psiquiátrica e da noção de desinstitucionalização.

O pensamento de Gramsci influenciou fortemente a produção de Basaglia e suas propostas de transformação do campo psiquiátrico. Ainda que não haja nos textos deste autor uma referência direta à produção de Gramsci – há poucas referencias em geral nos textos de Basaglia, diga-se de passagem –, além da influência perceptível de tal pensamento para suas construções teóricas, temos como evidência clara neste sentido, por exemplo, o título de uma de suas publicações, "*Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*", que faz alusão a uma idéia gramsciana bastante conhecida.

Acredito que uma revisão mais aprofundada de suas idéias pode potencializar o entendimento construído sobre o processo de Reforma Psiquiátrica e a noção de

desinstitucionalização[12], de modo a situá-la melhor enquanto elemento na luta democrática em um sentido mais amplo, politizando tal processo e afastando um possível entendimento deste como restrito a uma luta identitária, que se limitaria a reivindicar a tolerância às diferenças e direitos para os loucos. Considero tal politização fundamental, uma vez que o discurso de defesa das diferenças identitárias vem ganhando cada vez mais força no interior da sociedade civil, apropriado pelo capitalismo como uma forma de mascarar as desigualdades estruturantes de tal sistema, em nome da pluralidade e pseudo-liberdades da sociedade civil. Como bem mostra Ellen Wood (2003):

> O novo pluralismo aspira a uma comunidade democrática que reconheça todo tipo de diferença, de gênero, cultura, sexualidade, que incentive e celebre essas diferenças, mas sem permitir que elas se tornem relações de dominação e de opressão. A comunidade democrática ideal une seres humanos diferentes, todos livres e iguais, sem suprimir suas diferenças nem negar suas necessidades especiais. Mas a 'política de identidade' revela suas limitações, tanto teóricas quanto políticas, no momento em que tentamos situar as diferenças de *classe* na sua visão democrática (p. 221).

A questão da desigualdade entre classes não pode deixar de estar presente, assim, em qualquer discussão sobre a construção da loucura como doença pela psiquiatria, sob o risco de tornar esta apenas mais uma luta identitária no seio da sociedade civil[13] e que em nada interfere na luta contra as desigualdades e a exploração de classe, centrais ao sistema capitalista. É para este sentido que considero fundamental a vinculação da proposta de desinstitucionalização com o referencial gramsciano. A centralidade conferida por Basaglia à questão do trabalho (à impossibilidade para o mesmo) em sua análise da constituição do saber psiquiátrico parte de tal perspectiva; acredito que tal análise possa ser potencializada pela articulação à interpretação gramsciana dos mecanismos de dominação das classes hegemônicas no sistema capitalista.

Apresentaremos a seguir brevemente alguns aspectos acerca do surgimento e principais idéias do liberalismo, para que seja possível estabelecer um contraponto com a

---

[12] Que, conforme já sinalizado, serão melhor explorados no capítulo seguinte.

[13] A abordagem da sociedade civil de Ellen Wood, que tomo neste trecho por referência, me parece um pouco mais pessimista do que a gramsciana, que desenvolvo com mais acuidade no decorrer deste capítulo. A autora a considera principalmente em seu aspecto de conformação com a lógica do mercado, ou, em termos gramscianos, de produção de consenso e hegemonia. Na concepção de Gramsci, como veremos, a sociedade civil se afirma, além disso, também como um espaço de luta e de produção de novos consensos e direções culturais. Considero os apontamentos de Wood fundamentais para se pensar criticamente esta esfera política e social (e certamente mais condizente com o uso corrente hoje do termo, diferentemente talvez de quando foi proposto por Gramsci). O viés empregado por este autor, entretanto, me parece mais potente para pensar as possibilidades de transformações que aqui pretendo discutir.

concepção marxista, uma vez que foi como uma reação ao pensamento liberal que Marx desenvolveu sua teoria, assim como seus sucessores, entre os quais se encontra Antonio Gramsci.

2. O pensamento liberal

Negar o poder absoluto sem negar a existência de deus foi o dilema analítico que se colocou para a filosofia política com o fim do Estado absolutista. Como alguém pode exercer o poder sem que este tenha sido delegado por deus? Em termos analíticos, deus e o poder absoluto eram uma "invenção", a solução criada para dar conta da questão do poder, de quem teria o direito de exercê-lo. O problema que se coloca a partir de então é como inventar uma nova forma, mais convincente, para justificar o exercício do poder.

A razão é o elemento introduzido, a partir das revoluções burguesas, como novo parâmetro para o encaminhamento de soluções para tais questões. O grande argumento desenvolvido pela filosofia política, a partir de então, é que a relação entre deus e o poder está mediada por este elemento que se coloca entre poder divino e humano: a razão. A razão foi concedida por deus ao homem, dotando-o, assim, das condições necessárias para constituir, ele mesmo, as bases de sua organização social.

O que deus concede aos homens é, desta forma, um recurso, que é comum a todos os homens, e que se torna o meio para discernir sobre o uso deste poder. O uso da razão permite, então, reconhecer e fundamentar a base de qualquer poder. Trata-se de uma faculdade que é comum a todos, e através dela pôde-se reconhecer um conjunto de atributos que são também comuns a todos os homens e que, uma vez comuns, não podem ser violados.

Esta operação intelectual deu origem à doutrina dos direitos naturais, pressuposto filosófico do Estado liberal, e que fundamenta todo o pensamento capitalista, segundo a qual todos os homens têm, indiscriminadamente, um conjunto de direitos fundamentais, como o direito à vida, à segurança, à propriedade, à liberdade[14]. Tais direitos são naturais porque são pré-sociais, pré-estatais, pré-políticos; todos os homens os possuem e devem ser neles respeitados. É a partir do reconhecimento de tais direitos que pôde se estabelecer a idéia de

[14] Pode-se perceber aqui como os liberais clássicos colocaram num mesmo patamar direitos de ordens muito diversas. O liberalismo clássico construiu uma tese ética com enorme conteúdo moral, que combina valores absolutamente antagônicos em um mesmo sujeito. Havia uma confiança no progresso e no futuro, que sugeria que essa sociedade burguesa tinha todas as condições para se equilibrar de forma adequada. O desenvolvimento do capitalismo precisou, entretanto, se desfazer cada vez mais do lastro igualitário, necessitando de um liberalismo diferente do que o originou, desprendido dos valores tidos então como fundamentais.

que a organização social e o poder podem se estabelecer com base em um contrato social entre indivíduos, como argumenta Bobbio (2006):

> Afirmação dos direitos naturais e teoria do contrato social, ou contratualismo, estão estreitamente ligados. A idéia de que o exercício do poder político apenas é legítimo se fundado sobre o consenso daqueles sobre os quais deve ser exercido [...], e portanto sobre um acordo *entre* aqueles que decidem submeter-se a um poder superior e *com* aqueles a quem esse poder é confiado, é uma idéia que deriva da pressuposição de que os indivíduos têm direitos que não dependem da instituição de um soberano e que a instituição do soberano tem a principal função de permitir a máxima explicitação desses direitos compatível com a segurança social. O que une a doutrina dos direitos do homem e o contratualismo é a comum concepção individualista da sociedade, a concepção segundo a qual primeiro existe o indivíduo singular com seus interesses e suas carências, que tomam a forma de direitos em virtude da assunção de uma hipotética lei da natureza, e depois a sociedade [...]. O contratualismo moderno, [...], subvertendo as relações entre indivíduo e sociedade, faz da sociedade não mais um fato natural, a existir independentemente da vontade dos indivíduos, mas como um corpo artificial, criado pelos indivíduos a sua imagem e semelhança e para a satisfação de seus interesses e carências e o mais amplo exercício de seus direitos (p. 15).

A tradição liberal clássica parte também de uma perspectiva igualitária – além de individualista, e não reconhecendo aqui, em princípio, qualquer contradição –, uma vez que os direitos naturais são os mesmos para todos os homens. Não se trata necessariamente, entretanto, - e a regra, como se sabe, é que as coisas não se passem mesmo desta maneira - de uma igualdade no que se refere às condições de vida, às possibilidades aquisitivas, aos lugares ocupados socialmente, às possibilidades de participação, à hierarquia social, entre tantos outros aspectos. Trata-se, desta forma, não de um igualitarismo de resultados, mas, antes, de um igualitarismo formal, de um mesmo ponto de partida, que não prevê, necessariamente, lugares equivalentes como ponto de chegada. A condição de igualdade é, assim, um patamar de onde partimos, mas não necessariamente uma meta ou um horizonte.

Partia-se do pressuposto que a sociedade tem uma capacidade de equilíbrio, uma homeostase natural, segundo a qual se mantém. A conhecida idéia de uma mão invisível, de Adam Smith, traduz de modo bastante claro esta concepção. O Estado teria aqui um papel meramente regulatório, de intervenção única e exclusivamente em situações de emergência. Reduzido à sua mínima expressão, o Estado no Liberalismo clássico, é um aparelho criado para administrar situações de exceção e manter o equilíbrio "natural" caso este seja ameaçado. Pretende-se, assim, um Estado neutro e asséptico.

Se, por um lado, é esta instância quem vai garantir que o equilíbrio "natural" da sociedade seja mantido, a definição acerca de quem vai controlar o Estado torna-se, em contrapartida, uma questão proeminente. Os limites do poder e das funções do Estado foram, então, outro aspecto em que se detiveram os liberais clássicos. O Estado corre o risco de se transformar em um novo poder absoluto, há que se definir, então, os limites de tal atuação e ainda, depois de delegar o poder, como se faz para retirá-lo, caso isso seja necessário. Sobre este aspecto, Bobbio (2006) esclarece:

> O liberalismo é uma doutrina do Estado limitado tanto com respeito aos seus poderes quanto às suas funções. A noção corrente que serve para representar o primeiro é o Estado de direito; a noção corrente para representar o segundo é o Estado mínimo. [...] O Estado liberal se afirma na luta contra o Estado absoluto em defesa do Estado de direito e contra o Estado máximo em defesa do Estado mínimo [...].
> Por Estado de direito entende-se geralmente um Estado em que os poderes públicos são regulados por normas gerais (as leis fundamentais ou constitucionais) e devem ser exercidos no âmbito das leis que os regulam, salvo o direito do cidadão de recorrer a um juiz independente para fazer com que seja reconhecido e refutado o abuso ou excesso de poder. [...] Por outro lado, quando se fala de Estado de direito no âmbito da doutrina liberal do Estado, deve-se acrescentar à definição tradicional uma determinação ulterior: a constitucionalização dos direitos naturais, ou seja, a transformação desses direitos em direitos juridicamente protegidos, isto é, em verdadeiros direitos positivos (p. 16-17).

Os direitos naturais passam, assim, a ser garantidos constitucionalmente, e uma série de mecanismos constitucionais são estabelecidos como garantia de que sejam respeitados. A subordinação do executivo ao legislativo, e deste ao judiciário são mencionados por Bobbio (2006), por exemplo, como alguns dos mecanismos estabelecidos como forma de controle, constitucional, ao poder do Estado. O nascimento do Estado moderno traz, assim, uma grande contradição intelectual e política, pois, se por um lado, é quem vai garantir o equilíbrio, por outro também é quem o ameaça, necessitando por isso de um conjunto de mecanismos que restrinjam a ameaça que encerra.

Individualismo e igualitarismo são colocados, paralelamente, como características marcantes do pensamento liberal, como pressupostos mesmo de tal pensamento, sem que seja questionada a contradição entre ambos. A doutrina dos direitos do homem parte, como mencionado com Bobbio (2006), de uma perspectiva individualista, sendo o conceito de direito e o que fundamenta esse direito exclusivamente o indivíduo, sem menção à sociedade. Uma definição de direitos com base em uma concepção individualista da sociedade não pode prever uma igualdade que transcenda uma igualdade formal, uma vez que esta fica associada

exclusivamente a procedimentos políticos e jurídicos, mas não ao controle do poder social. É apenas com Marx, entretanto, que esses atributos serão colocados em conflito.

3. O pensamento de Karl Marx

3.1. Trabalho, alienação e propriedade privada

A concepção do Estado que tem inspiração no marxismo questiona a ficção igualitária presente no Liberalismo consagrando a igualdade como o principal valor a reger a organização social. O elemento que baliza a liberdade preconizada pelo Liberalismo é a propriedade privada, cuja essência, denuncia Marx (1994a), é o próprio trabalho. Marx denuncia a perda da condição humana no processo de exploração capitalista, abolindo a possibilidade de encontrarmos qualquer elemento verdadeiramente igualitário no interior do pensamento liberal e na estruturação da sociedade capitalista.

Em seu terceiro manuscrito, em que aborda a questão da propriedade privada e do trabalho, Marx aponta que a essência subjetiva da propriedade privada é o trabalho. O trabalho constitui o princípio da economia política burguesa, que aboliu a objetividade externa da propriedade privada e a incorporou no homem como sua própria essência. Uma vez que a essência subjetiva da riqueza é a própria propriedade privada, Marx conclui que o trabalho, objetivado, é, assim, a única essência da riqueza.

A objetivação é parte do processo de alienação do trabalho. O trabalho que se fixa em um objeto, que se transforma em um produto, é o trabalho objetivado, de modo que a realização do trabalho é sua própria objetivação. Na esfera da economia política, "a realização do trabalho aparece [...] como desrealização do trabalhador, a objetivação como perda e servidão do objeto, a apropriação como alienação" (1994b, p. 159). O produto do trabalho se torna estranho ao trabalhador e deixa de lhe pertencer.

A alienação no que se refere ao produto do trabalho é, então, sua perda pelo trabalhador e transformação em algo externo a ele. Marx (1994b) a exprime da seguinte maneira, nas leis da economia política:

> [...] Quanto mais o trabalhador produz, tanto menos tem de consumir; quanto mais valores cria, tanto mais sem valor e mais indigno se torna;

> quanto mais refinado seu produto, tanto mais deformado o trabalhador, quanto mais civilizado o produto, tanto mais bárbaro o trabalhador; quanto mais poderoso o trabalho, mais impotente se torna o trabalhador; quanto mais brilhante e pleno de inteligência o trabalho, tanto mais o trabalhador diminui em inteligência e se torna servo da natureza (p. 161).

A alienação do trabalho é escondida pela economia política uma vez que esta não analisa a relação entre o trabalhador e a produção.

A alienação do trabalhador não se dá apenas no que se refere à sua relação com os produtos de seu trabalho, como já se pode começar a depreender do trecho citado; ocorre também no próprio processo da produção, no interior da atividade produtiva. O trabalhador se aliena a si mesmo no próprio ato da produção. Isto significa dizer que o trabalho se torna exterior ao trabalhador, que este deixa de se sentir em si no trabalho, realizando-se apenas quando está fora de sua atividade produtiva. O trabalho deixa de ser uma atividade em que satisfaz necessidades, tornando-se antes de tudo um meio para satisfazê-las, perde o caráter voluntário e torna-se forçado.

Ironicamente, Marx (1994b) se pergunta então: se nem o produto nem a atividade do trabalho pertencem ao homem, a quem pertencerão, então? E responde, também sem abrir mão da ironia, que "o ser estranho, a quem pertence o trabalho e o produto do trabalho, a cujo serviço está o trabalho e a cuja fruição se destina o produto do trabalho, só pode ser o próprio homem" (p. 167). Esclarece, assim, o mecanismo de coerção e dominação subjacente às relações do trabalhador com o trabalho, que estabelecem também a relação do capitalista com o trabalho. Marx (1994b) conclui, assim, que "a propriedade privada constitui, portanto, o produto, o resultado, a conseqüência necessária do trabalho alienado" (p. 168).

3.2. Estado e Revolução

Marx esforçou-se em compreender a natureza do funcionamento do Estado no capitalismo, e uma vez que à concepção de Estado no capitalismo articula-se, inextrincavelmente, o modo como a transição ao socialismo é pensado, este se coloca certamente como um tema central no pensamento marxista. Avançando na reflexão sobre tais formulações, Gramsci empreendeu o que Coutinho (1994, 1999) definiu como uma ampliação da concepção de Estado em Marx, estendendo, como veremos mais detalhadamente nos tópicos seguintes, o número de elementos que determinam o fenômeno estatal.

O Estado na concepção marxiana não se reduz ao governo, consiste numa relação – no caso do Estado capitalista, de dominação – que se expande a um conjunto de organizações que exercem essa função. O Estado capitalista, em uma formulação "restrita", funciona como uma espécie de "comitê executivo" (COUTINHO, 1994, p. 21) da classe dominante, como o mecanismo através do qual a classe dominante domina, como a instância que garante esta dominação.

Na descrição de Wood (2003), o Estado é apontado como o meio sistemático, no sistema capitalista, de apropriação de excedentes. A evolução do sistema capitalista é descrita pela autora como um processo de diferenciação, forjada pela economia política burguesa, entre as esferas econômica e política. Para compreender seus apontamentos no que se refere à concepção marxista do Estado, é preciso que nos detenhamos um pouco em sua análise sobre esta diferenciação, retomada do próprio Marx e sustentada com base em sua teoria.

O ponto de partida do modo de produção capitalista foi o esforço em separar o produtor dos meios de produção, processo que instaurou a luta de classes e que contou para isso com a intervenção coercitiva do Estado em favor da classe exploradora. A essência da produção capitalista revelada por Marx, segundo Wood (2003), refere-se às relações sociais e à disposição de poder que se estabelecem entre produtores e o capitalista que compra sua força de trabalho. O que Marx revela, assim, é que o modo de produção não existe em oposição aos fatores sociais – como se pretende sustentar no capitalismo –, ou, em outras palavras, que as relações tomadas pelo sistema capitalista como relações exclusivamente econômicas são também, e na realidade fundamentalmente, relações políticas. O que distingue substancialmente a análise de Marx da economia política clássica é que ela reconhece a continuidade existente entre as esferas econômica e política, porque trata a economia, assim como a política, como um conjunto de relações sociais.

O fato da produção de mais-valia, em que se sustenta o modo de produção capitalista, já fundamenta, por si só, a impossibilidade de tal distinção. Analisada por Marx como a mola mestra da economia burguesa, a mais-valia consiste justamente em uma modalidade de relação entre os dois pólos da produção, o trabalhador e o proprietário dos meios de produção. Ela opera por meio de uma organização determinada da produção, baseando-se numa relação particular entre classes sociais, que se mantém em função e através de uma certa organização do poder. É como interroga Wood (2003):

> O que é a subjugação do trabalho ao capital, qual é a essência da produção capitalista, senão uma relação social e o produto da luta de

> classe? E afinal o que Marx pretendia dizer ao insistir que o capital é uma relação social de produção; que a categoria "capital" não tinha outro significado que não suas determinações sociais; que dinheiro ou bens de capital em si não são capital, mas se tornam capital apenas no contexto de uma relação social particular entre apropriador e produtor; que a chamada acumulação primitiva de capital, a precondição da produção capitalista nada mais é do que o processo – ou seja, a luta de classes – por meio do qual se expropria o produtor direto? E assim por diante (p. 31).

As relações de produção são apresentadas, assim, em seu caráter político, como relações de dominação e de propriedade. As relações entre a base produtiva – infraestrutura econômica – e a superestrutura – formas políticas, sociais e jurídicas – são apresentadas assim não compartimentadas ou opostas entre si, mas, ao contrário, como uma estrutura contínua de relações e formas sociais. A base produtiva não se reflete na política, mas existe sob formas políticas. Um modo de produção não é, assim, apenas uma tecnologia, mas uma organização social da atividade produtiva, que, no caso do modo de produção capitalista, traduz também uma relação de poder, a saber, de exploração.

A diferenciação da esfera econômica é apontada pela autora como uma marca do capitalismo. É na esfera econômica que ocorre, no modo de produção capitalista, a apropriação da mais-valia, o que se dá através de meios que são também econômicos. Apesar da propriedade privada depender da coerção estatal para a manutenção da propriedade privada, é a necessidade econômica que leva o trabalhador a vender sua força de trabalho e se submeter, assim, à exploração pela extração de mais-valia. O trabalhador é "livre", portanto, para vender sua força de trabalho, e é enquanto homem "livre" que se relaciona com seu apropriador. "A transferência de mais-valia e a apropriação dela por outra pessoa não são condicionadas por nenhuma relação extra-econômica" (WOOD, 2003, p. 35).

O poder de coação em que se fundamenta a exploração capitalista não está concentrado, desta maneira, na figura do expropriador, uma vez que é fazendo uso de sua "liberdade" que o produtor busca o mercado para vender sua força de trabalho. Isto não significa, entretanto, que não seja necessário um poder de coação:

> [...] são essenciais um poder e uma estrutura de dominação, mesmo que a liberdade ostensiva e a igualdade de intercâmbio entre capital e trabalho signifiquem a separação entre o "momento" da coação e o "momento" da apropriação. A propriedade privada absoluta, a relação contratual que prende o produtor ao apropriador, o processo de trocas de mercadorias exigem formas legais, aparato de coação e as funções policiais do Estado. Historicamente, o Estado tem sido essencial para o processo expropriação que está na base do capitalismo. Em todos esses sentidos, apesar de sua

> diferenciação, a esfera econômica se apóia firmemente na política (WOOD, 2003, p. 35)

Marx denuncia a falácia da tese segundo a qual, contrapondo-se à sociedade civil – conjunto das relações econômicas no capitalismo, base material onde se situam particularidades – o Estado se afirmaria como a esfera da universalidade, que abarcaria interesses amplos e universais. Esta dualidade – Estado e sociedade civil – impõe uma alienação da esfera político-estatal em relação ao homem real e concreto, servindo apenas para ocultar a subjugação de todos os interesses ao de uma única classe social, a classe dominante. Em referência aos Manuscritos econômico-filosóficos de 1844, Coutinho esclarece (1994):

> Marx já mostra como a concepção desta esfera particularista é causa e efeito da divisão da sociedade em classes antagônicas: em proprietários de meios de produção e trabalhadores que possuem apenas sua capacidade de trabalho [...]. O Estado deixa então de lhe parecer apenas como a encarnação formal e alienada do suposto interesse universal, passando a ser visto como um organismo que exerce uma função precisa: garantindo a propriedade privada, o Estado assegura e reproduz a divisão da sociedade em classes (ou seja, conserva a 'sociedade civil') e, desse modo, garante a dominação dos proprietários dos meios de produção sobre os não-proprietários [...]. O Estado, assim, é um Estado de classe: não é a encarnação da razão universal, mas sim uma entidade particular que, em nome de um suposto interesse geral, defende os interesses comuns de uma classe particular (p. 19).

É através do que chama de despolitização da sociedade civil que Marx descreve o mecanismo através do qual o Estado capitalista se realiza enquanto tal e exerce sua função de dominação. Assumindo exclusivamente a representação do que é supostamente comum e situando na esfera da sociedade civil interesses particulares, o Estado a despolitiza e exerce suas funções através da coerção, das instituições e organismos de repressão a ele vinculados. Esta seria, assim, a síntese do Estado em sua concepção "restrita": "a expressão direta e imediata do domínio de classe ('comitê executivo'), exercido através da coerção ('poder de opressão')" (COUTINHO, 1994, p. 20). Coutinho (1994) defende, entretanto, que à concepção de um Estado "restrito" em Marx vincula-se um Estado real também restrito, ou seja, o caráter repressivo que Marx destaca em suas proposições teóricas corresponde à natureza real dos Estados capitalistas com que se defrontou.

Uma vez que o Estado se materializa unicamente como meio e instrumento de coerção da classe dominante e a luta de classes é concebida como um conflito bipolar entre trabalhadores e detentores dos meios de produção, a transição para um modelo diverso de estruturação só pode se dar através da irrupção de um conflito extremo que daria termo ao regime capitalista. Estes seriam, portanto, os termos de descrição da revolução social em Marx decorrente de sua teoria do Estado, com a criação de um novo poder da classe proletária que se opõe violentamente ao poder burguês e se coloca em seu lugar.

Parte das críticas feitas ao marxismo baseiam-se em certas posições deterministas decorrentes das teorias de Marx, que reduzem seu pensamento a uma lei natural que vai acontecer fatalmente, de modo independente, portanto, da vontade e ação dos homens, o que levaria a uma inércia e à desmobilização. Autores como Semeraro (1999), defendem, entretanto, que tais leituras traduzem uma mentalidade submissa e fatalista, uma ideologia de resistência passiva à hegemonia ético-política da classe dominante, "pois, quando as classes subalternas pensam em seguir as 'leis da história', na realidade se submetem à história feita pelos outros" (p. 151). Contrapondo-se a tais leituras, Gramsci destaca os aspectos ético-políticos no processo revolucionário a ser reinventado no ocidente.

4. O pensamento de Antonio Gramsci

Uma das questões com que me deparei já durante o período de preparação para o processo seletivo do mestrado, quando tentava formular o que seria objeto de meu estudo e, paralelamente, me preparava para o concurso de admissão, poderia ser formulada da seguinte maneira: como pensar políticas públicas em uma perspectiva democrática em um Estado liberal e capitalista? Em condições institucionais, portanto, em meu entendimento, tão claramente opostas a uma perspectiva democrática? Especialmente a partir da leitura de textos como o de Ellen Wood – relativamente novos para mim então –, meu precário entendimento de democracia distanciava-se cada vez mais dos moldes da democracia representativa liberal, e se afinava também cada vez mais com a concepção marxista da sociedade. Entretanto, estava me propondo a pensar as políticas públicas dentro de um Estado assim constituído, de modo que durante um bom tempo não conseguia vislumbrar caminhos para impasses como este.

A leitura de Gramsci me pareceu bastante profícua neste sentido, ainda que não se trate de encontrar modelos ou caminhos prontos. Sem abdicar do horizonte de uma transformação social ampla, Gramsci, da forma como compreendi, aponta em suas análises a importância e a necessidade de criarmos novas brechas, assim como de ocuparmos as já existentes, oferecendo subsídios para que possamos reconhecê-las (uma vez que o sistema capitalista parece ter se especializado em cooptar muitas das tentativas de resistência em seu favor).

4.1. A ampliação do Estado: sociedade política e sociedade civil

O desenvolvimento do pensamento político de Antonio Gramsci se deu em circunstâncias históricas bastante distintas das de Marx. A esfera política "restrita", que, segundo nossos interlocutores, corresponde ao caráter real dos Estados no tempo de Marx, amplia-se consideravelmente no período entre guerras, com a emergência de grandes partidos políticos e sindicatos, com a instauração do sufrágio universal, entre outros fatores. Esta nova esfera comporta leis e funções absolutamente próprias e específicas, tanto em face do mundo econômico como dos aparelhos repressivos do Estado. O que se assiste, portanto, é a ampliação, também real, de uma nova esfera pública, caracterizada pelo protagonismo crescente de novos atores sociais, com destaque às organizações populares. Este processo é descrito por Coutinho (1994) como uma crescente "socialização da política"(p. 52), que conduz, assim, à referida ampliação do fenômeno estatal.

O autor se refere à ampliação operada por Gramsci como uma "ampliação dialética", que não elimina elementos centrais da teoria "restrita" de Marx, Engels e Lênin (caráter de classe e repressivo do poder de Estado), mas os recolocam e reconfiguram, lhes acrescentando novas determinações. O que se opera na reflexão gramsciana é, portanto, "um movimento que vai do abstrato ao concreto e que reproduz um movimento diacrônico ocorrido na própria realidade histórico-social" (p. 53). O autor sustenta, com isso, que Gramsci não nega os princípios básicos do materialismo histórico, apenas enriquece a teoria do Estado de Marx a partir das transformações observadas em seu tempo histórico, agregando novos determinantes.

Distinguem-se, assim, dois componentes através dos quais o Estado se realiza em sua versão ampliada: a sociedade política e a sociedade civil. A primeira reúne quase integralmente as mesmas características antes atribuídas ao poder político, ao Estado em sua versão restrita: as funções de coerção e de dominação, exercidas através dos aparelhos

coercitivos do Estado. A sociedade política comporta, então, o conjunto de mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência, e que garantem, em última instância, a própria exploração. A dominação nesta esfera funda-se, desta maneira, ainda na coerção.

A conceituação de Gramsci sobre a sociedade civil merece uma abordagem mais minuciosa, uma vez que ela condensa grande parte das inovações do pensador italiano no campo marxista, e aquelas que especialmente nos interessam aqui. A idéia de sociedade civil já havia sido desenvolvida por outros teóricos antes de Gramsci, mas suas formulações trazem diferenças bastante importantes com relação a todas as abordagens anteriores.

A análise gramsciana da sociedade civil é o caminho através do qual o autor enriquece e complexifica a teoria do estado marxista. Nela estão incluídos os organismos de participação política aos quais se adere voluntariamente, e que não se caracterizam pelo uso da repressão, constituindo-se com relativa autonomia em face da sociedade política. É o caso dos partidos políticos, sindicatos, organizações profissionais, além dos meios de comunicação, sistema escolar etc, a cujo conjunto Gramsci chamou "aparelhos 'privados' de hegemonia", ferramentas ideológicas de legitimação da hegemonia, ou seja, espaço de produção da ideologia dominante. Trata-se de aparelhos 'privados' porque com a laicização do estado, tais organismos se tornam algo "privado" em relação ao "público". A ideologia, ainda que permaneça de alguma maneira atrelada ao Estado, torna-se formalmente algo "privado" com relação a ele, e a adesão à mesma (aos aparelhos e à ideologia) torna-se algo "voluntário", e não mais imposto (ao menos não explicitamente, ainda que não deixe de conter algo da ordem da imposição). Esta adesão voluntária e não coercitiva confere a tais aparelhos, assim, uma autonomia relativa face ao Estado, mas Gramsci preocupa-se em descrevê-los como "privados", sem prescindir das aspas, uma vez que, apesar do caráter voluntário, têm uma grande dimensão pública, na medida em que são parte integrante das relações de poder em determinada sociedade, e na determinação do modo pelo qual se constitui, portanto, a esfera pública.

4.2. Hegemonia: discurso e aparelho

A sociedade civil, através de tais aparelhos, constitui-se então como o espaço de produção da *hegemonia*, mecanismo a partir do qual, nas sociedades capitalistas avançadas, se produziria a dominação. Se o Estado é o lugar da coerção da burguesia sobre as classes

exploradas, a sociedade civil é a arena da direção cultural sobre elas, espaço onde a dominação se exerce pela criação de uma ideologia consensual, compartilhada amplamente pelo conjunto da sociedade, independentemente de sua divisão em classes sociais. A ascendência cultural da classe dominante é o que assegura essencialmente, para Gramsci, a estabilidade da ordem capitalista, é o que garante, em outras palavras, a própria dominação. Por *hegemonia*, conceito através do qual o autor sustenta esta tese, compreende-se, então, a subordinação ideológica do proletariado à burguesia, o que permite a esta exercer sua dominação por consentimento (e não mais apenas pela coerção) (ANDERSON, 1986). A dominação da burguesia sobre a classe trabalhadora é analisada aqui em sua dimensão processual e, portanto, dinâmica.

Podemos dizer que a noção de hegemonia foi desenvolvida por Gramsci, assim, para tentar dar conta da seguinte questão: se o Estado é uma ferramenta de dominação das classes dominantes, *como* fazem os capitalistas para que este Estado seja funcional a seus interesses? O autor busca descrever então o *processo* através do qual se produz a dominação, revelando e analisando a complexidade com que domina a classe dominante.

O estado capitalista é uma instituição burguesa e é o aparelho institucional que reproduz o poder da burguesia, porém as relações de dominação não se estabelecem sem que haja um certo conjunto de *mediações*, onde Gramsci situa os aparelhos de hegemonia. Estes se configuram como portadores materiais de visões de mundo, portadores materiais da hegemonia, que, enquanto figura social, recebe aqui um espaço específico e autônomo de manifestação. Trata-se, assim, de um *discurso* articulado por um *aparelho,* o que dota tais processos de uma materialidade. Do mesmo modo como para Marx não há função social sem uma base material, para Gramsci não pode haver hegemonia sem um conjunto material de organizações da sociedade civil que a compõem enquanto esfera específica do ser social.

Gramsci destaca, entretanto, que as *visões de mundo* veiculadas em e por tais aparelhos encontram-se permanentemente *em disputa*, que não há neles uma direção única e previamente determinada. Tal afirmação tem conseqüências importantes em seu pensamento, conduzindo a desdobramentos específicos no que se refere às possibilidades de transformação social vislumbradas. Este é um aspecto central, que retomaremos um pouco mais adiante.

A noção de hegemonia procura descrever, assim, o modo como se articula um conjunto de mediações, que operam no sentido de tornar possível a dominação cultural, moral e intelectual. A burguesia é capaz de criar mecanismos que garantem a sua hegemonia moral e intelectual, ela constrói hegemonia porque constrói a direção moral e intelectual da sociedade.

Para o que é necessário, como dizíamos, um conjunto de instituições que produzirão a hegemonia.

Gramsci revela, assim, o grande ardil do sistema capitalista: a hegemonia não constrange com a força, não ameaça, mas convence; atua, assim, de modo mais sutil e certamente eficaz. A condição ideológica do proletariado justifica e garante uma dominação pelo consentimento, em certa medida mais eficaz uma vez que não se explicita como dominação, especialmente quando – como é o caso das sociedades ocidentais capitalistas – travestida no discurso das igualdades formais. Estes são os termos, por exemplo, com que Anderson (1986), descreve a socialdemocracia de esquerda, que produz, segundo o autor, um conjunto de ilusões:

> A forma geral do Estado representativo – em uma democracia burguesa – é ela própria a arma ideológica principal do capitalismo ocidental, cuja própria existência priva a classe operária do socialismo como um *tipo diferente de Estado*, sendo que os meios de comunicação e outros mecanismos de controle cultural reforçam além disso esse "efeito" ideológico central. [...] A existência do Estado parlamentar constitui assim o quadro formal de todos os outros mecanismos ideológicos da classe dirigente. Ela fornece o código geral em que cada mensagem específica é transmitida em qualquer outro lugar. Esse código é tão poderoso porque os direitos jurídicos da cidadania não são uma simples miragem: pelo contrário, as liberdades civis e o sufrágio da democracia burguesa são uma realidade tangível, cuja realização foi em parte obra do próprio movimento operário e cuja perda seria uma derrota importante para a classe operária (p. 40-41, grifos do autor).

Perry Anderson também denuncia, assim, tal qual Ellen Wood, a separação (virtual) operada pelo capitalismo das ordens política e econômica. O Estado burguês, "democrático", representa a população em sua totalidade, abstraindo sua divisão em classes sociais. As desigualdades econômicas são mascaradas pela igualdade jurídica, ficando velada também a real ausência de representação das classes proletárias no Estado. Alertando-nos para a complexidade da situação, o autor ressalta, entretanto, que tais elementos da democracia burguesa não podem ser considerados simples ou exclusivamente aparelhos da dominação, tendo-se constituído também como conquistas, importantes em determinadas medidas. O que, sem dúvida, torna o problema ainda mais intrincado...

O Estado na concepção gramsciana se constitui, portanto, como o equilíbrio entre estes dois pólos, sociedade política e sociedade civil, ditadura e hegemonia, coerção e consenso. A hegemonia se estabelece escudada na coerção. Nas palavras de Coutinho (1999):

> Ambas [hegemonia e coerção] servem para conservar ou promover determinada base econômica, de acordo com os interesses de uma classe econômica fundamental. No âmbito da sociedade civil as classes buscam exercer sua hegemonia, ou seja, buscam ganhar aliados para suas posições mediante a direção política e o consenso; por meio da sociedade política, por outro lado, as classes exercem uma ditadura, uma mediação mediante a coerção (p. 128).

A abordagem gramsciana traz, entretanto, uma singularidade importante. Os aparelhos 'privados' de hegemonia, ainda que se configurem desta maneira, não são apenas e simplesmente novos aparelhos hegemônicos; são também espaços de disputa permanente, espaços onde se travam (ou, ao menos, onde se podem se travar) batalhas pela hegemonia. O que Gramsci vislumbra com tal afirmação é a possibilidade também de se estabelecer resistências no interior de tais aparelhos. Na versão ampliada do Estado a dominação se exerce através de um conjunto de instituições que contêm em si também a possibilidade de resistência, onde se produzem embates e questionamentos de tal sistema, que também podem estar permeadas, portanto, por lógicas contestatórias.

Podemos afirmar, desta forma, que a escola capitalista, por exemplo, não é apenas e simplesmente um celeiro do capitalismo, que ainda que a mídia seja uma ferramenta evidente de dominação, não se exerce em uma direção única, mas de conflitos e contradições. Trata-se de espaços, assim, de onde também podem se traçar o que podemos chamar de linhas de fuga[15], espaços onde a dominação contém também uma certa porosidade. O modo como se estruturam tais aparelhos – o modo como se organizam as relações nestes espaços, por exemplo – vai determinar a direção em que eles vão se constituir.

Os aparelhos privados de hegemonia constroem a dominação sem torná-la aparente, exercem um papel hegemônico – dominam, convencem – sem utilizar a força física, amarrando os indivíduos em um conjunto de sentidos que torna possível a dominação de forma menos evidente e certamente mais efetiva. Se, por um lado, a existência de tais aparelhos torna mais poderosa a dominação, o que Gramsci nos mostra, entretanto, é que eles a tornam também mais porosa, mais suscetível a novas determinações, a novas construções, dotando-as como um espaço de contradição e de luta. Se esses espaços fossem monolíticos, a burguesia dominaria perpetuamente; apenas porque eles não o são é que é possível pensar em um processo de transformação. Mais do que isso, o processo de transformação aqui é pensado justamente a partir das lutas no interior de tais aparelhos.

---

[15] Para utilizar termos de Deleuze e Guattari.

A concepção da revolução em Gramsci distingue-se consideravelmente, assim, da de Marx. A transformação social se daria não pela irrupção de um confronto violento entre classes, na modalidade de uma "explosão", mas através de um processo que envolve uma ampla, porém necessariamente gradual, transformação da direção da hegemonia. A transformação social só é possível para Gramsci se houver uma alteração profunda da condição ideológica do proletariado, o que implica, como vimos demonstrando, uma transformação no seio da sociedade civil. A concepção dos aparelhos 'privados' de hegemonia pressupõe a possibilidade de que a ideologia das classes proletárias obtenham a hegemonia no interior de um ou mais destes aparelhos, ainda que não sejam classes dominantes. A produção de uma outra hegemonia pode e deve preceder, portanto, a revolução social, sendo mesmo condição para esta. O núcleo da estratégia gramsciana pressupõe, portanto, a idéia de que a conquista do poder de Estado deve ser precedida por uma longa batalha pela hegemonia e pelo consenso no interior da sociedade civil, ou seja, no interior do próprio Estado, mas tomado em seu sentido ampliado.

4.3. Movimento e posição: diferentes estratégias revolucionárias para Oriente e Ocidente

A diferença nas estruturas políticas do oriente e do ocidente levou Gramsci à formulação de estratégias revolucionárias também distintas e adaptadas a cada uma de tais realidades, valendo-se, para isto, de uma metáfora bélica. A diferença entre ambas as realidades consiste, mais uma vez, nas relações entre Estado e sociedade civil em cada uma delas.

A estratégia revolucionária empregada no ocidente é descrita nos termos de uma guerra de posição, por oposição à guerra de movimento, metáfora com a qual descreve, por sua vez, a estratégia revolucionária adotada para se chegar ao socialismo nos paises orientais. No oriente a sociedade se constituiria com um Estado forte e uma sociedade civil mais frágil, com uma formulação, portanto, mais próxima à do Estado em sua concepção restrita, conforme descrita por Marx. Deste modo, a estratégia socialista pressupõe um ataque mais direto ao Estado e a sua conquista pelas forças de oposição, por uma disputa que se restringiria, portanto, a este âmbito. Na guerra de movimento ou de "manobra", o que ocorre, portanto, é uma estratégia que visa à ocupação do Estado em seu sentido restrito, uma vez que o Estado contra o qual se luta é aquele descrito como Estado-coerção.

A formação social do ocidente, por outro lado, conta com uma sociedade civil, como visto, em maior equilíbrio com o Estado, de modo que este constituiria não mais que uma "trincheira avançada" (ANDERSON, 1986), atrás da qual haveria um articulado e poderoso sistema que não sucumbiria a sua destruição pontual. A firme estrutura por trás de tal trincheira (posição) não garantiria, assim, a destruição do sistema como um todo, mesmo diante de um abalo do Estado. As batalhas deveriam ser travadas, então, e conforme vínhamos abordando, no âmbito da sociedade civil, como uma condição para o acesso ao Estado e para sua posterior conservação. A estratégia reside, portanto, na luta pela conquista da hegemonia, da direção política e do consenso.

A obtenção de uma ampla hegemonia deve preceder, assim, a tomada do poder. A classe que propõe uma transformação revolucionária da sociedade já deve ser dirigente, isto é, hegemônica no plano ideológico, antes de ser dominante, sendo necessário que ela já detenha a direção moral e intelectual da sociedade antes de ter o poder.

A necessidade de conquistar o consenso como condição para a transformação política mais ampla conduz à reflexão sobre a construção e renovação de determinadas estruturas sociais, uma vez que estas se colocam como os portadores materiais das relações de hegemonia. Neste sentido, a educação, a saúde, a mídia e a comunicação, as associações partidárias e sindicais, as organizações populares diversas, entre uma infinidade de iniciativas vinculadas à esfera da sociedade civil, podem ser considerados espaços de enfrentamentos de idéias. Devem ser habitados, desta forma, por práticas críticas que os coloquem permanentemente em análise, tensionando direções tomadas como "naturais" para caminhar, assim, no sentido da construção de novas hegemonias.

O esforço em discutir o aspecto ético-político pode ser mencionado como um dos caminhos percorridos pelo autor como incremento das reflexões acerca do processo de transformação social.

4.4. Gramsci e a subjetividade

O ponto central das reflexões de Gramsci não abarca apenas a necessidade de destruição das estruturas já existentes, mas abrange também a transformação dos próprios agentes sociais durante o processo de construção do novo projeto de sociedade. Sua construção teórica toma como centrais a consciência e os elementos subjetivos, considerando que estes desempenham um papel fundamental na ação política.

Gramsci coloca o homem como sujeito da história (e não como instrumento de determinações materiais como pretenderam certas leituras de Marx), atribuindo importância fundamental aos aspectos ético-políticos no processo revolucionário. Nas palavras de Semeraro (1999):

> [...] O momento ético-político em Gramsci não é resultado de um efeito mecânico proveniente de estruturas objetivas, nem se identifica com alguma idéia predeterminada que dirige a história misteriosamente, mas é a expressão mais elevada do projeto hegemônico de sociedade que as classes subalternas são capazes de construir quando se constituem como sujeitos conscientes e ativos. Nesse difícil e complexo processo de subjetivação as novas forças sociais [...] assumem progressivamente atitudes de contraposição à ideologia dominante, até amadurecerem uma visão independente e superior de mundo que unifique os diversos grupos que lutam pela própria afirmação social e política (p. 155).

Ao abordar o aspecto ético-político, Gramsci não despreza, assim, as "forças materiais" que atuam na história, mas o inscreve nas lutas de uma classe que se organiza para ser livre e hegemônica. O discurso ético-político consiste assim, na construção de um projeto de sociedade que nasce da vontade política das classes subordinadas, em movimento, no complexo campo da sociedade civil.

A idéia de sociedade civil esteve vinculada, em suas origens, às práticas de associação voluntária e de livre iniciativa da burguesia e das relações estabelecidas em torno do mercado. Pertencia, portanto, à tradição política burguesa. A reinterpretação de Gramsci a distancia, entretanto, de tais tradições, articulando-a ao âmbito da subjetividade e conferindo-lhe, como vimos, um caráter de espaço de luta e resistência.

A concepção liberal de sociedade civil tem a liberdade do indivíduo como ponto de partida e de chegada, em consonância com a lógica do mercado, que contrapõe o privado enquanto esfera predominante ao público do Estado. Na acepção gramsciana, diferentemente disto, a liberdade da sociedade civil está a serviço e fundamenta a possibilidade de organização coletiva, em um espaço onde os sujeitos desenvolvem não somente suas potencialidades individuais, mas também suas dimensões pública e social. Trata-se assim, sobretudo, de um espaço onde se pode empreender uma construção comum, onde indivíduos são vistos não de modo isolado e fragmentado, mas como parte de uma trama social, de cujo destino são sujeitos.

O desenvolvimento da sociedade civil no caminho da revolução socialista, como propõe Gramsci, leva, assim, a uma incorporação progressiva da sociedade política, a partir da construção progressiva da responsabilidade pelo público e pelo coletivo. "Ao 'absorver' a

sociedade política, a nova sociedade civil – que nasce das organizações populares e aprende a valorizar suas potencialidades e sua espontaneidade – torna-se, um organismo público capaz de orientar a economia na direção do interesse geral" (SEMERARO, 1999, p. 162).

A nova organização da esfera pública não prevê a coerção como mecanismo regulatório, uma vez que o interesse social e as organizações públicas não se formam a partir da destruição do interesse individual. Interesse coletivo e individual estão colocados, assim, não como contrapostos, mas como indissociáveis, e a totalidade é vista em sua organicidade e não como um simples somatório de suas partes.

CAPÍTULO 2

EXPLORAÇÕES DO CAMPO DE ANÁLISE: HISTÓRIAS E CONCEITOS

As necessidades em saúde são social e historicamente determinadas, e construídas e atendidas por políticas públicas que expressam os princípios, valores e normas de sociabilidade próprios do modo capitalista de produção (na fase de desenvolvimento em que se encontra)[16]. A organização dos serviços de saúde, que se configuram politicamente segundo os modelos de Estado, direcionam as ações que se voltarão para o atendimento dessas necessidades (RAMOS, 2005).

Partindo então do princípio que as práticas são inscritas em um determinado contexto histórico, social e político, consideramos essencial situar neste sentido o nosso campo de análise. Neste capítulo procuraremos abordar, assim, algumas linhas constitutivas dos movimentos de transformação por que vem passando a assistência em saúde e saúde mental no cenário nacional dos últimos trinta anos, especialmente aquelas que fazem eco com as questões sobre a formação humana nesta área. Para que não esqueçamos que o dia de hoje, mesmo que pareça, não é o dia de ontem, e que pode ser diferente dele. Que podemos desacostumar de enxergar antigamentes...

2. A Reforma Sanitária

A Reforma Psiquiátrica se inscreve em um contexto mais amplo de reformas do Estado, que ganhou fôlego no movimento de redemocratização do país ao final dos anos de ditadura militar. A partir de meados dos anos 70 iniciou-se um intenso debate sobre o modelo de atenção à saúde oferecido pelo Estado, que ganhou expressão política e institucional durante os anos 80 e, principalmente, a partir de 1988, com a promulgação da nova constituição. Foi a partir do movimento de Reforma Sanitária que o atual sistema de saúde brasileiro começou a ganhar corpo.

O movimento de Reforma Sanitária teve como principal marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que acontece em 1986 contando com a presença de mais de cinco mil

[16] O debate sobre a efetividade das políticas sociais em um estado capitalista e neoliberal é denso e extenso, não cabendo, infelizmente, nas possibilidades deste trabalho de dissertação. Para o aprofundamento deste assunto, com ênfase ainda no cenário político brasileiro, sugiro a leitura de Behring e Boschetti (2007).

pessoas e a participação expressiva de diversos segmentos da sociedade. As proposições do movimento, difundidas durante a preparação e a realização da 8ª Conferência, foram embaladas pelo lema "saúde é democracia", e uma de suas principais características foi ser um movimento suprapartidário, cuja organicidade foi formada por um projeto e uma linguagem comuns. A linguagem, o código de identificação, é representada pelo pensamento médico-social e o projeto foi a transformação das condições de saúde da população brasileira. Um intenso debate acerca das políticas de saúde se iniciou e foi animado pela presença de movimentos sociais e de sanitaristas, em busca de alternativas à hegemonia dos interesses mercantis na assistência (BAHIA, 2006). Princípios como a universalização do acesso, a integralidade das ações de saúde, a descentralização, a regionalização, a ampliação da participação da sociedade começaram a despontar como referências para as novas formulações em saúde.

Para muitos a Reforma Sanitária dotou a luta pela saúde com um caráter de luta revolucionária, ou seja, um campo privilegiado da luta de classes, onde se enfrentaram o direito de si e o exercício deste, onde puderam se dar a formação e a transformação da consciência (luta ideológica), onde se chocaram as concepções de vida das diferentes classes sociais. A luta ideológica no campo da saúde assumiu assim uma espécie de manifestação da luta ideológica da sociedade como um todo em que a valorização da vida e a sobrevivência humana adquiriram relevância.

O objetivo último e principal da Reforma Sanitária residiu na mudança substancial e substantiva das condições de saúde da população, uma vez que essas transformações permitiriam o exercício da liberdade de poder mudar a sociedade como um todo.

O Movimento Sanitário, que teve como base grupos corporativos, soube superar os interesses de grupos e movimentou-se conjunta e progressivamente, no sentido de fazer toda a sociedade avançar em direção à construção de um projeto global de sociedade. Os interesses defendidos pelo Movimento Sanitário, ampliado com um conjunto de outros movimentos populares, foi considerado como um coletivo orgânico das classes trabalhadoras no campo da luta da saúde, um sujeito político coletivo pois apesar de ser composto por diversos grupos corporativos os interesses da saúde vinham em primeiro lugar.

Com nova constituição da República passa-se a definir a saúde como um dever do Estado e um direito de todos. Como expressão institucional do movimento de Reforma Sanitária, um novo Sistema Único de Saúde é formulado, visando garantir estes direitos. Ainda que até hoje esta garantia possa ser considerada duvidosa, novas concepções sobre as

relações entre saúde, sociedade e estado indiscutivelmente ganham vigor a partir deste momento.

O trabalho em saúde em um modo de produção capitalista guarda, entretanto, algumas contradições, que são explicitadas por Ramos (2005) à luz da análise dos sentidos da integralidade na atenção em saúde. A integralidade é, como vimos, um dos princípios orientadores das políticas públicas para a saúde no Brasil, a partir da instituição do SUS.

Uma primeira contradição se relaciona aos sentidos que adquire o trabalho em saúde no modo de produção capitalista, levando-se em conta os planos ontológico e econômico. O trabalho em saúde pode ser definido como o cuidado do/com o outro, e como uma mediação, neste sentido, da produção da existência humana. O trabalho em um modo de produção capitalista, entretanto, é mercadorizado, "coisifica" o ser humano como um fator de produção, o reduzindo, desta maneira, em sua humanidade. "A mercadorização do trabalho sob o modo de produção capitalista [...] reconfigura o trabalho em saúde [então] como produtor de um bem-estar definido pelos padrões dessa sociabilidade" (RAMOS, 2005, p. 208). Os sentidos de subjetivação e objetivação parecem coexistir desta forma no trabalho em saúde.

Uma outra contradição iluminada pela autora diz respeito às relações de trabalho e à formação dos trabalhadores de saúde. A integralidade, enquanto diretriz da atenção em saúde, deve orientar as ações dos profissionais e a organização dos serviços públicos de saúde. Uma das condições frequentemente colocadas como essenciais a uma atenção integral é a multiprofissionalidade, a garantia de que os serviços contam em sua constituição com a presença de profissionais de diferentes especialidades. O que Ramos (2005) questiona, entretanto, é se esta seria, de fato, uma condição suficiente para a efetuação de uma atenção integral. Uma vez que as relações entre as diversas profissões se dão segundo as divisões social e técnica do trabalho[17] – com as respectivas separações entre trabalho manual e intelectual, entre dirigentes e dirigidos – será possível afirmar que a presença de uma certa gama de profissionais assegura a integralidade como princípio?

---

[17] A emergência das profissões modernas se constitui em conseqüência da divisão social (e técnica) do trabalho, que as hierarquiza de acordo com as classes sociais a que se destinam. Este é o ápice da divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual que se verifica na sociedade capitalista e no interior dos processos de produção. Segundo esta divisão, as profissões intelectuais/científicas são contrapostas às manuais e técnicas, a estas correspondendo, respectivamente, educação superior x educação profissional. O trabalho complexo, planejamento, intervenções especializadas caberiam, segundo esta lógica, a este primeiro grupo, enquanto o segundo ficaria circunscrito ao domínio prático de habilidades para o trabalho simples e de apoio ao complexo (Ramos, 2005). Sobre a Divisão Social do Trabalho e Divisão Técnica do Trabalho em saúde, sugiro ainda, além do trabalho de Ramos (2005), a leitura dos verbetes/artigos correlativos no "Dicionário da educação profissional em saúde", organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (2006).

O integral assim entendido se reduziria a um somatório de partes, agregadas hierarquicamente pelo somatório de olhares especializados. A hierarquia entre os saberes informa a cada profissional a parte que lhe cabe neste latifúndio, mantendo a multiprofissionalidade sob os princípios da divisão do trabalho característica do modo de produção capitalista. Acreditamos, com Ramos (2005), entretanto, que

> Não há como conceber atenção integral se não se concebe o ser humano como "íntegro", "inteiro" (CIAVATTA, 2005, p. 84). Por decorrência, não há como se considerar o usuário dos serviços de saúde na sua "inteireza", se assim o trabalhador de saúde não se sentir e não for considerado. Afinal, a divisão social e técnica do trabalho é, também, a divisão dos próprios sujeitos. Então, não seriam as origens de classe e as distinções intelectuais os parâmetros dessa divisão entre e das pessoas? A nosso ver, não há como enfrentar essas contradições se não concebermos os trabalhadores como sujeitos de conhecimento e de cultura e, com isto, compreendermos qual o sentido dos conhecimentos na organização do trabalho em saúde (p. 210).

A formação dos trabalhadores é colocada então como ponto crucial na discussão acerca da integralidade, uma vez que não é possível "agir com integralidade se a sua formação humana não for integral" (RAMOS, 2005, p. 214). Uma formação integral implicaria a necessidade de aproximar teoria e prática, superando esta divisão a partir da construção de uma concepção de mundo que oriente uma práxis. A educação geral se tornaria pra isso parte da educação profissional, superando a redução da preparação para o trabalho ao seu aspecto técnico e operacional.

Uma contradição importante deve ser ainda levada em conta. Ainda que a direção política do SUS aponte no sentido de uma democratização das políticas públicas de saúde, tais políticas se inscrevem no contexto de um Estado neoliberal que reduz crescente e drasticamente a sua participação nas políticas sociais. O projeto neoliberal prevê a redução do Estado a uma função mínima, a partir de uma série de reformas que alijam a sua participação e a situam enquanto mera instância (minimamente) reguladora para que a ordem do mercado se manifeste da maneira mais livre possível. Tais reformas têm como linhas básicas, segundo Rizzotto (2006), a defesa da "desregulamentação dos mercados, a abertura comercial e financeira, o equilíbrio das contas públicas, a privatização das empresas estatais, a flexibilização das formas de vínculo entre capital e trabalho [...]" (p. 175), apenas para mencionar algumas. Como expressões mais contundentes deste contexto no campo da saúde poderíamos mencionar rapidamente por exemplo o desinvestimento na aparelhagem dos serviços, a terceirização de grande parte dos serviços prestados, assim como a precarização das relações de trabalho.

A precarização das relações de trabalho é uma realidade lastimável do Sistema Único de Saúde. O funcionamento dos serviços é inevitavelmente marcado por tais relações, que ocasionam uma alta rotatividade de profissionais mal remunerados, muitas vezes com vínculos instáveis que não garantem direitos trabalhistas básicos como 13º salário, férias e licenças de saúde ou maternidade. O acúmulo de vínculos e de atividades de trabalho, no caso dos profissionais concursados, devido à remuneração insuficiente, tem levado os trabalhadores à exaustão e muitas vezes ao adoecimento. Os princípios que o norteiam o SUS estão, assim, ainda longe de ser uma realidade integral.

2. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: breve percurso

A Reforma Psiquiátrica é um movimento de questionamento e transformação do modelo médico sobre a loucura e de reorientação da assistência em psiquiatria, em curso no Brasil desde o final dos anos 70. A exposição que faremos a seguir, apresentando o panorama deste movimento, seus propósitos e história no Brasil, baseia-se principalmente na periodização proposta por Amarante (1995).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil tem início no final da década de 70, últimos anos do regime militar, no contexto do milagre econômico e da abertura democrática. Especificamente a partir de 1978, com o que ficou conhecido como a crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) ganha corpo e se estabelece como importante ator na luta pelas transformações que se inicia.

A DINSAM era o órgão do Ministério da Saúde responsável, naquele momento, pela reformulação das políticas de saúde, no subsetor saúde mental. Em 1978, acontece uma grande greve dos profissionais das quatro unidades da DINSAM no Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II, atual Nise da Silveira, Colônia Juliano Moreira, Hospital Pinel e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho), que resulta numa grande demissão de estagiários e profissionais. Denúncias começam a ser feitas, no que se refere tanto às precárias condições de trabalho quanto ao tratamento dos internados, e aí tem início o MTSM. É neste momento que acontecem, no Rio de Janeiro, as primeiras e importantes denúncias acerca das grandes instituições psiquiátricas, com ampla divulgação para a sociedade, que se mostra chocada com as condições da assistência e a violência a que estavam submetidos os internados.

Este primeiro momento é chamado por Amarante (1995) de a trajetória[18] alternativa. Um marco importante desta trajetória é a participação do MTSM no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (outubro de 1978), pois se constituiu numa oportunidade para aglutinar os movimentos em saúde mental. Além disso, os Congressos Brasileiros de Psiquiatria eram espaços de encontro de setores conservadores e a participação do MTSM conferiu um caráter de discussão político-ideológico ausente até então. Tal participação também favoreceu posteriormente a organização de um congresso próprio pelo Movimento.

A realização do I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, constituiu, assim, outro marco importante ainda no contexto desta primeira trajetória, colocando em pauta, segundo Venâncio (1990 apud AMARANTE, 1995), "uma nova identidade profissional, [que se organizou] fora do Estado, no sentido de denunciar a prática dominante deste, ao mesmo tempo em que [preservou os direitos dos trabalhadores de saúde mental] no interior do mesmo" (s/p). Amarante (1995) prossegue:

> A luta pela transformação do sistema de atenção à saúde está vinculada à luta dos demais setores sociais em busca da democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade pelo fortalecimento dos sindicatos e demais associações representativas articuladas com os movimentos sociais (p. 55).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental apresentava-se neste momento como um movimento amplo, que se organiza em torno de uma luta que não fica restrita à reestruturação da assistência psiquiátrica, além de não se apresentar com um perfil cristalizado institucionalmente. Compunha-se de modo múltiplo e plural, agregando profissionais de todas as categorias, além de atores e simpatizantes não técnicos, de outras áreas que não a saúde.

O segundo momento no curso desta análise tem início no princípio dos anos 1980, constituindo o que Amarante (1995) designa como a trajetória sanitarista. A partir dos primeiros anos da década de 1980, como vimos, o movimento de Reforma Sanitária passa a ser incorporado ao aparelho de Estado. Tal incorporação resulta tanto de uma iniciativa do próprio movimento, pela estratégia de ocupar os espaços públicos de poder, como uma forma

---

[18] A divisão da periodização proposta por Amarante (1995) em trajetórias é uma opção metodológica em contraposição à idéia de etapas ou conjunturas: "a idéia de trajetórias permite uma visualização de percursos, de caminhos que, muitas vezes, se entrecruzam, se sobrepõem. A trajetória refere-se mais à existência e desenvolvimento de uma tradição de uma linha prático-discursiva, do que de uma determinada conjuntura" (p. 88). Assim, alguns episódios podem ser mencionados em mais de uma trajetória, encerrando uma e inaugurando outra, por exemplo,de modo concomitante, sem que isso se trate de uma imprecisão, mas de uma escolha metodológica.

de provocar mudanças no sistema de saúde, quanto de uma tática do próprio Estado, interessado em incorporar parte das críticas que lhes eram dirigidas.

Assistimos, assim, a uma certa fragmentação dentro do MTSM. Uma parte significativa de seus quadros é incorporada ao aparelho público e passa a dedicar-se à tarefa de torná-lo viável. Outra parte mantém-se crítica a esta ocupação, discordando dela como estratégia de luta. De modo geral, entretanto, o movimento passa a assumir um papel mais tecnicista ou reformista, apoiando e propondo reformas que não abarcam uma dimensão de transformação mais estrutural.

É neste período também que é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (março de 1986), um marco do movimento sanitário no que se refere ao intuito de democratização das políticas públicas da saúde. Como já abordado, trata-se de um acontecimento que agrega, pela primeira vez, a participação efetiva de representantes da sociedade civil, deixando de ser um evento exclusivamente técnico e voltado para discussões burocráticas, para incluir a participação popular.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental acontece então como um desdobramento da 8ª CNS, em 1987. Ela ocorre em meio a um quadro de confronto político entre os principais atores em cena neste momento: o MTSM, por um lado, e a DINSAM e a ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria), por outro. O empenho das últimas em restringir o caráter participativo do evento, em sentido contrário ao proposto na 8ª CNS, acabou arrefecendo algumas disputas internas ao MTSM, que o vinham fragmentando e subtraindo força política, e terminou propiciando uma revitalização do movimento, que pôde rever suas estratégias e repensar seus princípios.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental marca, assim, o fim da trajetória sanitarista e inaugura a trajetória da desinstitucionalização. A partir dela, novos atores surgem e se afirmam como tais no cenário político do movimento pela Reforma, como associações de usuários, de familiares e outras entidades da sociedade civil que passam a se dedicar à questão da loucura. A loucura começa a deixar de ser "exclusividade dos médicos, administradores e técnicos da saúde para alcançar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que a experimentam em suas vidas" (AMARANTE, 1995, p. 95).

O II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental acontece em 1987, com a construção do lema "por uma sociedade sem manicômios", e é um marco fundamental deste momento. As proposições contidas num documento elaborado no evento traduzem a radicalização que o movimento atinge neste momento:

> Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada (MTSM, 1987, p. 4, apud AMARANTE, 1995).

No ano de 1987, em São Paulo, constrói-se o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, serviço que viria a servir de modelo para os outros serviços substitutivos ou alternativos quando de sua regulamentação na legislação.

Aqui cabe um parêntese importante para o nosso campo de questões. É preciso evitar uma certa naturalização do conceito de substitutivo, distinguindo entre o que sejam serviços tradicionais, do circuito hospitalar mais propriamente, serviços alternativos e serviços substitutivos. Serviços alternativos são aqueles que se constituem como uma alternativa ao modelo clássico, que existem de modo, portanto, paralelo a ele. Substitutivos são, entretanto, aqueles serviços que viriam de fato a substituir não apenas outros serviços, mas o próprio modelo psiquiátrico, que são fruto, portanto, de uma ruptura com o paradigma[19].

É com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em 1989, pela Secretaria de Saúde de Santos que o processo de Reforma Psiquiátrica assume definitivamente repercussão nacional. A prefeitura ordena a intervenção e o fechamento do estabelecimento, implicando-se de modo inédito no Brasil na construção de um circuito assistencial alternativo ao hospício. Surgem os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), cooperativas, dispositivos residenciais, entre outros recursos extra-hospitalares, tendo como objetivo a superação do modelo manicomial de assistência.

Em 1989, na esteira das transformações que vinham ocorrendo em Santos e de sua repercussão a nível nacional, o deputado federal Paulo Delgado (Partido dos Trabalhadores/ Minas Gerais) apresenta o Projeto de Lei 3.657/89, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, que define como prioritários os recursos extra-hospitalares na assistência em psiquiatria, regulamenta as diferentes modalidades de internação e aponta a extinção gradual dos manicômios como horizonte a ser perseguido. Tal Projeto é, contudo, rejeitado, sendo aprovado um projeto substituto do senador Sebastião Rocha, que foi sancionado como lei a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, com alterações significativas em seu conteúdo. O Projeto de Lei Paulo Delgado não deixou de ter, entretanto, importante repercussão. Entre a sua apresentação e a aprovação da lei substitutiva passaram-se mais de

---

[19] Para um aprofundamento sobre tal descrição, ver Rotelli (2001).

dez anos. Neste período, em função da demora, vários estados e municípios conseguiram aprovar leis estaduais e municipais antes da aprovação federal, dando início a uma série de transformações no campo legislativo no que se refere à assistência em saúde metal. Além da Lei 10.216, federal, e das referidas leis estaduais e municipais, uma série de decretos, resoluções, deliberações e portarias ministeriais, por exemplo, foram criadas a partir deste momento no âmbito da saúde mental[20].

A partir das experiências do NAPS de Santos e do CAPS Luiz Paulo da Rocha, em São Paulo, diretrizes gerais foram formuladas para a multiplicação dos CAPS como o novo dispositivo de atenção em saúde mental. Os CAPS se tornariam, a partir de então, a linha de frente da Reforma Psiquiátrica no Brasil, constituindo a principal estratégia do movimento de transformação da assistência em saúde mental no âmbito das políticas públicas.

A Portaria 224/92 é a primeira que menciona os NAPS/CAPS como unidades de atenção em saúde mental. Nela, estes se definem como "unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar [...]".

Dez anos depois, a Portaria 336/02 viria a regulamentar de maneira mais detalhada a operacionalização de tais serviços, definindo de maneira mais precisa os parâmetros para sua implementação. Os CAPS aqui são definidos como serviços ambulatoriais de atenção diária que funcionam segundo a lógica do território, tendo como principais características:

> a) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território;
> b) [...] desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território [...];
> c) coordenar atividades de supervisão de unidades hospitalares de seu território;
> d) supervisionar e capacitar as equipes da atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território; [...]

O CAPS ganha uma centralidade inequívoca na ordenação da rede de saúde mental, constituindo a porta de entrada e assumindo a responsabilidade pelo acompanhamento de

[20] "Leis são de competência do Poder Legislativo, sancionadas pelo respectivo Poder Executivo. Decretos são atos administrativos de competência exclusiva do chefe do Executivo, para atender situações previstas em leis. Portarias são instrumentos pelos quais ministros, secretários de governo ou outras autoridades editam instruções sobre a organização e funcionamento dos serviços" (BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental 1990-2001).

todas as ações de saúde mental de seu território. A assistência prestada pelo serviço se realiza através principalmente das seguintes atividades:

> a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
> b) atendimento em grupos (psicoterapia, grupos operativos, atividades de suporte social, entre outras);
> c) atendimento em oficinas terapêuticas [...];
> d) visitas domiciliares;
> e) atendimentos à família;
> f) atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; [...].

A portaria diferencia as três modalidades de serviço – CAPS I, II e III – segundo ordem crescente de densidade populacional e complexidade. A diferença entre eles reside basicamente no número de turnos, sendo a terceira modalidade a única que prevê um funcionamento vinte e quatro horas por dia e conta, portanto, com a possibilidade de acolhimento noturno.

É curioso notar que a menção ao NAPS, presente na primeira portaria citada, desaparece nesta última, que regulamenta o funcionamento dos serviços. O CAPS III, subtipo cujo funcionamento mais se aproxima ao do NAPS, é descrito como *uma* modalidade específica de CAPS, e não necessariamente prioritária, denotando que o funcionamento noturno não é essencial ao modelo, mas uma especificidade. A atenção diária é o essencial.

Fala-se em redirecionamento do modelo de assistência, seguindo os princípios da lei 10.216, mas não se fala no caráter substitutivo que o dispositivo deve(ria) ter com relação à atenção hospitalar. Como lidar, por exemplo, com as situações de crise que necessitem de um acolhimento noturno se o CAPS não dispõe deste recurso? E como prescindir, sem ele, do recurso à internação? De fato, a constituição de uma rede efetivamente substitutiva da internação demandaria a possibilidade de atenção noturna como uma premissa. No mínimo por isso, o NAPS representa na experiência brasileira o modelo de serviço com maior potencial substitutivo[21].

Os Serviços Residenciais Terapêuticos também constituem, atualmente, importantes dispositivos das políticas públicas de saúde mental na implementação das transformações em curso, compondo, junto com os CAPS, o que considero que seja a linha de frente da Reforma

[21] A referência aos CAPS neste momento, assim como aos Serviços Residenciais Terapêuticos, a seguir, tem como objetivo apenas a apresentação destes dispositivos no contexto das políticas públicas de saúde mental, de modo que não nos deteremos aqui em maiores problematizações acerca dos impasses e questões cotidianas vividos nos serviços. Ainda que este não seja o objetivo principal desta dissertação, algumas destas questões comparecem inevitavelmente (ainda que não indesejavelmente), na parte dedicada às análises do campo.

Psiquiátrica no Brasil hoje. Eles foram regulamentados no ano 2000 através da Portaria 106/00, sendo nesta definidos como "moradias ou casas inseridas preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de instituições psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem a sua inserção social". Trata-se de uma modalidade assistencial efetivamente substitutiva da internação prolongada – e, neste caso, assim definida na própria portaria.

Aos SRTs[22] cabe a promoção da reinserção da sua clientela na vida comunitária, clientela que se constitui prioritariamente por pacientes egressos de longas internações e com grave dependência institucional. Para isto, a portaria dispõe que deve-se estabelecer um projeto terapêutico que esteja baseado nas seguintes diretrizes:

> a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando a construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
> b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários;
> c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

São definidas características físico-funcionais para as residências, como o número máximo de oito usuários, dormindo em quartos para até três pessoas, mobiliário adequado e garantia de no mínimo três refeições diárias, em uma caracterização que procura diferenciá-los, no mínimo formalmente, dos espaços asilares. Além disso, um serviço ambulatorial especializado em saúde mental deve constituir referência para o Serviço Residencial Terapêutico.

No caso do Rio de Janeiro, todos os programas de residências terapêuticas se organizam a partir dos institutos de psiquiatria, os três grandes complexos hospitalares que ainda se mantêm ativos na cidade. Esta vinculação é justificada como constituindo parte de uma estratégia de desmonte destes ainda grandes complexos, e, segundo a coordenadora do

---

[22] Poderemos utilizar em alguns momentos SRT como maneira abreviada para nos referirmos aos Serviços Residenciais Terapêuticos. Outras formas de designação que podem ser adotadas são "residências terapêuticas" e "moradias assistidas".

Núcleo de Habitações[23] entrevistada[24], a direção da coordenação de saúde mental hoje é de, progressivamente, desvincular tais programas – ou, ao menos, os segmentos de residências[25] – dessas instâncias:

> A coordenação de saúde mental do município está trabalhando um pouco nesta direção, de criar programas de segmentos nos CAPS da cidade, para desvincular, aos poucos, o programa residencial terapêutico dos institutos de psiquiatria, porque senão a gente vai pensar que só tem residência terapêutica onde tem hospital psiquiátrico, e na verdade a gente quer ampliar um pouco este conceito, esse dispositivo pra uma rede inteira de saúde, não só para os hospitais psiquiátricos. (Fátima, psicóloga[26])

Os diferentes institutos guardam naturalmente especificidades com relação a este processo, em função das idiossincrasias de cada um deles. O Núcleo de Habitações e o CAPS em que realizamos as entrevistas para este trabalho situam-se em um mesmo território e participam juntos, portanto, deste processo. O CAPS se constituiu como o primeiro parceiro do Núcleo de Habitações, e é atualmente a principal unidade de saúde de referência destas residências[27]. Sobre o tipo de acompanhamento realizado pelo serviço, Fátima esclarece:

> É assumir o acompanhamento continuo dessas pessoas lá no serviço, é pensar esse conceito de atenção psicossocial mais ampliado, incluindo aí a questão do morar. Hoje os CAPS se ocupam dos casos, das pessoas que chegam, isso inclui moradia, quantas vezes o serviço tem que atuar na casa daquele paciente, com a família, no local de moradia? Então na verdade é mais ou menos a mesma coisa, a diferença é que se vai estar trabalhando com uma clientela sem vínculos familiares, sem outros vínculos sociais e procedentes de uma longa internação, então acho que essa é a novidade que se introduz agora pros serviços, que é poder lidar com uma clientela que está morando no território de atenção deles, dos serviços, porém que não conta com a família, que não conta com outros vínculos, mas que vai contar até se criar uma rede. Esse trabalho, é aí que se insere o serviço.

Ainda que a vinculação a uma estrutura macro seja colocada como um problema pela coordenadora do Programa, estar vinculado a uma instituição hospitalar não significa

---

[23] Nome fictício por que fazemos alusão ao setor do instituto que coordena os diferentes dispositivos residenciais do instituto, inclusive os SRTs.

[24] Como adiantamos na introdução desta dissertação, foram realizadas entrevistas com trabalhadores de um CAPS e um SRT, vinculado ao programa de um instituto. Ainda que a maior parte das entrevistas seja apresentada e analisada no quarto capítulo, algumas informações e questões colocadas pela coordenadora do Núcleo de Habitações são particularmente esclarecedoras para a apresentação que fazemos aqui, tendo sido por isso utilizadas também neste momento do trabalho.

[25] Além dos segmentos de Residências Terapêuticas, há ainda modalidades intermediárias de moradia, tais como pensões, albergues, enfermarias de moradores etc., com variações em cada um dos institutos.

[26] Nome fictício, assim como todos os que são citados nesta dissertação.

[27] Digo que é a principal porque atualmente novas parcerias estão sendo estabelecidas, com outros serviços de saúde mental.

necessariamente, segundo ela, manicomializar o trabalho de uma Residência Terapêutica, uma vez que a direção do trabalho se dá, entre outras coisas, por exemplo, no sentido de não produzir uma interferência no cotidiano da casa.

Para finalizar este panorama sobre o processo de Reforma Psiquiátrica no cenário brasileiro, apresentarei algumas linhas de reflexão encontradas no campo no que se refere especificamente à questão da formação. Poucos foram os estudos encontrados em que a questão da formação do trabalhador de saúde mental é abordada na perspectiva que pretendemos, de maneira atrelada ao campo de trabalho, conforme definiremos com maior precisão no terceiro e quarto capítulos. Não se trata, assim, de uma revisão bibliográfica exaustiva do tema, apenas de começar a destacar alguns espaços em que tais questões vêm sendo debatidas, bem como de situar-nos em relação a eles, o que certamente será desdobrado e melhor elaborado no quarto capítulo, destinado à discussão e reflexão daquilo que estou tomando por formação humana.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental têm constituído, como mencionado, espaços importantes de discussão sobre os rumos das políticas públicas de saúde mental no contexto nacional. Neste sentido, consideramos útil verificar como o tema da formação aparece no relatório como mais um índice de como esta questão vem sendo pensada no âmbito da Reforma Psiquiátrica, em uma instância que agrega tanto os formuladores das políticas públicas como o controle social.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu no ano de 2001, a partir do lema "Cuidar sim, excluir não. Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social". O relatório da Conferência está dividido em seis sessões, uma das quais é destinada ao tema "recursos humanos".

Na introdução da sessão, a título de princípios e diretrizes, aponta-se em linhas gerais que o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos é um aspecto fundamental para a construção e consolidação de uma política de saúde mental coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Afirma-se que o trabalhador deve ser valorizado e considerado em sua importância, devendo para isto serem garantidas sua *capacitação* e *qualificação continuadas*, identificadas no relatório com a criação de fóruns e dispositivos permanentes de construção teórica, científica, prática terapêutica e de intercâmbio entre serviços. Também devem ser garantidos a remuneração justa dos profissionais, a democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão, a supervisão clínica e institucional e a garantia de jornada de trabalho adequada para todos os profissionais

de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles – que é mencionada exclusivamente com relação aos profissionais de nível superior.

Afirma-se que do ponto de vista tecnológico e educativo deve haver um investimento significativo em novas "tecnologias de educação, informação e comunicação para os trabalhadores de saúde mental" (p. 68).

A implantação de um trabalho interdisciplinar e de ruptura com a perspectiva dos especialismos é mencionada como um objetivo da política de recursos humanos em saúde mental, que deve visar à construção de um "novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado, garantindo que todo usuário dos serviços de saúde seja atendido por profissionais com uma visão integral e não fragmentada da saúde" (p. 68).

É apontada ainda como proposta geral a necessidade de dissolução do "manicômio mental" implícito no saber cientifico convencional (em oposição ao saber popular), por meio da valorização da experiência de usuários e familiares, garantindo assim a integração e o diálogo com os saberes populares.

Após esta introdução, a sessão é dividida em cinco itens, sendo eles:

1) Política de contratação de recursos humanos;

2) Coordenação e gestão das equipes de saúde mental;

3) Política de formação, pesquisa e capacitação de recursos humanos em saúde mental no SUS;

3.1) Capacitação e pesquisa;

3.2) Capacitação para o cuidado de clientelas especificas em saúde mental;

3.3) Capacitação em saúde mental para a rede básica de saúde (PACS[28] e PSF[29]);

3.4) Capacitação em saúde mental para outros serviços e programas de saúde);

4) Capacitação através de parcerias com instituições formadoras e outras instituições;

4.1) Iniciativas de capacitação;

4.2) Iniciativas intersetoriais de capacitação;

5) Saúde Mental do Trabalhador.

Tal divisão aponta uma relativa importância concedida à questão da formação, bastante presente de modo geral na sessão sobre recursos humanos do relatório da III CNSM. O uso repetido de termos como capacitação, qualificação, tecnologias de educação – assim como a própria noção de "recursos humanos", que intitula a sessão – dão um tom

[28] Programa de Agentes Comunitários em Saúde.
[29] Programa de Saúde da Família.

predominantemente técnico às questões concernentes à formação dos trabalhadores de saúde mental.

A idéia de "recursos humanos", por exemplo, mais próxima de uma ideologia empresarial, parece afastar-se um pouco de uma concepção do trabalhador de saúde mental como um ator social. A figura do "novo trabalhador de saúde mental", "atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado", ainda que mais humanizada e com uma visão mais "integral" das questões do campo, ainda pressupõe apenas a dimensão do cuidado, delineando-o apenas como um agente de cuidados, e não como um agente de transformações sociais. Noções como a de desinstitucionalização ou a importância da mudança de paradigma não parecem perpassar explicitamente, e em sua radicalidade, as propostas para a formação do trabalhador em saúde mental contidas no relatório da III Conferência.

A proposta seguinte, a maneira como é redigida, ilustra o posicionamento traduzido no relatório:

> Promover a *requalificação* do profissional de saúde mental, para melhor *desempenho de suas funções* nos serviços substitutivos ao manicômio, de modo que o amordaçamento químico que costuma caracterizar as práticas psiquiátricas seja substituído por uma efetiva *humanização* da relação médico-paciente. (p. 74, grifos meus).

A humanização é, obviamente, como já afirmado, um objetivo a ser perseguido; trata-se, entretanto, de uma transformação que a ultrapassa e que requer um tipo de discussão que vai além de uma requalificação que vise um desempenho mais adequado às novas funções...

Cabe verificar, de modo mais particular, como ela é abordada em cada um dos itens ou subitens em que é relacionada, ou seja, nos itens 2, 3 e 4.

Com relação à coordenação e gestão das equipes de saúde mental (item 2), muitas das propostas aprovadas tangenciam a questão da formação do trabalhador de saúde mental. É recomendada a atuação *democrática* do coordenador de saúde mental, articulando a participação de gestores, trabalhadores, usuários e familiares na efetivação e consolidação da política de saúde mental do município. É recomendada a criação de um "Núcleo de Referencia Estadual em Saúde Mental, com a participação dos trabalhadores, usuários e familiares, voltado para *estudos, ensino, pesquisa e tratamento dos transtornos mentais*, além de capacitação dos profissionais dos diversos setores e níveis de atuação" (p.72, grifos meus). Cabe notar aqui que a proposta de estudos neste ponto é associada exclusivamente à concepção da doença mental, não sendo mencionadas neste momento outras dimensões da questão. Recomendam-se ainda as ações de "supervisão, assessoria e acompanhamento

contínuo dos serviços de saúde mental" (p. 72), além da garantia de parte da carga horária à participação em atividades de planejamento e organização do serviço.

Se há, por um lado, elementos a serem problematizados, o relatório também traz, entretanto, sem dúvida, aspectos interessantes e que devem ser destacados. É recomendada a ampliação das instâncias de capacitação dos diferentes agentes no cuidado em saúde mental para além das universidades. Neste sentido, a interdisciplinaridade e intersetorialidade aparecem, conforme já mencionado, como elementos a serem perseguidos, o que em certa medida vai ao encontro da proposta de desinstitucionalização e a necessidade de construção de novos entendimentos sobre e novos lugares para a loucura. A busca por uma formação interdisciplinar fica clara na introdução do terceiro item (Política de formação, pesquisa e capacitação de recursos humanos em saúde mental no SUS), quando se exige, por exemplo, que

> Os Centros de Formação de RH estabeleçam as bases para criar imediatamente programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em saúde mental para o SUS, por meio de capacitação/educação continuada, monitoramento dos trabalhadores e atores envolvidos no processo da Reforma, que promovam qualificação, atualização, cursos de pós-graduação, estágios, residências, integração docente-assistencial, educação continuada e descentralizada, supervisão clínica e institucional permanente, para os gestores, equipes do PSF, do PACS, trabalhadores da urgência e emergência, do hospital geral, dos serviços substitutivos e dispositivos residenciais, profissionais de níveis médio e superior da rede de saúde mental, agentes de saúde mental voluntários, cuidadores de saúde mental, trabalhadores dos programas específicos [...], professores da rede estadual e municipal, integrantes de instâncias de controle social, usuários e familiares e profissionais de outras políticas públicas como assistência social e segurança pública, atendendo aos aspectos assistenciais e terapêuticos, intersetoriais, dentro das diretrizes políticas do respectivo projeto de cada prefeitura municipal, em consonância com a Reforma Psiquiátrica e conforme o artigo primeiro a lei n.o 10.216/01 (p.72-73).

Outro aspecto a ser destacado é a proposta de inclusão de usuários e familiares voluntários nas oficinas de capacitação em saúde mental como parte das equipes de instrutores. A demanda pela ampliação do debate acerca da Reforma Psiquiátrica para toda a sociedade, movimentos sociais em geral e conselhos de saúde, também aparece como objetivos desejáveis:

> [...] particularmente, promover a aproximação, interação e cooperação com os conselhos profissionais, universidades, escolas técnicas e escolas afins de saúde pública, bem como com os centros acadêmicos, comprometendo-os na direção da revisão de seus *curricula* e promovendo uma capacitação

> interdisciplinar, multiprofissional e generalista dos docentes e discentes acerca do campo da saúde pública e saúde mental [...].

Assim, ainda que o tom geral das propostas contidas no relatório apresentem uma abordagem aparentemente mais técnica da questão da formação, também há aspectos que parecem apontar em direção a uma tentativa de politização de tal debate.

É interessante notar que ainda que uma parte significativa do relatório seja dedicada à questão da formação, nenhum destaque é dado à mesma no caderno de textos publicado também como fruto da III Conferência. Assim, percebemos que mesmo havendo relativo destaque para tal questão, uma discussão mais aprofundada e pormenorizada sobre ela não ocorre, não há maiores reflexões sobre impasses encontrados, caminhos e descaminhos na efetivação das propostas.

Em 2003 o Conselho Federal de Psicologia organizou um seminário intitulado "Loucura, ética e política: escritos militantes". O seminário contou com a participação de diversos atores sociais ligados à Reforma Psiquiátrica, entre intelectuais e militantes do movimento da luta antimanicomial, preocupando-se em destacar a importância de uma politização de nossas reflexões, como argumenta Rosemeire Silva, coordenadora do grupo de trabalho, na apresentação à publicação homônima resultante do evento:

> A luta antimanicomial não pode prescindir da política: não da política partidária, mas da política como exercício de construção coletiva. E a partir dela, é possível criticar e rever conceitos, propor soluções novas, reinventar a clínica e a própria política, para fazer caber a loucura no espaço social (p. 11).

Todos os escritos reunidos na publicação têm seus temas permeados pelos vetores "loucura", "ética" e "política". As reflexões empreendidas no evento e transcritas na publicação são de maneira geral muito interessantes, mas duas delas considero especialmente pertinentes ao nosso assunto.

Em "Loucura, ética e política: a formação do psicólogo em questão", Amorim (2003) refaz o percurso da história da psicologia no Brasil como ciência e profissão, associando às noções de individualidade e singularidade modernas a emergência de um saber científico sobre o indivíduo. A instituição de uma formação em psicologia no Brasil, segundo a autora, com forte ênfase positivista e patologizante, refletiria então este momento e o alcance da ciência psicológica.

Atualmente, segundo Amorim (2003), diferentes propostas de diretrizes curriculares para cursos de psicologia transitam no Conselho Nacional de Educação, como produto de mais de uma década de debate acerca da formação. Não entraremos aqui nas especificidades de tais debates, apresentaremos apenas algumas preocupações da autora com relação a eles, como as destacadas nos trechos a seguir:

> [...] Nossa preocupação se acentua quando identificamos que os avanços da ciência psicológica e a emergência de práticas profissionais que vêm se legitimando como mais comprometidas com a realidade não estão sendo refletidas pela formação. [...]. Por exemplo, em relação ao ensino da Psicopatologia, disciplina que nos remete diretamente à questão da saúde mental, observam-se basicamente duas tendências: a que vem sendo ensinada geralmente por médicos psiquiatras e permanece sendo acentuadamente classificatória, descritiva, ateórica, e a outra, psicanalítica, em geral ensinada por psicólogos, e com vistas à psicoterapia (p. 223/224).

Disciplinas relativas às ações em saúde pública, à organização dos serviços, à legislação em saúde mental, quando aparecem – em geral como disciplinas eletivas e não obrigatórias – apresentam-se quase sempre em perspectivas burocratizantes, sem nenhuma referência aos movimentos sociais. Assim, a autora conclui que

> [...] embora considerando maior abrangência e compromisso político e ético em práticas profissionais emergentes e em algumas iniciativas em nível de pós-graduação, na formação do psicólogo brasileiro tem sido tímidos os avanços no que se refere a uma cultura profissional comprometida com as reais demandas da maioria da sociedade brasileira, especialmente no âmbito da saúde pública e no da saúde mental (p. 228).

O outro artigo a ser destacado também tem a formação como tema, abordando-a a partir de um ponto de vista próximo daquele através do qual pretendemos enfocar a questão. Em seu escrito, Palombini (2003) aborda o tema proposto para o seminário através da reflexão sobre uma experiência de trabalho em capacitação de trabalhadores de saúde mental oferecido pela Escola de Saúde Pública do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, e as questões surgidas a partir de tal experiência.

A autora revela a descoberta da potência transformadora contida na escolha de capacitar trabalhadores que quase sempre ocupam os níveis hierárquicos mais inferiores das equipes de saúde, e que normalmente são desprovidos de quaisquer espaços de reflexão sobre o seu trabalho. Relata como foi notável o engajamento dos que participaram do curso, ávidos por trocar experiências, sensivelmente capazes de se afetar e se deixar transformar em

posturas arraigadas, "buscando o máximo de aproveitamento daquilo que o curso colocava à disposição em termos de idéias, vivências e afetos" (p. 161).

O tipo de reflexão trazido por Palombini (2003) me parece especialmente potente:

> Não há resgate de cidadania, não há acolhimento à diferença radical que representa a loucura se os profissionais que com ela trabalham não forem eles também respeitados em suas diferenças e reconhecidos como sujeitos do seu trabalho. [...]. A ética que rege tais relações [relações de trabalho] não se destaca daquela que regula nossa relação com a loucura, sendo mesmo condicionante desta: uma subversão da lógica manicomial que tem no tratamento moral o seu modelo – instituindo a obediência como modo de relação, desautorizando a invenção e prescrevendo comportamentos – somente se faz efetiva se é capaz de subverter também o modo hierarquizado, autoritário e prescritivo que historicamente moldou a constituição das equipes de trabalho no campo da saúde mental (p. 161-162).

As reflexões apontadas por Palombini (2003) nos levam a perceber a importância de aproximar as discussões sobre a formação e sobre a saúde do trabalhador de saúde mental. Ainda que seja possível notar um crescimento relativo dos estudos na área de saúde do trabalho, ainda são poucos os estudos sobre a saúde do trabalhador de saúde mental (RAMMINGER, 2006).

Em seu estudo, Ramminger (2006) parte de algumas perguntas – curiosidades, como prefere – em direção a este campo ainda pouco explorado. A primeira delas parte de uma certa percepção, não sem lamentar, de que as dificuldades vivenciadas no campo da Reforma hoje não parecem mais estar atreladas à falta de vontade política, que os recursos, pelo contrário, nunca foram tão acessíveis. Entretanto, é como se isso de alguma forma não bastasse para mudar a lógica manicomial.

A autora parte de uma experiência na gestão de um antigo hospital psiquiátrico público, mantido exclusivamente com recursos – inclusive humanos – do Estado. O desafio da equipe gestora foi apostar então na formação dos funcionários, "inicialmente por não ter opção, posteriormente por convicção. Estrategicamente, investiu-se em assessoria, supervisão e formação continuada dos trabalhadores" (p. 13). Foi a partir de tal experiência que Ramminger (2006) formulou a segunda questão que impulsionou seu estudo: a formação e a capacitação são suficientes para avançar nos processos de desinstitucionalização da loucura? Os caminhos da reflexão da autora conduzem à seguinte conclusão, que considero extremamente pertinente ao nosso tema de estudo:

> Não basta investir em capacitação e formação sem o concomitante compromisso de criar espaços de reflexão sobre o trabalho, para além da

> afirmação de verdades e respostas, nos quais se possa construir coletivamente um novo saber, considerando também as experiências dos trabalhadores (p. 15).

A desinstitucionalização da loucura também depende de desinstitucionalizar, portanto, as relações de trabalho que se constituíram no manicômio e que constituem a loucura como objeto do saber médico. A separação entre os que têm poder e os que não o tem já era denunciada por Basaglia (BASAGLIA; GALLIO 1991) como a principal característica das instituições psiquiátricas.

Ramminger (2006) situa como seu foco de interesse, assim, o espaço reservado para a problematização dos processos de trabalho nas instituições em processo de transformação a partir do processo de Reforma, a partir da constatação de sua importância para a efetivação da desinstitucionalização. Uma perspectiva de fato muito próxima daquela como pretendemos pensar a formação do trabalhador de saúde mental, pela importância atribuída aos espaços de discussão e construção coletiva do sentido do trabalho e de exercício de autonomia dos trabalhadores.

3. A noção de Desinstitucionalização

Como já sinalizamos, não há um consenso no que se refere à natureza das transformações a serem implementadas pelo processo de Reforma Psiquiátrica. Apresentaremos neste momento, então, a maneira como nós o entendemos.

A principal referência na proposta de Reforma que defendemos traduz-se pela idéia de desinstitucionalização, desenvolvida por autores como Basaglia, Rotelli e Amarante. A noção de desinstitucionalização parte de um questionamento radical da psiquiatria e de uma proposta de "despsiquiatrização". Tais autores propõem que de nada adianta acabar com as práticas manicomiais e nem mesmo com o próprio hospício se as relações terapêuticas, familiares e com a sociedade mantiverem-se condicionadas pela instituição psiquiátrica, cristalizada, por exemplo, nas dimensões de violência e de exclusão que marcam as relações com a loucura. A transformação deve se dar, assim, concomitantemente em uma esfera subjetiva e social, no sentido da construção de novas formas tanto de entendimento do que seja a loucura quanto das relações socialmente estabelecidas com ela, não apenas no âmbito terapêutico – do tratamento – mas, e talvez principalmente, no âmbito social. Nas palavras de Amarante (2003):

> [...] desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso, desinstitucionalização torna-se, acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (p. 50).

As relações socialmente estabelecidas com a loucura são baseadas na construção desse sujeito como objeto pelo saber médico, saber que definiu o louco como doente mental e o moldou segundo seus critérios. A relação constituída é, portanto, de objetificação, uma vez que a medicina instaurou a tutela e destituiu de qualquer sentido a produção do louco, transformando em déficit a diferença e a alteridade. Como conseqüência mais direta, a doença deixa de ser uma experiência na vida do sujeito e torna-se uma identidade rígida, que engessará todas as suas experiências e trocas com o mundo. O processo de institucionalização é justamente esta adesão ao estigma, a submissão às supostas determinações da doença (na realidade, da psiquiatria), que leva as vidas a um empobrecimento e a uma redução.

É no bojo do capitalismo que a psiquiatria se estabelece como instituição. Em "A doença e seu duplo" e "A maioria desviante" – textos de 1970 e 1971, respectivamente –, Franco Basaglia se volta para as condições de desenvolvimento da instituição psiquiátrica conforme se produz em nosso tempo, examinando os mecanismos segundo os quais esta se inseriu – e ainda insere – na ideologia do capitalismo. Para tanto, parte da análise da noção de "desvio", categoria constitutiva da ideologia psiquiátrica.

O autor apresenta o modo como, no capitalismo avançado, o *problema dos desviantes* é produzido enquanto tal. Retira-se o foco das contradições intrínsecas a este modo de produção, e o *desvio*, o conjunto daqueles que por características determinadas não podem se inserir no sistema produtivo, é transformado em mais um problema em função do qual um determinado aparato técnico e científico se constituirá, iluminando novas "soluções". Em contraposição a este mecanismo e procurando pautar-se em uma análise da realidade concreta, Basaglia associa à produção o principal critério para a definição da norma e, portanto, do desvio, no contexto do capitalismo. O desviante em nossa sociedade seria essencialmente aquele que, por motivos diversos – por impossibilidades ou por escolha –, encontra-se à margem da lógica da produção e do capital. A incapacidade para a produção de mais-valia aparece, portanto, como o elemento central na discussão de Basaglia sobre a produção da loucura na sociedade capitalista.

O autor denuncia como determinados comportamentos são estigmatizados neste contexto e, assim, tornados "desviantes", muito mais do que "naturalmente" o seriam. A produção de disciplinas teóricas sobre o desvio constituiu uma tentativa de "inclusão" do desviante na lógica do capital e de anulação de uma ameaça potencial:

> Se quem põe em discussão a norma e a definição de seus limites puder conservar um papel ou uma figura social ativos dentro da comunidade, o perigo para a comunidade é constante, e inversamente proporcional à força de que ela dispõe para manter presenças antagonistas em seu seio. Mas, no momento em que o número dos desviantes aumenta, [...] convém absorver o desviante fazendo-o entrar, justamente enquanto desviante, numa categoria ideológica que deve simultaneamente defini-lo (e assim continuar a produzi-lo na exata forma necessária) e controlá-lo. O desviante como problema real [...] deve tornar-se o 'problema' do desviante, segundo as características ideológico-reais de todo problema 'científico' que requer técnicas e ideologias adequadas para resolvê-lo. Desse modo, consegue-se transformar o desviante como expressão da face perdedora do capital, no **problema do desviante** como uma das muitas faces do capitalismo vitorioso, no sentido de que ele é assumido como problema técnico, para o qual estão prontas as **soluções técnicas** mais apropriadas (2005b, p. 166-167, grifos meus).

Tais *soluções* são viabilizadas pelo incremento tecnológico propiciado pelo desenvolvimento de um capitalismo avançado – o mesmo que determina as margens para além das quais se situam os desviantes. Assim fecha-se o círculo, as contradições são mascaradas de modo eficaz. A psiquiatria é apresentada como a solução técnica que vai dar conta no capitalismo do problema do louco improdutivo. O deslocamento de um problema concreto para um plano ideológico é mais um dos mecanismos através do qual o capital consegue colocar (quase) tudo o que inicialmente surge como fissura a seu favor. As inúmeras teorizações e ideologias do desvio, efetivamente, em nada afetam a vida de seus "objetos", não produzem nenhuma diferença positiva no que se refere à sua condição. Servem apenas para transformá-los de fato em objeto e, desta forma, domesticar o problema.

O duplo de que nos fala Basaglia consiste nesta coincidência, que se quer fazer crer, entre o que ele chama de desvio primário e secundário, ou seja, entre esta que seria a causa "original" do desvio (a exclusão das esferas do processo de produção) e o estigma, a causa que cientificamente lhe é atribuída, de modo que, em favor da segunda, a primeira é deixada de lado. O duplo anula, com isso, a própria contradição, e estanca a possibilidade de ruptura que esta contém. Esta dinâmica e suas conseqüências danosas ficam claras no seguinte trecho:

> É por meio desse processo de racionalização e organização das necessidades que o indivíduo se vê privado da possibilidade de possuir a si mesmo (a própria realidade, o próprio corpo, a própria doença). Nesse sentido, possuir transforma-se automaticamente em ser possuído, pois não se trata da superação de uma contradição, mas da racionalização, em termos de produção, de que aquela é objeto. Nessa dinâmica, o indivíduo não pode chegar a possuir a própria doença, mas vive sua colocação no mundo como doente; isto é, vive o papel passivo que lhe é imposto e que confirma a fratura entre ele e sua própria experiência.
> A doença torna-se comportamento doente, falsa relação substitutiva de uma relação inexistente: ocasião e confirmação de domínio [...] (2005c, p. 218).

A doença deixa de ser, desta maneira, uma experiência na vida do sujeito para tornar-se uma identidade, que irá "intermediar" as suas experiências e trocas com o mundo. A adesão ao estigma é o que instaura o processo de institucionalização, a submissão às supostas determinações da doença – que são, na verdade, da psiquiatria –, que leva a existência a um estreitamento sem precedentes.

A idéia de "exclusão social" não parece suficiente para pensarmos as relações entre loucura e sociedade. O lugar ocupado pelo louco na trama social – enquanto doente, incapaz, inimputável, desviante... – não é exatamente o de um *excluído*, pois, como bem nos alerta Basaglia, este lugar tem uma função específica no capitalismo. O louco é realocado no sistema como excluído, como desviante como diz Basaglia; e o excluído, enquanto tal, tem o seu lugar neste sistema.

Tal distinção se mostra relevante uma vez que o debate acerca da exclusão social, como analisa Frigotto (no prelo), tem assumido centralidade cada vez maior no contexto da mundialização do capital e da implementação de políticas neoliberais. O autor alerta para os riscos de uma utilização indiscriminada de tal noção, que "não apreenderia as mediações constitutivas da materialidade histórica atual da forma capital, cujo escopo é de ampliação e radicalização de sua natureza intrínseca – a desigualdade" (p. 1).

A idéia de exclusão social é insuficiente para explicitar as contradições intrínsecas ao sistema capitalista, limitando-se a descrever apenas seus efeitos, ou parte deles. O autor a situa no campo da antinomia – exclusão x inclusão – alertando-nos para o fato de que sua utilização autonomiza situações limite e as destitui de seu caráter processual, dificultando uma compreensão mais global da questão. O discurso da inclusão social encobre o fato de que o capitalismo, enquanto sistema, depende da existência de um contingente de excluídos, que não se sustenta sem ele. Não há, portanto, efetivamente, a possibilidade de que todos venham a ser incluídos, de modo que as medidas de inclusão, tão proclamadas e requeridas no debate

político da atualidade, só podem constituir-se como paliativas, atenuantes de um mecanismo que só vem se agravando e só pode se agravar: o recrudescimento da desigualdade.

Não se trata, portanto, de lutar apenas para que os loucos possam estar mais "incluídos" na sociedadde, mas para que a própria sociedade se transforme, de modo que as diferenças não constituam uma máscara para a desigualdade, de modo mesmo, pensando num plano ideal, que a questão da exclusão não se coloque. Neste sentido, como nos diz Frigotto (no prelo), "a tarefa política é, sem dúvida, transcender as estratégias de inclusão degradada, sob programas focalizados e de caridade social que funcionam como alívio à pobreza e manutenção do status quo" (p. 9). "O horizonte a perseguir é o da utopia da emancipação humana sob novas formas de relações sociais" (p. 7), formas que não tenham como sustentação a desigualdade entre as classes sociais, entre as pessoas.

A desinstitucionalização, como um *processo social complexo*, não se restringe então à luta pelo fim dos hospícios ou pela ampliação dos direitos sociais do louco. Deve ser entendida como um dos caminho na luta pela democratização da sociedade de modo mais amplo. Inclui como atores todos os sujeitos sociais envolvidos – usuários, técnicos e sociedade civil – tendo por base a transformação das relações de poder em torno da loucura, e não apenas da assistência psiquiátrica como preconizaram propostas anteriores de reforma[30].

A desconstrução do paradigma problema-solução em que se fundamentou a psiquiatria é apontada por Rotelli, Leonadis e Mauri (2001) como o primeiro passo no sentido da desinstitucionalização. A cura, o restabelecimento da normalidade, deixam de ser aqui a solução natural para a doença, um problema que, enquanto tal, deixa também de ser natural.

> O mal da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a 'doença', da 'existência global, complexa e concreta' dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a 'instituição'), todos referidos à 'doença'. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência do paciente, enquanto 'existência' doente. (p. 28).

Concordando com Basaglia, os autores sustentam que "na relação que liga o problema à solução é a solução que formula o problema, no sentido que é ela que lhe dá nome e forma" (p. 29). Ou seja, foram as respostas instituídas como tratamento da loucura que a produziram

[30] Outras propostas de Reforma foram empreendidas na Europa e EUA, como a Psiquiatria de setor (França), Psiquiatria comunitária (Inglaterra) e Psiquiatria preventiva (EUA). Tais movimentos foram criticados por reduzirem-se a processos de desospitalização, e por não promoverem uma ruptura radical com a instituição psiquiátrica. Para um aprofundamento de tais movimentos, sugiro a leitura de Rotelli (2001).

como *problema* do modo como hoje o encontramos. Neste sentido, rejeitar a solução nas bases em que atualmente se formula, é também rejeitar o problema e, assim, recolocá-lo.

Recolocar o problema implica uma revisão e reestruturação profunda de todas as ações institucionais que atravessam a psiquiatria, o conjunto de respostas técnicas, normativas, terapêuticas e científicas voltadas para a questão da loucura. Entramos, assim, no que Amarante (2003) relaciona como a dimensão técnico-assistencial do processo de Reforma, que deve privilegiar a desconstrução do modelo assistencial calcado em definições negativas da loucura e que propõe, por isso, a disciplina e a tutela como principais recursos.

Com relação ao desmonte do aparato técnico-assistencial em que se sustenta a psiquiatria, Basaglia (2005) afirma que o único caminho possível é despertar nas pessoas o sentimento de oposição ao poder que as submete e institucionaliza, a partir da tomada de consciência da submissão a este poder. Somente a partir daí poder-se-ia estruturar uma nova relação entre médico e doente, uma relação menos hierarquizada e mais transversal, fundada na destruição do princípio da autoridade. A manutenção do estado de tensão e conflito e a explicitação das contradições que o manicômio insiste em mascarar – entre a doença e o estigma, seu duplo – é, assim, o único caminho possível para a construção de uma via de desinstitucionalização – entendida, agora, como a própria terapêutica.

> Em nosso sistema social, não há lugar para a dialética [...]. Enquanto a divisão entre bem e mal for nítida, os poucos que detêm o poder dispõem de uma arma segura para criar uma distância, humanamente aceitável, entre quem tem e quem não tem. [...] **O hospital psiquiátrico não é senão a triste conseqüência do acobertamento de uma contradição**, **por meio da ideologia da inelutabilidade e da ininteligibilidade da doença**. Se a doença não pode ser considerada uma contradição, não se pode resolvê-la negando-a enquanto tal e sufocando-a sob uma ideologia qualquer. O significado de uma comunidade psiquiátrica deveria consistir em tornar mais explícitas as contradições inerentes ao backgound social sobre o qual a doença mental se desenvolve, de maneira que o paciente conseguisse identificá-las, dialetizá-las e enfrentá-las. (Basaglia, 2005: 146, grifos meus).

A transformação institucional passa a ser, então, a própria ação terapêutica, e a imanência entre as ações clínicas e políticas é evidenciada. "A ênfase não é mais colocada no processo de 'cura', mas no projeto de 'invenção de saúde' e de 'reprodução social do paciente'" (ROTELLI, 2001: p. 30). A reapropriação de antigos papéis sociais e a invenção de novos lugares e modos de vida passam a ser, assim, objetivos que suplantam a cura entendida como mera finalidade terapêutica.

Além disso, os técnicos são também eles, enquanto reprodutores de um mandato social que lhes foi designado, objetificados no papel de excludentes. A mudança nas relações entre técnicos e pacientes só é possível se houver uma tomada de consciência desta objetificação também por parte dos técnicos:

> Quando exercemos o poder [...] submetemo-nos ao exame do establishment, o qual espera que estejamos em condições de cumprir – tecnicamente – nossa tarefa, sem abalos nem desvios da norma: quer que lhe asseguremos nosso apoio e nossa técnica para sua defesa e tutela. Atuar dentro de uma instituição da violência (mais ou menos mascarada), significa recusar o seu mandato social, dialetizando no campo prático esta negação: negar o ato terapêutico como prática de violência mistificada, **aliando nossa tomada de consciência sobre o fato de sermos simples empreiteiros da violência (e, desta forma, excluídos) à tomada de consciência dos excluídos – a qual devemos estimular – sobre a sua exclusão, evitando qualquer esforço no sentido de adaptá-los a essa exclusão** (BASAGLIA, 2005, p. 96, grifos nossos).

A transformação das relações entre as pessoas seria, neste sentido, o primeiro passo a ser dado. A possibilidade de um encontro real entre médico e paciente é a base de tais transformações, o que deveria pressupor uma "reciprocidade na qual o terapeuta se visse questionado pelo doente assim como o doente é questionado pelo terapeuta" (BASAGLIA, 2005, p. 75). A reciprocidade deve ser, portanto, a base das relações que serão estabelecidas quando se pretende transformá-las. Somente quando uma relação é recíproca é possível trocar, de fato, com o outro e se afetar com o que ele diz e vive, não por generosidade ou complacência, mas pelo reconhecimento de sua condição humana exatamente como da própria. O constrangimento da liberdade e das possibilidades de vida do outro constrange também a nossa, constrange a vida como o principal valor. Mas uma relação real com este outro causa ansiedade, seja pelo que tem de indecifrável e ressoante para nossa própria alteridade, seja pelo fracasso da psiquiatria, com todo seu aparato técnico e científico, em compreendê-lo. O que seriam os crônicos, senão um produto e uma comprovação deste fracasso? Como nos diz Basaglia (2005), "a tentação de sedar rapidamente a ansiedade que essa relação real com o doente lhe provoca é constante, e no entanto é justamente ela o sinal da reciprocidade da sua relação..." (p. 124).

O trabalho em saúde mental consiste, então, entre outras coisas, se é que se pode sentenciá-lo tão simplesmente, na reconstrução dos modos de relação em torno da loucura, e na criação de condições para a reafirmação do estatuto de sujeito, o que implica um trabalho tanto no plano das subjetividades quanto da sociedade, os dois entendidos não como pólos opostos, mas como instâncias que se interpenetram e engendram mutuamente.

Sendo assim, as transformações macropolíticas almejadas por um projeto de desinstitucionalização – tais como o fim dos manicômios e a reconstrução do aparato jurídico-político – só podem se efetivar se mantidas e acompanhadas por transformações no plano da micropolítica, de todas as relações pequenas e cotidianas com a loucura. A começar pelas relações entre técnicos e loucos.

Se o modo de compreensão social da loucura está estreitamente vinculado ao modo como ela foi e tem sido descrita e categorizada pelo saber médico, a transformação das relações entre técnicos e usuários é um importante ponto de partida. Como vimos, foi neste contexto que se inscreveram os pressupostos ideológicos que vêm se perpetuando nas construções em torno da loucura, e que este olhar – institucionalizante e institucionalizado – determinou e ainda determina os modos de relação com ela estabelecidos. A partir das transformações neste plano podem reverberar possibilidades de encontros mais reais e mais recíprocos não apenas entre médicos e pacientes loucos, mas entre a loucura e a sociedade de modo mais amplo.

Como pensar, neste sentido, a formação do trabalhador em saúde mental? Ou, retomando, em termos mais amplos: como se formam agentes para praticarem mudanças nas relações interpessoais? Esta me parece uma questão essencial para a democracia, que fala da democracia e que a convoca. Como "reformular" em uma prática cotidiana, papéis sociais tão solidamente construídos? Em que contexto tais agentes têm se formado? É possível formar pessoas que proponham e encarnem tais transformações em um contexto ainda tão pouco atravessado por elas? É sobre este campo de questões que procurarei tentar refletir um pouco com esta dissertação. O que significa, formulando em um plano mais geral, adotar a democracia como perspectiva para a formação humana? Como pensar, mais especificamente, uma formação para trabalhadores em saúde mental que tenha a democracia e a desinstitucionalização como perspectiva?

A questão da formação no contexto da desinstitucionalização é abordada de maneira geral por Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) quando afirmam, com relação ao contexto italiano, que a profissionalidade dos operadores é enriquecida e torna-se mais complexa com este processo. O processo de desconstrução do manicômio produziu transformações no modo de organização do trabalho que trouxeram um enriquecimento dos espaços de autonomia e transformaram as modalidades de formação assim como a maneira de as avaliar. Mas, segundo os autores,

> O crescimento da profissionalidade não é entretanto uma questão estática, uma vez que a partir da desconstrução do manicômio os operadores, acima de tudo, '*aprenderam a aprender*'. [...] Torna-se evidente que a profissionalidade se explica menos em termos de competências técnicas especialistas e codificadas e muito mais como capacidade de escolher, utilizar e combinar uma ampla variedade de modalidades e recursos de intervenção (p. 44-45, grifos originais).

Neste sentido, adquire centralidade, por exemplo, o trabalho de equipe, que serve para socializar experiências, enfrentar problemas conjuntamente e avaliar no coletivo as decisões tomadas individualmente, através de uma espécie de supervisor coletivo (a própria equipe). A auto-avaliação também é proposta, definida não como uma avaliação separada, mas integrada ao trabalho operativo da equipe, entrelaçada ao trabalho e referindo-se à capacidade de autotransformação, tendo como baliza o grau de contratualidade do usuário. A formação é referida como diretamente ancorada no trabalho operativo nos centros[31], se dando principalmente através da inserção no trabalho cotidiano.

Os autores referem-se ainda ao "case management", ponto considerado como de ação mais profunda da ação de desinstitucionalização. Os tipos variados de terapias são considerados como momentos importantes, mas sempre necessariamente parciais, sobretudo se isolados e codificados. "Por isso, trata-se de demolir a compartimentalização entre estas tipologias de intervenção" (p. 46). A terapêutica deve ocupar-se, assim, das várias dimensões da vida do sujeito, sem cindi-las, e, o que é essencial, sem confiá-las a profissionalidades separadas.

Em entrevista publicada no início dos anos 90, Franco Rotelli, coordenador dos serviços de saúde mental de Trieste, fala sobre o quadro da Reforma Psiquiátrica italiana de então, e da aplicação da lei nas diversas regiões da Itália, abordando as dificuldades intrínsecas a este processo, entre as quais situa a questão da formação. Ao ser questionado sobre a preocupação com a formação de novos quadros para o projeto de desinstitucionalização, se existiria a preocupação de formar novas gerações, Rotelli (1991) fala das limitações inerentes a uma formação técnica para um projeto de transformação, e da importância dos movimentos sociais neste sentido. Encerramos esta seção, então, dando a palavra a Rotelli (1991):

> Eu creio que se pode esperar pouco dos psiquiatras e dos operadores psiquiátricos em geral, isto é, muito dificilmente, na ausência de movimentos sociais, culturais e políticos importantes, os técnicos conseguem se constituir em agentes de

[31] Modalidade de serviço substitutivo que se constrói a partir do processo de Reforma italiano.

> inovação e transformação, e em elementos capazes de coagular-se em torno de projetos de transformação do já existente. Portanto, **a possibilidade maior ou menor de que se formem novas gerações de pessoas que participem deste trabalho depende muito que se desenvolvam ou não processos sociais gerais, que determinem mudanças no modo de ver as coisas por parte dos técnicos**. O que se espera é que, **nos lugares onde houver práticas e situações reais e concretas de empenho na transformação, ali existirá uma escola determinando novos quadros** (p. 87, grifos nossos).

4. O processo de Reforma e a luta democrática: Aproximações entre os pensamentos de Basaglia e Gramsci

A idéia de desinstitucionalização pode ser pensada, conforme já sinalizamos, como derivada de um determinado projeto de democracia[32], como uma das formas que a luta pela democratização da sociedade assumiu. As formulações de Antonio Gramsci possibilitam pensar a Reforma e as transformações pretendidas com relação ao saber psiquiátrico nesta perspectiva, como procurarei estabelecer aqui para finalização deste capítulo. A aproximação entre os pensamentos de Gramsci e Basaglia permitem um certo entendimento do processo de desinstitucionalização, contribuindo assim para pensarmos a formação do trabalhador de saúde mental de um ponto de vista ético e político, e não simplesmente técnico.

Como vimos, Basaglia descreve o asilo pela análise de sua função social e política, ele observa que a origem dos internos é sempre do proletariado, para mostrar como aquele era um espaço de gestão da marginalidade. A centralidade conferida à origem de classe e à produção como elemento determinante na exclusão nos indicam que a análise de Basaglia se desenvolve na esteira do pensamento marxista.

Como também já abordado, é no papel dos técnicos que Basaglia situa o aspecto sobre o qual deve incidir o início das transformações para o processo de desinstitucionalização. Médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre tantas outras categorias profissionais envolvidas no campo psiquiátrico, são descritos como atores sociais, como aqueles que encarnam e representam as instituições da violência, os empreiteiros da violência, que a administram em nome da sociedade. "Suavizando os atritos, desfazendo as resistências, resolvendo os conflitos provocados pelas instituições – com sua ação técnica aparentemente reparadora e não-violenta, só fazem permitir a violência global [...]" (BASAGLIA, 1995, p. 94/95).

---

[32] Não refiro-me aqui, obviamente, à democracia no capitalismo, como já visto, necessariamente formal.

Basaglia envolve, desta maneira, os técnicos como atores deste processo, questionando e levando-os a se questionarem sobre seu papel na reprodução do status quo, situando-os, no sentido atribuído por Gramsci, como funcionários do consenso. O que se coloca é um questionamento da neutralidade dos técnicos e a verdade da ciência, politizando o papel dos atores sociais a partir do entendimento de que eles não só reproduziam uma ciência, mas exercitavam a idéia da segregação, da violência.

Outro aspecto que me parece fundamental na leitura de Gramsci é a ênfase dada pelo autor ao plano da subjetividade. A Reforma Psiquiátrica – as políticas públicas de saúde mental, portanto – propõe transformações que abarcam concomitantemente, como vimos, os planos da subjetividade e social. A ênfase conferida por Gramsci aos planos da cultura e da ideologia remete diretamente para a questão da subjetividade. A idéia de uma transformação ideológica não pode estar desatrelada de uma transformação no plano das subjetividades, sendo esta mesmo uma condição pra aquela. De alguma forma, ainda que colocado em outros termos, penso que podemos depreender da obra de Gramsci, assim, um entendimento também sobre a produção de subjetividade.

Ao apontar a possibilidade de resistência no interior dos aparelhos 'privados' de hegemonia, os mesmos espaços onde se exerce a dominação, e destacando a complexidade com que se desenvolve tal processo, o autor aponta para o que poderíamos chamar de uma dimensão micropolítica[33] da revolução, uma transformação social em um plano macro, e abordada, de maneira geral, de modo desarticulado com aquele plano. Gramsci também aponta assim, para uma indissociabilidade entre estes dois planos, para a impossibilidade de pensá-los de modo desarticulado ou isolado.

Uma transformação de espectro mais amplo só é possível, assim, com Gramsci, a partir da transformação no interior destes aparelhos, entendidos não como estabelecimentos, mas como conjuntos de práticas. Pensar criticamente nossa prática no interior de tais aparelhos torna-se, nesta perspectiva, fundamental.

Acredito que a Reforma Psiquiátrica possa ser pensada como uma transformação deste tipo. O pensamento de Antonio Gramsci nos possibilita situar o processo de Reforma e da desinstitucionalização como um elemento na luta democrática. A ideologia construída pela psiquiatria representa, como vimos com Basaglia, os interesses de uma classe dominante e a construção da loucura como doença pelo saber médico, o consenso estabelecido em torno da questão da loucura. Tal construção compõe a ideologia dominante no sistema capitalista uma

[33] É importante frisar que Gramsci não fala em micropolítica, este é um nexo que está sendo feito aqui, mas que não está formulado desta maneira em sua obra.

vez que mascara uma condição de desigualdade e a justifica através de uma argumentação cientificamente validada. A desmistificação deste mecanismo e a luta pela transformação desta lógica, através da desinstitucionalização do saber médico constituído em torno da loucura, pode ser entendida assim como uma ação na disputa no interior dos aparelhos, na disputa, portanto, de hegemonia.

2ª PARTE

CONTRAIR VISÃO FONTANA

Por viver muitos anos dentro do mato
moda ave
O menino pegou um olhar de pássaro –
Contraiu visão fontana.
Por forma que ele enxergava as coisas
por igual
Como os pássaros enxergam.
As coisas todas inominadas.
Água não era ainda a palavra água.
Pedra não era ainda a palavra pedra.
E tal.
As palavras eram livres de gramáticas e podiam ficar em qualquer posição.
Por forma que o menino podia inaugurar.
Podia dar às pedras costumes de flor.
Podia dar ao canto formato de sol.
E, se quisesse caber em uma abelha, era
só abrir a palavra abelha e entrar dentro
dela.
Como se fosse infância da língua.

Manoel de Barros

CAPÍTULO 3

CAMPOS TEÓRICOS PARA A FORMAÇÃO: DEFININDO ALGUMAS FERRAMENTAS CONCEITUAIS

A formação pode ser pensada a partir de espaços diversos e de perspectivas bastante diferentes. Por isso dedicarei este capítulo para definir mais claramente o que estou entendendo por formação, bem como estabelecer alguns marcos teóricos segundo os quais pretendo pensar sobre a formação do trabalhador de saúde mental, especificamente. Tais marcos me auxiliarão, em um momento seguinte, na análise das entrevistas, fazendo vezes de ferramentas através das quais poderei melhor manejá-las para tentar delinear, a partir daí, alguns eixos que considero interessantes para a reflexão sobre a formação do trabalhador de saúde mental.

Quando estabeleci o campo mais geral de problemas sobre o qual estava interessada em refletir, alguns caminhos me pareceram possíveis. A formação acadêmica seria uma primeira possibilidade, talvez a mais óbvia. Em minha própria graduação, como já mencionei, tive acesso às discussões acerca da Reforma através de uma única disciplina, de modo que pesquisar de maneira mais ampliada o modo como o campo da saúde mental vem sendo abordado na graduação e apresentado aos estudantes das mais diversas especialidades que compõem o campo poderia ser um caminho de pesquisa.

Minha intuição já sinalizava, no entanto, que a graduação não era o espaço privilegiado da formação, que a maior parte dos trabalhadores de saúde mental se formava mesmo no próprio campo de trabalho. As entrevistas realizadas confirmaram, de certa maneira, esta idéia, uma vez que todos os entrevistados se referiram ao campo como principal espaço de formação, como abordarei com um pouco mais de detalhes no início do próximo capítulo.

Alguns outros caminhos, entretanto, ainda seriam possíveis a partir desta primeira delimitação. Poderia estudar, por exemplo, os cursos de que os trabalhadores dos serviços da rede de saúde mental participam, ou algum curso de especialização em particular, como a Especialização em Saúde Mental em nível de Residência do município do Rio, considerada de maneira geral no campo um espaço privilegiado da formação (ainda que certamente não seja desprovido de problemas).

A discussão que me interessou sobre a formação foi antes, entretanto, a formação que se dá no próprio serviço, dos trabalhadores em seu espaço de atuação. Algo de que talvez possa me aproximar com a seguinte formulação: o que o processo de trabalho, refletido,

produz para o trabalhador enquanto conhecimento, enquanto saber sobre o seu próprio trabalho? Foi sobre esse campo de questões que escolhi me deter. Meu foco de interesse se situa, assim, não apenas sobre as práticas mais estabelecidas e formalizadas da formação, mas em como o próprio espaço de trabalho forma o trabalhador, que dispositivos no campo o formam. Tomar o serviço como lócus da formação do trabalhador.

A formação a que me refiro aqui é aquela que acontece, portanto, junto ao processo de trabalho. O processo de trabalho pensado, assim, não apenas como assistencial, mas como um processo que tem uma dupla via: ao mesmo tempo em que assistimos, também nos formamos, há uma imanentizacao nesse processo. Quando atendemos – quando atuamos, quando assistimos, uma vez que a prática em saúde mental não se restringe a atender – também nos transformamos concomitantemente.

Esta escolha já aponta algumas direções a partir das quais estou pensando a formação, que a justificam ao mesmo tempo. Não estou entendendo por formação aqui simplesmente um processo de aquisição de conhecimento, de habilidades, ou uma capacitação. Não me refiro à formação, portanto, de um ponto de vista técnico apenas, mas em um sentido mais ampliado, do que podemos chamar de formação humana, que também compreende, portanto, um processo de subjetivação.

O processo de trabalho em saúde – e creio que se aplique, na realidade, a todas as atividades que se organizam em torno do humano – é ao mesmo tempo um processo de formação e de subjetivação. Quando se fala em formação, se fala também em um processo de subjetivação em curso. Pensar na formação não deve se associar meramente, assim, à proposição de cursos de capacitação ou de atualização, à escolha de conteúdos mais ou menos necessários à atuação profissional, mas na instauração de dispositivos de subjetivação, em um processo de produção de sentidos pelos trabalhadores para o seu trabalho.

A atividade essencialmente humana é, segundo Castoriadis (1987), a atividade em que se dá a construção de sentido. Considero o pensamento de Castoriadis uma ferramenta potente para pensar a formação humana, no sentido que tento delinear aqui, quiçá para pensar o trabalho em saúde mental de maneira mais geral. Apresentarei a seguir alguns de seus apontamentos, acreditando que podem nos servir de ferramenta e ajudar a colocar algumas das questões a que nos propusemos e refletir sobre elas.

Um importante pressuposto de que parte seu pensamento refere-se à impossibilidade de responder de maneira definitiva às questões relativas ao humano (CASTORIADIS, 1987). O autor analisa as implicações envolvidas em se pensar o humano desde o mito da ciência, partindo para isso da discussão acerca do estatuto de cientificidade da psicanálise.

A *miragem científica* constituiu para Freud e para a psicanálise, segundo Castoriadis (1987) uma *ilusão fecunda*, uma hipótese inicial equivocada, mas que tensionou as investigações em andamento e as fez progredir. O texto a que fazemos alusão parte da interrogação sobre a possibilidade de hoje, depois da psicanálise, sabermos definitivamente o que é a alma. Esta questão se desdobra para outra de ainda maior valor filosófico: a teoria psicanalítica, *a teoria que trata do humano* – e, assim entendida, podendo estender-se para a educação, assim como para a política – pode ser científica?

A posição de Castoriadis (1987) fica clara desde o início, quando ele afirma que a psicanálise – tal como ele a entende[34] – não vem trazer soluções para tais aporias, antes, pelo contrário, vem agravá-las e multiplicá-las. O humano é definido então como o campo onde não se é possível chegar a respostas que encerrem questões de uma vez por todas, onde não é possível encontrar soluções definitivas e absolutamente definidoras.

A psicanálise é apresentada como atividade pela qual seu objeto produz sentido, atividade que faz com que seu objeto fale e que pressupõe a implicação de dois sujeitos em um projeto de transformação; atividade "de um sujeito como sujeito para com um sujeito como sujeito" (CASTORIADIS, 1987, p. 40). A implicação do analista no processo de análise é permanente e essencial, porque também ele é constantemente afetado e transformado por este processo, tanto em seu saber (que o sustenta) quanto em sua prática. Nas palavras de Castoriadis (1987): "o analista é implicado na análise [...] não só porque o seu saber se modifica, mas porque, como esse saber virtualmente lhe diz também respeito, ele não pára nunca a autotransformação começada com a sua própria análise" (p. 40).

Estas considerações também se aplicam, é evidente, para pensarmos a educação ou, para tomá-la em termos mais amplos, como procuramos pensar aqui, a formação humana. A transformação também aqui é o objetivo que define a atividade, e ela só é possível se os dois elementos envolvidos neste processo aí estão como sujeitos. O educador, ou agente da formação, está implicado como sujeito nesta prática, ou pelo menos assim o é a partir do momento em que ele dá a autonomia como finalidade de seu trabalho, e que a autonomia do outro diz respeito também à sua própria. Mais do que um paralelo entre os campos de saber e de prática ligados a diferentes dimensões do humano – o psicológico, o cognitivo, o social -

[34] Esclareço que me refiro aqui não à Psicanálise, em uma tentativa de unificá-la, mas ao modo como Cornelius Castoriadis a entende e ao modo como a utiliza. Tal ressalva se faz necessária uma vez que a psicanálise definitivamente não é una, havendo uma enorme gama de leituras do legado de Freud, muitas vezes radicalmente diferenciadas entre si, e, especialmente, no que se refere aos usos que delas são feitos. Voltarei a este assunto algumas vezes ao longo do texto, quando for oportuno.

Castoriadis (1987) fala da imbricação existente entre eles, da impossibilidade mesmo de pensá-los separadamente.

A autonomia como finalidade define um determinado posicionamento ético e político do educador, um posicionamento coerente, acredito, com uma perspectiva democrática. A proposta de uma pedagogia da autonomia foi firmemente defendida, por exemplo, por Paulo Freire (1996), um educador radical em suas posições éticas e políticas. Não tomo radical aqui por uma característica pejorativa – como imagino que alguns possam supor, uma vez que assim parece vir se difundindo mais hegemonicamente –, considero-a, ao contrário disso, extremamente necessária em tempos como os nossos, em que as utopias andam tão radicalmente esvaecidas. A posição de Freire (1996) aproxima-se neste sentido da de Castoriadis (1987), quando aquele advoga que não existe docência sem discência, defendendo também, assim, que os envolvidos neste processo precisam aí estar enquanto sujeitos. Ensinar não é transferir conhecimento, segundo Freire (1996), que sustenta que esse saber – da autonomia – precisa ser vivido também na relação entre aquele que o está ensinando e aquele que aprende.

Para a atividade da formação, tanto quanto para a psicanálise, retornando ao pensamento de Castoriadis (1987), o conhecimento teórico, em virtude dessa condição que envolve o humano, não é suficiente. "O analista tem principalmente necessidade de seu saber para não lançar mão dele, ou melhor, para saber o que não deve ser feito, para atribuir-lhe o papel do demônio de Sócrates: a injunção negativa" (p. 41). Isto porque um saber que se pretende sobre o humano nunca será absolutamente preditivo; a teoria ajuda a pensar nas interrogações, mas sobretudo para colocá-las em movimento, a produzir desestabilizações, tal como o *demônio de Sócrates*. A análise – e, volto a dizer, a educação, assim como a política – não são a aplicação de um saber que existiria previamente; estes, antes de campos de saber, são campos de uma prática humana. Atividades prático-poiéticas, como prossegue Castoriadis (1987):

> O ergon da análise – como o da pedagogia, como o da política – é uma energeia inexistente anteriormente, e esse ergon é daqueles que a natureza está na impossibilidade de realizar. Não simples atualização das faculdades do indivíduo, atualização de uma potência que pré-existiria em ato, mas atualização de uma potência de segundo grau, de um **poder poder ser**. A análise, como auto-transformação, é uma atividade prático-poiética (p. 41, grifos meus).

A finalidade não está, portanto, nem na atividade em si (práxis como atividade que tem um fim nela própria, que não se mede por um produto, mas por ela própria), nem em uma obra exterior ao agente (*poiesis* como arte, fabricação, com finalidades exteriores, com um produto determinado). É nesta tensão que Castoriadis situa a psicanálise, a educação e a política, atividades que instauram um "poder poder ser", a possibilidade de se dar novas naturezas, de poder criar para si diferentes e novos modos de ser. A autonomia consiste, assim, em poder se dar outras possibilidades, outros destinos.

A educação, a psicanálise, a política, não são, desta maneira, simples teorias, mas atividades que fazem com que seu objeto fale, se exprima, atividades que produzem o seu objeto, e que produzem, portanto, sentido. Falar do homem é falar de criação de sentidos, criação que não pode ser formalizada em regras determinadas, uma vez que não há uma "lei geral" da criação de sentidos. A criação de sentidos não pode ser, assim, generalizável, ela é da ordem do particular, e o lugar da invenção do sentido é na prática. Os sentidos são construídos nas condições de seu engendramento, nos agenciamentos cotidianos das práticas. Por isso a aplicação do modelo de conhecimento científico não se justifica, porque não há uma "ciência do sentido", não é possível formular um conceito abstrato e universal do que se dá de forma encarnada e sempre particular. Se para a ciência estudar o fenômeno é isolá-lo, no campo do humano isto significa matar o objeto (CASTORIADIS, 1987).

Mas, apesar de não haver formalização possível para a atividade que produz sentido, a teoria não deixa de ser a busca por uma formalização, esta é a tensão que ela precisa habitar. O homem não pode ser pensado a partir de um conceito de homem, mas a partir de *um* homem, sob pena de se restringir sua autonomia. O esforço teórico consiste, no entanto, na tentativa de projetar sobre uma universalidade algo que só se manifesta como singular; o universal abstrato – tal como buscado pela ciência – é carente de sentido, mas há algo suspenso entre a universalidade e a singularidade, entre o indivíduo e a espécie; é disso que falamos quando falamos do homem.

Esta mesma linha de pensamento pode ser identificada nas reflexões de Castoriadis (1991) sobre outros aspectos do humano, sempre em busca da dimensão de complexidade intrínseca a este campo. Ele sustenta, por exemplo, a individuação e a socialização como um único e mesmo fenômeno, assim como a imbricação entre o sensível e o racional, o cognitivo e o afetivo, alertando para a impossibilidade de pensar tais pares separadamente. Considero este último "casal" especialmente relevante para a reflexão sobre a formação do trabalhador de saúde mental, uma vez que esta, em geral, é pensada de um ponto de vista estritamente racional e cognitivo. É fundamental que se os afetos mobilizados na formação e no trabalho

em saúde mental sejam levados em conta, pois esta dimensão também vai compor os modos de relação que serão estabelecidos no trabalho. Ao pensar sobre a formação, é preciso abarcar, portanto, também esta dimensão afetiva. Voltaremos a esta discussão um pouco mais adiante, com o aporte das reflexões de Emerson Merhy acerca do trabalho em saúde.

Podemos dizer que a educação, a psicanálise e a política são pensadas por Castoriadis (1987) como atividades de construção de sentido; construção, porque se trata de um sentido que não está dado, e que deve então ser pensada como um projeto. Em uma perspectiva democrática, como já afirmamos, o projeto que define tais atividades é um projeto de autonomia, que, para Castoriadis (1987), implica dar ao homem condições de auto-alteração.

Pensar o homem como um projeto é pensar, assim, em sua capacidade de se interrogar e se transformar, o que é condição também para uma construção coletiva. A possibilidade de construção de si é possibilidade de participação também em uma construção comum, como a construção democrática[35]. Falar do homem em uma perspectiva democrática é, portanto, poder falar nesse projeto, que não pede que se abdique da singularidade para pensar em uma construção coletiva.

O que significa adotar a democracia como perspectiva para a formação humana? Como pensar, mais especificamente, uma formação para trabalhadores em saúde mental que tenha a democracia e a desinstitucionalização como perspectiva? A discussão em que Castoriadis nos lança é fértil para o campo de questões em que nos encontramos em muitos aspectos.

No que diz respeito à loucura, como já mencionado, o que houve foi a construção de um sujeito como objeto, e foi a partir desta perspectiva que os modos hoje hegemônicos de relação com o louco foram estabelecidos, de modo que *tratar o sujeito como sujeito*, reaver a possibilidade de participação em algo que é comum, faz-se uma perspectiva fundamental, mas certamente não natural, um modo de relação a ser construído. A criação da liberdade, de um espaço de deliberação e da possibilidade de auto-determinação, prerrogativas da atividade analítica tal como descrita por Castoriadis (1987), constituem-se, nesta medida, absolutamente centrais no trabalho em saúde mental. Mas, e seguimos com Castoriadis (1991), assim como não podemos pensar em um processo de individuação independente da socialização – e o contrário tampouco, visto que se trata de um processo único e permanente – esta perspectiva não pode ser pensada estritamente do ponto de vista do indivíduo; há que se tomá-la também, e inextrincavelmente, como um processo social. É nesta tensão que se situa a

[35] Podemos aproximar estas reflexões às de Michel Foucault (2006) sobre a articulação de uma determinada ética à liberdade e ao cuidado de si. Voltaremos a este assunto um pouco mais adiante.

desinstitucionalização, definida como um *processo social complexo* e envolvendo, desta forma, a sociedade de modo geral, os próprios loucos e aqueles que deles cuidam.

A idéia de desinstitucionalização pode ser pensada, neste sentido, como derivada deste projeto de democracia, como uma das formas que a luta pela democratização da sociedade assumiu. É possível estabelecer um paralelo entre a atuação do trabalhador de saúde mental e a prática da formação humana em uma perspectiva democrática, já que em ambos os casos o que se visa é à construção de uma autonomia, e reinstauração da possibilidade de questionamento, de si e daquilo que se encontra instituído. Para que isto se dê, no entanto, é preciso que isto que se pretende instaurar na relação com o louco, com o usuário dos serviços de saúde mental – o sujeito em questão – se atualize também, e talvez esta seja mesmo uma pré-condição para isso, na formação do próprio trabalhador de saúde mental. Pois, como dizíamos, *tratar o sujeito como sujeito* não é uma perspectiva natural e, pelo contrário, não foi o modo de relação hegemonicamente construído pela psiquiatria desde o seu nascimento. Trata-se, portanto, de uma escolha, ética e política, escolha a ser no mínimo refletida na formação dos agentes em questão. Como pensar uma formação que viabilize esta construção como um projeto comum? Como partir de uma autonomia inexistente para uma autonomia de fato?

Esta me parece uma questão a ser pensada tanto no âmbito das relações com os usuários como das relações com/entre os trabalhadores. A atuação do profissional em saúde mental está ligada à produção, à reinstauração de um *poder poder pensar* – de aprender a aprender, poderíamos retomar aqui. Ele só poderá atuar isso na relação com quem ele cuida se esta for uma exigência da sua própria formação, se este tiver sido e for um princípio presente nas suas outras relações, relações que também o constituem como sujeito, como autônomo ou não. A formação do trabalhador deveria constituir, desta forma, parte essencial das políticas públicas em saúde mental.

Como já mencionado, a atuação no campo da saúde mental não tem sido, de uma maneira geral, especialmente privilegiada nas grades curriculares dos cursos superiores em que se formam os diferentes trabalhadores do campo, sejam eles psicólogos, médicos, enfermeiros etc. Muitas vezes quando isso acontece, seja na formação acadêmica ou nos variados cursos técnicos ou especializações a formação acaba sendo pensada em um âmbito estrita ou prioritariamente *técnico*, seja através de um referencial psicopatológico tradicional,

ou, mais recentemente, de um certo uso da psicanálise[36], apropriada - em uma perspectiva diversa da que viemos apresentando até aqui - como um novo modelo de entendimento para a loucura. Utilizada de modo tão totalizante quanto a velha psiquiatria, a psicanálise passa a oferecer as novas categorias segundo as quais os sujeitos serão descritos, estabelecendo, assim, um novo regime de verdade sobre eles. A psicanálise vem se difundindo no campo da saúde mental pública, e pode acabar sendo tornada, em uma perspectiva diferente da que buscamos aqui, como a nova teoria que vai dar conta da questão da loucura, decifrando-a a partir de suas novas (mesmo quando mais amplas) categorias, cifrando-a, tal como fez a psiquiatria. No lugar dos intoleráveis F.20, F.70 etc. (códigos para os transtornos psiquiátricos contidos no CID X – Classificação Internacional de Doenças), os sujeitos passam a ser descritos em termos de "não-resolução do complexo de Édipo" ou "foraclusão do Nome-do-Pai", e o trabalho em saúde mental fica restrito ao "manejo da tranferência", reduzindo, a complexidade da questão à dimensão *clínica*. Este ponto será retomado no capítulo seguinte.

Podemos retomar, então, algumas das questões colocadas no início deste trabalho: é possível pensar a formação para o trabalho em saúde mental como uma formação exclusivamente técnica? Afinal, recuperando Basaglia (2005), como pensar tecnicamente mudanças nas relações interpessoais? Ou, recuperando Castoriadis (1987), como reduzir a transformação, como finalidade, um projeto de autonomia, a uma técnica? Como abarcar neste processo, uma dimensão ética e política?

A indagação acerca do papel que deve ser concedido à formação técnica nos leva a pensar, em contrapartida, na importância que deve ser concedida à prática como espaço de formação no trabalho em saúde mental. Penso que muitos aspectos da prática em saúde mental só podem ser pensados / construídos mesmo no âmbito dos serviços e das equipes. Chegamos, finalmente, à principal justificativa para o recorte escolhido para a abordagem da questão da formação.

Se o que se pretende é escapar das respostas tradicionais ou estereotipadas, é preciso que, no cotidiano de um serviço, cada resposta possa ser pensada a partir de cada situação. O sentido de "tratar um sujeito como um sujeito" somente se institui na relação com um sujeito, pela possibilidade do técnico se ver questionado pelo paciente e restaurar, como diz Basaglia, a reciprocidade desta relação. Se a reciprocidade é um princípio, é preciso, entretanto, que ela se estabeleça em todos os planos, a ética que rege as relações com a loucura, como já fizemos

[36] Não pretendemos efetuar aqui uma cisão entre teoria e prática. Entendemos que uma teoria também é o uso que dela é feito. Isto não impede, entretanto, que apropriações outras, não hegemônicas, também possam se estabelecer e ser potencializadas.

menção, não se destaca daquela que rege as relações de trabalho. Como vimos com Castoriadis (1987), a prática é o lugar da construção do sentido. Se afirmamos que não é uma teoria única e totalizante, mas uma ética, o que deve orientar o trabalho em saúde mental, esta ética não está dada a priori, e quem vai construí-la é aquele que se pergunta como vai agir eticamente. Voltaremos mais adiante a esta discussão.

A discussão em equipe vai possibilitar uma reflexão conjunta acerca das respostas dadas – ou até mesmo, muitas vezes, que estas sejam construídas conjuntamente pela equipe - de modo que, progressivamente, se possa extrair, da própria prática, princípios que a balizem de modo mais geral, sem nunca abdicar, entretanto, de um caráter de permanente construção. Instituir um espaço de reflexão e auto-questionamento, em que seja possível construir coletivamente o sentido do trabalho, pode qualificar, desta forma, a formação que se instaura no próprio processo de trabalho.

Além da reunião de equipe, a supervisão institucional também pode ser um espaço fértil para viabilizar tal construção. Supervisão não como lugar em que se encontrem respostas prontas, mas, pelo contrário, em que se interrogue sobre as respostas dadas e se possa refletir sobre elas, na presença de um olhar externo ao serviço e à equipe. Que possa contribuir para sustentá-las, inclusive, muitas vezes, em seu caráter de não-resposta, no sentido proposto por Maria Rita Kehl (2002), conforme veremos ainda neste capítulo.

Esta certamente não é uma construção que parte do zero, que não pode nem deve prescindir do vasta gama de experiências já acumuladas historicamente no campo da saúde mental e mesmo dos saberes e especialidades das várias disciplinas que o compõem. A própria Reforma constitui, neste sentido, um horizonte ético previamente estabelecido, um importante norteador das práticas. Não se trata, assim, de abdicar das mais variadas teorias – seja em cada saber específico, seja em um saber comum –, mas de fazer delas um uso crítico e não totalizante, reconhecendo-as como possíveis ferramentas de intervenção, mas não como um espelho da realidade, tal como já propôs Deleuze, no famoso diálogo com Foucault (1979).

A instauração de um espaço de reflexão e auto-questionamento - tomada aqui como um caminho possível no incremento do ambiente de trabalho como ambiente formativo - é algo, entretanto, que exige tempo e investimento. Como tais condições podem ser pensadas no quadro de extrema precariedade em que se encontra o trabalho em saúde? Como pode se estabelecer um espaço de reflexividade em um ambiente marcado pela lógica de

procedimentos[37], em que a produtividade é a principal medida? Onde equipes cada vez mais reduzidas dispõem de recursos cada vez mais parcos para dar conta de quantitativos cada vez maiores de usuários? Equipes cujos técnicos precisam necessariamente se desdobrar em, no mínimo - e na melhor das hipóteses -, dois, três serviços, trabalhando muitas vezes até 60 horas semanais e em condições de desgaste afetivo considerável?

O que se observa, assim, é uma perda crescente do poder instituinte no campo profissional da saúde mental, que produz um conformismo e um esvaziamento do sentido do trabalho, diminuindo e arrefecendo, assim, sua potência de transformação, a própria crença na possibilidade de interferência no mundo.

Acredito que a reflexão sobre a formação do trabalhador de saúde mental não pode estar desatrelada, neste sentido, de uma discussão que englobe também os processos de trabalho em jogo. Emerson Merhy (1997, 2004, s/d), em um caminho longo de estudos sobre o trabalho em saúde, problematiza alguns destes aspectos a partir da noção de "micropolítica do trabalho vivo". Merhy (s/d) argumenta que as transformações nos modelos assistenciais em saúde dependem antes da produção de saúde que acontece no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho do que de normas gerais que as regulamentem. Neste sentido, o autor defende que

> Para além dos instrumentos e do conhecimento técnico, lugar de tecnologias mais estruturadas, há um outro, **o das relações**, que tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado. Partimos do pressuposto que **o trabalho em saúde é sempre relacional**, porque depende de Trabalho Vivo em ato, isto é, **o trabalho no momento em que este está produzindo**. Estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, essas podem se dar como relações intersessoras, estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde (MERHY, 2002). A estas, chamamos de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que as coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado. Às tecnologias inscritas nos instrumentos identificamos como tecnologias duras, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos de saúde, e ao conhecimento técnico identificamos uma parte dura (estruturada), e outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado (MERHY, 1997) (MERHY, s/d, p. 5-6).

[37] Atual lógica de financiamento do Sistema Único de Saúde, segundo a qual os recursos recebidos equivalem a procedimentos realizados - consultas individuais ou grupais, oficinas, visitas domiciliares etc.

O processo de trabalho em saúde é discutido por Merhy assim a partir de ferramentas conceituais como as noções de Trabalho Vivo, Trabalho Morto, tecnologias leves e duras, a partir das quais afirma a relação intrínseca entre o que se passa na assistência e os processos de trabalho que lhe dão corpo[38]. O processo de trabalho em saúde é composto, segundo o autor, por um quantum de Trabalho Morto, que são os instrumentos de trabalho, aquele para o qual algum trabalho vivo já foi operado anteriormente, e o Trabalho Vivo, o trabalho em ato, campo das tecnologias leves, conforme descrito acima. O autor chama de Composição Técnica do Trabalho a correlação de forças entre Trabalho Vivo e Trabalho Morto envolvida em um processo de trabalho.

A presença de Trabalho Vivo é essencial na produção do cuidado em saúde, sem ela não há possibilidade de se produzir uma assistência onde haja vida a ser ofertada. Mas o que torna o trabalho vivo? Que elementos estão em jogo na produção de um "Trabalho Vivo"? O Trabalho Vivo, como descreve Merhy, está diretamente relacionado ao campo das relações, ao que se produz no encontro entre as pessoas, na dimensão do novo, do imprevisto, do que pulsa, da vida. Pressupõe, portanto, uma abertura ao encontro.

A possibilidade desta abertura vai depender, entretanto, de condições ligadas ao ambiente e às relações estabelecidas no trabalho, da possibilidade de encontro também pelos trabalhadores em outras "direções". Encontro com a equipe, com a chefia, com seus pares, com os "mestres" que são eleitos pelo trabalhador no mundo de seu trabalho. A qualidade das relações de trabalho também produz efeitos importantes, então, para a formação dos trabalhadores. As reflexões de Merhy nos levam à conclusão de que há também uma dimensão afetiva envolvida em um processo de formação.

A discussão sobre o que chamo aqui da dimensão do afeto e do cuidado no que se refere aos processos de trabalho em saúde, e especificamente de saúde mental, é algo a ser destacado das reflexões de Merhy (2004). Neste artigo, o autor sugere a imagem do olho do furacão para representar o modo como vê o trabalho a ser realizado nos Centros de Atenção Psicossocial, como espaços que prometem fazer a crítica do modelo manicomial e se fundar como lugares de construção de práticas alternativas e substitutivas a este. Adjetivando como uma missão gigantesca o trabalho a ser realizado nos CAPS, Merhy (2004) pauta o que identifica como alguns dos conflitos e desafios envolvidos nesta empreitada.

---

[38] A discussão sobre a vinculação entre o que se passa no processo de trabalho e a assistência nos levam à pensar na imanência também entre as dimensões da clínica e da gestão (RUIZ, 2003), como veremos com mais detalhes em seguida.

A problematização dos processos de trabalho, formadores destes trabalhadores, é tida como um ponto central na construção destas novas práticas:

> [...] Este trabalho humano tem que ser **portador de capacidade de vivificar modos de existência interditados e anti-produtivos**, tem que permitir que **vida produza vida**, implicação última de qualquer trabalho em saúde, enquanto trabalho que opera na sua dimensão tecnológica, centralmente, modos em ato de trabalho vivo, que podem e devem [...] adquirir sentido na medida em que sua "alma" seja a produção de um cuidado em saúde dirigido para ganhos de autonomia e de vida dos seus usuários. **Para quem a vida, como utilidade, faz muito sentido** (p. 5, grifos meus).

A fabricação de novos coletivos de trabalhadores é sem dúvida um dos maiores desafios nesta empreitada. Trabalhadores engajados na produção de vida e na interdição da morte manicomial, cuja micropolítica do trabalho esteja centrada na produção de um trabalho vivo, como bem diz Merhy. A vida fazer sentido, a vida como princípio, me parece uma formulação muito importante para a construção de uma ética para o trabalho em saúde mental.

O autor defende que a postura a ser adotada diante de tais desafios deve ser contrária à reprodução de modelos fechados e receitas prontas para a construção dos novos serviços, usufruindo da dúvida e das experimentações como elementos positivos e diferenciais com relação às práticas manicomiais. A possibilidade de experimentação é um dos aspectos a vivificar o trabalho. Esta posição, que se encarna em um "fazer coletivo solidário e experimental" (MERHY, 2004, p. 4), vai contribuir para que estes se tornem espaços de produção de vida e interdição da morte, possibilitando a presença do Trabalho Vivo em ato, como defende o autor. Esta "aposta", "alta", segundo nosso interlocutor, não se sustenta, entretanto – e é neste ponto precisamente que gostaríamos de chegar – sem que algumas condições se façam presentes:

> Apostar alto deste jeito é se permitir usufruir de ser lugar do novo e do acontecer em aberto e experimental, é **construir um campo de proteção** para quem tem que inventar coisas não pensadas e não resolvidas, para quem tem que construir suas caixas de ferramentas, muitas vezes em ato, **para quem, sendo cuidador, deve ser cuidado** (MERHY, 2004, p. 5).

O cuidado com o trabalhador se coloca, então, como um ponto fundamental para a discussão sobre o cuidado que é oferecido em saúde mental[39]. E um aspecto central também,

---

[39] Podemos notar aqui também uma certa aproximação ao pensamento de Castoriadis, quando afirma que só pode tratar como sujeito aquele que também o foi enquanto tal. Da mesma forma, só pode oferecer cuidados

portanto, podemos acrescentar, se vamos discutir a sua formação. Que tipo de cuidados pode ofertar quem se sente exaurido e descuidado? Como ofertar vida quando se sente a própria vida sugada e tomada por processos de trabalho, em muitas medidas, mortificantes?

As noções de alegria e alívio são introduzidas por Merhy (2004) como ferramentas para pensar sobre este campo de questões. A alegria é tratada por Merhy como um analisador das práticas em saúde mental. Merhy escreve aqui, vale esclarecer, a partir da experiência que desenvolveu com alguns coletivos de trabalhadores da rede de saúde mental de Campinas. A alegria a que o autor se refere tem o sentido spinoziano, que remete para a produção de vida, para a criação, para a expansão. A alegria em Spinoza é definida como todo o afeto que envolve o aumento da potência de agir (Deleuze, 1978). O autor a toma de empréstimo do filósofo para sugerir que somente uma equipe de trabalhadores alegres pode estar implicada em um agir antimanicomial.

A noção de alegria é tomada por Merhy como um analisador das práticas realizadas pelos trabalhadores, no sentido de, através da análise desta em sua dobra (alegria/tristeza), poder remetê-los a discussões sobre seus processos de trabalho e as implicações envolvidas. O coeficiente de alegria de uma equipe, neste sentido, seria um indicador, segundo Merhy, da luta travada por aquele coletivo contra a tristeza e o sofrimento, afetos, ainda com Spinoza, que traduzem uma diminuição da potência de agir. A discussão sobre a presença/ausência destes afetos no cotidiano de trabalho, é a ferramenta utilizada pelo autor para promover a reflexão sobre os processos de trabalho em curso. O relato acerca da operacionalização destas idéias é valioso:

> Tenho experimentado isso com grupos de trabalhadores e me instigado a idéia de que há que se instituir como parte do cotidiano, além das supervisões institucionais e clínicas, arranjos auto-geridos pelos trabalhadores que lhes permitam re-ordenar suas tristezas e sofrimentos, realizando, inclusive, auto-cuidado de si como cuidadores. **Arranjos que os desloquem, mas os recoloquem, do fazer cotidiano que lhes consome em vida e em ato,** como se fosse um ser antropofágico. Situação não difícil de entender em processos de trabalho que se alimentam do trabalho vivo em ato, como qualquer agir em saúde (MERHY, 2004, p. 11).

A exaustão do trabalhador e seus efeitos para o trabalho são evidenciados pelo autor, uma constatação inevitável. A *combustão*, como prefere Merhy, do trabalhador e da equipe, é

---

aquele que de alguma maneira também foi/ é cuidado, só pode produzir novos sentidos para o viver aquele que tem vida para ofertar (MERHY, s/d).

por ele associada ao alto grau de exploração e alienação dos processos de trabalho em curso, aspectos bloqueadores do trabalho vivo. Engajados em uma produção permanente de novas possibilidades de vida, mas desprovidos de recursos para fazê-lo em seu próprio trabalho, os trabalhadores acabam consumindo para isso a sua própria vida, e como conseqüência exaurindo-se. Provocando, em suas palavras, a "combustão total" "de sua energia vital" (MERHY, 2004, p. 11).

O trabalho em saúde mental não tem sido predominantemente produtor de alívio para aqueles que o executam, é o que conclui Merhy. Ao contrário, o alívio frequentemente fica sempre por conta do final do período de trabalho, constituindo-se não como um alívio produtivo, como bem o situa Merhy, mas um alívio-respiração, arrefecedor antes que potencializador. A possibilidade de refazer-se em energia não se atualiza no próprio trabalho – como seria esperado que acontecesse, pensando o trabalho enquanto ato vivo e produtivo –, mas ao seu término, à chegada do final do dia[40].

O enorme número de demandas e situações cotidianas com que lidar tornam o alívio algo a ser engendrado antes nos outros que nos próprios trabalhadores, acirrando sensações de impotência e sufocamento. A angústia com as situações de crise, a sensação de massacre cotidiano, a dificuldade de conciliar as urgências e os compromissos previamente agendados, são somente alguns dos elementos descritos por Merhy como parte deste processo de combustão dos trabalhadores.

É importante destacar que ainda que este seja um aspecto intensamente presente no trabalho em saúde mental – bastante mencionado pelos trabalhadores entrevistados, por exemplo, como veremos – ele certamente não o totaliza. Não se trata de afirmar que nunca há prazer e alívio – estes são elementos em larga medida presentes, como também veremos através das entrevistas realizadas. Até porque acreditamos que sempre há algo que insiste, caso contrário não haveria mais vida, o esgotamento seria absoluto. Trata-se de destacar, entretanto, elementos que vêm se fazendo fortemente presentes no campo de trabalho em saúde mental, e cujos efeitos não podem ser desconsiderados.

Tais aspectos nos levam a pensar que o trabalho em saúde mental não deve ser pensado de maneira desarticulada dos processos de gestão que o conformam. Em sua dissertação de mestrado, que se detém também sobre o campo da saúde mental, Valéria Ruiz

---

[40] Alguns leitores mais desavisados talvez estranhem estas formulações, uma vez que a associação do prazer e do alívio ao final do trabalho, ao que se passa em outras esferas e momentos da vida, é na sociedade de hoje certamente o tipo de produção subjetiva hegemonicamente associada ao trabalho. Esta não é, entretanto, uma realidade "natural", mas, antes, uma produção histórica, tipicamente capitalista, cuja sustentação se dá justamente pela manutenção do trabalho alienado e desapropriado pelo trabalhador.

(2003) apresenta como inquietação que a levou à pesquisa a percepção de uma certa cisão entre gestores e trabalhadores neste campo, bem como entre as práticas da clínica e da gestão. Ruiz (2003) problematiza esta cisão ao longo de seu trabalho, partindo também do pressuposto de que o modelo de gestão e o modo de organização do trabalho produzem efeitos diretos para o tipo de assistência que é oferecido.

A cisão entre concepção e execução do trabalho – de cuja matriz de pensamento deriva a que se instaura entre clínica e gestão, trabalhadores e gestores – é apenas mais uma das divisões operadas na modernidade com o desenvolvimento do capitalismo avançado como mecanismo de desapropriação dos trabalhadores do processo de trabalho. A autora parte então de uma definição das noções de clínica e gestão, situando-as historicamente – a noção de clínica, por um lado, associada ao nascimento do indivíduo e à estrutura do conhecimento médico, e a de gestão, por sua vez, à de administração – para, a partir daí, definir os seus próprios marcos teóricos.

Para que possamos melhor acessar as formulações que mais precisamente nos interessam, é preciso que vejamos então, um pouco mais de perto, os operadores conceituais com que Ruiz (2003) trabalha. A proposta de clínica que é defendida não se restringe aos domínios de uma teoria, afirmando-se, antes, como uma clínica transdisciplinar. Uma clínica que

> ao invés de buscar interpretar os sintomas a partir de saberes previamente configurados, [tem como] interesse central [...] deslocar-se das formas dadas a priori – individuo, doença, sujeito – para os modos de produção de subjetividade, para as circunstâncias que constituem estas formas e os efeitos que são produzidos por tais construções (RUIZ, 2003, p. 49).

A clínica de que fala Ruiz (2003) é, assim, uma clínica que entende sujeito e objeto como efeitos de modos particulares de construção da realidade, que questiona nossa constituição profissional enquanto especialistas e as nossas práticas como instituintes de e instituídas por estes modos. A clínica defendida se afirma pela produção da diferença e pela ênfase em sua dimensão gestionária.

A concepção de gestão proposta por Ruiz (2003), por outro lado, pretende superar o seu limitado entendimento enquanto mera administração, restrita aos especialistas assim habilitados, levando-nos a perceber a dimensão de gestão que sempre está presente em qualquer atividade humana. Utiliza-se, para isto, da noção de **atividade**, que leva em conta o papel dos trabalhadores na produção e a forma como este saber é incorporado ao seu trabalho.

A atividade é o "conjunto de relações comportamentais e simbólicas que o trabalhador estabelece com seu corpo, com suas tarefas, com seus pares, com sua hierarquia e com suas organizações de representação" (RUIZ, 2003, p. 59), é aquilo que é "posto em ação pelo sujeito para executar a tarefa" (idem).

A proposta da autora é, então, de ruptura com esta dicotomização de cuja percepção parte o seu trabalho, uma vez que a idéia que sustenta é que

> [...] o estabelecimento de conexões entre estas práticas poderia ajudar a romper com determinada lógica binária e aprisionadora que separa a clínica da gestão da clínica, o fazer do pensar, o doente do saudável, a academia do mundo do trabalho, e, em última instância, o pensamento da vida (RUIZ, 2003, p. 94).

As práticas colocadas em análise por Ruiz (2003) são por ela denominadas – e, desta forma, assim construídas – como de uma *clínica-gestão*, buscando colocar o foco de atenção não em uma ou em outra, mas justamente neste *entre*, uma vez que o trabalho clínico, como qualquer atividade humana, também implica em gerir[41]. Ruiz (2003) defende uma clínica que não oculte, desta maneira, o seu caráter gestionário, mas, pelo contrário, o afirme, potencializando-o, "ao procurar dar visibilidade à dimensão que tanto se tentou ocultar na modernidade, a da gestão incluída nas atividades" (RUIZ, 2003, p. 65).

A discussão de Ruiz traz alguns elementos interessantes para a reflexão sobre a formação do trabalhador de saúde mental. Ela nos remete para o argumento – e o reforça mais uma vez – de que a posição do trabalhador no processo de trabalho é um elemento que deve ser destacado na discussão sobre a sua formação. A cisão entre clínica e gestão, entre trabalhadores e gestores, fala de uma desapropriação do processo de trabalho pelos trabalhadores e de um processo, em certa medida, de alienação.

Se advogamos uma indissociabilidade entre clínica e política, entre clínica e gestão, os modos de gestão produzem efeitos diretos sobre os entendimentos acerca da clínica que se produz. Traduzindo para elementos mais concretos, poderíamos dizer que é impossível se ter uma relação com o usuário que seja menos normativa quando não se está tendo a menor possibilidade de gestão do próprio processo de trabalho, de reflexão sobre o que se faz. O grau de autonomia e de participação na gestão de seu trabalho, a propriedade do processo de

---

[41] É importante destacar que isto não implica uma subtração de responsabilidades das esferas da gestão e a sua concentração nas atividades dos trabalhadores. Dar visibilidade ao caráter gestionário das ações significa *reconhecer* que a forma de organizar o processo de trabalho e o modelo de gestão adotado produzem efeitos nos trabalhadores e na assistência que é prestada.

trabalho por parte dos trabalhadores, têm efeitos imediatos também naquilo que será o "produto" de seu trabalho, qual seja, na assistência.

A questão da autonomia, já debatida neste texto, se atualiza de alguma maneira aqui também, com uma ênfase importante no que se refere aos processos de trabalho. Notamos que tanto Merhy (2004, s/d) quanto Ruiz (2003) apontam para um certo processo de alienação no trabalho e para uma perda crescente de autonomia por parte dos trabalhadores na saúde mental. O primeiro ao situar o que chama de combustão do trabalhador como fruto de processos de trabalho altamente exploradores e alienadores, a segunda quando denuncia a tendência a se invisibilizar as relações entre clínica e gestão.

Como os trabalhadores têm se situado com relação ao seu processo de trabalho? Neste sentido, ao pensarmos a formação, devemos nos perguntar também sobre que espaços têm sido dedicados à discussão sobre o processo de trabalho nos serviços. Discutir como cada um é como trabalhador, como se posiciona como trabalhador, como entende o processo de trabalho em saúde. O processo de formação está diretamente vinculado, voltamos a dizer, a um processo de subjetivação, um processo de produção de sentidos para o trabalho, é preciso criar dispositivos que sejam, então, dispositivos de subjetivação, de construção desses sentidos e de sua apropriação.

Entretanto, sabemos que a perda do poder instituinte e da possibilidade de interferência em um espaço comum não são fenômenos exclusivos do campo do trabalho em saúde mental; apresentam-se, pelo contrário, como características marcantes da contemporaneidade. O modelo individualista e consumista de homem tem se afirmado cada vez mais fortemente no mundo de hoje, atravessando percursos e conformando modos de vida. O esvaziamento do espaço público e do político, bem como a crescente privatização da vida, são característicos de nosso tempo, produzindo efeitos para as subjetividades e para os modos de se entender e posicionar política e ideologicamente no mundo.

Alguns destes aspectos são discutidos por Maria Rita Kehl a partir do que identifica como uma crise ética da contemporaneidade. Kehl (2002) discute possíveis contribuições da psicanálise para a formulação de novos vetores na construção de uma ética para a vida contemporânea, trazendo elementos que podem contribuir também para algumas das questões que aqui debatemos.

A autora fala na tomada de responsabilidade como possível solução de compromisso entre o sujeito e seu desejo, em que se pode sustentar uma determinada ética, questionando sobre a articulação possível entre alienação e responsabilidade. O psicanalista perguntador,

como ela o define, é aquele que agencia a fala, que procura não oferecer respostas, mas fazer falar.

> [...] a psicanálise não pode ser apaziguadora. Não pode propor nenhuma verdade definitiva sobre a 'natureza humana' e seu bem supremo. [...] trata-se de fazer a análise crítica dessas condições [que produzem a crise ética atual] e [...] mostrar que as coisas não têm que ser necessariamente assim, pois não há uma verdade última que as justifique e sim circunstâncias humanas, de história e de estrutura, que as produziram (KEHL, 2002, p. 34).

A atuação do psicanalista é identificada, aqui, não à produção de respostas ou de verdades, mas à prática da dúvida e à construção da dimensão de responsabilização do sujeito. A instauração de um espaço permanente de questionamento e interrogação, como viemos argumentando, é de grande valia para as reflexões acerca da formação humana, e especialmente no que se refere à formação para o trabalho em saúde mental.

Ao contrário do mandato social que lhe é dirigido – a demanda por explicações prontas e soluções correlatas e instantâneas para as diversas formas de sofrimento psíquico – sua atuação consistiria, segundo Kehl (2002) em fazer emergir verdades singulares sobre os sujeitos em questão. Sustentar um lugar de não-saber se coloca, assim, em um sentido oposto ao ocupado tradicionalmente pela psiquiatria, que reduziu a loucura aos conjuntos de sintomas descritos nos manuais de psicopatologia e transformou os sujeitos em diagnósticos. "Não responder" – de acordo com o mandato social que nos é dirigido – já é, portanto, um passo importante na perspectiva da desinstitucionalização e da construção de uma determinada ética.

A ética como é pensada por Kehl (2002), oferece alguns parâmetros interessantes, uma vez que "[...] não responde a um 'dever conhecer', mas a um 'deixar falar' a verdade do sujeito. Em vez de produzir certezas sobre o ser, a psicanálise surge como uma espécie de prática da dúvida [...]" (p. 74). "O analisando" – o usuário, o paciente, o louco, enfim... -, por sua vez, "é encorajado não a tudo saber, mas a indagar-se" (p. 75), o que o implica tanto em seu tratamento como em sua vida, restituindo-lhe a condição de sujeito. E esta última sentença mantém seu valor se, no lugar do "analisando", mencionarmos o "trabalhador de saúde mental", pensando na sua formação.

A ética também se dá por um esforço por parte do técnico em buscar aproximar seu olhar ao do usuário, na tentativa de minimizar os riscos de impor a este seu ponto de vista, e de, assim, instaurar nessa relação a possibilidade de uma construção conjunta dos percursos a

serem percorridos - no “tratamento”, mas também na vida, e, mais uma vez, não um espaço de oferecimento de respostas ou soluções. Experimentar essa possibilidade – de autonomia e reflexividade – no espaço do tratamento pode ser, assim, um caminho (ou, ao menos, parte de um) para experimentar uma autonomia também em outras esferas da vida.

Para Foucault (2006) é justamente à possibilidade do sujeito se apropriar dos destinos de sua vida que uma determinada ética se articula. A ética como reflexão sobre os modos de existência refere-se tanto às relações com os outros quanto às relações consigo próprio, e para Foucault (2006) ela está intimamente ligada à liberdade, a uma ampliação do grau de liberdade com que se vive, que depende da construção de uma estética da existência, de uma arte de viver (NARDI e SILVA, 2005).

A ética como prática reflexiva da liberdade tem nesta estética um dos seus elementos indispensáveis. Estética não como sinônimo de beleza, mas de um exercício da sensibilidade, de um deixar-se afetar pelo mundo (e pelo outro) (NARDI e SILVA, 2005). Foucault (2006) recorre ao mundo antigo para compor suas reflexões sobre esta ética buscando anteceder ao momento cartesiano que separa radicalmente os processos de busca da verdade daquele da experiência de transformação de si.

Liberdade e cuidado de si são então associados pelo autor na perspectiva da construção de uma ética. No mundo greco-romano, “o cuidado de si constituiu, [...] o modo pelo qual a liberdade individual [...] foi pensada como ética” (p. 267). Ainda que Foucault não transmute para os dias de hoje o pensamento que se forja neste período, reconhece nele importantes potencialidades que o ajudam em suas reflexões.

A ética é pensada por Foucault, nesta perspectiva, como a prática refletida da liberdade, a forma refletida assumida pela liberdade. A prática da liberdade se dá através do cuidado de si, que é, simultaneamente, cuidado do outro, sem que se possam dissociar estas dimensões. Do mesmo modo como vimos com Castoriadis (1987), a prática da liberdade aqui também está na capacidade do homem em se interrogar e se transformar, o que é ao mesmo tempo condição para uma construção coletiva. A possibilidade de construção de si é possibilidade de participação também em uma construção comum, como a construção democrática. A prática da liberdade depende então de que se ocupe de si mesmo, que implica uma dimensão de auto-conhecimento e auto-questionamento, de superação, de formação (que é transformação).

Entendemos que uma determinada discussão ética deva se construir como grande balizador do trabalho em saúde mental, antes mesmo de quaisquer campos de teorização[42]. A construção de um sentido ético para o trabalho nos ajuda a pensá-lo de modo a escapar das respostas prontas e tomá-lo como um espaço de construção de sentido, de sentidos novos e mais livres das construções historicamente marcadas sobre a loucura. A discussão sobre esta ética é essencial e certamente não se esgota nesta etapa do trabalho. Alguns elementos já foram esboçados neste sentido e outros ainda se desdobrarão pelo caminho que temos pela frente, sem que tenhamos a pretensão de esgotar neste trabalho tais reflexões. Até porque a ética deve manter-se presente como discussão para que mobilize um caminhar, e não para que se torne um caminho...

.

[42] Sem que estes estejam por isto excluídos, o que queremos destacar aqui é a importância da articulação destas ferramentas com o campo estar necessariamente associada e, em certa medida, antecedida, por esta discussão ética a que nos referimos.

CAPÍTULO 4

A FORMAÇÃO NO CAMPO:
CONVERSANDO COM ALGUNS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL

1. Considerações preliminares

Como já mencionei no início deste trabalho, sempre tive mais facilidade de escrever sobre coisas vividas do que sobre assuntos teóricos. Tenho mais gosto, eu acho, por narrar histórias, por contar coisas que aconteceram – principalmente coisas de que eu participei –, pensar a partir das coisas que aconteceram. Acho isso mais fácil do que falar de pensamentos "puros"...

Talvez isso seja um problema para um trabalho como este, uma dissertação pede uma formalidade maior, pede normalmente que se fale na terceira pessoa, e não na primeira como costumo preferir. Mas, na dificuldade de começar a escrever – sobre a qual, aliás, sempre se fala tanto... – resolvi deixar-me levar novamente aqui por esse caminho para tentar tornar mais fácil esse começo, talvez pra tornar possível.

Começo a escrever esta etapa na madrugada de um domingo de janeiro, final do mês, já perto do carnaval. Falar desse contexto não é mera retórica por não saber por onde começar. Hoje aconteceu o desfile do "Tá pirando, pirado, pirou!", bloco de carnaval organizado por trabalhadores, usuários e familiares de saúde mental, que há quatro anos desfila na zona sul do Rio de Janeiro, agregando a loucura pelas ruas da cidade, com muito samba e muita poesia. Um dos acontecimentos de hoje em dia mais importantes da Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro, na minha opinião. Pílulas de felicidade eram empunhadas como alegorias, fantasias eram trocadas, e da mesma forma identidades. Na animação do bloco e do carnaval a preocupação em saber quem é doido e quem não é parece se esvair, a loucura rompe a clausura da psiquiatria e se mistura nas ruas, na cidade. Um acontecimento que traduz muito do que eu entendo pela essência da Reforma[43].

---

[43] Alguns outros aspectos justificam também este início. Uma coisa que me causou um certo incômodo nesse contato com a academia foi a sensação corriqueira de um certo afastamento da vida. Reflexões muito sofisticadas, tentando sempre dar conta da complexidade da vida, mas muitas vezes muito afastadas dela. Digo isso não por querer fazer uma crítica que – falando assim, de uma maneira pouco aprofundada – pode até soar leviana, mas porque isso é algo de que gostaria de tentar escapar neste trabalho. A já referida proposta de uma análise das implicações, cunhada pela Análise Institucional, tenta fazer frente à busca por uma suposta "neutralidade" – discurso presente nas ciências de maneira geral –, através da incorporação no texto de aspectos relativos ao contexto da escrita, normalmente alijados em nome desta neutralidade. É neste sentido também que procuro incorporar tais elementos, mais "contextuais", a este texto.

O carnaval representa o momento da festa, de produção de vida, de suspensão dos lugares instituídos. Essencial para a reinvenção dos nossos papéis sociais, como bem dizem Rotelli, De Leonardis e Mauri (2001):

> O problema não é cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa. E por isso a festa, a comunidade difusa, a reconversão contínua dos recursos institucionais, e por isso solidariedade e afetividade se tornarão momentos e objetivos centrais na economia terapêutica (que é economia política) que está inevitavelmente na articulação entre materialidade do espaço institucional e potencialidade dos recursos subjetivos (p. 30).

Na festa não tem doutor, não tem doido... Tem corpos dançando, pessoas se divertindo; pouco importa se psiquiatras, pacientes, porteiros. O carnaval é essa grande festa, que ajuda a diluir esses lugares, onde todos são simplesmente foliões, onde mais facilmente podemos ver as coisas ainda *inominadas*, as *palavras livres de gramáticas*. É a possibilidade da convivência dispersa, da afirmação da solidariedade, da circulação da afetividade. É a atualização da imanência entre economia terapêutica e política.

No bloco encontro, animadíssimos (assim como eu, diga-se de passagem), vários trabalhadores que entrevistei para a dissertação, e passo parte do bloco junto a eles. Já conhecia, ao menos de vista, vários dos entrevistados, e o contato na entrevista ocasionou uma aproximação um pouco maior. Em certo momento, uma das trabalhadoras – uma das mais tímidas durante a entrevista, vale observar – vira-se pra mim entusiasmada e diz: "quem não gosta de farra não faz bem esse trabalho...". Rimos de acordo e seguimos tentando decorar a letra do samba.

O que parecia apenas uma frase solta no meio de um bloco do carnaval continuou ecoando na minha cabeça, até que horas depois pensei ter compreendido por quê. Tive a sensação de que aquela frase talvez falasse mais daquela pessoa e do que entende pelo seu trabalho do que tudo o que havia me dito durante toda a entrevista. Achei então que, mesmo que não tenha sido algo colhido "no campo", não podia deixar de registrá-la aqui, e que havia alguns bons motivos para inaugurar com ela esta etapa do trabalho.

A frase de Bárbara[44] tem um componente de humor que sem duvida é uma característica particular sua, que provavelmente não pode ser generalizada para todos os

[44] Nome fictício, assim como os outros por que chamarei os demais entrevistados. Alguns dados das entrevistas poderão ser ligeiramente alterados, com o cuidado de preservar o conteúdo, a fim de garantir o anonimato dos entrevistados e dos serviços em questão.

trabalhadores com quem conversei[45]. Mas acho que de uma forma um pouco sutil ela fala de algo que encontrei com bastante força neste universo de pessoas. O trabalho na saúde mental apareceu na fala de todas as pessoas com quem conversei como um trabalho muito pleno de sentido. Sentido que envolve certamente diversas coisas, mas, falando bem simplesmente – e, aqui, através da fala de Lara, uma outra entrevistada – um sentido dado antes de tudo "por um gostar". Não sei se como causa ou efeito disso, a possibilidade de se divertir com o trabalho, um envolvimento aparentemente prazeroso com o trabalho, me parecem ser também características bastante presentes.

> *Você falou de um sentido dado pelo gostar, né?*
>
> Isso, tem a ver com um gosto.
>
> *Mas é um gostar... O quê que você gosta...? É um gostar do quê, o quê você vê no trabalho?*
>
> Eu acho assim, Daniela, **a Reforma, ela teve gente que *sonhou*, muito, com isso, eu acho que a reforma tem uma historia de pessoas que tinham posições, uma posição *política*, mas também assim *de sonho*, "eu quero algo melhor do que isso aí", daquele cenário, do que era, e tal. E eu acho que o gostar tem um pouco a ver com isso. É uma relação com o trabalho que não é só.... Tem gente que tem uma relação com o trabalho que é: isso aqui é o um trabalho e o meu gostar é outra coisa.** Eu escuto amigos falando assim pra mim, ah, o meu trabalho é o meu trabalho, é o que vai me dar o meu sustento pra fazer as coisas que eu gosto. E, eu não sei, mas **eu acho que a historia da Reforma e que os trabalhadores tiveram isso... Os textos são textos apaixonados, alguns até negligenciando as dificuldades. E eu acho que a gente tem um pouco disso assim, né, desse amor, dessa paixão...** Sei lá, a psicanálise, Lacan, às vezes também fala disso assim... Que não é um trabalho, que é uma função, é um *lugar*. Um lugar que às vezes vai passar pelo gosto, às vezes vai caber o sem sentido... [...] Estudar um pouco essa posição pela psicanálise tem me ajudado. Porque cabe a angústia, cabe o não saber, cabe o sem sentido... É uma posição menos apaixonada, né, não são textos tão... "Isso, nós vamos implementar, vamos fazer..." Não que esses textos não tenham importância, tiveram e têm ainda muita importância, mas na clínica, no dia-a-dia o que tem me ajudado tem sido mais isso. Isso e supervisão. Eu não vejo um trabalho na reforma se você não tiver um lugar pra você falar dessas

[45] Cheguei ao CAPS para entrevistar Bárbara pela manhã, início do dia de trabalho. Bárbara me recebeu muito simpaticamente, mas desde o primeiro contato percebi algo de uma ansiedade com aquela situação. Falou sobre não saber muito bem o que sairia daquela entrevista, prevenindo-me de que não estava em um dia muito bom. Se por um lado, parecia haver uma preocupação com relação à entrevista, que se traduzia na escolha cuidadosa do que ia falar, e até por uma certa formalidade, poderia dizer, também havia algo, que me dava a sensação de um certo despojamento na sua maneira de ser. Algo certamente mais sutil, e que talvez não consiga descrever, algo do tom de voz, ou do ritmo acelerado da fala. E aquela preocupação parecia ocultar um pouco esse despojamento, talvez fosse mesmo com isso.

> angustias, e quando o gostar não tá existindo. Eu não tô gostando. Porque não é só o gostar, né, tem uma série de situações de trabalho que são muito difíceis, e que você não sabe qual é a posição que você vai tomar, e aí acho muito importante ter um lugar pra construir isso.

A psicanálise ocupa para Lara um espaço que ela define como tendo sido anteriormente da Reforma, dos ideais propostos pela Reforma – ou no mínimo se soma a isso, oferecendo novas ferramentas para ela pensar o seu trabalho. Deixo para um pouco mais à diante algumas reflexões sobre este possível apaziguamento[46]. Porque se isto por um lado aparece bem claramente em sua fala, achei curioso ela falar desse lugar como sendo menos *apaixonado*, porque pela maneira como fala também me parece ser, de uma certa maneira, um lugar apaixonado. Não digo "apaixonado" aqui de uma maneira pejorativa, na verdade pelo contrário, me refiro a algo que identifico a um lugar de produção de sentido, como parece guardar a relação de Lara com a psicanálise, algo que constrói para ela um sentido para o seu trabalho. Digo apaixonado então no sentido de algo que a mobiliza e movimenta, que produz sentido e que o coloca em movimento.

O envolvimento dos trabalhadores com o trabalho é, assim, um aspecto que logo se destaca nas entrevistas. Nenhuma das pessoas com quem conversei me pareceu ter com o seu trabalho uma relação burocrática, rotineira, repetitiva, o que já parece, vale destacar, ser um diferencial importante com relação ao manicômio e aos modos de relação estabelecidos neste espaço. Os entrevistados mostraram-se, de uma maneira geral, bastante identificados com a Reforma, todos reconhecem seu trabalho como parte deste projeto, não havendo nenhuma espécie de questionamento a priori neste sentido.

Este capítulo será dividido em mais duas etapas, além desta. No próximo tópico farei algumas considerações metodológicas, especialmente no que se refere aos caminhos trilhados na análise das entrevistas. Na terceira e última parte analisaremos as entrevistas segundo seis eixos temáticos. Todos eles dizem respeito a diferentes aspectos relativos à questão da formação, tal qual a definimos no capítulo anterior.

---

[46] A maneira como Lara se refere à psicanálise aqui, e ao lugar que ela tem ocupado na construção de sentido para o seu trabalho me parece, de uma maneira geral em sua entrevista, uma maneira bastante interessante, já que ela fala de um sentido aberto, não dado a priori, portanto, e onde cabe um não saber. A presença da psicanálise não parece ser uma singularidade da entrevista de Lara, entretanto. Esta parece vir ocupando, crescentemente, um lugar de produção de sentido para os trabalhadores da Reforma. Algumas vezes de uma maneira interessante, como penso que é colocada neste momento por Lara, por exemplo, outras com alguns riscos um pouco mais iminentes, como quando tomada de uma maneira mais dogmática, risco inerente à principio a qualquer corpo teórico. Considero este um fenômeno a ser colocado, então, em análise, os sentidos e efeitos dessa entrada tão forte no campo. Procurarei problematizar tais elementos na medida em que emergirem na fala dos trabalhadores, levantando possíveis questões, potências e problemas.

Percorrendo os subitens por onde tratamos cada um dos seis eixos de nossa análise, alguns leitores poderão se perguntar se não estaria faltando um eixo que tomasse como categoria a análise da concepção da Reforma Psiquiátrica presente nas falas dos trabalhadores. Não há, entretanto, posso adiantar, uma direção única e uníssona que possa ser claramente identificada neste sentido. Múltiplas concepções e entendimentos do que seja a Reforma habitam as falas com que tivemos contato, múltiplas algumas vezes mesmo ao longo de uma mesma narrativa. Claro que isso não seria um privilégio desta categoria, todas as que serão aqui delimitadas guardam, de alguma maneira, multiplicidades e até contradições. Concepções acerca da Reforma estão, entretanto, inevitavelmente subjacentes a todas as falas sobre o campo, de modo que acreditamos que seria desnecessário estabelecer uma delimitação neste sentido. Optei por deixá-las emergir, assim, de maneira mais "espontânea" ao longo das falas selecionadas para os demais "eixos".

2. Algumas considerações metodológicas

O objetivo geral das entrevistas foi o de levantar questões para a compreensão do modo como tem acontecido a formação do trabalhador de saúde mental, tomando como via de acesso elementos como o sentido do trabalho em saúde mental para os próprios trabalhadores, o modo como entendem seu trabalho, os modos de relação estabelecidos com os loucos e com a loucura. Os diferentes discursos representam diferentes concepções, reproduzem um determinado campo de forças que expressa também uma certa formação. É a partir destas falas que espero ser possível, portanto, a análise e debate acerca da formação do trabalhador de saúde mental – tomando a formação aqui no sentido já discutido no capitulo anterior –, e tendo como desdobramento inevitável o debate acerca da Reforma Psiquiátrica hoje.

As entrevistas não serão utilizadas de um modo sistemático tradicional. Elas constituirão aqui o caminho através do qual me aproximarei do campo, a materialidade do que está acontecendo lá, e que expressam, consequentemente, caminhos por onde uma determinada formação vem acontecendo. Não pretendo analisá-las exaustivamente uma a uma, nem tecer considerações conclusivas sobre a posição deste ou aquele entrevistado, menos ainda sobre os serviços em que se encontram inseridos. Não pretendo tomá-las como uma amostra, com um caráter representativo. As falas que mencionarei não vão representar algo, porque a lógica com que pretendo trabalhar não é a lógica da representação.

Estas falas serão tomadas como uma espécie de falas-síntese, como forças que estão em luta no campo da Reforma e que vão se expressar no discurso das pessoas com quem conversei. Entendo que esses depoimentos estão para além das pessoas individuais que os estão emitindo. Eles vêm através delas, mas não se limitam a elas, nem às categorias profissionais a que pertencem. Segundo Portelli (2001), as falas não encerram uma verdade individual, uma versão sobre os fatos. Elas traduzem algo que está presente em um determinado campo. Elas não estão exprimindo o real, nem a verdade, mas constituem um certo campo de forças, trazem para a cena o que está em jogo ali. Isto porque a experiência individual e as transformações da sociedade, a biografia e a história, como nos fala Portelli (2001), não são planos naturalmente desconectados entre si. A história oral, gênero em nome de que fala o autor, empenha-se em expressar justamente a "consciência da historicidade da experiência pessoal e do papel do indivíduo na história da sociedade em eventos públicos [...]" (p. 14). "Seu papel, é precisamente conectar a vida aos tempos, a primazia à representatividade, tão bem como a oralidade à escrita" (p. 15). E é como se eu fosse utilizar essas falas, então, como vetores, pra pensar a partir delas, e pensar junto com elas.

Estabelecerei alguns grupos temáticos segundo os quais organizarei os fragmentos de diferentes entrevistas. Vou agrupar esses fragmentos e recolhê-los sob nomes próprios, fictícios, conforme já mencionado, mas não estarei, desta forma, falando de nomes, mas de forças do campo que se expressam através deles.

A definição de eixos de analise, de "categorias", tem como objetivo destacar e analisar as forças que mais se fizeram presentes no campo, além de possibilitar uma melhor organização e encadeamento das idéias. Se realizada de maneira muito fechada, entretanto, pode também propiciar que se deixe escapar algumas "raridades", como entendo, por exemplo, a fala de Bárbara no carnaval. Assim, apesar de tentar seguir determinadas linhas estabelecidas, categorias, forças, intensidades mais presentes no campo, alguns "desvios" deste caminho também poderão acontecer em alguns momentos. Procurarei, assim, não me furtar a falar das raridades.

As análises empreendidas aqui, dos eixos, das narrativas dos trabalhadores de uma maneira geral, não se pretendem neutras, porque não creio mesmo que isso seja possível. Assim, a minha própria fala, como pesquisadora, trabalhadora, sujeito em formação no campo da saúde mental, também se apresenta aqui como mais um vetor neste campo de forças.

Os limites entre esses vetores são, desta forma, tênues e imprecisos, e é neste sentido que a minha fala também se mistura de alguma maneira, neste momento, com as falas dos entrevistados. Assim como as máscaras que são compartilhadas por vários foliões ao longo do

bloco, assim como a loucura que se confunde em meio às fantasias. Este capítulo será, então, o momento em que mais vou fluir junto com o texto, borrando por vezes algumas supostas fronteiras, um pouco como acontece no carnaval. O bloco onde encontro os trabalhadores com quem conversei se expressa nas minhas reflexões.

A proposta de Portelli (1997b) traduz particularmente bem o que tento descrever aqui:

> O trabalho que realizamos adquire uma dimensão dialógica intrínseca, na qual nossas interpretações e explicações (expressamente claras) coexistem com as interpretações contidas nas palavras que reproduzimos de nossas fontes e, ainda, com as interpretações que os leitores delas fazem. [...] Consequentemente, aquilo que criamos é um texto dialógico, de múltiplas vozes e múltiplas interpretações: as interpretações dos entrevistados, nossas interpretações e as interpretações dos leitores (p. 27).

Se essas entrevistas não são entrevistas de indivíduos, interiorizados, com falas absolutamente singulares sobre as coisas, mas forças que pedem passagem através dessas falas, pretendo tentar fazer aqui, desta maneira, um bloco junto com essas forças. Minha própria voz vai se misturar um pouco então em alguns momentos com elas, algumas vezes no sentido de problematizá-las, outras de me aliar a elas. Já apresentadas, nos capítulos anteriores, minhas bases conceituais, tento me autorizar um pouco mais aqui, então, a pular o carnaval[47].

Trazer novamente o bloco para o centro da cena neste momento também fala de uma perspectiva que considero importante, ainda, no que se refere à utilização das entrevistas. A fala de Bárbara no bloco não revela simplesmente "mais" a respeito dela do que aquilo que ela me fala durante a entrevista. Ela revela, sobretudo, uma *outra* Bárbara, a quem não tive acesso – e nem poderia – na entrevista. Segundo Portelli (2001), uma fala é sempre contingencializada. Há uma circunstancialização da entrevista, afirmando que quando uma pessoa está numa situação de entrevista – ou em qualquer situação, na realidade – ela tem um discurso cincunstancializado por esta condição. As pessoas são diferentes em cada situação da sua vida, as falas são sempre determinadas por contingências relativas aos contextos em que elas acontecem. Dependendo do contexto, é uma história que se conta.

Em que medida isso produz efeitos na fala? Tal indagação deve ser levada em conta não como algo a ser eliminado, mas a ser incluído na analise. Não se pressupõe também aqui uma neutralidade que não existe, de que essa fala seja despida de referências e de relações. Considero esta uma perspectiva muito interessante porque rompe com a idéia de que há um

---

[47] Agradeço a Adriana Rosa a imagem de "pular o carnaval" aqui, assim como a generosidade de me apresentar e disponibilizar vários adereços e fantasias do seu acervo, que em muito me ajudaram nesta etapa do trabalho.

discurso verdadeiro, como propõe o modelo positivista de pesquisa e de ciência. Mesmo o sujeito já é multifacetado. Contar uma história pra mim em uma situação de entrevista é diferente de contar para um colega de trabalho, que é diferente de falar em uma reunião de equipe ou em uma supervisão, com um usuário, em um bloco de carnaval... A fala de Bárbara no bloco me deu acesso a uma outra Bárbara, a que não teria em outras circunstâncias. Isso fala de uma certa polifonia, de uma multiplicidade presente em um discurso que pede que ele seja contextualizado.

Esta perspectiva também rompe com a idéia de uma representatividade individual, uma vez que o próprio individuo já é ele mesmo polifônico. Há vários do mesmo em momentos diferentes. A noção de que uma pessoa vai se deslocando conforme os espaços por onde circula rompe com essa idéia de que haveria um individuo uno, uma identidade estabelecida que enuncia uma verdade sobre o que pensa em todas as circunstâncias. Os limites entre as falas de um e de outro deixam de estar tão claros.

É assim então que pretendo utilizá-las também, não me preocupando necessariamente em fazer a todo momento uma distinção entre os sujeitos no texto. A minha posição aqui, como apontado, também é múltipla, sou ao mesmo tempo quem propõe a pesquisa, trabalhadora do campo, sujeito em formação. Também não utilizarei as entrevistas então de uma forma absoluta, fechadas em si mesmas, considero fundamental não negligenciar o entorno, digamos assim, o contexto em que elas aconteceram, procurando, pelo contrário, descrevê-lo sempre que possível. Não pretendo ver o que está oculto nelas, nem utilizá-las de uma forma empiricista-positivista, como representativas de um certo universo. Pretendo trabalhar com elas de uma forma mais imanentizada, encontrar caminhos para que elas interfiram nas coisas que eu escrevi e que as coisas que eu escrevi interfiram nelas. A entrevista não é um mero objeto sobre o qual eu vou confirmar a minha teoria, ela ao mesmo tempo produz interferências naquilo que já se escreveu em termos de teoria. Ela é, voltamos a dizer, o meio de aproximação ao campo. Sobre a construção do texto, Portelli (1997a) afirma que

> Constata-se não apenas desvio gramatical da terceira para a primeira pessoa, mas uma nova e integral atitude narrativa. O narrador é agora uma das personagens e o contar da história é parte da história que está sendo contada. Isso implicitamente indica um envolvimento muito mais profundo, político e pessoal, do que aquele do narrador externo (p. 38).

No que se refere à transcrição, Portelli (1997a, 2001) também tece algumas considerações interessantes. A transcrição sempre configura uma espécie de traição, porque é

impossível reproduzir a oralidade tal como ela se apresenta. A escrita tem uma dinâmica e tem uma forma que não dão conta do oral, que tornam impossível a sua reprodução. Temos uma tradição, entretanto, que é cientificista e positivista, que não é oral, portanto. Transcrever um texto na sua literalidade seria, então, uma infidelidade com a entrevista e com o entrevistado, porque na fala há muitas vezes uma série de vícios de linguagem, que, se presentes em um texto escrito, o deturpam e até diminuem. "[...] Um translado minuciosamente fiel aos sons pode tornar ilegível um belo discurso e dificilmente pode ser descrito como exato" (PORTELLI, 2001, p. 27). Na oralidade há uma dinâmica que não é passível de transcrição, há vícios que escritos tornam o texto muitas vezes ridículo, dando uma impressão de que a fala do entrevistado é boba, mesmo quando na realidade a entrevista foi riquíssima. É neste sentido que se justificam algumas pequenas edições e alterações no momento da transcrição, a fim de tornar o texto dos entrevistados mais interessante e mais próximo do que se passou no momento da entrevista, já que ele será lido e não ouvido.

> A expectativa da transcrição substituir o teipe para propósitos científicos é equivalente a fazer crítica de arte em reproduções, ou crítica literária em traduções. A mais literal tradução é dificilmente a melhor, e uma tradução verdadeiramente fiel sempre implica certa quantidade de invenção. O mesmo pode ser verdade para a transcrição de fontes orais (PORTELLI, 1997a, p. 27).

Uma última consideração preliminar que considero importante ainda se refere ao modo como pretendo citar os trechos das entrevistas. Em alguns momentos, o recorte escolhido pode exceder um pouco, acredito, o tema ou assunto debatido na ocasião. Tal "excesso" se justifica pra mim por alguns motivos. Infelizmente os limites de tempo previstos para a realização deste trabalho não permitirão que todo o material colhido em campo seja exaustivamente explorado, ou explorado em toda a sua riqueza. Acredito que estender a presença das entrevistas em uma maior integridade pode ser uma forma tanto de amplificar vozes que ultimamente têm sido pouco ouvidas quanto de possibilitar ao leitor um contato maior com o universo da pesquisa. Entendo ainda, e fundamentalmente, que algumas vezes uma edição excessiva (edição aqui como recorte, em sentido diferente, portanto, ao descrito com Portelli) pode acabar modificando o sentido de uma determinada fala pela subtração do contexto em que ela se deu, o que gostaria de tentar evitar. Neste sentido evitarei em alguns momentos ocultar partes das falas com o uso de [...], fazendo-o apenas nos momentos em que julgar necessário ao ritmo do texto.

Ainda que isto possa ser facilmente depreendido deste conjunto de considerações metodológicas, considero importante destacar que as ponderações que faço não se referem

nunca aos sujeitos entrevistados, e qualquer das observações ou análises realizadas aqui não terá nunca o objetivo de invalidar práticas ou posições. Esta advertência faz-se necessária, pois a tarefa desta etapa se faz muitas vezes um tanto delicada, uma vez que, diferentemente de quando se escreve um texto, quando as pessoas falam em uma entrevista em geral se encontram muito mais "desarmadas", falam de aspectos que são sempre "parciais", como também já esclarecemos, que certamente não totalizam as suas práticas. As questões aqui levantadas em uma perspectiva mais crítica, de uma maneira geral, apontam mais para riscos e desdobramentos arriscados do que práticas aprisionadas ou aprisionantes, como se poderá perceber no decorrer do texto. São questões para avançarmos, para construir, que não pretendem destruir nada, portanto.

As entrevistas, semi-estruturadas, seguiram o seguinte roteiro:

a) Como que você chegou na saúde mental?
b) Como você entende o seu trabalho na saúde mental, qual o sentido que ele tem pra você?
c) Me fala um pouco do seu trabalho aqui... Como é o seu cotidiano aqui no serviço?
d) Você encontra algum tipo de dificuldade? Que tipo de dificuldade você encontra?
e) Quem é a equipe do serviço? Como funciona o trabalho em equipe?
f) Vocês fazem algum tipo de trabalho com outras instâncias do bairro, vizinhança, associações, estabelecimentos?
g) E em algum outro local na cidade?
h) O que você considera que tenha sido / seja a sua formação como trabalhador de saúde mental?
i) O que você acredita que te instrumentalize pra trabalhar aqui?
j) Que autores considera que são referência pra o seu trabalho?

A definição das pessoas que seriam entrevistadas se deu a principio por categoria profissional, desejava entrevistar diferentes categorias como uma forma de tentar abranger uma variação possivelmente maior de discursos presentes no campo. Decidi entrevistar também os coordenadores dos serviços, pensando que assim poderia entrar em contato com diferentes posições, o que também poderia possibilitar o contato com falas diferenciadas. Defini que no CAPS, então, entrevistaria o coordenador, um médico, um psicólogo, um auxiliar de enfermagem, um profissional de outra categoria diferente das anteriores e um

estagiário. No Serviço Residencial Terapêutico, os entrevistados seriam o coordenador, o profissional de nível superior e um cuidador.

Médicos e psicólogos acabaram sendo as categorias profissionais mais entrevistadas (três de cada), uma vez que o coordenador e o estagiário do CAPS eram médicos e o coordenador e o técnico de nível superior do SRT eram psicólogos. Se isto por um lado pode ser visto como mero acaso (uma vez que o universo pesquisado não pode ser considerado representativo do ponto de vista de uma análise quantitativa, e não se pretende a isso, conforme já explicitado), acredito que possivelmente não seja apenas uma simples coincidência, uma vez que estas são categorias bastante presentes no campo e cujo discurso têm bastante força[48].

Como já esclarecemos, foram escolhidos para a realização das entrevistas dois serviços de ponta da saúde mental, um CAPS e um Serviço Residencial Terapêutico. A existência de contatos anteriores (não muito próximos, não se trata de nenhum serviço em que eu tenha trabalhado, estagiado, ou que tenha qualquer contato mais íntimo com a equipe) facilitaria, acreditava, o contato com os mesmos. Sua historia e a conjuntura de transformações – trata-se de serviços que estão em processo ativo de transformação, que surgem *a partir* de processos de transformação[49] – foram aspectos decisivo para a escolha dos mesmos. Tratava-se de serviços com relação aos quais já tinha, assim, uma espécie de simpatia técnico-política. Considerei isto melhor como ponto de partida, uma vez que gostaria que o trabalho pudesse ter uma perspectiva de contribuição para os mesmos, e para os processos em questão.

3. As entrevistas

3.1. Percursos, histórias, encontros: campos da formação

Na primeira pergunta colocada aos entrevistados, conforme exposto, eu pedia a eles que me contassem um pouco como tinham chegado até à saúde mental. Esta questão tinha

[48] Alguns dados podem ser ilustrativos do que digo aqui. No IMAS Nise da Silveira, em 2007, foram oferecidas 4 vagas para médicos e enfermeiros (destinadas especialmente em função da necessidade de uma carga horária diferenciada) e 40 vagas de saúde mental, ou seja, para as demais especialidades (psicologia, serviço social, terapia ocupacional, musicoterapia, educação física). Das 40 vagas oferecidas apenas uma foi ocupada por uma assistente social, e o restante era todo de psicólogos. E das quatro vagas que seriam para enfermeiros e médicos havia somente médicos.

[49] Não exporei mais detalhes sobre a história dos serviços em questão a fim de procurar preservar a sua identidade.

como objetivo uma primeira aproximação com as pessoas, deixá-las falarem de modo mais espontâneo sobre o seu percurso profissional e de vida, os motivos que as levaram à saúde mental e ao trabalho atual, se foram ou não escolhas pessoais, que elementos estiveram envolvidos nesta escolha, os caminhos trilhados etc. No início da entrevista, algumas questões pertinentes à formação já eram então evocadas.

A saúde mental não pareceu ser um mero acaso na vida de muitas das pessoas com quem conversei[50]. O interesse pelo campo – mesmo quando o primeiro encontro com ele aconteceu de modo mais casual – me pareceu na maior parte das entrevistas advir de uma certa afinidade ideológica prévia com ele, que poderia definir como um determinado interesse pelo humano, pelo "discurso", como é mencionado em mais de uma entrevista. Alguns trechos das respostas à nossa primeira questão já ilustram o que digo aqui:

> Eu fiz o curso de auxiliar de enfermagem... Depois eu fui fazer a faculdade de enfermagem. E aí na época que eu tava estagiando em saúde mental, aqui no Instituto. Há 24 anos atrás... Me formei em 84 (ou 83), e aí surge a oportunidade de um concurso interno aqui. Com isso, **eu sou a única da minha turma que me proponho a me inscrever pra esse concurso. Eu sou a única que me proponho, todo mundo não queria, né, aquela coisa do preconceito em saúde mental.** Eu me proponho a fazer o concurso, faço o concurso pra auxiliar [...], passo, e aí assumo como auxiliar, mas já, de uma certa forma desviada da função do cargo de enfermeira, porque naquela época eu fazia faculdade, aquela coisa toda, e aí assumo a supervisão de enfermagem da enfermaria em que trabalhava. Quando eu me formo em 84, 3 meses depois eu faço a transposição de cargo, passo pro cargo de enfermeira. É assim que eu chego na psiquiatria. **De uma turma de 40... A única**. eu sou da minha turma a primeira a ter um emprego como enfermeira, um vinculo como enfermeira... porque ninguém se dispôs a essa coisa. Então, quer dizer, trabalhei... **(Glória, enfermeira do CAPS).**

> Na verdade na verdade, não sei muito bem, assim... Não foi uma coisa muito intencional. Na verdade **eu sempre tive um perfil de escuta grande, e ao longo da graduação a psiquiatria foi se desenhando (Fábio, médico do CAPS).**

> Eu acho que é essa questão da subjetividade, de você ter uma noção de cuidado um pouco mais ampla. Sei lá, eu vejo por mim, pelo menos, acho que **um dos motivos pelos quais eu entrei na medicina foi essa questão do cuidado, você ter esse cuidado ao próximo, não necessariamente desse ponto de vista da medicina, mas de um ponto de vista mais abrangente....** Tem uma frase de Hipócrates, que diz que **o mais importante é você estar sempre oferecendo conforto pra pessoa**, **você estar preocupado não só com a cura, mas com o cuidado do paciente...**

[50] Não quero dizer com isso que a saúde mental tenha sido projetada desde sempre como uma escolha pelos trabalhadores, mas enfatizar isso que chamo de uma certa afinidade ideológica.

> Eu acho que no estagio eu consegui ver isso muito claro... Isso me deixou empolgado, sabe... [...]
>
> *Você falou que foi fazer medicina já pensando em psiquiatria, alguma coisa assim, né... Por quê, o que você acha que te levou a isso...?*
>
> Já tem um bom tempo... Acho que toda a questão da psiquiatria ou da psicologia que eu já tinha algum interesse foi **essa questão mais de comportamento humano... De subjetividade...** Isso era uma coisa que eu me identificava mais. [...]. Essa coisa de na psiquiatria eu achar... Eu achava que era um sofrimento especifico... Não querendo desmerecer as outras doenças, mas eu via, não sei se rolava uma identificação, sei lá, eu via um tipo de sofrimento muito particular... Me batia como sendo uma coisa de você não ter muito controle sobre a sua doença, às vezes de você não ter muita noção, essa coisa do insight... Na minha cabeça, **durante a faculdade, eu via isso como sendo um sofrimento muito grande.** Então, acho que você poder trazer algum tipo de conforto, isso era mais gritante nessa área, não sei. Talvez mais por isso **(Antonio, estagiário do CAPS)**.

O interesse pelo humano, pela subjetividade, pelo discurso, pode parecer algo óbvio como um a priori para quem vai buscar o campo da saúde mental. Se retomarmos a história da psiquiatria, entretanto – uma história de emudecimento, enclausuramento, exclusão, maus tratos, entre tantas qualidades perniciosas ao humano que poderiam ser elencadas – essa evidência torna-se um pouco mais questionável. A perspectiva da humanização é importante para se começar a pensar um projeto de transformação, é, como ponto de partida, fundamental. É uma condição para se começar a pensar um processo de transformação, ainda que não se resuma a ela, e traz certamente uma potência para ser desinstitucionalizante. Não se resumir a ela é uma ressalva importante, já que as transformações envolvidas em um projeto de desinstitucionalização, conforme já foi dito, não podem se restringir a uma maior humanização e à promoção de melhorias nas condições da assistência, uma vez que modos de relação menos violentos em sua forma não são necessariamente menos objetificantes em sua essência. Assim, ainda que o alcance das transformações visadas por um projeto de desinstitucionalização esteja para além de tais aspectos, destacamos este como um a priori muito importante presente no campo, como um ponto em que percebemos a presença de uma potência de transformação.

Isto a que antes nos referimos como potência, parece se encarnar com vigor na fala de uma outra entrevistada. Ela se refere ao seu encontro com a saúde mental através do interesse por algo que já poderíamos situar como um pouco *para além* do discurso:

> Depois de já estar na faculdade de medicina há alguns anos – eu fui decidir muito tarde, eu pensei em fazer neuro, pediatria, endócrino, várias coisas –, **eu percebi que eu ficava muito mais interessada nas conversas com os pacientes do que nos procedimentos mais técnicos, mais objetivos**. Então isso me chamava mesmo... Não tinha muito interesse... Eu via meus colegas

> que iam ser cardiologistas, ou intensivistas, desesperados, estudando as arritmias... Eu achava aquilo chatésimo... E ficava afim de ver... Que tipo de pessoa ia fazer um transplante cardíaco daqui a uma semana... O que que pensava disso! Do risco de viver, da iminência da morte... Ficava, na verdade, curiosa, mexida, com isso. Aí depois teve um encontro com os pacientes mesmo, psicóticos... Eu fiz estágio no antigo CPPII[51], tava lotada como estagiaria do pronto socorro... **E eu gosto muito da lógica completamente fora da nossa lógica que a gente encontra na psicose**... Aí, pronto, eu **tomei essa paixão por aquilo que era uma certa ruptura com o racional, com a razão, eu gostava disso, gosto até hoje**. Foi uma sorte, foi um achado **(Bruna, psiquiatra, coordenadora do CAPS).**

O interesse de que Bruna fala aqui se refere não apenas à discursividade, mas a uma determinada forma de discursividade, particular à loucura, à psicose, como nomeia a entrevistada. Um interesse por outros modos de existência, sobretudo, me parece, para além, inclusive, da "discursividade", tão reivindicada de maneira geral nas entrevistas. A possibilidade de encontro com outras histórias de vida, com a relação das pessoas com a sua história, *com a sua loucura*, como ela continua em seguida, marca o que descreve como tendo sido sua primeira experiência na psiquiatria e como algo que a capturou. Sua inclinação parte, então, de algo que parece estar um pouco para além de um interesse pelo humano, mas por uma certa diferença no humano, por uma diferença que a loucura traz. Para além do humano, é o inumano que interessa, é o que transcende uma certa forma do humano. E que, ao mesmo tempo, paradoxalmente, é também o que nos humaniza – para além, aqui, de um discurso humanista, entendendo que é justamente na alteridade, no diverso, no estranho, que está o humano. Destaco este trecho por acreditar que o tipo de interesse nele expresso fala de uma perspectiva que, de alguma maneira, contribui para a construção de uma ética diferenciada na relação com a loucura; na relação com o mundo, para além da loucura, inclusive.

Poderíamos ficcionar alguns desdobramentos desta fala... Eu gosto daquilo porque há algo ali que me toma, há algo naquela relação com aquelas pessoas – loucas, não loucas – que me toma, que não é uma relação de que eu vou ajudá-las, apenas. Elas também me ajudam. Há algo que se passa ali que não se resume a sermos generosos ou acreditar que há algo a oferecer; há algo que me transtorna, que me transforma também.

Só há formação se há transformação. Se enlouquecemos também de alguma forma, se entramos neste encontro abertos para nos deixar revirar... Isto fala de uma posição ética muito importante. Porque se não conseguimos estabelecer um encontro que seja transtornante, acabamos enquadrando. Chegar com o desejo de ajudar, com a generosidade, o interesse pelo humano, é fundamental, mas permanecendo apenas nisso arriscamos retomar uma perspectiva de enquadramento. Porque dali a um tempo iremos acreditar que estamos lidando com alguém que é destituído, despossuído, com um "coitado", que precisa da nossa ajuda. E que *nós possuímos* os meios para ajudá-lo, que eu detenho a chave, o caminho. Se este não for um encontro que me transforma também, e que

[51] Centro Psiquiátrico Pedro II, atual Instituto Municipal de Assistência Nise da Silveira.

transforma o mundo, iremos resvalar necessariamente em uma perspectiva assistencialista. E manter, assim, uma posição hierarquizada. Essa posição mais trágica no encontro com a loucura é mais interessante, no sentido que pensamos aqui.

A idéia de um certo apaixonamento pelo campo e pelo trabalho é algo também bastante presente nas entrevistas de maneira geral, como já assinalado. Para muitos entrevistados percebemos nitidamente que o envolvimento com o trabalho em saúde mental se deu a partir de algo que os tocou, que tocou a sua sensibilidade, como fica claro por exemplo nas narrativas que se seguem:

> Depois eu fiz um trabalho muito especifico com uma paciente, logo nos primeiros meses apareceu uma paciente que não podia ficar na enfermaria. Então **foi a maior mobilização de todo mundo que queria tratar aquela mulher, que não falava, não andava, que estava sempre aquilo... Cheia de escara...** [...] Aí se formou uma equipe especialíssima pra cuidar dessa moça, e eu fui chamada como estagiária pra fazer acompanhamento, porque era o tempo todo, até sábado e domingo. E aí tinha a F. A., **que me ajudou muito, de me dar suporte psíquico pra suportar aquela situação difícil**, uma paciente que não falava, não andava, toda machucada... Não comia... E assim, foram outras pessoas também... [...] E com isso **eu fui aprendendo um monte de coisas, e fui ficando apaixonada, assim, veio essa coisa da transmissão, da paixão pelo trabalho, de criar situações novas, inventar formas novas de tratar a loucura... Enfim...** Até hoje a gente não sabe o que deu certo... [...] **A gente inventava CAPS a cada situação**, dentro da enfermaria, dentro do hospital, enfim... Foi muito importante pra mim estar naquele momento ali **(Bárbara, psicóloga do CAPS)**.
>
> *E o que você considera que tenha sido, ou que ainda seja, enfim, a tua formação como trabalhadora de saúde mental? O quê que você considera que foi formador, pra você... Ou que seja ainda, enfim...*
>
> [longa pausa] Ah, eu acho que o que me ajudou bastante, o que melhorou em termos de qualidade, em assistência, foi essa pessoa, B., que pra mim [risos]... É uma pessoa que me inspirou muita coisa... Acho que eu aprendi muito com ela... Talvez a pessoa que mais tenha ajudado na minha formação.... [pausa...]
>
> *Sei... Você diria que o trabalho com ela....*
>
> Assim, eu estou aqui desde 84, e tal, mas eu acho que o grande marco pra mim, que marcaria essa trajetória foi estar com B., trocar com ela... Acho que foi... [pausa]
>
> *E como que era a B.?*
>
> [risos] A B. era... Uma pessoa maravilhosa... Muito sensível, muito disponível... Uma pessoa muito carinhosa... E assim, muito afeto, pra dar, muito... Acho que mexeu muito... Essa coisa da aproximação... Eu acho que foi isso... **(Glória, enfermeira).**

Glória é enfermeira do CAPS. Sua entrevista foi uma das mais curtas. Econômica com as palavras, um ar ligeiramente sério em uma primeira impressão; talvez tímido, acreditei, decorrido algum tempo. A voz mais pra baixa, algumas vezes ficou inaudível na gravação, dificultando a transcrição. Não apenas (nem fundamentalmente) por isso, tenho a sensação de que a transcrição da conversa com Glória não dá conta do que ela foi. Sua entrevista foi particularmente marcante. Para além das palavras, algumas vezes até um pouco confusas para mim, alguma coisa de verdade se expressou com muita força nas suas narrativas. A alusão a B., uma médica com quem trabalhou, e que situa como a principal referência em sua formação, é uma marca, aparecendo repetida e intensamente.

O carinho que B. tinha com Glória, o modo como a tratou, como era gentil e atenciosa, parece ter feito toda a diferença em sua trajetória, antes de qualquer outra coisa. Com isso, Glória nos remete para um aspecto não tão presente de modo mais explícito nas entrevistas, que diz respeito à qualidade das relações de trabalho. A diferença que faz ser bem tratado, ser ouvido, trocar com aqueles que compartilham o processo de trabalho. Algo que poderíamos situar para além do profissionalismo, algo que se produz no campo de trabalho. A marca que B. produziu em Glória se enraizou e foi determinante para a construção do seu modo de lidar no trabalho. Trata-se de algo que foi dirigido a ela, algo que não lhe foi "ensinado", mas que a constituiu e constituiu seu modo de se relacionar

O fato deste depoimento nos chegar através da fala de uma enfermeira, antiga auxiliar de enfermagem, traz também alguns elementos muito interessantes para reflexão. A enfermagem tradicionalmente sempre foi vista como uma espécie de carceragem na psiquiatria, como a especialidade onde a truculência mais se encarna, os enfermeiros sendo considerados os agentes da violência, aqueles a quem a psiquiatria delegava as tarefas mais brutas. Concomitantemente, sempre ocuparam o lugar dos profissionais menos qualificados, pior remunerados, menos escutados, os mais baixos escalões hierárquicos segundo a divisão técnica do trabalho. Do ponto de vista da própria carreira de enfermagem, sabe-se que a psiquiatria foi muitas vezes – e freqüentemente ainda é – um acidente na vida de inúmeros enfermeiros, poucos sendo aqueles que escolhem de fato o campo. Trata-se de um cenário, portanto, de extrema desvalorização.

O encanto de Glória com B. inevitavelmente se traduziu na imagem que construí em torno deste novo "personagem" que passou a habitar minhas reflexões. A importância do cuidado e da qualidade das relações de trabalho passou a se encarnar imaginariamente também pra mim, de alguma maneira, na figura de B.. Por uma dessas coincidências que mais parecem cheias de planejamento, B. me foi apresentada em um aniversário algum tempo depois.

Talvez um pouco incontidamente, disse-lhe que fazia pouco tempo que havia ouvido falar muito sobre ela, em uma entrevista que havia realizado para os estudos do meu

mestrado[52]. Curiosa ainda que cuidadosa, disse que esperava que tivessem falado bem... Contei, então – também sem excesso de detalhes... – que minha dissertação tratava da formação do trabalhador da rede pública de saúde mental, e que ela havia sido uma referência muito importante para uma das pessoas que entrevistara. Que sim, portanto, que ouvira falar muito bem a seu respeito. Disse que esta entrevista havia me levado a perceber mais claramente o lugar central que o cuidado também com as pessoas que cuidam tem na saúde mental, e a importância das relações de trabalho para a formação do trabalhador. B. começou a me contar várias situações que viveu que entendia serem próximas ao que eu falava.

Uma das situações que descreveu que me chamou muito a atenção foi, quando era diretora de uma unidade de saúde mental, e determinou que uma tarde, semanalmente, não seria mais dedicada ao trabalho direto nas enfermarias. A equipe passaria a partir de então um turno semanal envolvida em atividades não relacionadas ao trabalho – ou ao menos não explicitamente –, assistindo filmes, debatendo assuntos, confraternizando. Um turno dedicado ao lazer, cuja falta resumia a maior parte das queixas colocadas pela equipe nos espaços dedicados à discussão sobre o trabalho. B. descreveu entusiasmada como as pessoas modificaram a relação entre elas, com o trabalho, e como isso se refletiu na relação com os pacientes. Parecia se tratar de uma situação em que a possibilidade de um espaço de discussão sobre o trabalho havia de fato se convertido em um cuidado concreto com o trabalhador, e que, mais uma vez, isso havia tido um lugar realmente precioso na formação daquelas pessoas.

O modo como este encontro afetou Glória é algo que merece, assim, grande destaque no contexto das nossas reflexões. Percebemos aqui muito claramente que o que se tem para oferecer está sempre intimamente relacionado com aquilo que se tem, com o que se traz. Muito comum se ouvir falar também, por exemplo, que a enfermagem não participa, que a enfermagem não comparece aos espaços de discussão, como as reuniões de equipe, as supervisões. Será que isso é uma condição natural desta categoria? Ou os modos de se relacionar com a enfermagem estariam produzindo as coisas desta maneira?

---

[52] Um outro episódio se somou a esse ainda, motivando-me a conversar com B.,que conto aqui apenas por achar que pode fazer o gosto de outros curiosos (como eu), e emprestar argumentos aos descrentes do "acaso"... Pouco tempo depois que entrevistei Glória, uma amiga, querida ainda que distante, me procurou pra conversar sobre uma situação difícil que vinha atravessando em sua família, e em função da qual estava pensando em procurar algum tipo de ajuda. Passado algum tempo de conversa, me revelou que quando pensava nisso, na realidade só visualizava uma pessoa, que havia sido sua terapeuta durante muitos anos, mas com quem havia perdido o contato, decorrido tanto tempo. O vinculo de confiança com a antiga terapeuta me pareceu construído de fato com muita delicadeza na narrativa de minha amiga, "uma pessoa fantástica", em sua descrição, e que se chamava... B.! Felizmente pude conseguir o seu telefone, e minha amiga retomou o contato com B., que a acolheu de maneira muito cuidadosa e ajudou substancialmente em um momento bastante conturbado. Em pouco tempo, então, essa referência também se somava na construção da imagem que fazia de B....

Como se pode oferecer um ótimo tratamento quando se é maltratado e desvalorizado? É possível cobrar respeito e cuidado de alguém que não é tratado desta maneira? Aqui fica claro, mais uma vez, que não podemos dissociar o modo de gerir o trabalho com a clínica que se produz. A posição que os trabalhadores estão assumindo em seu processo de trabalho está intimamente relacionada, assim, ao que eles constroem como assistência. Para se poder estabelecer relações emancipadoras, as relações de trabalho precisam ser desinstitucionalizantes também. Se não levarmos em conta a dimensão das relações envolvidas no processo de formação, como vimos, a discussão se mantém como uma discussão meramente técnica.

Vemos, assim, que em quase todas as entrevistas fala-se, de alguma maneira, de algo que tocou no trabalho em saúde mental, seja o contato com o sofrimento, com a diferença que a loucura guarda, com uma pessoa especifica de que se cuidava, a qualidade das relações estabelecidas no trabalho. Um outro campo de questões é mencionado mais de uma vez como um aspecto que tocou a sensibilidade dos entrevistados. Apresento a seguir, então, algumas narrativas que, ainda que um pouco longas, acredito merecerem nossa atenção:

> Quando eu fui pra Colônia[53], eu me lembro que quando eu entrei o P. F. me disse isso: você vai pra um núcleo, só feminino, que as pessoas tem uma média de idade de 60 anos... É um asilão, é uma estrutura bem asilar, com tempo de internação de 40 anos... **E aí eu saí de lá pensando o que que eu vou fazer, gente, numa estrutura asilar, com pessoas com uma média de idade de 60 anos,com uma média de internação de 40... Eu juro que eu fiquei pensando o que que eu vou fazer??** E foi aí que eu descobri uma série de possibilidades, de se fazer alguma coisa com essas pessoas, de fato, eram pessoas ainda numa enfermaria, mas tinha uma equipe potente... O que não dava era pra pensar que não tinha nada para ser feito. **A impressão que todo mundo tem quando entra no núcleo Teixeira Brandão é de querer sair e não voltar mais, essa é a sensação que dá, com todos que a gente conversa...** [...] **Era de ir embora e não voltar mais, de sair de lá chorando. E aí o que eu vi foi o que era uma longa permanência, o que era uma institucionalização, quais eram os efeitos de uma institucionalização na vida de uma pessoa, o que era pensar a Reforma Psiquiátrica, que era pensar na vida daquelas pessoas que estavam ali...** Que nem todas iam sair, né, não tinha esse engano, né, que todos iam estar numa Residência Terapêutica, mas que todos poderiam ter resgatado alguma coisa, da vida daquelas pessoas, que simplesmente achar que não tinha mais nada pra fazer era um ponto final, **e era assim que era conhecido o Teixeira Brandão, como ponto final, e até era o ponto final da linha do 762 Colônia-Madureira. Então isso era pesado demais para essas pessoas, pessoas que já tinham passado pelo Nise, pelo Pinel e que acabavam no Teixeira Brandão.** E aí pensar a saúde mental era isso, e **foi com esse ideal que eu vim pra cá, poder pensar o que eu poderia fazer por cada uma dessas pessoas, de achar que isso não pode ser ponto final pra ninguém, de achar que, ah, vamos melhorar qualidade de vida, não**

[53] Colônia Juliano Moreira.

> **é só uma questão de melhorar qualidade de vida**, de dar uma roupinha melhor, de pentear, vamos levar na feira, não se trata só disso, **essa pessoa tem algo mais pra dizer pra gente**, o que que a gente pode pensar, vamos criar uma rede fora, ainda que ela não vá se beneficiar totalmente, mas isso vai beneficiar várias e várias pessoas que tão na mesma condição dela. Então foram essas questões que foram suscitadas pra mim na saúde mental e que me fizeram estar aqui hoje na coordenação, e que fizeram estar aqui hoje implementando alguns projetos e que são projetos que eu entendo que vão modificar a vida dessas pessoas e a história da psiquiatria **(Fátima, psicóloga, coordenadora do Núcleo de Habitações).**

> **A 1ª vez que eu entrei no Manfredinni parecia campo de concentração**... E aí tava todo mundo apertadinho, aí eu achei que era aquilo... [...] **Eu fiquei cho-ca-da. Nossa! Eu queria que aquilo ali fosse implodido! Você chega achando aquilo tudo horrível, mas você não sabe o que fazer de diferente também, né. Aí é um aprendizado. E aí a gente vai aprendendo o tempo todo também, né, cada pessoa te mostra como pode ser diferente (Bárbara, psicóloga).**

> Eu sou da minha turma a primeira a ter um emprego como enfermeira, um vinculo como enfermeira, né... Porque ninguém se dispôs a essa coisa. Então, quer dizer, trabalhei...
>
> *E o quê que te dispôs...?*
>
> Eu acho assim... Não ter o preconceito que o pessoal tinha, sobre a psiquiatria ser aquele horror... Que não era possível trabalhar... Que era muito desgastante... Que não daria-se conta, dos riscos, que era muito... Essa coisa. Quando eu chego na psiquiatria, e **as portas eram fechadas, as enfermarias era todas fechadas, os pacientes pareciam enjaulados. Onde eles estavam era como se fosse uma jaula. Na minha concepção parecia enjaulados, você não sabia o que tinha lá dentro, então era assustador mesmo....** mas assim... eu penso que... consegui, junto com direção e... a gente conseguiu avançar na coisa de abrir as portas, de botar a equipe dentro da... a 1ª equipe a entrar dentro, pra dentro, né. O posto de enfermagem pra dentro. A enfermagem, depois a gente foi conseguindo os outros técnicos, isso foi uma historia de ir pra fora, pra dentro... [...] Pra mim, **estar nesse lugar foi gratificante, me sinto gratificada... Fazendo parte dessa historia (Glória, enfermeira)**

As imagens de campo de concentração, de jaula, de um lugar como ponto final da vida, são mesmo fortes e impactantes. Vontade de chorar, de implodir, de libertar, o desejo de produzir transformações para as vidas, aparecem aqui como algo que afetou os trabalhadores e que os impulsionou em direção ao trabalho. O contato com condições muito ruins de tratamento e de vida, e o horror produzido, também aparecem, assim, como elementos fortemente presentes na construção do sentido do trabalho em saúde mental para alguns dos entrevistados, especialmente para os mais antigos. A indignação e a certeza de que aquelas

pessoas poderiam ter um outro destino de vida e um outro caminho de tratamento parecem ter influenciado, em alguma medida, a escolha pelo campo, e produzido marcas na trajetória desses profissionais. As entrevistas apontaram, assim que, de maneira geral, o trabalho no campo da saúde mental aconteceu para este universo de profissionais em função de uma escolha, motivada por elementos diversos.

Ainda com relação à aproximação dos trabalhadores ao campo, é interessante destacar também que de todas as pessoas entrevistadas, apenas uma mencionou alguma disciplina ou questão debatida na graduação como um disparador do seu interesse. Digo como disparador porque mesmo nesta entrevista a graduação não chega a ser mencionada como o principal espaço de formação, mas sim o estágio e a residência. A residência é especialmente destacada como um momento importante:

> Aí fiz residência... Aí fiquei totalmente entregue né... Que foi um período importante, a residência. Foi muito formadora. Nem sei falar... [parece um pouco emocionada] Sei que foi muito importante.
>
> *Em que sentido...?*
>
> Lá no Instituto, a gente passa por quase todos os... Quase todo tipo de serviço que a gente pode encontrar numa rede, então a gente passa pela emergência, pela internação... Passa pelas habitações... (não pelas Residências Terapêuticas, mas por todo o núcleo interno de habitações, pela longa permanência), passa pelos centros de atenção diária, passa pelo infantil... *Passa*, né. Naquele universo né, circunscrito à instituição e tal. Passa pelo CAPS AD... Enfim, tem noticias da rede. Porque de manhã você pode estar no CAPS, e de tarde na emergência, e você pode ter notícia do mesmo caso em dois dispositivos totalmente diferentes e você vê como isso é interessante né, como cada serviço faz a leitura de um caso, de um encaminhamento, do que precisa, do que não precisa... E isso é muito interessante, assim... E ao mesmo tempo muito angustiante. Mas é muito formador...
>
> *Por que angustiante...?*
>
> Porque... Você vê como cada ponto-de-vista é tão diferente... Um mesmo caso, uma mesma pessoa, e o entendimento da situação pode ser tão diferente. Então você vê que um CAPS entende uma internação como algo importante no momento... - na época eu fazia o CAPS AD e a emergência – e na emergência tinha toda uma questão em atender os pacientes toxicômanos, "não é um problema da psiquiatria", "isso tem que resolver de outra maneira"... E às vezes você vê o CAPS com todo empenho diário, mas num determinado momento diz "esse cara aí agora tá precisando parar aí em algum lugar...". E atuando, né, nos dois dispositivos, às vezes tentando fazer alguma costura, poder introduzir algum elemento que possa ajudar ali... Às vezes você consegue, às vezes você fica meio de espectador, né, você não consegue fazer isso. E é muito interessante, você permanecer como alguém que trabalha – porque quando você faz residência você faz parte da equipe –

> e ao mesmo tempo você sabe que você tá num lugar que é meio estrangeiro por isso, porque de manhã você tava num outro lugar, tendo outra discussão, não tá exatamente entregue àquela conjuntura ali **(Lara, psicóloga, coordenadora das Residências Terapêuticas).**

Na maior parte dos casos o interesse pela saúde mental surgiu, assim, a partir do contato com a área no próprio campo, através de estágios ainda durante a graduação (estágios não-curriculares, vale destacar, quase sempre desvinculados dela, portanto) ou especializações, em alguns casos com o início do trabalho propriamente. Também é no próprio campo que a formação parece acontecer prioritariamente.

3.2. Disciplinaridades e interdisciplinaridades

O abismo entre a graduação e o campo – e a importância atribuída a este último no que concerne à formação – foi especialmente enfatizado pelos médicos com quem conversei. Inúmeros aspectos são mencionados por eles neste sentido, como por exemplo no que diz respeito à perspectiva de uma integralidade na atenção e no cuidado, à possibilidade de uma pratica interdisciplinar, ao excessivo especialismo. As entrevistas com estes profissionais revelaram críticas severas à sua formação, como a que é formulada bem explicitamente no trecho a seguir:

> *O que você considera que tenha sido, ou que seja, a tua formação como trabalhador de saúde mental?*
>
> Na verdade, na verdade... Eu tenho que pensar um pouco. **Porque pra mim, a graduação da medicina não prepara pra ser um trabalhador de saúde mental**. Então pelo que eu tenho visto das formações, pelo tipo de trabalho que é desenvolvido pelo CAPS, ou pelo menos neste CAPS, eu acho que a formação na especialização na residência não dá conta desse trabalho, no sentido do envolvimento, da dedicação... **Da inter-relacao com os outros serviços, com os outros trabalhadores, com os outros terapeutas**... Então, não sei nem se tem uma relação dos serviços de formação tão grande com isso **(Fábio, médico do CAPS).**

O percurso de Fábio é descrito por ele como um percurso atípico, uma vez que não teve uma educação formal na psiquiatria, não percorreu os caminhos naturais de formação de um médico psiquiatra, qual seja, de uma especialização como a Residência. Quando se formou, Fábio não passou no concurso da Residência, tendo sido então convocado a prestar o serviço militar, quando ficou lotado na psiquiatria. Depois disso ingressou em um estágio na

psiquiatria de uma unidade universitária e, enquanto se preparava para tentar novamente a prova para a Residência, chegou ao CAPS, onde trabalha há cerca de um ano. Apesar de trazer importantes críticas à formação médica, Fábio ainda considera a Residência, a princípio, o principal espaço de formação, chegando a se/me perguntar se seria a pessoa mais indicada para a entrevista, já que seu percurso neste sentido não vinha sendo muito habitual. Atualmente pensa também na possibilidade de fazer a prova pra obter o título de especialista, o que é possível após dois anos de experiência comprovada na área.

A distância entre a graduação de medicina e o campo da saúde mental também é assinalada por Antonio. Antonio foi estagiário do CAPS. Recebeu-me para a entrevista em sua casa, uma vez que morávamos no mesmo bairro e quando o contactei ele estava de férias, já tendo encerrado o seu período de estágio. Contrariando minha apreensão em incomodar suas férias, Antonio me recebeu muito amavelmente, com refresco e biscoitinhos. Simpático e risonho, foi muito receptivo desde o contato telefônico, mas também demonstrou estar muito nervoso com a situação, falando isso repetidamente durante a entrevista e chegando a pedir para interrompê-la algumas vezes, quando consultava sua monografia em busca de palavras. Digo em busca de palavras porque muito claramente não se tratava de falta de idéias – afinal, Antonio consultava seu próprio texto – mas de "brancos" com relação ao modo de expressá-las, causados certamente pelo nervosismo. Ao longo da entrevista foi se acalmando.

> Acho que na faculdade de medicina... Eu tive o curso de psiquiatria agora, semestre passado, e eu achei muito legal, reforçou a idéia de que eu quero fazer psiquiatria, mas assim... **Em termos de saúde mental não focava quase nada. É uma coisa assim muito, muito pobre... Era a questão clínica da psiquiatria, as principais síndromes, o tratamento, mas se a gente teve uma aula ou duas no semestre inteiro sobre alguma coisa mais voltada pra saúde mental foi muito...** [...] Apesar de eu ter gostado das aulas da atenção psicossocial, eu ficava me questionando se valia a pena ter um enfoque maior, sabe, porque das poucas aulas que tiveram, **a recepção da turma de uma maneira geral foi péssima... De uma turma de 100 alunos... Até o final da aula tinham ficado, sei lá.... meia duzia. Então acho que é um pouco essa questão de uma maneira diferente de pensar. É tão diferente que traz uma certa resistência, sabe...** O **discurso é muito diferente, o próprio conteúdo do trabalho... O discurso médico, cientifico, biológico, em geral, o raciocínio é outro, é tudo muito objetivo, muito lógico... Já o discurso da saúde mental, que é um discurso muito mais próximo de humanas, de psicologia, acho que é um discurso muito amplo, muito cheio de contextualização, muito subjetivo....** Então acho que eu quando comecei a ler os textos da Reforma tinha horas que eu achava que a minha cabeça ia estourar! Gente! **Não tô entendendo! Acho que é uma falta de costume mesmo. Eu até brincava que o cérebro de quem faz matéria de biológica é diferente de quem faz matéria de humanas, acho que é uma maneira de pensar que é um**

> **pouco diferente. [...] Se não fosse um estagio no CAPS a minha formação teria sido completamente diferente**.

Não sabemos no que diz respeito aos cérebros, mas que o modo de construção do pensamento no campo das ciências humanas e biológicas realmente é diferente, nisso certamente estamos de acordo com Antonio. Não se trata de uma diferença que é dada a priori, mas antes de uma diferença que é construída, conformada em larga medida, por conseguinte, nos espaços de formação. O desinteresse dos alunos do curso de medicina com relação aos temas ligados à saúde mental não parece ser uma coincidência, um acaso, mas antes um reflexo do que é a própria formação médica, da maneira como o discurso médico é construído ao longo da formação. O modelo científico predomina amplamente neste espaço, com uma abordagem excessivamente objetiva e naturalizada, centrada exclusivamente na doença e no órgão doente, entre tantas outras características que poderíamos descrever. Isto provavelmente torna todo o campo de questões trazido pela saúde mental de fato muito distante e estranho aos alunos de medicina. A psiquiatria continua sendo apresentada aos futuros médicos e possíveis psiquiatras como mais uma especialidade simplesmente, passando ao largo de uma série de discussões que a problematizam, tal como o processo de Reforma Psiquiátrica vem pautando e colocando em curso há tantos anos.

Tal distância, revelada na entrevista com o estudante, na realidade não é exatamente uma surpresa, se pensarmos na força e no espaço cada vez maiores que a psiquiatria biológica vem adquirindo mais recentemente. A tendência a focalizar excessivamente no órgão sobre o qual a especialidade vai se debruçar é apontada como uma tendência mais geral na medicina, e se traduz, na psiquiatria, pelo destaque crescente a uma concepção exclusivamente biológica da doença mental. Nas palavras de Fábio:

> Eu ainda na faculdade era uma das pessoas que, por motivos pessoais, tinha uma preocupação grande com o ensino. Desde o ensino acadêmico eu era uma das pessoas que trabalhavam lendo coisas sobre o ensino médico, e numa gestão do centro acadêmico fui um dos responsáveis por isso, mas independentemente de estar ligado ao centro acadêmico, ao longo do curso, quando tinha fóruns, ou reuniões do comitê didático, na medida do possível eu participava dessas reuniões [...]. T**em toda uma critica que se faz ao ensino, ao modelo médico, que no nosso pais ele ainda é muito centrado no hospital, e centrado na doença, e é muito comum que nas discussões das doenças clínicas, [...] falar que no fígado do leito tal, o coração do leito tal, e os próprios profissionais, médicos, se reportam nem à doença, mas até ao órgão doente, a gente percebe toda uma tomada de postura com relação a isso, no sentido de pensar uma humanização da medicina. Mas acho que ainda tá muito centrado no discurso, né...**
>
> *... E na psiquiatria como é que você situaria essa questão...?*

> Eu acho de uma maneira bastante séria, grave. E que me incomoda. Porque **se você for ver o programa de encontros de congressos psiquiátricos médicos, eles são neurobiológicos**, eu acho que das coisas que eu penso que são mais sérias, é que **a própria psiquiatria tem uma visão que, encaminhada por um certo reducionismo biológico do paciente, não enfoca, muitas vezes, as questões ambientais, comportamentais, ou da relação do individuo com a sua família e com o meio onde ele vive. A gente tem desenvolvido progressos e desenvolvimentos, da farmacologia do Sistema Nervoso Central, que através dessas descobertas a gente entende como é que funciona melhor o cérebro, e algumas outras pesquisas que vão tentar determinar o funcionamento do cérebro em determinadas doenças.** Mas tem muita coisa que é desconhecida, né. E dentro desse desconhecimento, do desejo de descobrir, na verdade, dentro da medicina, pelo que eu vejo da psiquiatria, **tem uma questão muito séria na formação psiquiátrica, que é de dar um enfoque biológico**.

Segundo Fábio, a crítica ao modelo médico tradicional até está presente enquanto discussão na universidade, mas o hospital na prática ainda permanece como o centro de gravidade. A centralidade do hospital se justifica originalmente pela necessidade de isolar o fenômeno para melhor conhecê-lo, isolar a doença para assim poder observá-la e dela tratar, segundo os moldes da ciência. O próprio modelo de formação e a prática médicos – hospitalocêntricos, conforme Fábio assinala aqui – denotam, entretanto, que tal presença se resume mesmo ao discurso, não chegando a ganhar um espaço significativo na prática exercida e ensinada nestes espaços. A reprodução acrítica do modelo cientifico torna de fato a perspectiva da saúde mental distante, conforme assinalava Antonio, daquela trazida pela medicina. Tal como a cardiologia se debruça sobre o estudo do coração e a pneumologia sobre o estudo do pulmão, a psiquiatria vai se ocupar do estudo do cérebro, órgão que lhe é correspondente.

Desde o inicio da faculdade, Fábio entendia que se especializar muito cedo seria muito ruim. Sempre alimentou esta preocupação, chegando inclusive – uma vez que percebia ser uma tendência geral da medicina – a se engajar em debates sobre a formação em espaços como o centro acadêmico da universidade, como menciona em um dos trechos citados[54]. Desde o inicio da graduação foi critico, portanto, dessa tendência a uma especialização excessiva, o que, segundo ele, poderia levar a uma perda da visão do todo, a uma excessiva setorização do corpo que impediria uma compreensão de seu funcionamento mais global. Esta visão é descrita como limitada, portanto, mesmo do ponto de vista da medicina, estritamente:

---

[54] Fábio é um dos poucos trabalhadores que menciona o envolvimento em algum espaço político – o Centro Acadêmico – ao longo de sua trajetória. Sinalizamos aqui tal aspecto para retoma-lo um pouco mais adiante.

> A gente ainda vive muito dentro de um modelo de medicina que é hospitalocêntrico, que concentra a visão na doença e não na saúde, que vê o paciente muitas vezes como uma doença, como um órgão doente [...].**Então, muitas vezes, tem um diagnostico de uma doença, que é falho, porque o paciente... A depressão do paciente não é por depressão. Aquela depressão é secundaria a um hipotireoidismo...** [...] **Não dividir a pessoa, seja em problema mental e problema físico, ou dizer que é um problema desse sistema de órgãos sobre aquele sistema, do corpo, eu acho que é importante, porque é a pessoa que tá ali. Eu acho que muitas vezes na formação isso passa dissociado...**

Qualquer compreensão sobre o corpo humano torna-se limitada ao considerá-lo compartimentadamente, abstraindo assim de sua complexidade. O que se expressa em um determinado sistema pode estar relacionado ao que ocorre em um outro, e não levar em conta todos estes nexos pode representar uma compreensão empobrecida e limitante, como nos é descrito por Fábio. Um questionamento muito interessante é colocado aqui também com relação a uma certa concepção dualista do humano, freqüentemente presente no saber médico, que cinde corpo e mente. Um olhar mais abrangente para *a pessoa*, e não para um problema ou para um órgão, mostra-se, então, um posicionamento importante e contrário ao que é produzido hegemonicamente na medicina.

Cabe assinalar, entretanto, que ainda que uma visão mais global do corpo – assim como deste binômio corpo/mente, conforme apontado – seja essencial a uma perspectiva de transformação da psiquiatria, esta pode ser uma critica que ainda se situa em um plano interno ao saber médico, uma critica central, mas ainda não paradigmática, portanto. A doença e a cura podem ser entendidas de modo muito mais complexo e global no que diz respeito ao próprio individuo, mas permanecerão ainda como *o problema* e a resposta a ele. Ou seja, se nos ativermos apenas a este nível da questão, o paradigma doença-cura pode permanecer intacto, sem ser questionado.

Esta visão mais integral do sujeito é apontada por Antonio como extremamente distante da medicina, e valorizada como uma vivência positiva no trabalho no CAPS. Se a formação de um médico não pressupõe muitas vezes um olhar integral para o conjunto dos seus órgãos, no que se refere às suas relações, seu local de moradia, seu meio social de maneira ampliada, a situação é certamente ainda mais grave. A perspectiva de uma atenção e um cuidado mais integrais foi para Antonio uma experiência rica no estágio, por contraposição àquela que a universidade vinha lhe oferecendo até então:

> [...] No CAPS o que eu achei mais legal foi isso, foi poder ver isso na prática. **Você considera outras dimensões... Ver como é que o paciente**

> **lida com a família, como é a situação econômica, como é que ele se insere no lugar onde mora, como é que são as relações... Isso eu achei muito bacana, assim, da saúde mental, assim, eu achei que é uma coisa que a medicina não tem e que faz muita falta. [...] Eu tive até um professor q**ue uma vez até soltou em sala de aula... [risos] **Enfim, não lembro exatamente as palavras dele, mas ele falou alguma coisa do tipo: ah, se você é médico, você tem que lidar com as questões clínicas do paciente, se você está preocupado com a situação econômica ou não sei o quê do paciente você tem que largar medicina e fazer serviço social!** [risos] Nesse nível... É claro que é um ponto de vista muito extremado! Mas é reflexo de um problema muito sério...
>
> *De como esse discurso tem uma força...*
>
> É! De como na medicina é visto... É claro que muitos médicos não são assim, muitos médicos em algum nível levam em consideração, vêem que a pessoa não tem uma condição financeira e receitam um medicamento mais barato, têm algum tipo de cuidado... Mas **no CAPS é em outro nível, é uma proporção muito diferente, o cuidado mesmo, é uma coisa da tomada de responsabilidade, da questão da saúde mental.... O quê que a gente pode fazer pra mudar isso, como é que a gente pode fazer pra não circundar a situação, o problema... E não fingir que ele não tá lá...**
>
> *Pensar a atenção mais integral...*
>
> É! O objetivo é tentar trabalhar em cima daquilo mesmo, **no CAPS você ter essa equipe multidisciplinar, que trabalha junto, que trabalha mais nivelado, acho que ajuda a pensar isso. Você ter médico, assistente social, psicólogo, enfermeiro... Assim, num mesmo nível, acho que ajuda a aplacar... A estar dando a preocupação necessária pra essas áreas, na equipe de saúde mental como um todo... Eu acho que torna essas situações tão importantes quanto a clínica.**

A interdisciplinaridade é apontada como um diferencial importante com relação à formação médica também por Fabio. O que se produz hegemonicamente na medicina é um lugar de supremacia desta especialidade, que situa o médico no alto de uma hierarquia que subordina todos os demais campos de saber envolvidos na saúde. O médico é o profissional mais qualificado e cujo saber mais se aproxima da verdade sobre a doença, ao qual vão estar submetidos, portanto, todos os demais saberes e profissionais.

> Tem uma relação, não só dentro da psiquiatria mas em toda a medicina, de que **o médico muito freqüentemente, hierarquicamente, é colocado no alto da pirâmide, e quando ele não está no alto da pirâmide tem uma dificuldade muito grande de lidar com isso... [...]** E na graduação isso é complicado, na formação, porque **a gente não tem o habito de sentar e discutir caso com outros profissionais da área de saúde, a gente não tem um olhar sobre como os saberes da psicologia, do serviço social, de outros campos do conhecimento, que são fundamentais pra saúde, pro bem-estar do individuo.** [...] Pensar numa equipe em que cada um

> contribua com seu saber, seu trabalho, pra uma equipe, em conjunto, dividir as tarefas, e o médico não ser aquele que só examina e medica, mas ter outras preocupações com o paciente, é uma coisa diferente, [...] Eu também sinto que as angustias são maiores, pro profissional, é muito melhor fazer parte de uma equipe, que se eu precisar de ajuda de qualquer pessoa, se eu precisar resolver o caso, não precisar resolver sozinho, tanto no sentido de dividir a responsabilidade quanto de ter idéias, ter mais uma pessoa pra mediar o caso com o paciente, com a família... Isso ajuda muito, e diminui muito a minha angústia de ter que lidar com esses sofrimentos que são... Muito graves, muito sérios, e que também mexem com a minha emoção, né. **Ter uma outro profissional, parceiro, dividindo a angústia, o luto, o pesar, a tristeza, e o sofrimento que o sofrimento do paciente traz... é muito bacana. E falar de igual pra igual... Aqui, ao longo desses meses, muitas vezes era um outro técnico que tava perguntando pro paciente se ele está dormindo bem, como está a medicação... E eu não preciso fazer isso tão diretamente. Ao mesmo tempo que eu me preocupo muitas vezes com outros aspectos da vida social, de relação do paciente, da relação com um familiar, social mais ampla, em que eu auxilio os terapeutas, os técnicos de referência a também encaminhar determinadas questões. E essa troca ela é muito bacana. Mas é uma coisa que não está muito dentro dos espaços de formação**.

A onipotência que parece ser construída na formação médica parece não levar em conta aspectos essenciais para o trabalho como Fábio coloca de forma muito sensível. O que o entrevistado sinaliza sobre o valor das parcerias e do trabalho em equipe, o lugar das trocas entre os pares para a efetivação do cuidado, o alívio à angústia que o compartilhar possibilita, nos remetem mais uma vez para a importância das relações de trabalho e da dimensão do cuidado no que se refere tanto ao trabalho quanto à formação dos trabalhadores de saúde mental. A construção do trabalho de equipe, a possibilidade de troca com os outros profissionais e do estabelecimento de relações mais horizontais e menos hierarquizadas falam mais uma vez a favor de uma concepção que se afirma em direção oposta à do especialismo, hegemonicamente difundido na medicina.

Entretanto, se estamos falando da entrada em cena de diferentes campos profissionais e disciplinares, é preciso refletir um pouco sobre como se dão as relações entre estes campos. Recorrerei aqui, então, – seguindo algumas trilhas já percorridas em jornadas anteriores[55] – à perspectiva de Rodrigues (1998, 2000) para apresentar brevemente algumas diferentes possibilidades neste sentido.

Os prefixos “multi”, “inter” e “trans” falam de possibilidades distintas de práticas em relação a um mesmo objeto. A multidisciplinaridade é a perspectiva segundo a qual um conjunto delimitado de disciplinas convive, sem nenhuma espécie de interação recíproca:

[55] Refiro-me aqui aos estudos realizados para minha monografia de graduação (COELHO, 2003), em que me baseio neste momento.

cada uma lança um olhar, contingente a seus domínios teóricos e práticos, sobre um objeto julgado único, sem que se abra mão da própria especificidade. Na interdisciplinaridade, por sua vez, além do somatório de olhares já presente na abordagem multidisciplinar, há uma interação entre algumas disciplinas, que se fundem e dão origem a uma nova disciplina; ou, como propõe Rodrigues (1998; 2000) a uma ou mais *interdisciplinas*. Apesar da tentativa e mesmo eventual efetivação de trocas entre campos diversos, percebemos que ainda aqui o objeto é apreendido como um objeto natural, como algo *dado*, como um *alvo* do conhecimento, externo às disciplinas, e *sobre* o qual elas discursam, *acerca* do qual, portanto, elas detêm um saber. (RODRIGUES, 1998; 2000; NEVES et al, 1996).

A transdisciplinaridade, terceira possibilidade dentro daquelas que apresentamos, se constitui como uma perspectiva bastante diferenciada das anteriores pelo modo como subverte esta noção de objeto. Guardaremos para um pouco mais adiante, entretanto, uma entrada mais detalhada nesta perspectiva, tentando situá-la em um momento que considero mais oportuno na discussão. Retomemos, então, o caminho que seguíamos, aglutinando mais algumas questões colocadas pelos médicos entrevistados no que se refere à sua formação.

A formação em medicina é criticada por um outro ponto de vista no seguinte trecho, a contraposta à formação em psicanálise:

> Eu acho que tem coisas que hoje em dia a psiquiatria não estuda mais... Então a gente tem, um exemplo, um caso que a gente tem de uma mulher com um quadro paranóico de erotomania. Hoje em dia a psiquiatria se resumiria a dizer que isso é um transtorno... Que seria um transtorno delirante persistente. É assim que está no CID. Só que de fato, **essa classificação da psiquiatria, ela não orienta rigorosamente nada a respeito da sua forma de intervir discursivamente**. No máximo ela orienta o remédio que você vai dar, antipsicótico. Agora... **Como é que você fala com o paciente, o quê que você pergunta, como é que você dirige a sua intervenção, a psiquiatria não tem nada a dizer sobre isso, nenhum livro de psiquiatria te ensina a responder a um paciente, a saber como se posicionar num caso**. Eu acho que a gente se ficar com o que é possível pra psiquiatria a gente fica extremamente desorientado na clínica, então tem que ter alguma outra referência. Pra se exercer. Não acho que tem que ser só a psicanálise não, acho que tem algumas outras referências que podem ser interessantes pra clínica, mas certamente não é da medicina... **(Bruna, psiquiatra)**.

A fala de Bruna traz algumas críticas importantes com relação à psiquiatria, como o fato dela não refletir nem um pouco sobre o funcionamento dos sujeitos e sobre como se relacionar com eles, limitando-se a descrever um conjunto de características, invariável, que

define um f20, f16 etc. Críticas que, segundo a entrevistada, se relacionam à sua formação em psicanálise.

Ainda que se parta aqui de um questionamento bastante importante, algumas outras questões se colocam para mim: será que realmente é preciso estarmos sempre tão orientados sobre como intervir *discursivamente*? Será que todas as ações no campo da saúde mental são intervenções necessariamente discursivas? Se a fala de Bruna não se desdobre inevitavelmente nesta direção, este é certamente um desdobramento possível a partir dela, de modo que considero oportuno colocá-lo em análise. Se introduzir e amplificar a dimensão discursiva foi certamente uma contribuição fundamental da psicanálise à psiquiatria – e na verdade não apenas dela, mas sem dúvida com destacada importância –, será que o encontro com a loucura pode/deve ser reduzido a esta única dimensão?

De acordo com as narrativas até aqui apresentadas, parece realmente um fato que a prática em saúde mental já não se opera mais exclusivamente sob os marcos da psiquiatria, com ganhos significativos, no que se refere ao diálogo entre os diversos campos disciplinares e profissionais[56]. Este foi um aspecto referido, como vimos, como de grande diferença com relação à formação médica e à medicina em geral, uma vez que a graduação em medicina, também pela fala de nossos informantes, parece ainda preparar o médico para ocupar o topo de uma hierarquia, subordinando os demais saberes e dialogando muito pouco com eles.

Ainda que não esteja tomando os dados colhidos como representativos do ponto de vista de uma analise quantitativa, chama a atenção o numero de referências à psicanálise surgido nas entrevistas, importância que coincide com minha impressão anterior pela vivência no campo. A formação em psicanálise, por exemplo, é mencionada muitas vezes como o principal espaço de formação. A psicanálise aparece claramente como a referência teórica de maior destaque, levando-se em conta o conjunto das entrevistas, como podemos destacar, por exemplo, com os seguintes trechos:

> Eu tenho às vezes pensado muito no trabalho pelo Lacan, né. Tenho tido essa inclinação. E tenho gostado **(Lara, psicóloga).**
>
> *Tem algum autor que você considera que seja referência pro teu trabalho, que você tenha achado mais importante?*
>
> Acho que eu diria o Lacan. Tô buscando entender um pouco mais... Gosto muito, do Lacan **(Fabíola, auxiliar de enfermagem).**

[56] Sobre este assunto, ver também Vasconcelos (1997).

> Eu continuo fazendo formação psicanalítica... Largo uma hora, retomo na outra... Mas acho que preciso fazer esse percurso com a psicanálise, que me instrumenta legal... **(Bárbara, psicóloga).**

> Há oito anos atrás eu procurei uma formação mesmo em psicanálise. E hoje em dia eu acho que é onde está o centro da minha formação. É uma formação psicanalítica que tem uma característica de ter um grupo muito fortemente interessado na questão da clínica das psicoses, numa discussão da instituição. Então eu acho que fez toda diferença pra mim no trabalho no CAPS ter essa formação. Toda a diferença **(Bruna, psiquiatra).**

> Eu me interessava muito por psicanálise, tinha feito uma bolsa de estudo no CNPQ em teoria psicanalítica com o Joel Birman... Eu sempre me interessei muito por psicanálise. Aí abriu inscrição pro curso de especialização, eu passei... Que era em atendimento psicanalítico em instituição, então era uma atuação toda em saúde mental, em psiquiatria, mas era uma abordagem psicanalítica **(Fátima, psicóloga).**

Assim, se a interdisciplinaridade é seguramente um ganho no campo da saúde mental e podemos dizer que a medicina não é mais um discurso único sobre a loucura, outros discursos vêm crescentemente ganhando força no campo. A psicanálise parece vir se afirmando hoje de maneira bastante hegemônica como a principal referência teórica para se pensar o trabalho em saúde mental. Esta hegemonia é facilmente atestada, entre outras coisas, por exemplo, pela vasta produção bibliográfica de referencial psicanalítico no campo, bem como por sua forte presença em referências bibliográficas de concursos[57]. Não pretendo entrar aqui em uma discussão aprofundada no que diz respeito à teoria psicanalítica, o que fugiria aos objetivos delineados para este trabalho, mas considero importante problematizar um pouco os possíveis efeitos de tais aspectos para a formação dos trabalhadores e para o campo da saúde mental, de maneira mais geral. Se a psicanálise certamente trouxe novas e importantes perspectivas ao campo da saúde mental – como acredito que traz de fato – é preciso se questionar o modo como esta difusão acontece para evitar que este se torne um novo discurso único sobre a loucura, reduzindo-a novamente a uma única dimensão. Este me parece um risco importante quando qualquer teoria se difunde com uma certa hegemonia.

Acredito que, a principio, toda tendência à hegemonização pode ser perigosa na constituição de qualquer campo de saber/poder em torno de um determinado objeto, e este é um risco particularmente importante em uma esfera como a da saúde mental. Diferentes campos teóricos apresentam leituras diversas sobre os diferentes objetos, o que acredito ser

[57] Em algumas situações mesmo quando se dirigem também a profissionais não psicólogos, como no caso do concurso para a residência e para o estágio integrado em saúde mental.

especialmente importante no caso de um trabalho de desinstitucionalização, em que se pretende desconstruir uma certa leitura vigente (a loucura enquanto doença mental), para se produzir uma nova. A saúde mental pode ser pensada neste sentido como um objeto que precisa ser construído, não por uma incipiência, mas pela necessidade de manter-se enquanto construção. A proposta de desinstitucionalização também poderia ser definida nestes marcos, de implosão de modos instituídos de relação com a loucura e instauração de outros, que devem se preservar antes de qualquer coisa como instituintes. Para isto é importante levar-se em consideração os diferentes discursos e práticas que construíram a loucura como doença mental, as diferentes instituições envolvidas nesta construção, bem como os atravessamentos políticos, econômicos, sociais etc. Se reconhecemos todas essas marcas de produção das práticas (atuais) no campo da saúde mental, podemos construir novas relações em torno deste nosso "objeto", e propor novas práticas que o transformem em um "novo objeto".

Podemos retomar neste ponto a discussão que travamos sobre os diferentes campos disciplinares e as variadas possibilidades de interação entre eles. A perspectiva que apresentamos aqui é coerente com a idéia de uma prática transdisciplinar. A transdisciplinaridade, como começamos a dizer, subverte esta noção de um objeto a-histórico e a-social (tal como faz a psiquiatria, ao transformar a loucura em doença). Se deixamos de atribuir uma essência ou uma natureza a um determinado objeto, considerando sua configuração como sócio-histórica, somos levados a desnaturalizar também os saberes e domínios que sobre ele se estabeleceram (ou melhor, que *o* estabeleceram). É justamente sob este pressuposto que se afirma uma perspectiva transdisciplinar, que pretende desnaturalizar e historicizar as práticas, a partir do entendimento de que os objetos não estão cristalizados, prontos, apenas a espera de um olhar que os decifre ou mesmo de vários olhares que o abordem sob diferentes perspectivas (tal como em uma perspectiva multidisciplinar, por exemplo). Sua própria constituição já é atravessada por estes "olhares", ou seja, por diferentes conjuntos de saberes e práticas. Os objetos não pertencem naturalmente a nenhum campo e cada olhar ou ação o *constrói* de uma determinada maneira. O que existe, portanto, é um conjunto de discursos e práticas que *engendram*, por assim dizer, um objeto determinado.

Assim, se consideramos os objetos como historicamente constituídos, não naturalmente pertencentes a um determinado domínio ou campo de saber, mas apropriados (e construídos) por este em determinado momento, somos levados a problematizar os limites propostos – e, normalmente, naturalizados – pelas disciplinas. Neves et al (1993) ajudam a esclarecer:

> Com a transdisciplinaridade coloca-se em questão a própria noção de disciplina, o que, conseqüentemente, acarreta uma alteração mais radical da visada do objeto. A proposta é desnaturalizar cada disciplina, trazendo para o campo de análise sua história, seu caráter transitório e parcial, os recortes que imprime nas práticas e como produz seus próprios objetos. Problematizam-se os limites entre as disciplinas, entre sujeito/objeto, teoria/prática e ciência/filosofia, a ponto de essas fronteiras se tornarem instáveis, levando à produção de um **regime discursivo híbrido**[58] bem diferente da forma hierarquizada e estanque das disciplinas instituídas. Na verdade, tem-se aqui uma máquina abstrata que se faz de máquina de guerra contra os saberes estabelecidos, contra um ideal de inteligibilidade assentado nas fronteiras epistêmicas e nos limiares entre o científico e o não-científico (o político, o filosófico, o estético). Mais do que nunca se agrava a instabilidade dos saberes, pois trata-se de uma constante provocação da crise dos modelos teóricos e da realidade a eles submetida [...]" (p. 178, grifos meus).

Uma abordagem puramente disciplinar seria nesta perspectiva não apenas "empobrecida" ou "empobrecedora" (na medida em que não daria conta da multiplicidade de atravessamentos que constitui os objetos), mas também, e sobretudo, reprodutora de uma determinada lógica, uma vez que repete e legitima uma determinada produção – o aprisionamento de um objeto em um domínio específico.

O que a perspectiva transdisciplinar propõe, por conseguinte, é que, em reconhecendo a contingência da apropriação de um objeto por um campo de saber e/ou prático, ou seja, em reconhecendo seu caráter de *construção*, partamos para uma nova construção. Considerando nosso objeto uma construção, é possível inventar um novo objeto que, sabendo-se invenção, faz a crítica daqueles já constituídos por diferentes conjuntos de discursos e práticas: aquilo que eu falo também é constituído, portanto, pelo que estou tentando desconstruir.

É neste sentido que coloco em questão aqui a presença da psicanálise como uma presença hegemônica no campo da saúde mental. Na realidade, volto a dizer, não digo da psicanálise aqui em particular, mas de qualquer corpo teórico que tenda a uma hegemonização, pela tendência que entendemos trazer tal perspectiva de se tornar uma leitura única e totalizante, e não parcial e construtora de uma verdade que se entenda enquanto construção. Trata-se de colocar em questão assim, sobretudo, o uso que é feito da teoria, se mais dogmático ou como uma ferramenta. A própria psicanálise, como já abordado, não é una, mas múltipla, havendo muitos e diferentes caminhos dentro dela. O modo como se dá a relação com o saber é o que determina sobretudo aquilo a que me refiro aqui. Como um

---

[58] Vasconcelos (1997) se refere à mesma questão, enfatizando o caráter de criação de *novos campos de saber*, acrescentando que a perspectiva de interação entre campos não visa à construção de um olhar único sobre o objeto, mas, pelo contrário, de um olhar plural, múltiplo.

espelho da realidade e não como uma ferramenta para se entender e intervir, tal qual propôs Foucault (1979) em sua conhecida conversa com Deleuze.

3.3. Supervisão

A supervisão é mencionada por muitos entrevistados como um importante dispositivo da formação no campo. Nas diferentes etapas da vida de trabalho, ela é referida como um espaço privilegiado de aprendizagem e construção:

> *E o quê que você acredita que estava te instrumentalizando pro trabalho...? Lá no CAPS...?*
>
> Bom... Eu acho que principalmente a supervisão que a gente tinha lá no estágio, tinha uma técnica da equipe que se reunia com a gente, semanalmente, **pra ver como é que tava o trabalho, pra dar umas orientações... E acho que foi muito importante porque num primeiro momento a gente tava meio... Eu particularmente tava bastante perdido, né...** Uma coisa é você ler sobre o CAPS, saber como é que funciona a saúde mental, outra hora você estar jogado lá! No CAPS! Você jogado lá, cair de pára-quedas. [risos] É uma coisa que – por ser muito diferente de tudo aquilo que eu já fiz, de medicina e tal – causa um estranhamento, você fica meio sem ação, por onde é que eu começo, pra onde que eu vou...? Então eu acho que a supervisão, você ter alguém da equipe assim, pra te dar essas orientações... **Eu me senti bastante acolhido por todos da equipe, pela equipe como um todo, sempre que eu pedi umas orientações, sempre tavam todos lá, mas essa orientação da supervisão fez bastante diferença**. **Acho que foi uma das coisas principais (Antonio, estagiário do CAPS).**
>
> Eu tive boas supervisões na residência, que me ajudaram – algumas – a **construir uma posição de trabalho**. Independente do dispositivo, das equipes, de uma equipe ser mais afim, outra que não... Você ter uma certa posição... Acho que as supervisões me ajudaram muito a ter uma posição de trabalho
>
> *O que você chama de ter uma posição de trabalho*?
>
> É um negócio difícil de nomear, mas de você assumir um caso... De você poder dar às vezes a direção daquele trabalho... Assumir de fato um trabalho. Às vezes, poder estranhar o movimento de uma equipe, mas também não ser hostil em relação àquilo que você acha que não está funcionando... Poder cativar às vezes algo que você vê que precisa... Às vezes no estágio a gente é meio – talvez pela inexperiência – às vezes muito crítico, eu acho importante, mas depois você tem um pouco o estranhamento de algumas coisas e aí você diz: tá bom, mas como é que a

> gente vai fazer o trabalho andar?, Que não seja tão crítico, ou tão reclamão... Poder pensar sobre como é difícil fazer rede, né, é difícil construir um trabalho comum, então como é que você cativa um outro serviço, às vezes até um serviço, tem serviços mais difíceis, mais adversos... E eu acho que eu aprendi isso muito na residência, assim, eu tive supervisões que me ajudaram a ter calma. O trabalho não está dado, o trabalhão **a gente vai ter que ir construindo**, vão ter coisas que vão ser possíveis, outras que não... Eu acho que isso foi muito importante. Ter muito respeito pelas pessoas que trabalham no campo... Até as pessoas mais difíceis, é importante você chegar com um certo cuidado, uma posição às vezes mais modesta. Acho que nisso as supervisões me ajudaram (Lara, psicóloga).

Em um momento mais inicial da formação, a supervisão aparece como um espaço de "orientação" e de um certo acolhimento, que possibilita um acompanhamento mais próximo ao novo trabalhador no turbilhão que bastante frequentemente marca os primeiros contatos com o campo da saúde mental.

A residência, referida no segundo trecho, também pode ser considerada como um momento inicial, ainda que já um pouco mais à diante, um momento que poderiamos definir como sendo de alguma maneira intermediário, em que ainda se é aluno, mas também já se é profissional. Digo isso tomando por base a fala de Lara, mas também a minha própria experiência como residente, em que essa sensação – na minha avaliação em alguns momentos excessivamente ambivalente – acompanhou toda esta etapa. Como residente, minha sensação era de que em muitos momentos a cobrança que nos era dirigida era como profissionais, ao mesmo tempo que o tratamento recebido era de alunos – uma espécie de "desconfiança permanente", uma certa suposição de que qualquer brecha se tornaria ocasião de burlar os mecanismos de controle. O que muitas vezes acabava de alguma maneira se agenciando, sem que seja possível definir o que agenciava o que. Acreditamos que um funcionamento se institui através de mecanismos que se engendram coletivamente, envolvendo a participação de todos os atores que participam deste processo.

O que Lara destacou, entretanto, foi a importância que a supervisão adquiriu, em sua experiência, para esta passagem, para a construção desta "posição de trabalho", como nomeia. Ocupar uma posição de trabalho no sentido aqui atribuído parece envolver a possibilidade de se autorizar no próprio trabalho – alguém que tem uma posição válida, que pode assumir a condução de uma situação e responder por ela – e ao mesmo tempo um respeito pelas outras pessoas com quem se trabalha. Se retomarmos um outro trecho já citado da mesma entrevista, a supervisão é igualmente mencionada como um espaço que também ajuda a dar conta de angústias e dificuldades. Agregando tais aspectos, arriscamos dizer que, no sentido atribuído

por Lara, a supervisão parece adquirir um caráter de cuidado com o trabalhador, a partir do qual ele vai gradativamente se autorizando a experimentar em seu cotidiano de trabalho.

A necessidade de não ser tão "crítico" ou "reclamão" construída na supervisão pode ser pensada de algumas maneiras diferentes, maneiras que, mesmo que em certa medida contraditórias, me parecem assim mesmo coexistir. Por um lado, remete para uma espécie de "domesticação", de arrefecimento de um ímpeto questionador que caracteriza os momentos mais iniciais da vida de trabalho[59]. Acredito que também há, entretanto, outros aspectos presentes neste trecho, e que não considerá-los reduziria o que a entrevistada nos traz com esta narrativa. Lara também me parece trazer, neste momento, uma compreensão vivida de que o trabalho precisa ser construído, e que esta é uma construção que vai se dar coletivamente. Claro que o modo de "fazer o trabalho andar" deverá ser mantido em questionamento constantemente, mas uma posição que incorpore o reconhecimento de si e dos pares como atores do trabalho também me parece ser uma construção de fato importante. A crítica não deve paralisar o trabalho, ela deve, pelo contrário, produzir movimento, é ela quem desestabiliza, que acusa o instituído e faz o trabalho andar *neste sentido*. Como favorecer os movimentos instituinte – conciliar uma perspectiva crítica com um "trabalho que anda"? Este é no meu entendimento o grande desafio e empreendimento para a supervisão. Retomaremos este aspecto a seguir.

A relevância à supervisão não é dada, entretanto, apenas pelos trabalhadores que iniciam a vida de trabalho, como aparece, por exemplo, no trecho que se segue, em que a entrevistada fala sobre o que acredita que a instrumentaliza atualmente em seu trabalho:

> Olha... **Eu acho que supervisão é fundamental, supervisão institucional**, nesse momento a gente não tem... Eu acho que isso pra qualquer serviço é a mola mestra, eu acho que isso faz funcionar as coisas, **senão a gente acaba criando pontos cegos, sabe pontos cegos, aquilo que a gente passa batido**. A gente teve durante um tempo supervisão para o Núcleo, [...] que incluía as residências e a equipe, que foi logo na minha entrada e **ajudou a gente a pensar em muitas coisas, pra onde a gente vai... Pra onde a gente vem... Como é que a gente caminha? O quê que faz parte desse trabalho? (Fátima, psicóloga, coordenadora do Núcleo de Habitações).**

[59] Da vida, para além do trabalho, poderíamos ir mais além, uma vez que infelizmente não são poucas as vezes que os processos de domesticação acabam se fazendo vitoriosos e as forças de conservação se afirmem diante daquelas mais disruptivas e contestatórias. Ainda que não reconheçamos este como um movimento *natural* – mas, pelo contrário, construído e naturalizado – ele lamentavelmente vem impondo-se como hegemônico em nossos tempos.

Neste momento, então, com relação ao espaço do próprio trabalho, a supervisão é mencionada como um espaço de reflexão sobre o trabalho, sobre como o trabalho anda, representa a possibilidade de questionar os caminhos tomados, e de rever posições. Reflexão sobre o institucional. Um espaço de questionamento que lançaria luz sobre aspectos pelos quais se poderia "passar batido".

Recorremos a Martin (2000) para esclarecer nossa compreensão acerca do institucional:

> [...] uma lógica social invisível, como o movimento contraditório, rizomático entre forças sociais (inconscientes, políticas, econômicas, sexuais, raciais etc.) instituídas e instituintes, que fazem e desfazem as diferentes formas sociais (a escola, a família, o hospital, a igreja, a empresa etc.) que produzem e reproduzem a vida humana de uma certa maneira em um momento determinado (p. 4).

A supervisão institucional tem como estratégia e objetivo, desta maneira, *provocar* e *intensificar* os movimentos instituintes que se fazem presentes na cena institucional. Segundo Coimbra, Lobo e Barros (1987), a intervenção se dá no sentido de "fortalecer as forças instituintes **para que seja o instituído constantemente denunciado no seu processo de naturalização**" (p. 47, grifos nossos). Significa, assim, identificar funcionamentos cristalizados e colocá-los em analise permanentemente, possibilitando-se, assim, a instituição de novos arranjos, novos caminhos, novas saídas. Afirma-se, desta forma, o caráter instituinte de um serviço e, em última análise, das práticas em saúde mental. É justamente a possibilidade de nos colocarmos em posição de buscar a todo momento, como poderia dizer Manoel de Barros, "contrair visão fontana". De colocarmo-nos abertos aos novos significados e significações, enxergar as coisas inominadas, despidas dos nomes que já lhe foram dados, para poder inventar e reinventar outros, novos.

O trecho seguinte de outra entrevista articula uma concepção particularmente interessante sobre a supervisão, também coerente com esta perspectiva. A referência a ela se dá inicialmente também como um espaço de reflexão sobre o trabalho, mas em seguida a entrevistada indica uma determinada direção para o tipo de reflexão que se pretende colocar em prática neste espaço, adjetiva o tipo de reflexão que acredita que a supervisão deve engendrar de uma maneira bastante fértil.

> Eu acho que é um momento super importante de reflexão sobre o nosso funcionamento. É um momento que às vezes a gente está muito certo de determinado caminho... E **basta uma intervenção simples do M. pra todo**

> **mundo se desarrumar um pouco, rever...** Ela tem uma característica que eu acho que é super importante pra gente que é de **pensar um serviço que não cristalize o seu funcionamento, que possa se fundar a cada tempo...** [...] A gente já funcionou em muitos desenhos diferentes, e tem sempre a sensação de que não consegue chegar a um desenho que pareça contemplar as necessidades que a gente vê... A gente acabou de fazer uma **revisão grande de todo o nosso funcionamento**, diminuiu oficinas, pra ter turnos dos técnicos livres pra sair atrás dos projetos terapêuticos dos pacientes, e através de ligações mesmo dos recursos do território **(Bruna, psiquiatra, coordenadora do CAPS).**

A supervisão parece dar ao trabalho neste sentido o caráter de uma construção permanente, um refazer-se constante. A possibilidade de um serviço, de um trabalho, que se funde a cada tempo e que não cristalize funcionamentos, como vínhamos colocando, me parece essencial para a afirmação de uma perspectiva desinstitucionalizante/fontana.

A supervisão assim entendida parece constituir-se em um espaço de construção de sentido para o trabalho pelos trabalhadores, no sentido que trouxemos com Castoriadis (1987). Espaço de auto-questionamento que viabiliza uma construção coletiva do sentido do trabalho, que adquire um caráter de construção permanente. Momento – tal como na proposta institucionalista – em que se é possível identificar os mecanismos instituídos e colocá-los em análise, para que se possa desnaturalizá-los. Acredito que a manutenção do caráter instituinte deste espaço contribui para a formação tanto de trabalhadores quanto de serviços que se sabem inacabados.

Algumas advertências são importantes, entretanto, no que se refere a este campo de questões. Em certa ocasião, assistindo a um encontro de CAPS do Rio de Janeiro, ouvi um representante da Coordenação de Saúde Mental referir-se aos supervisores de tais serviços reunidos em uma mesa-redonda como a "nata" da saúde mental, adjetivo que chamou bastante minha atenção. Estaríamos diante de uma espécie de elite da Reforma Psiquiátrica, privilegiados ao ter acesso à exposição de tamanha sabedoria?

É preciso estarmos atentos para que a supervisão não se torne uma espécie de supervisão, que se institua apenas pela presença de um alguém *mais* experiente e com *mais* saber, que vai reconhecer e indicar os *melhores* caminhos. Nesta perspectiva, a supervisão ficaria restrita a uma dimensão pedagógica, pautando-se exclusivamente na transmissão de um saber, em função de uma experiência supostamente maior, que contribuiria mais para efetuar uma cisão entre aqueles que sabem e aqueles que aprendem, do que para uma construção comum de um sentido para o trabalho.

A referida mesa poderia representar uma aglutinação de reflexões sobre situações de crise, impasses, problemas dos novos serviços refletidos nas supervisões, daí a referência à

nata – poder-se-ia argumentar como objeção ao meu incômodo. Neste caso, entretanto, qualquer trabalhador que participasse de tais espaços poderia falar em nome de tais questões. Creio, entretanto, que a referência à "nata" dava-se mesmo com relação aos *supervisores*, e não às questões gestadas nas supervisões.

É preciso estarmos atentos para que estes espaços se fundem na perspectiva de potencializar os trabalhadores, e não de uma mera orientação ou transmissão de saberes. Caso contrário, nossa elite pode acabar se tornando uma tropa de elite[60].

Em alguns momentos, a supervisão foi mencionada também apenas nos termos de uma supervisão clínica, o que pode representar, de acordo com os sentidos que viemos delineando, uma restrição da potência deste espaço. Uma concepção estritamente clínica da supervisão contribui para a efetuação de uma cisão entre clínica e instituição, entre clínica e gestão, entre clínica e política, naturalizando o "caso clínico" como instância individual, alheia aos atravessamentos institucionais que sempre também o constituem. A própria clínica já é uma instituição e deve ser colocada em análise. A manutenção do caráter clínico-institucional é, nesta perspectiva, essencial, ou poderemos destacar elementos que se encontram, na realidade, em imanência, contribuindo assim para a perspectiva que naturaliza uma série de cisões.

Assim, se por um lado este pode ser um dispositivo muito interessante do ponto de vista da formação, considero fundamental discutir o sentido dado a uma supervisão e o que se está construindo neste espaço. Um trabalho que se propusesse a discutir mais especificamente sobre as supervisões que vêm acontecendo nos novos serviços poderia ser muito interessante neste sentido[61].

3.4. Processos de trabalho

Como mencionamos na introdução deste trabalho, o percurso desta dissertação não foi exatamente linear, tendo decorrido algum tempo até que conseguisse delimitar com maior nitidez aquilo que pretendia pensar enquanto formação. Este entendimento só começou a ficar mais claro, como dissemos, a partir do contato com o campo, da realização das entrevistas e

---

[60] Lula Wanderley, psiquiatra e artista plástico (ou poeta visual, como tem preferido), ironiza o fato de atualmente todos na saúde mental precisarem de um *personal trainning*. Aterrorizado com a imagem de uma supervisão e sempre adepto de uma reformulação estética da psiquiatria (e da existência), Lula costuma propor que a rebatizemos como uma "visão detalhada".

[61] A importância atribuída à supervisão levou-nos a pensar ainda que seria interessante a inclusão do supervisor entre os entrevistados para esta dissertação. Infelizmente, em virtude do tempo disposto para a realização deste trabalho, isto não foi possível, mas deixamos apontada aqui esta possibilidade de caminho para viagens futuras ou outros viajantes...

de sua análise. Já intuíamos que se tratava de uma formação que acontecia no próprio trabalho, mas a compreensão de algumas sutilezas deste processo só foi possível a partir do encontro e reflexão sobre algumas das narrativas surgidas nas entrevistas.

O preâmbulo a esta etapa se faz necessário por um lado para que certas lacunas sejam reconhecidas, mas também para que algumas vicissitudes deste processo sejam explicitadas e colocadas em análise.

A definição tardia acerca da questão da formação implicou em uma abordagem relativa de algumas questões nas entrevistas. Acredito que seja o caso das informações sobre os processos de trabalho, por exemplo, – discussão que passa a ser essencial a partir do modo como definimos a nossa questão, conforme já exposto – que considero terem sido relativamente pouco exploradas junto aos entrevistados. Estando postas estas limitações, nossa análise ficaria circunscrita a alguns elementos que despontaram nas entrevistas, como por exemplo as questões surgidas com relação ao trabalho de equipe, que seguramente tocam em muitos aspectos relativos aos processos de trabalho, ainda que não os abarque tão amplamente quanto seria interessante.

Uma vez que havia definido mais claramente tais aspectos, o eixo que aqui apresento tornar-se-ia, imediatamente, então, um dos mais importantes. Ainda que tenha considerado a abordagem da questão incipiente nas entrevistas, alguns temas indagados haviam dado margem a algumas colocações sobre o assunto, sobre as relações entre a equipe, o funcionamento do trabalho, as interações entre os diversos saberes etc. Entretanto, por algum motivo não inclui inicialmente este entre os eixos a serem analisados[62].

Falarei um pouco então do modo como esta ausência se fez presente por mim/diante de mim. Como mencionei, estava com a defesa marcada, correndo com os últimos acertos da revisão final, quando fui ao CAPS para resolver alguns assuntos burocráticos pendentes. Neste dia, a coordenadora do serviço me chamou rapidamente para conversar, perguntando-me sobre um possível retorno do trabalho da dissertação para a equipe. Respondi-lhe que

[62] Pensei em algumas explicações mais imediatas (e certamente verdadeiras) como a própria sensação de incipiência da abordagem, o volume do material coletado e as dificuldades na análise por isso ocasionadas, bem como o tempo apressado do processo. Nenhuma delas entretanto me pareceu suficiente para este "lapso", de modo que considerei que seria interessante me deter um pouco mais sobre esta situação. Estava ainda um pouco hesitante (em função do prazo apertado, neste momento estava com a defesa já marcada), mas concluí que realmente esta seria uma lacuna irremediável, e decidi então adiar a entrega, para tentar repará-la. Entendi também que seria ocasião de resgatar parte deste processo e incorporá-lo à escrita deste momento, como uma tentativa de análise das implicações, ainda que não se trate de uma análise "conclusiva", mas apenas de uma explicitação de elementos que provavelmente seriam considerados alheios ao texto, relativos ao seu contexto. Lourau (1993) fala sobre uma escritura "hors-textuel" (traduzida por "fora do texto") como uma maneira de trazer para o texto as condições de emergência dos "dados" da pesquisa, numa tentativa de combater a mitologia da neutralidade (p. 77).

pensava em efetuar essa devolução assim que a concluísse. Ela explicou, então, que na semana seguinte haveria um seminário interno no serviço e que seria muito bom se pudéssemos conversar um pouco, mesmo que rapidamente, antes disso, que se eu pudesse compartilhar algum tipo de impressão acerca do serviço para ajudar nas reflexões deste seminário seria muito bom. Concordei que isto poderia ser de fato interessante e combinamos então para a semana seguinte.

No dia marcado, Bruna me contou que a idéia do seminário era discutir a equipe. Gostaria de saber qual havia sido a minha percepção sobre a equipe, que tipo de problemas havia identificado. Havia reunido algumas anotações sobre as questões que vinha discutindo na dissertação, contei-lhe um pouco a respeito do processo, e disse que, especificamente com relação à equipe, não havia abordado muitos aspectos, que de maneira geral os entrevistados haviam se referido a um funcionamento muito bom do trabalho em equipe, não havendo relatos de problemas maiores. Disse-lhe que a equipe me pareceu sentir-se integrada, entre outras coisas do gênero.

Perguntei o que havia motivado a discussão e ela contou-me que nos últimos meses parecia que um certo desânimo generalizado havia se abatido sobre a equipe. Lembrei então da questão da sobrecarga de trabalho, que havia sido muito mencionada, e aspectos relativos ao trabalho em CAPS, como a enorme demanda e o fato de ter que se desdobrar em muitas funções[63]. Falei um pouco sobre a maneira como estava pensando a questão da formação a partir das entrevistas. Da importância que havia percebido sobre a constituição de espaços coletivos de construção de sentido para o trabalho, bem como de discussão sobre os processos de trabalho com os trabalhadores, de uma dimensão afetiva da formação, entre outras coisas. Alguns aspectos sobre os quais acreditava, contudo, ter reunido poucas informações no que diz respeito especificamente ao trabalho no CAPS, pelos motivos já mencionados. Falei ainda sobre a percepção de uma certa ausência do recurso a outras esferas de organização, para além do espaço interno ao CAPS, para dar conta de tais questões, que pelos relatos pareciam vir sendo bastante discutidas no próprio serviço, mas não levadas para outras instâncias. Bruna recebeu bem as questões que eu coloquei, parecendo refletir sobre elas, ainda que o encontro tenha acontecido rapidamente. Comentei sobre um texto que havia me ajudado a pensar sobre tais aspectos e Bruna se interessou por ele[64].

Saí deste encontro, entretanto, com a sensação de que minha contribuição havia sido insuficiente, e fiquei me indagando sobre o motivo. Somente neste momento foi que comecei

---

[63] Conforme abordaremos com maiores detalhes ainda neste eixo.
[64] O texto a que me refiro é o texto de Merhy (2004).

a me dar conta de que as discussões sobre a equipe compareciam um pouco dispersamente em alguns dos outros eixos de análise, mas não de forma mais concentrada, como comecei a achar que seria muito importante. Foi neste momento que comecei a pensar que esta discussão, incluída entre as reflexões acerca dos processos de trabalho, deveria realmente constituir um outro eixo de análise, uma vez que, diante do que havia definido como formação, ela era absolutamente central, e não periférica. Foi neste momento que resolvi interromper o que estava fazendo e me dedicar a este novo eixo[65].

Feitas estas considerações preliminares, podemos passar então às questões acerca do trabalho em equipe surgidas nas entrevistas.

Já mencionamos o caráter interdisciplinar que é acentuado por alguns entrevistados com relação ao funcionamento do trabalho em equipe no CAPS. No trecho seguinte, Fábio, psiquiatra, fala um pouco mais sobre este aspecto – comparando, mais uma vez, à sua formação como médico – referindo-se mais especificamente, por exemplo, ao modo de estabelecimento das relações de poder entre os saberes. O funcionamento do trabalho entre a equipe do CAPS se dá a partir de técnicos de referência, que podem ser técnicos de quaisquer das profissões[66]. O relato seguinte desenha a equipe como um espaço democrático de diálogo entre as diversas especialidades e como um coletivo de trabalho solidário:

> A primeira vez que eu, que já sou formado há três anos, vejo o trabalho interdisciplinar funcionar, é aqui. **A gente não fica discutindo o ego, quem está certo, quem tem o melhor conhecimento, quem tem mais poder**. A gente aqui está pensando o que é melhor para aquele paciente, para aquela pessoa que precisa de auxílio e que está em sofrimento.

---

[65] Neste momento também consegui formular com mais clareza um certo incômodo que me acompanhava há algum tempo, com relação ao processo deste estudo, um incômodo mais geral, para além desta questão especificamente, mas que talvez tenha se atualizado através dela. Em muitos outros momentos da escrita, havia ficado um tanto incomodada com este lugar de "pesquisadora", de alguém que recolhe informações, as analisa distanciadamente e depois elabora um produto, "pronto", sobre o que foi pensado, sem que aqueles que foram objeto deste estudo participassem minimamente desta etapa. Sem que pudessem, portanto, opinar sobre as reflexões que eles mesmos haviam suscitado, que eram realizadas a partir de elementos que eles mesmos haviam fornecido. Em muitos momentos pensei que o ideal seria retornar ao campo e discutir com eles os "resultados" parciais, os pensamentos de até então, refletir conjuntamente sobre as questões que haviam sido suscitadas e saber o que eles achavam dos caminhos trilhados. E que isto seria interessante tanto para um enriquecimento deste estudo quanto no sentido de promover esta reflexão entre as pessoas. Como creio que aconteça, por exemplo, em uma pesquisa-intervenção. A procura por parte da equipe do CAPS, através da figura de sua coordenadora, levou-me a pensar que pelo menos com relação àquela questão específica, eu deveria tentar fazer isso, já que este retorno me havia sido solicitado. Cheguei a idealizar este encontro mas, infelizmente, entretanto, não houve tempo para que fosse realizado, tendo que ficar o "retorno" apenas, de fato, para o momento posterior à conclusão da escrita.

[66] Cada pessoa que é atendida no CAPS tem uma ou duas pessoas, profissionais da equipe, que são a sua referência no serviço. Estes profissionais ficam mais diretamente responsáveis pelas situações que dizem respeito àquela pessoa, desde estar atento a se ela não está vindo, e é preciso ligar, até fazer uma visita domiciliar, entre tantas outras coisas que dizem respeito ao seu acompanhamento pelo serviço.

A possibilidade de relações mais horizontais entre os membros da equipe é uma condição para que isso se dê também nas relações com os usuários. Não é possível estabelecer relações recíprocas, como propunha Basaglia (1995), em apenas "uma direção", este é um vetor que precisa se atualizar transversalmente. Se uma reciprocidade não estiver presente também nas relações dos/entre os trabalhadores, dificilmente ela poderá acontecer nas relações com a loucura.

O espaço da reunião de equipe também foi mencionado como um espaço coletivo em que se opera a construção de um sentido comum – além da supervisão, a que já fizemos referência. A própria equipe pode se forjar como um espaço de reflexão sobre as práticas e de construção de sentido pelos trabalhadores. Em algumas entrevistas, por exemplo, quando perguntei aos entrevistados o que acreditavam que os instrumentalizasse para o trabalho, estes espaços foram mencionados:

> **Você estar junto lá da equipe, em todos os momentos de discussão**. Teve alguns momentos na equipe que eu acho que foram legais pra gente ir absorvendo aos poucos, a maneira de pensar, a maneira de atuar. Você ir desenvolvendo o senso crítico em cima das ações, porque **nas reuniões de equipe você sempre avalia aquilo que foi feito, se foi feito certo, se poderia ser feito de outra forma, então acho que é um bom exercício mesmo, de você estar desenvolvendo seu senso critico e avaliando as ações lá do CAPS (Antonio, estagiário).**
>
> **O contato com os outros profissionais, ter a possibilidade de ter uma reunião de equipe que seja funcional, e que consiga ter discussões clínicas que sejam esclarecedoras, e que enriqueçam a prática e a teoria da gente**, acho muito importante. Além de uma reunião de equipe, ou de espaços onde a equipe esteja reunida, discutindo casos, contextos ou conteúdos, estar trabalhando com profissionais que se atualizam e que trocam, que não ficam centrados só no seu trabalho, mas que têm **disposição de fazer uma parceria de trabalho, de ouvir o que você tem pra dizer, e de passar o conhecimento da experiência deles**, também é fundamental **(Fábio, psiquiatra).**

Para além do espaço propriamente da reunião, os encontros e trocas entre os pares, as reflexões efetuadas no próprio desenrolar do trabalho, também são considerados como algo que instrumentaliza. O bom funcionamento do trabalho de equipe de uma maneira geral, como já mencionamos, é destacado por muitos dos entrevistados. Certamente não sem problemas – como é frisado muitas vezes –, mas a existência de um sentimento de equipe parece ser algo reconhecido por todos, a equipe parece sentir-se de uma maneira geral bastante integrada, como podemos perceber, por exemplo, a partir dos seguintes relatos:

> Olha só, eu acho essa equipe muito boa demais, a integração é boa, o conjunto... De algum momento pra cá até a qualidade tem caído um pouco, não sei se pelo aumento de integrantes... Quanto maior essa equipe mais as diferenças vão aparecer. Mas é uma equipe muito boa de trabalhar, a gente pode contar uns com os outros... Acho boa essa equipe **(Glória, enfermeira)**
>
> Eu particularmente achei a equipe muito boa, fiquei bastante surpreso, na medicina, nos hospitais de uma maneira geral, a noção de equipe que você tem é uma coisa hierarquizada demais, o médico lá em cima, o enfermeiro em baixo e assistente social mais embaixo ainda... [...] No CAPS não tem muito isso, está todo mundo lá pensando lá junto, falando no mesmo nível, pensando junto em cima dos pacientes, então acho que isso é uma coisa que facilita o trabalho de equipe, faz ele fluir de uma maneira mais tranqüila, então eu achei a equipe de lá fantástica **(Antonio, estagiário).**
>
> Olha, aqui nesse CAPS eu acho que o trabalho em equipe funciona, não sem problemas, mas funciona muito bem, cada técnico sabe muito bem, sustenta muito bem a sua posição de trabalho... Você não precisa ficar convocando ninguém pro trabalho. Todo mundo sempre me recebeu super bem, me acolheu super bem, e é lógico que tem uma hora que as pessoas estão completamente assoberbadas de trabalho e tem uma hora que elas vêm falar comigo e eu vou falar olha agora não dá... Deixa pra depois... Mas assim, **a coisa da equipe, da troca com a equipe, pra mim, pelo menos, funciona super bem. Entramos eu, Fábio e M. na mesma época, e a gente formou uma certa parceria imediata... A gente troca muito... Pra mim isso funciona super bem aqui e pra mim eu acho que funciona bem (Bárbara, psicóloga).**
>
> Então, acho que essa possibilidade de trabalho de equipe, e teve várias vezes aqui que a pessoa que era técnico de referência do caso não estava presente no momento, na hora, e que, não é por causa disso que eu precisava fazer tudo sozinho... **As outras pessoas por estarem incluídas num sentimento de trabalho de equipe chegam junto (Fábio, psiquiatra).**

A cooperação entre a equipe parece favorecer a formação de vínculos de confiança que possibilitam a constituição de um coletivo solidário de trabalho. A qualidade das relações de trabalho, como vimos, é um elemento que certamente incorpora-se aos modos de relação estabelecidos com os usuários, compondo, assim, parte da formação do trabalhador. Um fazer coletivo e solidário possibilita que estes espaços se tornem espaços de produção de vida. O trabalho em saúde, como discutido, é sempre relacional (MERHY, 2004), de modo que o espaço das trocas e relações no espaço de trabalho é essencial para a produção do cuidado.

O bom funcionamento do trabalho em equipe, em alguns relatos, é mencionado como um importante suporte para o trabalho e atenuante das angústias que daí advêm. O trabalho no CAPS é mencionado em muitas entrevistas como extremamente desgastante, tanto pelo

sofrimento causado por lidar com o sofrimento do outro, quanto pela sobrecarga cotidiana de trabalho. A constituição de uma equipe solidária em torno dessas questões torna o espaço de trabalho um espaço também de cuidado, os vínculos e trocas entre a equipe são mencionados como um importante sustentáculo por alguns trabalhadores como no relato a seguir:

> Eu acho que **essa é uma especificidade dessa equipe, que faz ser um lugar acolhedor e menos inóspito**. O sofrimento que advém de acompanhar o adoecimento mental é muito grande... E às vezes tem profissionais de saúde mental que não conseguem lidar com os próprios companheiros de trabalho e perceber que por causa do excesso de trabalho, de um problema que está passando em casa, a pessoa também está sofrendo, e não necessariamente tem uma atenção à pessoa que está trabalhando junto. É uma coisa que eu particularmente tenho buscado muito, com relação não só a minha percepção de mim mesmo, de pensar que eu não estou conseguindo administrar, não estou dando conta... Conversar isso, trazer essas questões que não são questões que são do trabalho pra equipe, que são questões pessoais pra tentar lidar melhor, da melhor maneira possível... E algumas pessoas auxiliam nisso também... **(Fábio, psiquiatra).**

Podemos perceber mais uma vez aqui como a constituição do ambiente de trabalho – relações afetivas, possibilidade de trocas, cumplicidade – parece interferir naquilo que se produz enquanto assistência. Na importância de se constituir um espaço de cuidado também para quem cuida, e em como as relações estabelecidas no trabalho interferem no cuidado que é prestado. Referindo-se ao desgaste gerado pelo trabalho e ao valor de compartilhar isso com os colegas de trabalho, de se ter alguém ao lado atento e sensível quando este desgaste é enorme, Fábio prossegue nestas reflexões:

> Eu vejo isso como uma **iniciativa de trabalhadores que tem uma sensibilidade maior. Tanto de si mesmo como do outro, que estão mais abertos a esse olhar e a essa discussão**. Gente da coordenação aqui que está atento a isso, está sensível a isso. Mas a gente percebe também que outras pessoas da equipe conseguem ter mais sensibilidade, mais delicadeza pra lidar com essas questões. No que diz respeito à sobrecarga de trabalho, à impotência, ao impacto que isso tem...
>
> *Mais do que a coordenação, você diz...?*
>
> Mais os colegas do que a coordenação. Quer dizer, eu acho que **se você fosse considerar um espectro, a coordenação estaria no meio do espectro**. Não é nem quem não se importa tanto, que não consegue perceber tanto isso, mas também não é quem consegue perceber isso mais facilmente e agir se for necessário.
>
> *Mas você acha que há um espaço pra se colocar esse tipo de questão...?*
>
> Acho. Nas reuniões de equipe, isso já surgiu algumas vezes, e quando a gente teve fórum de funcionamento do serviço, avaliando o trabalho de

> 2007, e pensando no trabalho do ano que vem, essa era uma das preocupações que a gente tinha e que a gente apresentava, de **pensar como é que a gente pode melhorar o trabalho, a maneira como a gente organiza o trabalho, pra que isso tenha menos impacto na vida da gente e no trabalho da gente**... [...] Então **pensar na organização do trabalho, e pensar que minimamente organizar esse trabalho é pensar que essas coisas sejam resolvidas de uma maneira mais funcional, menos desgastante, foi uma das preocupações na reunião de equipe**. E até em varias reuniões de equipe a gente tem apontado... Tantas vezes que teve falta por problema de saúde, isso é uma coisa colocada claramente na reunião de equipe. E a partir daí a gente conversou sobre como estruturar o trabalho pra que a gente consiga ter uma qualidade de atendimento sim, ter uma qualidade de trabalho, mas que isso não tivesse um impacto negativo sobre a saúde da gente, porque de uns meses pra cá a gente tem tido mais faltas por problemas de saúde, por exemplo. **À medida que muitos pacientes tão chegando, o atendimento cresce, mas o número de profissionais se mantém**.

O encontro com pessoas da equipe que estão atentas a tais aspectos parece ser determinante para a inserção de Fábio no trabalho. Fábio refere-se à coordenação do serviço como também atenta em alguma medida a tais questões, mas os vínculos de solidariedade com os colegas de trabalho são mencionados como o principal suporte.

A medida desta atenção por parte da coordenação do serviço é algo que exigiria uma investigação mais detalhada, junto aos trabalhadores e junto à própria coordenação. Tal questão nos remete para uma série de outros assuntos que mereceriam ser melhor discutidos para as reflexões sobre a formação no contexto do espaço de trabalho, como nos propomos aqui. Questões que dizem respeito, entre outras coisas, às relações entre trabalhadores e coordenadores, por exemplo, no que se refere ao grau de autonomia que estes sentem, com relação à gestão do seu processo de trabalho.

Se alguns aspectos puderam ser discutidos neste sentido – a constituição de espaços de reflexão sobre o trabalho, por exemplo, certamente compõe esta discussão – eles seguramente também poderiam ser melhor explorados. Como se sentem os trabalhadores com relação ao seu trabalho? Autônomos ou não? Como são as relações com os coordenadores neste sentido, que possibilidade de interferência na gestão de seus processos de trabalho são sentidas pelos trabalhadores? De que maneira (ou o quanto) são reconhecidos e incorporados os arranjos auto-geridos, por eles estabelecidos? Questões não abordadas e que certamente seriam também centrais para este campo de reflexões. Quem sabe constituam um ponto de partida para futuras viagens, nossas ou de quem se aventurar...

Como já sinalizamos, a sobrecarga de trabalho apareceu como uma força importante entre as falas dos trabalhadores do CAPS. Tal questão foi colocada em alguns momentos de maneiras mais sutis, mas outras vezes explicitamente como uma das principais dificuldades do trabalho neste dispositivo hoje. Já mencionamos diversas vezes as relações que entendemos haver entre o tema da formação e dos processos de trabalho, sobre cuja constituição incide a questão da sobrecarga, que discutiremos aqui.

O excesso de demandas e a insuficiência de trabalhadores nos serviços para dar conta delas é uma questão atual no cotidiano dos CAPS do Rio de Janeiro, carentes de recursos humanos e materiais, e que, inevitavelmente, tem efeitos para a constituição dos serviços. Fábio faz menção a tais questões quando lhe peço para me contar um pouco sobre o cotidiano do serviço:

> Tem uma maneira mais romântica e tem uma maneira mais punk de descrever... **Porque a sobrecarga de trabalho é muito grande, né**. Essa é uma questão que incomoda pra caramba. (Fábio, psiquiatra)

O mesmo campo de questões é identificado por Bruna como compondo as maiores dificuldades do trabalho e do serviço:

> **Olha, pra mim a *maior* dificuldade é o excesso total e imprevisível de demandas...** A qualquer momento. Então eu posso reservar uma tarde, por exemplo, só pra escrever um projeto... E não conseguir sentar. Às vezes não pára de chegar paciente, um está em crise, outro está mal, outro não aparecia há um ano, então tem que aproveitar aquela oportunidade... Aí chega um paciente novo que também está mal, não dá pra esperar a recepção... Eu acho que **o CAPS tem que trabalhar respondendo a uma urgência de situações que é e-xaus-ti-vo**. **Tem dias que eu saio daqui completamente esgotada**. Isso é muito difícil. **A gente tem discutido muito isso na equipe.** [...] **Tem essa característica que é de CAPS mesmo, você tem coisas agendadas e tem que estar ao mesmo tempo disponível pro que vier. E chegam muitas situações que você não esperava...** Isso eu acho que é uma das coisas. A outra coisa, dificílima, aflige muito o trabalho, tem que ser um esforço da gente não cair na impotência, é **a sensação de que a gente trabalhou um dia inteiro... E deixou muita coisa por fazer.** Tem sempre mil pacientes que você devia ter ligado, que você devia ter ido visitar, você se deu conta de que ele está sumido há uma semana, e é um caso grave... **Você tem que dar conta de um monte de coisas o dia inteiro e termina com a sensação de que você ainda não funcionou bem, faltou muita coisa**. **Isso é angustiante também**. E, terceira coisa das que eu identifico muito rapidamente, que também está muito presente, é **essa tensão entre você estar aqui dentro, preso, respondendo a tudo que chega, sabendo que o que importa mesmo seria estar na rua, estar na vida... Estar lá fora com as pessoas. Isso aflige muito também. Então acho que é um trabalho muito pesado, angustiante mesmo**.

Ter que lidar com o que está previsto e estar ao mesmo tempo disponível para as urgências é uma característica de fato essencial a um serviço de atenção diária e intensiva, quando se tem como objetivo lidar com as situações de crise, sempre, e naturalmente, imprevistas. Se a idéia é atender à crise no cotidiano da vida das pessoas, e evitar o recurso à internação, é preciso estar disponível para o inusitado destas situações, e isto em si já torna o trabalho em um dispositivo como o CAPS extremamente desgastante.

O *excesso* de demandas, entretanto, como mencionam os entrevistados, aumenta ainda mais o desgaste gerado por esta que já é uma característica inerente ao dispositivo, excesso que poderia configurar algumas situações ou dias de trabalho – eventuais, portanto, é o que quero frisar – mas que aparecem como uma condição do trabalho, uma situação permanente. Por este motivo esta parece ser uma característica decorrente das condições específicas dos CAPS aqui no Rio de Janeiro[67]. Esta sobrecarga certamente potencializa as outras duas dificuldades elencadas pela entrevistada, a sensação de impotência permanente e a angústia em estar preso dentro do CAPS, mesmo quando se entende que o mais importante seriam as ações fora dele.

Não há como não lembrar do processo de combustão do trabalhador de saúde mental a que Merhy (2004) faz referência. A alegria parece em muitos momentos acabar se esvaindo, e o alívio freqüentemente fica por conta do final do trabalho, e não do envolvimento neste processo. As conseqüências para a saúde dos trabalhadores são narradas por Fábio:

> **Tem algumas pessoas da equipe, que logo que eu entrei, num processo de adaptação, passaram a ter uma crise de enxaqueca com mais freqüência, chegando mais tarde no trabalho... Tem uma dificuldade que é de estar muito assoberbado, muito cansado, essas duas pessoas identificaram prontamente isso**. E muito prontamente conversaram comigo com naturalidade e começaram a trabalhar sobre esse sentimento de impotência, eu sou um novato ainda, né. Porque são muitas as responsabilidades e quando vai só se somando mais responsabilidade, mais responsabilidade, a gente acaba não dando conta. **Eu acho que tem um equilíbrio então entre pensar quais são as responsabilidades que são nossas e pensar: será que o CAPS tem condição de assumir esse trabalho nesse momento? Esse compromisso? Porque às vezes a gente vai expandindo não só o número de pacientes, mas de atividades de trabalho, que como não tem novos profissionais entrando pra assumir esses lugares, as pessoas vão esgotar e vão pifar, né...** Isso é um fato. Acho que **muitas vezes na empolgação, na criatividade, a gente acaba não se dando conta e não dizendo um não que é importante pra gente conseguir manter uma qualidade de trabalho, e pra gente conseguir manter a saúde**. Eu lembro, por exemplo, quando eu comecei a trabalhar

[67] Possivelmente também em outros grandes centros urbanos, em que a proporção entre o contingente populacional e a quantidade de serviços de saúde e de profissionais são, de maneira geral em nosso país, deficitárias.

> no CAPS X, que está se estruturando. Foi agora no final do ano. E comecei a freqüentar as reuniões, fui na reunião de ano da saúde mental da cidade com todos os profissionais de saúde mental, diferente do Rio de Janeiro, né, todos os profissionais que trabalham em saúde mental cabem dentro daquela sala. Uma coisa que foi muito interessante que a coordenadora do município disse pra uma psicóloga lá, que tava trabalhando em hospital, foi o seguinte: olha só, você tem sim que fazer o máximo que você pode, como você está fazendo, **mas se você tentar dar conta de tudo, você vai acabar não deixando aparecer a necessidade que tem de outros profissionais, você vai ficar com pressão alta, estressada, e vai adoecer**. Então, é pensar num equilíbrio. **Até onde se esforçar pra dar conta de tudo e não deixar aparecer nenhum furo, não deixa também fazer transparecer problemas que precisam ser resolvidos, mas não na nossa esfera de trabalho, mas numa esfera maior, que olha e acha que está tudo bem, que não precisa de outros profissionais, que está tudo às mil maravilhas**. Quando no cotidiano, pra gente oferecer a qualidade que a gente consegue é com muito desgaste, e muitas vezes com o sacrifício mesmo da própria saúde. [...] Quando eu tô atendendo o telefone, vendo internação de um paciente que não é meu, atendendo a irmã de um paciente de outro município, atendendo paciente extra, tendo que fazer o Riocard, e tendo que fazer os atendimentos já agendados, pensando que eu tenho que construir um atendimento com o grupo de moradores que eu preciso marcar algumas coisas, eu preciso ir ao instituto visitar alguns moradores... É complicado. E aí, fazer tudo ao extremo, esgota e tem conseqüências pro corpo. E pra mente também.

É muito complicado, realmente! As tarefas acumuladas que Fábio descreve tiram o fôlego, só de ouvir. As conseqüências para a saúde do trabalhador podem ser mesmo dramáticas, o caminho rumo a uma combustão não parece uma imagem exagerada. A tendência a "tentar dar conta de tudo" e os riscos aí implicados são observados pelo entrevistado em uma perspectiva crítica bastante importante. Fabio remete-nos para a necessidade de levar tais discussões para outras esferas, uma vez que há limitações que transcendem o espaço do serviço e que devem ser evidenciadas. Tais questões certamente se atualizam nas relações cotidianas que se estabelecem neste espaço, não é difícil imaginar que os aspectos mencionados pelo entrevistado tenham ressonância também no que se desenrola no serviço. Fica claro aqui que explicitar as relações entre clínica e gestão não significa, portanto, desresponsabilizar as instâncias da gestão, mas, pelo contrário, dar visibilidade a tais aspectos justamente para que se torne possível identificá-los e constituí-los enquanto um problema para que possa inclusive ser remetido para a gestão, tal como propõe Fábio.

Convém assinalar que ao identificar tais elementos não estamos negando – de modo total, portanto, quero dizer – o caráter produtivo (no sentido de produção de vida) que o trabalho no CAPS tem para os trabalhadores. Como iniciamos este capítulo, o trabalho em saúde mental pareceu-nos ser muito pleno de sentido para todos os entrevistados, o que já

pode ser tomado como um índice de produção de alegria, nos termos desenvolvidos por Merhy, de alívio produtivo. Não podemos deixar tais aspectos nos cegarem, entretanto, aos pontos de estrangulamento, como me parece constituir a questão da sobrecarga de trabalho.

Outros aspectos devem, também, ser ainda mais amplificados, como a importância de se constituir espaços coletivos no serviço para tais reflexões. Afinal de contas, *sozinho é sempre muito difícil...* A sensibilidade dos colegas parece ter feito de fato diferença na possibilidade de Fábio suportar estar nesse olho do furacão, para retomar a imagem de Merhy. Assim como a possibilidade de debater isso em um seminário interno sobre o funcionamento do serviço, espaço certamente propiciador de uma maior apropriação do processo de trabalho pelos trabalhadores, essencial, como já discutido no capítulo anterior. Dispositivo que certamente contribui para a produção de alívios e alegrias.

Entretanto, como Fábio sinaliza, mesmo estes dispositivos e espaços oferecem limites para se lidar com tais questões, uma vez que se mantêm restritos ao interior do CAPS. A discussão entre a equipe, a cumplicidade e a reciprocidade certamente fazem grande diferença como viemos expondo, mas também há algo que transcende ao espaço do serviço, como Fábio aponta ao afirmar que quando se tenta dar conta de tudo não se deixa nenhum furo aparecer. As reflexões e organizações internas ao serviço são essenciais, mas também apresentam certas limitações frente a tal situação, que não se resolvem apenas por uma reorganização do trabalho pelos próprios trabalhadores. Como Fábio aponta, há questões a serem levadas para outras esferas, esferas da gestão, ação sem a qual dificilmente será possível fazer frente de maneira mais ampla a esta sobrecarga de trabalho.

É preciso refletirmos, assim, sobre como este cuidado interno e esta reciprocidade entre a equipe, pode desdobrar-se em uma ação política que promova (ou se estabeleça na tentativa de promover) mudanças efetivas no que se refere a esta situação. Há também um espaço macropolítico de organização do trabalho, portanto, que precisa ser levado em conta. Entre as entrevistas realizadas, não houve menção a qualquer espaço de organização coletiva externo ao espaço do CAPS. As condições de trabalho são questionadas em alguma medida, mas estes questionamentos aparentemente não são levados a outras instâncias que também são responsáveis pela organização do trabalho, e que alcançam aspectos que certamente não podem equacionados na esfera do CAPS. A equipe não pode decidir, por exemplo, a priori, que não acolherá novos usuários de sua área programática[68].

[68] Digo que não pode *a priori* uma vez que isto não seria um procedimento previsto, e, desta forma, naturalmente aceito. Esta constituiria, por exemplo, uma determinada ação política, que implicaria outras instâncias envolvidas

A entrevista de Fábio é a única em que alguma referência a estas outras esferas é realizada. No recorte realizado através das entrevistas, a equipe do serviço não parece vir se constituindo, assim, como um sujeito político para modificar as relações de trabalho. É preciso refletirmos, então, sobre como esta solidariedade interna poderia também desdobrar-se e inclusive ampliar-se, uma vez que esta certamente não é uma condição particular deste serviço. Como a ação da equipe poderia interferir também em processos que transcendem o espaço do serviço, mas cujos efeitos estão no cotidiano do CAPS também.

3.5. Os serviços substitutivos

As concepções dos trabalhadores acerca dos serviços substitutivos refletem algo que se construiu em sua formação. Elas também aparecem, de alguma maneira, diluídas em todos os outros eixos de análise aqui definidos – assim como concepções sobre a Reforma, conforme discutido de maneira mais detida no início deste capítulo. Uma vez que trabalham nestes serviços, qualquer fala destes trabalhadores sobre o seu trabalho vai trazer subjacente a ela uma determinada compreensão acerca do que seja o serviço.

Entretanto, algumas falas guardam uma certa especificidade acerca do modo como compreendem os serviços e trazem elementos interessantes para a nossa reflexão. Assim, mesmo arriscando ser um pouco redundante, optei por reunir aqui algumas falas que traduzem algumas concepções que acredito merecerem uma reflexão um pouco mais detida.

3.5.1. Concepções de CAPS

Ao ser questionada sobre o sentido do trabalho em saúde mental, Bruna, falou de um sentido que vem se construindo ao longo do tempo (e também do espaço). Como a sua história de trabalho mais recente está em larga medida vinculada à história do CAPS, foi a este espaço-tempo que Bruna associou esta "construção":

> **O sentido [do trabalho] vem mudando muito, ao longo do tempo**. É recente, essa coisa de dirigir um CAPS. Eu acho que essas coisas foram acontecendo, também. **Eu acho que é assim, você começa ouvindo um paciente. E começa a ver que o recurso de que você está dispondo, é um recurso que não dá conta, de trabalhar aquela dificuldade. Qual a alternativa que você tem? Tentar inventar mais recursos. Então foi**

---

na gestão das políticas de saúde mental, como já ocorreu em certa ocasião, inclusive, em uma área excessivamente carente de recursos humanos situada em uma região excessivamente populosa do município.

> **assim...** Foi acontecendo isso, eu era médica de um projeto que chamava grupo de egressos, no instituto. 120 pacientes, todos psicóticos, no ambulatório. Ali vinham pacientes que estavam entrando em crise. O que eu ia fazer? Comecei a ter estagiário, a ter residente pra abrir oficinas, **pro paciente ter ali onde ficar, no momento da crise**. [...] Eu tive a oportunidade de pegar quem tava chegando, e lotar nesse tal **serviço novo que a gente já tava tentando criar, e que tinha sido necessário criar**. **Foi a própria condução dos casos que levou a ter que criar os serviços.** [...] Aí criado o serviço, com a chegada dos funcionários, passou a ser o chamado núcleo de convívio da enfermaria, que depois também, caminhando, caminhando, a gente viu que tinha que sair da área do hospital, que era importante estar mais aberto, mais fora, e fomos conduzidos até aqui. **Hoje eu já questiono aqui também**. Eu acho que é só isso, não é muito complicado, **é só você ir seguindo o que os casos vão indicando...**

O CAPS surge então a partir do movimento de transformação de um serviço que funcionava dentro do hospital, sua história se relaciona, portanto, a um processo de transformação de práticas manicomiais. Esta história me parece sempre presente de alguma maneira nas falas dos vários entrevistados, marcando também, portanto, o entendimento construído do que seja um Centro de Atenção Psicossocial.

Alguns elementos sobre este entendimento podem ser extraídos do trecho citado. A idéia de um grupo de egressos, por exemplo, já parece trazer uma perspectiva de tentar evitar a internação. Fala-se desde o início, portanto, em um dispositivo que vai procurar acolher as situações de crise e trabalhar com elas.

A noção de que é um serviço que surge a partir da busca por soluções para os problemas trazidos pelos "casos", conforme nomeia a entrevistada, também elucida algumas características do modo como se pensa o trabalho. Não se trata de um serviço que se constituiu a priori, antes das pessoas que o utilizam e independentemente delas, mas, pelo contrário, a partir delas e das necessidades por elas colocadas[69].

Bruna fala de um movimento de transformação *institucional* que acontece a partir de situações *individuais*. É a clínica, segundo ela, em última instância, que leva à transformação. É preciso atentar para o fato de que não é de qualquer clínica, entretanto, que estamos falando[70]. Não é qualquer clínica que conduz a transformações deste tipo. A clínica de que se

---

[69] Claro que não se trata de necessidades "naturais" que foram simplesmente identificadas e "atendidas". Trata-se de uma determinada construção que se deu entre um corpo técnico e um corpo de usuários, mediada por uma série de entendimentos, do primeiro grupo especialmente. Trata-se, como discutiremos no tópico seguinte, de uma determinada *clínica*, que tem imanente uma determinada *política*.

[70] Utilizo "qualquer" aqui não por oposição a uma clínica "especial", mas sim "específica", "particular", "determinada". Há uma maneira especifica de pensar os casos, que tem a ver com aspectos como ganho de autonomia, de não ficar dentro do hospital etc. Uma prática que se dá, como toda prática, a partir de uma determinada posição, conforme prossigo.

fala – como toda e qualquer prática clínica – traz uma determinada política imanente a ela. Clínica e política não são instâncias diferenciadas, nem, muito menos, opostas: há, pelo contrário, uma imanência entre elas. Este é um tema que retomaremos em um tópico a seguir.

A fala de Bruna se desdobra em alguns elementos que revelam aspectos também importantes sobre uma determinada concepção de CAPS. Seguindo a meada por onde nos conta sobre o processo de constituição do serviço, Bruna prossegue afirmando que se o CAPS surgiu a partir do questionamento de um determinado conjunto de práticas, atualmente o próprio CAPS é questionado como o dispositivo que vai propor essas mudanças. Quando lhe peço que me explique melhor o sentido deste questionamento, a entrevistada esclarece:

> Questiono o fato da gente estar **muito centrado dentro do CAPS**. **Quase tudo que a gente lança mão, de recurso, ainda somos nós, o recurso**. Então a gente está num momento... Eu não sei como um CAPS, como instituição, pode **dar conta dessa dupla exigência: produzir um lugar, que pra alguns sujeitos faz uma ancoragem super importante, e, *ao mesmo tempo*, ser um dispositivo que acompanha o sujeito na sua vida, a sua vida *lá fora***. Então como que a gente dá conta disso eu não sei. Eu não sei se dá pra fazer as duas coisas... Ao mesmo tempo... Tá super difícil. **Tem lugares menores, em que os CAPS são estruturas mínimas**. Só uma micro casinha, que, tudo bem, ali é uma referência de um lugar pra quem não tem uma referência de lugar, e isso também é importante, mas as ações não são ali dentro! Tem uma equipe mínima, quase de plantão, pra quem tá mal, e as ações são fora... A gente é um CAPS que cresceu muito, tanto em espaços quanto em atividades, então a gente tá cortando as atividades, pra poder ter um movimento aqui dentro bem reduzido... E sair. Então... **Essa coisa do CAPS tá no *centro*, da vida dos pacientes, tem me preocupado um pouco**. (pausa) tem me preocupado bastante. E quanto mais alguns – que está bem que são muito graves, tem muitos pacientes muito muito graves – mas **rola uma certa acomodação nossa de que eles estejam aqui todo dia... Isso vira uma coisa meio banal... [...]**
> Naturaliza... Num primeiro momento, tem situações clínicas que você vê o efeito do cara dizer que está indo se ocupar daqui do espaço, vir denunciar se falta papel no banheiro... Quando a gente tem visita, o cara ser um anfitrião, constituir aqui com uma casa... Tem **efeito de organização, de pertencimento... De pertencer a algum lugar...** Eu ficava achando que era absurdo, quando alguns pacientes, quando a gente saia, por exemplo, ia num samba... Aí eles começavam a conversar com alguém, que não sabia quem era ele, e daqui a pouco ele dizia: "eu sou do CAPS". Eu pensava, "ah, não, isso não está certo, isso está esquisito, muito estranho, é um efeito ruim que a gente está produzindo". Mas... É preciso ver que pra um sujeito que não tem uma outra referencia... Se de fato esse pertencimento "eu sou do CAPS", ele é assim tão... Tão supérfluo, né... A gente tem múltiplas identificações, né... Eu sou... Nascida no subúrbio, eu sou... Filha de médico, eu sou... Moradora do Andaraí... A gente faz várias identificações, e a gente não prescinde dessas identificações, né... Você vai conhecer uma pessoa, a pessoa logo pergunta quem que você é... A gente tem uma lista de coisas né... Então assim, se por um lado, um lugar – não sei se precisa ser CAPS – mas **um lugar produzir esse pertencimento, pode ser muito importante. Agora ao mesmo tempo esse lugar poder ser a abertura...**

É, bom, é um desafio, acho que a gente, antes de mais nada, tem que ir tentando.

A fala de Bruna expressa algumas preocupações bastante importantes com relação aos novos dispositivos. Uma certa "força centrípeta" parece se reatualizar muito facilmente mesmo quando se luta contra ela. Os movimentos de saída do serviço muitas vezes são de fato dificultados pelo enorme número de demandas em seu interior e o acompanhamento do usuário pode acabar ficando muito circunscrito ao espaço do CAPS. Acompanhamento que deveria acontecer prioritariamente no território, nos movimentos que o usuário faz em sua vida, para além do serviço.

Parece que o manicômio insiste. A centralidade do serviço na vida dos usuários é identificada como um problema, funcionamento que facilmente se instaura como padrão e que se deve, portanto, tentar combater. Esta parece ser uma tendência quase "natural" em um serviço de atenção intensiva em saúde mental, ainda mais em face das dificuldades que se colocam, tendência que, também facilmente, é naturalizada, vivida pela equipe e pelos usuários como o funcionamento habitual. Por outro lado, o CAPS se define também pelo cuidado oferecido aos seus usuários, por viabilizar uma organização que está precária, pelo acolhimento à crise, pela restauração de laços que se perderam. É neste "entre" que se situa o trabalho a ser realizado em um CAPS, e como sustentar este "entre" me parece de fato um desafio. Oferecer um espaço de cuidado – um ponto de ancoragem, como bem define Bruna – sem transformar os cuidados oferecidos em cuidados "totais", isto é, permitindo que os clientes estejam na vida e acompanhando-os *na vida*, quando necessário for. Dar conta desta "dupla exigência" já é em si, de fato, um desafio, que fica redobrado diante das condições de trabalho que se colocam atualmente nos CAPS do Rio de Janeiro – demanda permanente e incessante de recepção de novos usuários, equipes reduzidas, recursos esparsos, entre tantas outras.

Estas me parecem questões que devem de fato tensionar permanentemente o trabalho em um serviço como o CAPS. Tensões importantes de serem mantidas enquanto tais, uma vez que o seu aniquilamento – que corresponderia a uma acomodação ao interior do serviço – é uma das vias mais diretas para a reprodução de uma lógica manicomial nos novos dispositivos. Resistir a esta "força-centrípeta" é uma decisão importante então quando se pretende fazer frente a uma lógica que insiste em se reatualizar.

A importância do trabalho a ser feito no território se manifesta na fala de todos os entrevistados, sem exceção. Antônio, por exemplo, recém-chegado à saúde mental, afirma que se trata

> da saúde mental estar se inserindo mais na comunidade mesmo, de se estar mudando um pouco a noção da comunidade, das pessoas comuns, a noção da saúde mental, que por mais que a gente tenha avançado, ainda é muito ruim, é uma idéia muito ruim que se tem da saúde mental... De que é perigoso, é violento, é isso é aquilo, não pode estar andando pela rua... Acho que são coisas muito importantes, estar trabalhando a mentalidade da comunidade. E acho que é muito difícil, porque a gente não tem muita experiência, então a gente também não tem muito por onde se espelhar, pra estar traçando esses caminhos, é muito complicado, a gente vai tentando... As idéias vão surgindo... Na época do carnaval, também, a gente sai em bloco, bloco de carnaval... Então é isso, a gente vai fazendo aquilo que acha que vai surtir algum tipo de efeito... Mas daí pra ter certeza de que está surtindo algum efeito mesmo é muito difícil de medir. É muito complicado...

A idéia de que o CAPS é um dispositivo que não se restringe ao espaço do serviço, que deve se desdobrar necessariamente no território em que se encontra inserido, é forte no conjunto das entrevistas de uma maneira geral. Todos os entrevistados responderam afirmativamente à questão colocada acerca da existência de algum tipo de trabalho com o território, destacando as ações desenvolvidas pelos núcleos de cultura e de ação territorial, núcleos que compõem a estrutura de organização do CAPS. A estrutura segundo a qual o serviço se organiza já denota uma certa ênfase às ações territoriais, e fala também de uma determinada concepção do trabalho a ser realizado em um CAPS. Acredito então que a sua exposição pode contribuir para a discussão neste momento do trabalho.

O serviço se estrutura com base em quatro núcleos: núcleo de moradias, núcleo de geração de renda, núcleo de cultura e núcleo de ação territorial. Fábio me explica um pouco sobre o funcionamento em núcleos e em que consiste cada um deles:

> [...] Teve uma distribuição do trabalho nos núcleos, pelo que eu entendi quando eu cheguei, os profissionais foram divididos nesses núcleos – por interesse, por afinidade – e essa distribuição do trabalho funcionou através de **núcleos**, que nas reuniões próprias, e nas reuniões em todo o serviço, **definiam diretrizes de trabalho, e tentavam implementar esse trabalho**. O **núcleo de ação territorial**, por exemplo, tem um objetivo – até onde eu sei, posso estar equivocado porque eu não trabalho diretamente com ele -, de **fazer uma articulação com outros setores do bairro e da região**, então fizemos articulação com o clube, com um SESC, com a escola, com a associação de moradores, com a CRAS, com uma série de serviços, tentando estabelecer um elo, numa relação de funcionamento, de parceria e de convênio. De parceria e de um trabalho conjunto com os outros serviços.

> E que já tenho noticia de que alguém que ia nesses serviços, de um clube desses, por exemplo, de um SESC ou outro, vai precisar de um atendimento psiquiátrico, encaminhar o paciente pra cá, assim como um paciente daqui precisando, a gente poder fazer esse tipo de referencia. O **núcleo de cultura**, à medida que ele faz atividades culturais dentro do CAPS mas ao mesmo tempo sai em atividades em vários municípios do Rio de Janeiro em atividades escolhidas pelos próprios usuários, também faz um pouco dessa relação com o território, ainda que com um território mais distante. Um dos núcleos que eu acho que a gente também está tendo bastante sucesso é o **núcleo de geração de renda**. Em que, uma das nossas terapeutas é uma pessoa bacana, ela consegue trabalhar os pacientes pra ter uma autonomia que é bem interessante. E dentro do trabalho que ela tem feito com a oficina de velas ela tem... O pessoal que faz as velas tem vendido semanalmente nas 4as feiras no clube as velas que são produzidas. E esse grupo são os pacientes que são mais preservados, mas que estão sendo trabalhados pra trabalhar, funcionar com mais autonomia. E hoje em dia ela já não está mais supervisionando a oficina mas já está cuidando de outras coisas, os próprios usuários estão trabalhando sozinhos, eles até agora vão sozinhos pro clube, conseguem se organizar.

O núcleo de moradias cuida especificamente das questões relativas aos pacientes que ainda são moradores do instituto de onde veio o CAPS ou das residências terapêuticas agora vinculadas ao serviço, e do processo de desospitalização e desinstitucionalização desta clientela. É o núcleo que se relaciona mais diretamente com o núcleo de habitações do instituto (o mesmo cujos profissionais foram por nós entrevistados). Bruna identifica o trabalho realizado por este núcleo como um trabalho com o território, cujas ações se somam àquelas empreendidas pelo núcleo de ação territorial, como prossegue em sua descrição:

> A gente tem uma ligação, formal, com o núcleo de habitações do instituto, e que a gente trata como sendo exterior a nós, é um hospital com um programa próprio, uma direção própria, **é uma relação, portanto, que eu acho que é com o bairro, pacientes institucionalizados que vivem neste bairro**. A gente tem uma relação bem próxima, bem legal, com uma associação local, e uma relação bem próxima, bem legal, com um SESC. As outras coisas pipocam, assim, e eu acho que a gente não tem conseguido manter. Então, por exemplo, a gente teve, está tendo agora, com o salão de beleza, a gente quer acabar com a nossa oficina de salão de beleza, é uma das oficinas que a gente quer extinguir, e **conseguir alternativas no bairro**, de salões que atendam a galera. Então, milagrosamente, conseguiram um salão aqui perto. A gente tem que ter o maior cuidado de manter isso, porque senão a gente vai nessa semana, vai na próxima, depois passa três semanas que a gente não vai... Você esquece das pessoas... quando você volta lá mudou o funcionário, ele não lembra mais do que tinha sido combinado... E varias coisas assim a gente já começou e não avançou. Então acho que a gente vai ter que começar trabalhando com poucas entradas no bairro, mas com essa atenção de manter o caminho que for aberto. [...] Tem o pessoal do núcleo que a gente chama de ação territorial, um núcleo que foi criado só pra criar essas relações. Eles vivem trabalhando com algumas dificuldades de manter uma permanência, regular, de

> intervenções, mas... Tão animados. Por exemplo, essa coisa do salão foi o pessoal do núcleo de ação territorial que descobriu. O núcleo de cultura tem muita ligação com pessoas, né, com um sambista do bairro... Com outro sambista, o fulano... O cara que dá festas na rua do CAPS... Pessoas que assumem uma certa liderança no bairro. Ih, mas ainda tem tanta coisa que a gente tem que fazer... Tanta, tanta, tanta...

O núcleo de cultura despertou especialmente minha curiosidade. Pareceu-me um espaço especialmente potente pelas suas possibilidades de intervenção nem somente no território, mas na sociedade, de uma maneira até mais ampla. Para além das ações naquele território circunscrito, trata-se de ações que promovem uma discussão ampliada sobre a loucura com a sociedade e que podem produzir brechas importantes nas construções que marcam estas relações.

O núcleo funciona a partir de uma reunião semanal, de que participam duas técnicas e um grupo fixo de pacientes, que compõem sua "diretoria". A reunião é aberta, contudo, a todos aqueles que quiserem participar, e é neste espaço que se discutem e definem as ações que serão desenvolvidas pelo núcleo. Recorro à entrevista com Bruna, mais uma vez:

> Essa semana agora que passou, a questão era que projeto que a gente desenvolveria em 2008, de aproximação com a nossa comunidade aqui, a partir do convênio que a gente conseguiu com a TV Pinel. Então a TV Pinel quer que a gente faça **uma proposta de comunicação com a comunidade**. Então o núcleo de cultura tem se ocupado de discutir com os usuários o quê que a gente faria. Aí essa semana acabou que a coisa tendeu pra uma discussão assim: que modificações a gente reconhece na nossa cultura, no nosso país, nos últimos 100 anos? Aí teve uma longa discussão sobre... O preconceito com o negro, a maneira como isso vem se afirmando de alguma forma... E aí passa a ser moda preto namorar com branco, isso tá na televisão, e tal,... A mesma coisa com as mulheres, o direito a voto, o direito ao trabalho... As pessoas foram falando um pouco o que elas achavam que eram mudanças culturais. [...] **Pra depois a gente passar a pensar um dos campos de ação, que é a relação da sociedade com a questão da loucura, da desrazão... Isso no bojo de um momento cultural, de um contexto cultural, e que a gente diante desse contexto pode pensar várias formas de intervenção**. Então chegou a ter idéia de fazer performance dentro de supermercado... Idéias super engraçadas. E o núcleo de cultura vai discutir isso... Mas tem épocas que a discussão tende a ser: de onde cada um que está ali no núcleo veio... Em quê que é marcado pela cultura do que era... Pela cultura da *sua* região. Um veio de Minas, tem certos hábitos, o outro veio do Nordeste, tem outros hábitos...

A idéia do núcleo de cultura é então tanto de possibilitar uma discussão sobre a cultura com o grupo de pessoas envolvidas com este espaço, pessoas muitas vezes afastadas há muito deste tipo de discussão e de vivência, quanto de propor ações na própria cultura, na cidade, intervenções que promovam algum tipo de discussão sobre a questão da loucura. Isto acontece

muitas vezes através de ações no próprio bairro, mas não necessariamente de maneira restrita a ele. Bruna prossegue contando algumas dessas ações:

> A gente conseguiu fotos do Engenho de Dentro antigo... E aí saiu pra fotografar aqueles mesmos lugares agora, 100 anos depois. Eram fotos de 80 anos atrás. E foi um super passeio, porque ao sair pra fotografar, as pessoas foram falando das casas, dos prédios que marcaram a sua historia... Do que faziam quando era garoto, de onde estudava... E tal. Então foi uma coisa da gente estar junto recompondo um pouco a historia de cada um, com a historia do bairro. Enfim, teve saídas outras, também, do núcleo de cultura, dia 18, por exemplo a gente vai no Paço... Que é pra uma exposição que trabalha com artes plásticas e música. A idéia é **de todas as maneiras possíveis a gente ter um aquecimento dessa discussão que nos coloca no centro da vida social... E não apartados da vida social como a gente tende a estar, né**. Acho que é isso.

A realização de festas no bairro, fora do espaço do CAPS também foi levantada por mais de um entrevistado como uma modalidade importante de ação no território. Momentos de integração entre usuários e a vizinhança, entre o serviço e a comunidade. A relevância de tais ações não foi dada, entretanto, sem que se remetesse às dificuldades, já referidas, envolvidas em tais ações – destas certamente em particular, mas digo das ações territoriais, de maneira mais geral –, como são mencionadas, por exemplo, na fala de Glória:

> Tem um evento que a gente queria fazer agora, mas que a gente ainda não conseguiu avançar. [...] Uma proposta de evento na praça. Isso ainda está cru, eu acho isso muito importante, a gente ainda não conseguiu se organizar pra isso. Então tem muita coisa que tem que ter tempo de marcar, né, fazer reunião, eu acho que as coisas estão devagar.... Devagar...
>
> *E você acha que estão devagar por que...?*
>
> Porque não é fácil. Eu acho que não é fácil, é uma coisa que a gente acredita que é possível, mas que não é fácil, porque requer tempo, disponibilidade interna, requer estar lá com as parcerias, e as vezes quando a gente está aqui dentro... Fica difícil sair, a gente fica implicado com as coisas daqui e acaba não saindo... É muito difícil.

3.5.2. Concepções de Serviço Residencial Terapêutico

A denominação Serviço Residencial Terapêutico traz em si, como já assinalado em linhas gerais no inicio desta dissertação, alguns paradoxos. De que maneira um lugar pode ser

concomitantemente uma residência e um serviço? Uma moradia deve ser um espaço terapêutico? Afinal, trata-se de uma casa ou de um serviço? Tais questões são abordadas pela coordenadora do Núcleo de Habitações do Instituto, que se coloca da seguinte maneira com relação a elas:

> Se são moradores a gente vai pensar que precisam estar em algum lugar adequado a uma moradia, que não é necessariamente uma enfermaria. Uma enfermaria pressupõe uma condição médico/paciente, uma condição aguda de doença, mas que em algum momento você tem alta, como qualquer condição de doença você procura um hospital, um médico, uma enfermaria e se trata, e retorna pra sua moradia, e é isso q marca o programa, **quando você faz uma ruptura entre tratamento e moradia, a gente vai trabalhar pra que esse lugar se assemelhe o máximo possível a um lugar de moradia e não de tratamento, onde elas tenham um cotidiano de moradia**. Daí ser totalmente incoerente você oferecer enfermaria pra quem quer moradia, você oferece enfermaria pra quem quer tratamento, mas **pra quem quer moradia você vai oferecer moradia, cuidador e não auxiliar de enfermagem, uma roupa e não uniforme, a possibilidade de ele ter sabonetes e perfumes diferentes e não necessariamente o mesmo sabonete pra todo mundo**. A gente vem encaminhando assim, essa é uma proposta do Instituto e do Núcleo de Habitações, que a gente acabe com as enfermarias definitivamente, e que tenha casas para essas pessoas estarem morando. **(Fátima, coordenadora do Núcleo de Habitações).**

Na conhecida definição de Goffman (1961), uma instituição total se caracteriza, entre outras coisas, pelo aniquilamento das fronteiras entre as diferentes instâncias da vida: o trabalho, o lazer e o morar. Todas as esferas da vida do internado se passam em um mesmo local e sob uma única autoridade. O tratamento, que na realidade deveria constituir uma instância também diferenciada, representa de alguma maneira esta "autoridade" que submete e reúne as demais. Neste sentido, a separação entre os espaços de moradia e de tratamento me parece um a priori fundamental para se pensar em um processo de desinstitucionalização, se o que se pretende é marcar uma diferença com relação a estes espaços.

O entendimento de que em uma Residência Terapêutica o trabalho a ser realizado se situa prioritariamente no território também se destaca nas entrevistas. A fala de Lara, coordenadora das Residências Terapêuticas, sobre o cotidiano de seu trabalho, se inicia justamente por este aspecto:

> **Eu acho que Residência Terapêutica não existe por si só, ela só pode existir em parceria**. **O que sustenta uma casa é essa possibilidade de fazer parceria**, seja na saúde, seja em qualquer outro lugar... [...] **A casa é, dos instrumentos que hoje existem em saúde mental, aquele que mais radicalmente está no território**. **Se não estiver na cidade, vai ser**

> **qualquer outra coisa, mas não vai ser casa**. As casas do instituto[71], elas são mais individualizadas, têm posições de trabalho mais singularizantes, mas são diferentes de uma casa que... Uma *casa*. É uma casa que tem porteiro... Pra entrar hoje numa Residência Terapêutica eu preciso dar bom dia pra um porteiro, vou encontrar um vizinho, eu vou lidar com os constrangimentos que é lidar com a vizinhança... O pão não vem da nutrição, eu preciso ir à padaria... Os moradores precisam aprender a ir a uma padaria, atravessar uma rua... Então parceria é assim: do padeiro poder compreender que ali tem uma pessoa que... Muitas vezes tem moradores que não sabem o valor monetário. Parceria é poder de repente o padeiro não roubar um morador. Isso eu considero uma parceria. Tanto quanto eu ir a um serviço de atenção psicossocial e fazer a recepção dos recém-chegados. **Eu acho que um programa de residência não sobrevive se não tiver isso que eu tô chamando de parceria. Simplesmente porque está no território**. E a nossa casa ela não é sozinha né... A casa é um veiculo de possibilidades... Eu tô chamando isso de parceria. Então a historia dos núcleos [se vincula a] o que é possível pra cada núcleo em fazer ou não parcerias... Tem núcleos que têm apoios mais locais, outros que têm mais dificuldades... Tem núcleos que têm uma inserção maior junto aos centros de atenção diária... Eu acho que o nosso núcleo tem uma inserção boa, com os centros de atenção diária. Primeiro porque o CAPS tomou como responsabilidade... [...] Disse: "a gente tem a longa permanência, que é um problema nosso". [...] Então isso é uma direção do trabalho, poder fazer parcerias, e como é que vão ser essas parcerias.

O que Lara coloca quase como uma inexorabilidade ("uma Residência não sobrevive se não tiver isso que eu tô chamando de parceria") é na realidade uma posição; uma posição importante, em meu entendimento, com relação ao que seja uma Residência Terapêutica. "Não sobreviver" não deixa de ser um artifício de linguagem, uma casa não deixa de sobreviver necessariamente se não houver parcerias, mas esta certamente não sobrevive *de uma determinada maneira*, da maneira como se defende aqui que ela sobreviva. A posição defendida por Lara sustenta então que uma casa não deve ser pensada como auto-suficiente, como é o manicômio, que os seus vínculos com o território devem se multiplicar, que os vínculos dos moradores, em ultima instância, devem se multiplicar. Mas certamente há mecanismos de auto-suficiência que poderiam ser instaurados em uma casa, o que também tornaria seu funcionamento muito mais próximo de um funcionamento manicomial. Este também é um aspecto, portanto, a ser destacado com relação às concepções de Residência Terapêutica surgidas nas entrevistas.

O trabalho a ser realizado com o território é considerado importante, mas avaliado como ainda insuficiente por ambas as coordenadoras entrevistadas. O tipo de parceria que o Núcleo e as casas têm feito ainda tem sido prioritariamente com a saúde e com pessoas e

---

[71] Modalidades intermediárias de moradia, que têm uma estrutura bem próxima a de uma casa, mas situadas ainda no espaço do hospital, habitadas por moradores com maior grau de dependência, e com uma presença mais intensiva da equipe de cuidadores.

espaços mais adjacentes ao espaço da casa, parcerias importantes, mas consideradas ainda incipientes tanto por Lara quanto por Fátima:

> Eu acho que isso [as ações no território] é fundamental, [...] **a associação que o Núcleo de Habitações faz é muito do miudinho, muito do dia-a-dia**, eles acabam conhecendo nosso trabalho com o vizinho, com o cara da padaria, eles acabam conhecendo a gente, a nossa clientela. Agora mais recentemente a gente tem tentado fazer isso com a associação – não lembro como chama... –, atividades de hidroginástica, de dança de salão, pros nossos moradores, então a gente está procurando esses parceiros pra conversar com eles, mas além disso não tem muita coisa não, **a nossa articulação, os nossos parceiros, são mais na saúde**. [...] **A gente precisa avançar mais nisso, precisamos (Fátima).**
>
> Por outro lado, não existe ainda esse deslizamento, que eu acho crucial – **quando eu digo a casa é do território, ela não se sustenta sozinha, e ela é dos dispositivos aquele que não dá pra fazer alianças só com os serviços de saúde, porque nenhuma casa faz aliança só com serviço de saúde, faz aliança com supermercado... Tem essa circulação**. Então, **do cotidiano tem as idas hoje aos serviços, às clínicas, ou seja, de saúde, tem as idas ao supermercado, as compras, as compras de vestuário, compras pra coisas da casa, pra essa coisa desse cotidiano... Mas uma ida ao cinema ainda não tem, por exemplo**. Um curso no SESC [também não]... [...] Agora, tem muito morador que vai a igreja, tem alguns que têm uma rotina de escola, de igreja [...], eles tem uma inserção deles, mas a gente promover isso ainda não aconteceu não. Mas eu acho que tem que ter. **Com vizinho tem bastante**. Vizinho talvez seja dessas situações que você falou... Nessa casa das senhorinhas, [...] uma vez uma senhora foi duas vezes na emergência. Aí eu pedi pra que se ela passasse mal de madrugada ela fosse ligar – porque ela não sabe ligar, nenhuma delas sabe usar o telefone... – a vizinha aceitou. **Elas foram muito adotadas ali na vila, a vila gosta**. A vizinha topou. [...] Conversei com a vizinha, ela passou mal... [Falei pra ela que] o telefone está lá mas elas não sabem usar, é só se precisar de alguma coisa, que aqui elas sabem vir, [E elas falaram:] não, pode deixar. Nem precisou, não aconteceu nada **(Lara).**

O trabalho do cuidador é um elemento essencial em qualquer discussão acerca das Residências Terapêuticas. O cuidador é aquele que vai acompanhar mais de perto o cotidiano do morador, é quem vai auxiliar nos cuidados de si e da casa, assim como na construção de um cotidiano, é quem vai circular com ele pela cidade, intermediando, muitas vezes, as relações com o espaço público. Ou simplesmente vai estar presente quando estas situações acontecerem.

O cuidador não é um trabalhador especializado, e, segundo as entrevistadas, o que se pretende é exatamente que ele não o seja. Uma vez que não está dado e nem definido a priori, o trabalho do cuidador vai ser construído no cotidiano de trabalho, por ele junto ao profissional de nível superior de referência. No caso aqui, Lara é essa referência. Lara fala

sobre esta função, junto ao cuidador, em um trecho um pouco longo, mas que merece atenção pelas vicissitudes que expõe sobre este trabalho:

> Tem uma posição da coordenação e do nível superior na Residência que é isso, de poder formar **um trabalho na Residência com o cuidador, que não seja um trabalho especializado, que não seja uma coisa de um saber, mas de poder formar um cotidiano que tenha a ver com a casa** e tal. Pensando assim na categoria do cuidador né... O quê que a gente transmite desse trabalho que também não seja qualquer coisa, que eles não virem um acompanhante doméstico, um trabalho doméstico... Porque também não é esse o trabalho. Mas que ele também não precise virar um especialista. [...] **O cuidador é a categoria que busca fugir de um especialismo, que na saúde tradicionalmente a gente tem. Por isso há todo um empenho em um saber leigo, naquilo que se chama saber leigo.** [...] Discutir um pouco o dia-a-dia, às vezes casos, tem sido muito bacana. Teve uma situação, uma moradora mais idosa – I. – passando mal, e a cuidadora me ligou dizendo ah, tô indo com ela no Hospital [clínico]. Aí eu falei tô indo praí, então te encontro lá. Quando eu cheguei, a I. tava numa unidade que apesar da idade, era uma unidade que ninguém podia acompanhar, uma unidade dentro da emergência, não cabia mais ninguém lá dentro, o hospital lotado... A gente ficou do lado de fora. Mas a Mirian toda hora falava com o guarda – Mirian é a cuidadora – posso dar uma olhadinha, deixa eu ver como é que ela tá? E não falou que era paciente... Porque às vezes eles [cuidadores] falam: olha, é paciente psiquiátrico, precisa de acompanhamento... Pra poder estar junto, né... E as equipes logo falam, ah, então fica, né! [risos] Morrem de medo. Mas a gente não falou. E o guarda achou curioso, a presença dela, e a minha, e perguntou: mas o que vocês são dessa moça? Aí eu pensei "pô... se eu for fazer um tratado da Residência Terapêutica o cara não vai entender nada né"... Aí eu falei assim: ah, **nós somos o apoio que ela tem hoje, nós somos o apoio dela, e ela – e apontei pra Mírian – ela é o apoio que ela tem todo dia".** Aí na supervisão a Mirian falou: porque a gente tem que ter um aparelho de pressão em casa, porque quando elas passam mal – é uma casa que a gente tem quatro idosas – requer mesmo cuidados mais clínicos, pela idade. Aí eu falei: tudo bem, não tem nenhum problema a gente ter um aparelho de pressão em casa desde que o médico indique, que ela vai precisar ter um aparelho de pressão em casa, não dá pra gente inventar que o aparelho de pressão vai dar conta de quando ela tiver passando mal... E eu falei Mirian, **eu acho que naquele dia você fez o que você tinha que fazer *do seu* trabalho. O seu trabalho *não é* medir pressão**. Você chegou, prestou um socorro, – aí eu contei essa história do guarda – que o guarda chegou pra mim, eu falei essa coisa do apoio e ele falou "ah, bonito esse negocio de ser apoio"... [risos]. Ele ficou meio intrigado... Que historia é essa apoio...? Achou bonito. Aí eu contei pra ela, contei que eu tinha respondido isso pra ele e que ele tinha achado bonito. Aí eu falei pra ela: **ali é o nosso trabalho**. **Foi o trabalho de fazer com que essa moça tivesse uma inserção na rede de saúde, na emergência, e que alguém a acolhesse, que é o nosso trabalho também, que é criar no social uma abertura pro que é o nosso trabalho**, porque ninguém sabe qual é o nosso trabalho, naquela hora que eu falei que era um apoio, [...] então teve um efeito, uma dobradura ali. E eu disse *esse* é o nosso trabalho. **E ela ficou super emocionada de ter ouvido que ela era o apoio. Mais do que alguém que vai medir pressão todo dia. [...] Isso eu acho importante, essa dobradura que a casa faz *no***

> **social**. Naquela hora a gente falou da casa, o cara viu que tinha alguma coisa, mas... Eu acho que isso é Reforma. **E a atenção que a gente tem que ter com a equipe pro cara não virar, imediatamente, o cara que pra resolver o problema da pressão, como numa enfermaria, mede a pressão três vezes por dia**. Se precisar ter o aparelho, se o médico falar, a gente vai ter o aparelho. Mas a questão não é essa, o nosso trabalho não é esse, e é preciso lembrar disso. Esse é o exemplo mais recente, eu acho, que eu tenho, dessa história toda aí, de casa. E ela ficou super emocionada.

A vinheta acima traduz o entendimento da entrevistada sobre o espírito do trabalho junto aos cuidadores, esta mediação que o profissional de nível superior vai estabelecer junto a eles. O trabalho com esta equipe é identificado por Lara como um dos maiores desafios em sua função. Como oferecer um apoio que represente junto ao morador um cuidado de que ele ainda não pode prescindir, sem tornar a casa um espaço *de* cuidado, sem absolutizá-la neste sentido. Como construir junto com eles o que vai ser este acompanhamento, dos moradores e da casa, mediar esse trabalho que vai ao mesmo tempo ajudar numa construção do que é o morar – uma vez que muitas das pessoas que estão lá há muito não moram em lugar nenhum – respeitando a singularidade do que é o morar – que difere de tratar – e de cada um em morar. Mediar também uma certa tendência a uma normatização que parece facilmente se instaurar face à menor desatenção.

Estas questões são discutidas pela equipe em uma reunião semanal a que chamam de supervisão, espaço em que este trabalho é construído:

> Coordenar a equipe, eu acho que é isso, como formar um trabalho que diga respeito a um cotidiano de casa – que é uma coisa que a gente tem muito naturalizado, né, eu nunca pensei num trabalho sobre a casa, eu simplesmente moro na minha casa! E faço o meu cotidiano na casa, se minha mãe passar mal eu vou fazer não-sei-o-quê... E faço comida, tem dia que eu não faço comida, vou às compras, não vou às compras... Tem dia que eu arrumo casa, tem dia que não tô com vontade de arrumar a casa... Tem casa que às vezes eu vejo isso. É uma coisa super normativa, "tem que dar uma varridinha na casa!". Se fosse coisa do morador, eu não veria problema nenhum, tem gente que varre a casa todo dia. Minha avó varre a casa todo dia. Eu não varro a minha todo dia, ela varre. Se fosse uma coisa do morador... Mas eu vejo que é uma questão do cuidador ter todo um grilo se a casa está ou não suja, que também precisa acontecer às vezes, o cuidador às vezes precisa passar isso, porque tem morador que não tem nenhuma noção, né... A Mírian também tem uma situação muito boa, de uma moradora que quando morava no hospital só fazia xixi na lixeira, ela nunca fazia xixi no vaso. E a Mírian ficou... Como é que vai ser na casa, a I.... (Que é a mesma) Ela só fazia xixi na lixeira. E aí foi ótima a solução que ela deu: I., você está aqui na sua casa, na casa que você vai morar... I., quero te apresentar, I. – vaso sanitário, vaso sanitário – I. É aqui que você vai fazer xixi e cocô. E foi uma apresentação e a I. na casa nunca fez xixi nem cocô na lixeira. Tem isso, né, o cuidador às vezes precisa [dizer]: ó,

> uma casa às vezes precisa ser varrida, mas também não é aquela coisa: "já varreu a casa hoje? Tem que varrer". Como é que faz isso, né, esse processo de trabalho, explicar isso pra eles, que a gente precisa transmitir, mas também precisa, não precisa que isso seja... É uma doidera. Então com a equipe é isso, né.

Mirtes foi a cuidadora com quem conversei. A conversa com ela aconteceu na Residência que ela acompanha, um apartamento muito agradável em um prédio relativamente novo e bem conservado. Quando cheguei, pedi ao porteiro que me anunciasse – não à Mirtes, mas às moradoras, que já eram minhas conhecidas (de outros carnavais...). Este me perguntou – aparentemente um pouco atrapalhado e sem saber se esta seria a melhor definição para o que procurava – se eu seria a "orientadora" delas. Procurando disfarçar uma certa vontade de rir, respondi, um pouco cinicamente, um "não", pontual. Insatisfeito com a simplicidade de minha resposta, questionou então qual era a minha relação com elas, no que lhe disse apenas que era uma visita.

O apartamento era arejado, decorado com móveis claros e novos, além de fotos das moradoras com seus familiares. Alguns poucos CDs e um aparelho de televisão também estavam na sala. Aguardamos – eu e duas das moradoras que me receberam na ausência de Mirtes – a chegada dela e da outra moradora, haviam ido ao médico.

Expliquei a elas que minha visita tinha como objetivo uma conversa com Mirtes, uma entrevista, para um trabalho que eu estava fazendo para meu mestrado. Perguntei se havia algum lugar que pudéssemos conversar em particular e se elas se incomodavam com isso, pois se fosse o caso poderíamos descer e sentar em algum outro local por perto. Mas ninguém se incomodou e a entrevista transcorreu sem problemas. Ao final, nos esperavam com um lanche, um bolo de fubá delicioso – presente de um parente para a casa – e refresco de limão, feito por elas.

Mirtes falou com grande envolvimento de seu trabalho, ainda que declarasse grande dificuldade em definir no que consiste. "Ajudar" e "cuidar" foram termos muito repetidos, uma ajuda e um cuidado que me pareceram em alguns momentos ter um sentido mais assistencial, mas em outros ter uma direção específica, relacionados a um ganho crescente de autonomia por parte das moradoras. Ainda que por vezes um discurso mais "caritativo" e dedicado dominasse a cena, a importância de um ganho de autonomia por parte dos moradores, assim como a idéia de que a sua relação com a casa deve caminhar em direção à construção de um certo pertencimento, se fizeram bem presentes na fala de Mirtes:

> **Elas dizem que não sabem ligar a maquina, às vezes eu faço de esquecida e peço e aí elas ligam... Acho que o trabalho é esse, tem que ajudar...** Tem que falar a mesma coisa às vezes muitas vezes... Às vezes eu falo: "olha eu não gostei disso, porque isso não é assim"... Mas eu converso muito com elas, porque a gente não é perfeito, **eu também posso falar alguma coisa errada e elas têm total liberdade de falar comigo que não gostaram**. Que nem eu posso falar que não gostei. Tem hora que eu procuro [ter] esse cuidado, porque **a casa não é minha**, **a casa é delas**. A gente acaba se sentindo em casa, porque elas dão essa liberdade... **Mas eu não abuso dessa liberdade**. Abuso só assim, quando a gente vai brincar, né... [risos] Converso sobre sexo... Com um pouco de vergonha, mas converso. Mas **eu não vou tomar conta**. A mãe uma vez me cobrou. Aí eu disse olha, a sua filha já se perdeu [de ônibus], mas ela voltou... E aí ela conversou com pessoas na rua... **Eu acho bom que ela tenha amigos, e amigas... Se ela quiser namorar eu não vou dizer pra senhora e nem pra ela que não...** a L. é moça, [por isso que a mãe tem essa preocupação] mas a D. quer casar. Eu acho que é um direito dela. Eu só oriento que ela tem que se prevenir, se ela pensa em transar... Eu tenho essa liberdade de falar com elas, e eu acho que eu não to falando errado, não tô incentivando, acho que eu tô só prevenindo...

A idéia de um respeito ao espaço delas e de um incentivo a uma vida mais autônoma me parecem presentes quando Mirtes fala que ainda que oriente e ajude, a casa é delas, e que elas podem questioná-la quando discordarem de alguma colocação sua. Esta preocupação – simples, mas fundamental, acredito – me lembrou o que Basaglia chamou da importância de restauração de uma reciprocidade na relação, de manutenção da possibilidade de questionamento pelo outro, o que no manicômio é totalmente vedado ao louco.

A idéia de um espaço que seja apropriado pelos moradores, que crie uma sensação de pertencimento de fato, também é colocada por Fátima, quando ela fala do processo de constituição das Residências:

> É um trabalho muito legal porque **é um trabalho que você constrói, que não está dado, porque você não simplesmente aluga uma casa e coloca essas pessoas, não. Elas participam a todo momento**, elas participam por exemplo quando a gente ainda não tem casa: "a gente não tem casa, e agora?" Aí surgem as idéias, "ah, vamos procurar no jornal, vamos perguntar pros vizinhos", então eles participam de todas as etapas, eles escolhem os móveis que eles querem pra casa, eles convidam as pessoas para estarem na casa deles, e isso é muito legal porque **cria um sentimento de pertencimento àquele lugar**, aquele lugar não é totalmente estranho. Esse é o grande barato desse trabalho. **Isso cria uma outra relação também desse morador com a família**, que diz "nossa, mas ele mora numa casa? Mas ele fica sozinho? Mas ele toma o remédio? Não entra em crise?". Quer dizer, a família vai saber que ele não sai pela rua desvairadamente, que ele não deixa o fogão ligado, que ele toma o remédio, quer dizer, dá uma segurança pra pessoa poder pensar esse familiar também como mais próximo, desconstrói alguns tabus...

A mudança de uma posição na vida – desse lugar mais dependente para um lugar mais autônomo – aparece mesmo na maneira como Mirtes define o que é para ela uma Residência Terapêutica:

> É cuidar delas. **É elas terem mudanças de vida**. **No hospital elas viviam sem ter direito de opinar, de decidir nada. Numa Residência Terapêutica elas podem ser mais independentes, mais livres, descobrir o que é bom pra elas, mais por elas mesmas**. É diferente [de uma casa] porque são pessoas estranhas, né, mas fica familiar apesar delas não serem família, elas conseguem conviver juntas. A gente ajuda a mostrar pra elas o que é bom, a cuidar e a mostrar como elas fazem sozinhas.

O tipo de relação a ser estabelecido com o serviço de atenção diária que vai ser referência para a Residência também foi mencionado por Lara como um aspecto delicado, importante para se pensar sobre o trabalho. A entrevistada coloca que

> Uma preocupação importante [...] é que **a casa não pode ser a extensão do serviço**. **Tem coisas que vão dizer respeito à individualidade da casa, que não dá pra misturar...** Essa parceria vai ter que respeitar coisas que acontecem na casa que não podem... **Não dá pra invadir**. **Então tem a delicadeza de como é que a gente vai preservar a intimidade da casa**. **E ao mesmo tempo fazer parceria. Como é que a gente fala de uma situação da casa sem rasgar a casa**, algo que é da casa... N. lá do IFB que também fala assim: você já parou pra pensar, se você faz uma coisa na sua casa, sei lá, ah, liguei o som da minha sala nas alturas, uma coisa que pode acontecer né... E aí você, que não mora na minha casa, vira pra mim e diz: "ah, Lara, eu fiquei sabendo que você ligou o som... O quê que houve, por que você ligou o som da sua casa de madrugada...?" Como é que isso foi chegar, né?... Então eu acho que isso é muito importante, **porque a nossa tradição é discutir *caso***. E falar tudo o que acontece. A tradição de um serviço, de quem vem de um serviço de saúde é essa: vamos discutir um caso. **A casa precisa discutir casos respeitando algo que não é possível ser dito...** Que, se aparecer é preciso que seja por um outro veículo que não seja eu contar tudo o que acontece numa casa. Pode aparecer numa consulta, pode ser que uma moradora conte: "ó, essa noite eu não dormi. Foi ela dizendo, ela sabe como chegou até você". Eu acho isso muito difícil. Eu acho que talvez quando tiver a equipe composta, de nível superior, eu vou ter mais interlocutores da equipe, pra gente pensar isso.

A fala de Lara remete para algumas questões a serem refletidas. Preservar a intimidade da casa no diálogo com o serviço me parece de fato uma preocupação importante, no sentido de que a falta deste cuidado poderia significar emudecer o morador, subjugar a sua voz à de seus cuidadores, anulando, assim, a possibilidade dele escolher a maneira como deseja se colocar, os assuntos que decidirá levar para o espaço de seu tratamento. Os trabalhadores da casa, cuidadores e técnicos, também devem comparecer, entretanto, ao serviço junto ao morador. Lara coloca como uma dificuldade, então, esta necessidade de discutir um caso a

partir de um outro lugar, lugar de um acompanhamento que é um acompanhamento diferenciado.

Em que consiste esse acompanhamento? É de um acompanhamento clínico que estamos falando? No trecho citado, Lara não me parece se referir aos moradores – a partir de sua perspectiva, do lugar que ela ocupa junto a eles – enquanto "casos". Nesta passagem, especificamente, acredito que ao dizer que "a casa precisar *discutir* casos" a entrevistada referia-se às particularidades desta posição – alguém que acompanha os moradores – com relação ao serviço de referência, não me parecendo estar se referindo a eles como "casos". Em outros momentos da entrevista, entretanto, esta me pareceu ser a forma de referência aos moradores. O discurso da *clínica* permeia, de maneira geral, a maior parte das entrevistas, inclusive a de Lara, desde seu início, quando se refere à sua escolha pela saúde mental como uma escolha "pela clínica". O trabalho em uma Residência Terapêutica deve ser definido como um trabalho clínico? Esta questão descortina todo um campo de reflexões suscitadas a partir do conjunto de entrevistas, um campo mais difícil de circunscrever por constituir um certo "pano de fundo", uma espécie de atmosfera que permeia o campo da saúde mental hoje. Passemos, então, ao próximo eixo de discussão, que nomeio provisoriamente de clínica/política.

3.6. Clínica/Política

O campo da Reforma no Brasil é tomado por um debate que, adquirindo colorações variadas ao longo do tempo, vem colocando clínica e política como instâncias diferenciadas e muitas vezes opostas entre si. Segundo Santos (2003),

> No embate entre *clínicos* e *políticos*, as acusações vêm de ambas as partes: os primeiros acham que seus colegas reformistas se ocupam dos aspectos *sociais* da vida daqueles que chegam aos serviços de saúde mental, tais como trabalho, moradia, questões pecuniárias, contexto sócio-econômico, redes comunitárias, diluindo a singularidade da psicose nesse âmbito de intervenção. Os *políticos*, por sua vez, apontam o caráter reducionista da clínica, que se limita às questões intrapsíquicas e ignora ou relega a um papel secundário o contexto de vida daqueles que se propõe a tratar (p. 156, grifos da autora).

Os protagonistas de tais discursos contribuem para a efetuação de uma cisão entre planos que são, ao contrário de opostos, imanentes. A posição que defendemos aqui – esclarecemos desde já – é a de que toda prática clínica se funda a partir de determinadas

posições – uma direção política, então, poderíamos dizer –, assim como qualquer intervenção em um plano social tem efeitos também para as vidas, consideradas de uma perspectiva mais individual. Partimos do princípio que clínica e política são planos, portanto, antes de tudo, indissociáveis, que não devem – não podem – ser pensados separadamente.

Assim como se opera com relação a uma série de outras instâncias – individual e coletivo, formação e trabalho, para retomar algumas já mencionadas – também aqui uma espécie de "espírito divisor" parece nos obsedar a todos, naturalizando cisões que, muito antes de naturais, são, na realidade, construídas, historicamente delimitadas[72].

Dizer então que uma determinada prática é também política tem algumas implicações. Significa dar visibilidade aos mecanismos de sua constituição, às relações de saber e poder que a constituem, significa, portanto, historicizá-la, e retirá-la, assim, como falamos, de um plano naturalizado. Cindir estes planos, pelo contrário, implica invisibilizar estes mecanismos, elidindo as condições de sua configuração e seus efeitos sócio-históricos e subjetivos. Uma determinada posição, portanto, também está em jogo quando se opera esta cisão.

Situar o modo como são pensadas as práticas – clínicas e políticas, ou clínico-políticas, já poderíamos dizer – pelos trabalhadores de saúde mental no âmbito destas discussões, fala também de algo que se construiu em sua formação. Estas posições são engendradas em uma determinada formação, e é neste sentido que considero tal discussão pertinente ao nosso tema. A discussão sobre as práticas está certamente presente – de uma maneira mais "diluída" – nos outros eixos de análise, mas considero oportuno colocá-la especificamente nestes termos e pensar o modo como tais questões se expressam nas falas recolhidas em nosso campo.

Em sua dissertação de mestrado – cuja leitura recomendo, para aqueles que desejarem um maior aprofundamento desta discussão –, Santos (2003) reconstrói através de uma análise crítica potente os caminhos pelos quais uma determinada clínica vem se constituindo como hegemônica no cenário da Reforma brasileira, requisitando (e adquirindo) status de verdade e invalidando outras possíveis perspectivas. A clínica psicanalítica, a "clínica da psicose", como definem aqueles que a reivindicam, é por eles colocada, segundo Santos (2003), como *a clínica da Reforma*, essencial e *única*, a *verdadeira* clínica. É nesta tentativa de invalidação

[72] Diferentes matrizes do pensamento associariam este nosso "espírito divisor" a diferentes fatores: com Basaglia (2001) (acompanhado de Marx e Gramsci) poderíamos pensar na divisão do trabalho, outros pensadores Deleuze (DELEUZE & GUATTARI, 1976 e 2004) com relação ao Estado Moderno, outros poderiam citar o pensamento cartesiano, que inaugura a racionalidade moderna.

com relação às outras forças presentes no e constituintes do campo contida nesta operação que se funda a crítica colocada pela autora[73].

Se identificamos claramente a presença de tais forças no campo, ela certamente não se dá de maneira "chapada". A análise de Santos (2003) é importante para situarmos tais questões no campo da saúde mental, mas ao aproximar nosso olhar do cotidiano – das práticas e discursos em seus engendramentos cotidianos, em seu fazer-se – as colorações que tais questões adquirem são certamente mais variadas. Composições diferentes emergem às vezes em uma mesma fala, figuras se formam e se desmancham, em um movimento imprevisível e descontínuo... Como a vida. É esta complexidade do campo que gostaríamos de tentar representar aqui. Tais forças, em nossa arena, pulsam, se arranjam e rearranjam, se agenciam de maneiras inusitadas e imprevistas.

Se definirmos a clínica como um plano e essas posições como forças, podemos dizer que há composições as mais variadas. Os matizes com que tais discussões se apresentam no campo são múltiplos, a própria psicanálise, como já sinalizamos, é ela própria também uma miríade de forças: *as psicanálises* e os seus diferentes agenciamentos se dão de formas inusitadas. Não desejamos, assim, nos colar em identidades, nem em posições maniqueístas, mas tentar capturar os movimentos e nuances que tais questões adquirem na vivacidade e vibratilidade do campo.

Antes de seguirmos em tais reflexões, entretanto, é preciso nuançar melhor a dimensão segundo a qual pensamos a própria clínica aqui. Segundo Rotelli (2001), a ruptura com o paradigma clínico foi o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização. A psiquiatria instituiu-se, como já vimos, sobre a separação da doença como um objeto fictício da "existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade (p. 90)". O projeto da desinstitucionalização incide justamente sobre esta separação, efetuada pelo olhar clínico:

> O olhar médico não encontra o doente, mas uma doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece atrás da objetividade dos sinais sintomáticos que não remetem a um ambiente ou a um modo de viver ou a uma série de hábitos adquiridos, mas remetem a um quadro clínico onde as diferenças individuais que afetam a evolução da doença desaparecem naquela gramática de sintomas, com a qual o médico classifica a entidade mórbida como o botânico classifica as plantas (ROTELLI, 2001, p. 92).

[73] A crítica da autora se faz também com relação à produção do que chama de uma subjetividade claudicante pela teoria psicanalítica. Tais aspectos fugiriam muito, entretanto, aos limites colocados para este trabalho.

Em seus escritos, Rotelli (2001) refere-se à clínica em alusão privilegiadamente à prática médica, e este inquestionavelmente não é mais o principal marco da clínica em nome de que se fala no campo da Reforma hoje em dia. Não pretendemos, assim, negar as diferenças que certamente existem entre esta e a clínica psiquiátrica, como poder-se-ia objetar.

Entretanto, entendemos que há algo que, a despeito de todas as reformulações, inevitavelmente permanece. Ou, então, se o que temos é algo de natureza tão radicalmente diversa, por que seguimos chamando de clínica? Por que ainda não rebatizamos nossas práticas? Não creio realmente que se trate de algo simples de definir. Mas penso que se por um lado não podemos negar que há diferenças significativas nas maneiras de se definir e pensar a clínica atualmente, é evidente também, por exemplo, que só há clínica se há esses dois lugares, de alguém que intervém, com um saber, e alguém que sofre a intervenção, mesmo quando este saber é "suposto", mesmo quando este segundo alguém é também sujeito. Por mais que ela seja ampliada, flexibilizada, essas duas posições sempre de alguma maneira permanecem. Algum tipo de categorização sobre os sujeitos, ainda que de maneiras muito diversas, também me parece quase sempre constituir um marco.

Retomando então nosso campo de análise, podemos afirmar que esta ampliação da concepção de clínica de fato parece já constituir um relativo consenso entre os entrevistados. Não há entre as falas dos trabalhadores, por exemplo, qualquer questionamento acerca do valor clínico das ações que se desenrolam em outros cenários para além do consultório (o setting privilegiado da clínica, tradicionalmente falando); acho que isto, muito antes pelo contrário, é tomado como um pressuposto[74]. Não nos foi colocado nenhum tipo de oposição entre tais ações e a clínica[75]. As concepções de CAPS emergidas nas entrevistas, por exemplo, como vimos, estão longe de definir este como um serviço que se baseia exclusivamente na clínica.

O discurso da clínica se impõe, entretanto, como uma força intensamente presente no campo. Ainda que não tenhamos realizado – e nem pretendido, conforme já explicitado – uma análise estatística das entrevistas, percebemos que a referência à clínica é muito constante, levando-se em conta o conjunto das entrevistas. A clínica aparece claramente como um valor

[74] Não encontrei um bom trecho para ilustrar o que digo aqui, acredito que por esta ser uma dedução mais geral das entrevistas do que algo expresso mais pontualmente por uma determinada fala. O fato, por exemplo, de aparecerem com destaque, no discurso dos trabalhadores, concomitantemente, a clínica e as ações no espaço externo ao CAPS, já denota o que tento aqui esclarecer.

[75] Como era evidente, por exemplo, nas referidas disputas entre clínicos e políticos.

na fala dos trabalhadores de saúde mental: dizer que uma determinada ação é clínica significa dizer que ela tem um valor. Defende-se a clínica, fala-se em nome dela.

Tal valor pode ser percebido, por exemplo, na fala de uma das entrevistadas sobre o cuidado com uma pessoa que se trata no CAPS:

> Eu conduzo o tratamento dela há sete anos já, ela faz até bolo, pra comemorar. É uma paciente super grave, que manipula a medicação, seríssima, ameaça processar o prefeito, vai no Ministério da Saúde, tudo quanto é lugar, e era uma paciente insuportável pro serviço. Eu acho que o fato, de você ter uma leitura desse **fato clinico,** que **coloca isso dentro de um fato clinico, aumenta muito a sua capacidade de suportar uma situação como essa**. Vamos supor, ela às vezes liga pra cá falando assim: quero falar com a doutora Bruna! Pra dizer a ela – ela fala isso aos berros – que desde que eu conheci ela a minha vida virou um inferno, ela acabou com a minha vida! Rs. Você poder ir suportando isso anos a fio... Claro que dois dias depois ela liga e fala "eu quero falar com a minha mãe!" e as pessoas perguntam "mas quem é a sua mãe? "É a doutora Bruna!" [risos] (Bruna, psiquiatra).

A construção de certo entendimento *clínico* da situação é o que permitiu, aqui, segundo a entrevistada, um determinado manejo que garantiu o sucesso do tratamento e a possibilidade de sustentá-lo no CAPS. A clínica é referida como o grande valor da ação empreendida. A possibilidade do serviço manter-se em um lugar de acolhimento certamente foi uma das intervenções que possibilitou uma série de ganhos para a vida desta moça. Algumas questões poderiam ser colocadas, por exemplo: será que esta possibilidade é dada apenas porque a situação é entendida como um fato clínico? Ou, melhor formulando, será que somente uma leitura clínica possibilitaria este acolhimento e os ganhos decorrentes? Será que apenas a clínica nos oferece esta possibilidade? Esta seria a única leitura que poderia *aumentar a capacidade de suportar uma situação como essa?*

A clínica aparece de uma maneira geral no discurso dos trabalhadores como uma espécie de operador conceitual que dá legitimidade às ações. Ela é referida como o grande valor das ações e intervenções; é a moeda, o capital. Uma ação por ser chamada de clínica é eficaz, é efetiva. Uma prática é imediatamente legitimada ao ser colocada no espaço da clínica.

Vejamos alguns outros matizes através dos quais tais questões emergiram em nosso campo. A referência constante à clínica na entrevista de Lara, coordenadora das Residências Terapêuticas chamou minha atenção, como já mencionei. Tal aspecto me causou a princípio um certo estranhamento, pois nunca havia pensado como "clínica" o trabalho que era

realizado em uma Residência[76]. Minha experiência com o trabalho em Residências é reduzido, limitando-se ao acompanhamento de uma moradia durante os três meses iniciais da residência (especialização). Durante este período – que apesar de breve, não deixou de ser intenso de questões[77] – nunca havia pensado como clínica o trabalho de acompanhamento que realizava junto aos moradores. Nunca havia pensado em qualquer definição, na verdade, também por isso falo ainda aqui de um "estranhamento" e não de algo claramente formulado. Foi por esta referência, entretanto, que se iniciou a entrevista de Lara:

> Eu fiz o estágio, e como eu tinha noticia também do Lar Abrigado, porque eu tive amigos que fizeram estágio no Lar Abrigado, eu fiquei com aquela história da residência, "que história é essa de casa...?". Por isso eu escolhi o programa de moradias, que foi onde eu fiz o estágio em 2002. Aí eu gostei do estágio, mas fui fazer outras coisas, **ainda não sabia que era clínica**, **eu fiquei muito tempo sem entender o que era clínica**, **eu gostava dos textos de gestão, gostava dessa coisa de mudar o hospital, que hospital não dá, que tem que ser outra coisa**. Aí no final da graduação, aí sim, eu fiz o estágio de clínica estrito senso, que foi na DPA, que é o SPA[78] lá da UFRJ. **Aí eu sai do estágio dizendo assim: eu quero clínica, quero fazer clínica**.

Ao dizer que "ainda não sabia que era clínica", Lara já me parece definir a clínica como a sua escolha, entendendo de alguma maneira também como clínica, deduzimos, o trabalho que realiza hoje.

Quais são as implicações de pensar como clínica o trabalho em uma Residência Terapêutica? Para refletir sobre tais questões, acredito que o melhor seja pensá-las a partir das situações narradas. Vejamos então algumas outras situações em que a clínica nos parece constituir um marco no discurso acerca do trabalho nas Residências.

O técnico de nível superior que trabalha em uma Residência Terapêutica deve manter seu telefone celular permanentemente disponível, para que possa ser acessado a qualquer emergência que se passe na casa. Este é um protocolo do trabalho, que é relacionado por Lara como uma das dificuldades inerentes a ele. Ela narra uma situação que marcou sua chegada ao trabalho:

---

[76] Não digo "um certo estranhamento" nesta passagem em uma função retórica, acho que vale esclarecer. As questões aqui debatidas foram tomando corpo para mim no momento da análise das entrevistas, e não durante a sua realização, de modo que quando situo sensações mais imprecisas estou me referindo a um momento em que elas ainda o eram de fato.

[77] O trabalho que me ocupou durante a maior parte dos dois anos da Residência, um grupo com pacientes de longa permanência, surgiu como um desdobramento desta experiência. Sobre este trabalho escrevi a minha monografia de conclusão da Residência: "Economia terapêutica como economia política: a história de um grupo com pacientes de longa permanência".

[78] Departamento de Psicologia Aplicada e Serviço de Psicologia Aplicada.

> Quando eu cheguei aqui tinha uma moradora que – na primeira semana que eu cheguei – me ligou 16 vezes a cobrar! Na casa dela tem telefone, mas as contas eram altas de tanto que ela fazia ligações, então ela cortou, bloqueou pra celular, senão ela não iria poder pagar. Até eu entender que **aquilo não era gravidade**, que **era alguma outra coisa,** que ela precisava entender que ela não podia... E ao mesmo tempo eu tinha que atender! E era uma coisa assim: "ah, eu hoje não vou a escola não, vou à igreja".... "Ah! Mudei de idéia... "Vou pra escola sim, não vou pra igreja não, vou pra escola". "Ah! Acho que eu não vou nem pra igreja nem pra escola". [risos] Eu ficava pensando... Cara, ou ela tá muito doida, e a gente vai ter que ver o que está acontecendo... Está em crise... Ou é outra coisa que eu não vou atender. **Sem nenhuma noção do caso**, porque eu tava chegando! Eu falei: olha só, a sua casa tem o telefone cortado, porque você não consegue pagar as suas contas... Não sou eu que vou pagar as suas contas, eu não vou mais atender as suas ligações a cobrar. E fiquei... [com "medo", faz gestualmente...] porque a gente tem que atender as ligações! [risos] **E sem ter noção do caso**. Ah, é, é verdade... – resposta dela. Foi todo um trabalho. Eu acho que tem essa dificuldade também, a gente poder transmitir pra eles qual é o acompanhamento que a gente vai fazer deles. Essa mesma moradora, tinha vezes que me ligava de madrugada...

A referência à *falta de noção do caso* sugere aqui, também, uma certa compreensão clínica da situação (ou a falta de uma, no caso), que exigiria um "manejo" adequado a ela. A reação de Lara, ainda que não tenha tomado como pressuposto este entendimento, me pareceu, entretanto, extremamente pertinente à situação. Poderíamos perguntar, provocativamente, se não teria sido mesmo por isso... Por que seria necessário aqui se ter mais *noção do caso*? Esta não poderia ser uma reação natural de alguém que se relacionasse com essa moradora, e o que desejamos não é justamente isto, que as pessoas possam estabelecer relações banais com o mundo, menos sobrecodificadas pelos saberes legitimados?

A atitude de Lara aqui me parece se assemelhar a uma reação espontânea, um jeito simples de lidar com uma situação que poderia prescindir (como aconteceu efetivamente, ainda que por falta de conhecimento do caso...) de uma compreensão clínica dela. E eu, particularmente, atribuo justamente a isso o seu valor. Claro que talvez algo como uma tolerância um pouco maior do que em geral temos em nossas relações cotidianas pode ser importante em alguns momentos, mas me pergunto se isso não poderia ser algo desejável até para essas relações...

Evidente também que se percebesse que havia alguma fragilidade especial naquele momento – preocupação que parece demonstrar quando se pergunta se a moradora estaria em crise – poderia redobrar estes cuidados e repensar a maneira de agir. Mas esta me parece uma

reação que poderia ser construída a partir daquela situação, ou de seus desdobramentos, volto a dizer, como de fato se passou.

É importante ressaltar que não pretendemos afirmar, com isso, uma espécie de "espontaneísmo" absoluto e irrefletido, não é certamente disso que se trata. Não se trata de negar os diferentes saberes em jogo no campo da saúde mental – e enfatize-se aqui, mais uma vez, o plural –, mas de tensionar o lugar que estes ocupam na efetivação das práticas, colocando permanentemente em análise nossa relação com eles, para a construção de uma determinada ética. Voltaremos a esta questão mais adiante.

A referência da clínica também parece comparecer quando Lara fala sobre o seu trabalho junto aos cuidadores. Ela define o seu lugar junto a eles como de uma certa mediação, que se faz necessária em face da delicadeza exigida pelo encontro com a psicose:

> Eu acho – isso é uma posição muito minha, muito particular, não é todo mundo que trabalha com Residência Terapêutica que tem essa posição – que **a psicose não é qualquer coisa**, acho que **o encontro com a psicose exige de quem está trabalhando muita delicadeza... Estar muito atento ao que é esse encontro, e como você vai se posicionar ali no dia-a-dia...** Então acho que **o nível superior seria alguém ali que possa mediar algumas situações e às vezes não, até se recolher e ver o que vai sair dali**. Os cuidadores às vezes têm soluções muito interessantes pro dia-a-dia... Por outro lado **eles sozinhos às vezes é complicado, eles falam disso, do quanto é difícil de estar sozinho**. Eu entendo que é importante que não seja uma categoria profissional nesse cuidado com a casa, porque senão corre o risco da casa virar outra coisa, que não seja casa, mas precisa da gente às vezes pra poder individuar porque senão vira uma coisa muito... É capaz de um cuidador virar facilmente um doméstico, alguém que vai fazer a comida... É possível isso acontecer... Se não tiver alguém ali que de vez em quando lembre pra ele que o nosso trabalho é fazer com que aquilo ali possa ser uma casa... Que não seja nem um serviço de saúde, nem uma casa que o morador não tenha nenhum pertencimento, tal...

Ao se falar em um "encontro com a psicose" tenho a sensação, mais uma vez, de uma perspectiva segundo a qual o encontro com essas pessoas tivesse sempre que ser, em alguma medida, mediado por um determinado saber sobre elas, por um certo entendimento sobre a *psicose* que informasse previamente sobre a maneira de se relacionar com elas. Não se trata de negar as dificuldades que podem existir – e certamente existem! – no acompanhamento de uma casa em que moram pessoas doidas, isso seria obviamente distante da realidade. E, afinal, poderíamos nos perguntar: quando é que *sozinho* é fácil, especialmente neste nosso campo? Sozinho não é sempre difícil...?

A função que Lara se atribui de acompanhar os cuidadores na construção deste trabalho, deste cotidiano, é certamente fundamental. Mas será que esta importância deve ser

justificada pela presença de um profissional de *nível superior*? O que o especialista deve mediar aqui? *Mediar algumas situações e se retirar pra ver o que acontece*, parece-me perfeito. A reflexão sobre que mediação é esta também me parece, entretanto, essencial. Como poderíamos pensar, retomando Basaglia, em uma atuação em que nos fizéssemos valer do papel do técnico para nos destituirmos dele? Ou continuaremos precisando de especialistas para dar conta *da questão da psicose*, para *mediar o encontro com a psicose*...? Em que medida esta mediação deve se dar por um determinado *conhecimento sobre a psicose*[79]*?*De que mediação se trata? A construção de uma determinada ética nos parece uma perspectiva importante neste sentido. Retomaremos em seguida.

Voltemos, então, à reflexão sobre as implicações do que chamamos de uma certa hipertrofia do discurso da clínica no campo da Reforma. A clínica é predominantemente orientada por *um* determinado campo do saber, o campo psi. O trecho seguinte ilustra esta afirmação. Ao criticar a medicina como referência para se pensar a clínica, a entrevistada menciona outras possíveis referências para além da psicanálise (que é a sua) na orientação do trabalho:

> Aqui a gente tem até... Tem **reichiano**, trabalha aqui, tem pessoas que trabalham com **gestalt**, e trabalham super bem também. A nossa equipe não tem só psicanalistas. Mas eu acho que, pra orientar a clínica... Porque você pode dar mancadas, qualquer que seja a sua orientação, **você pode dar mancadas, se você tem uma boa orientação clínica, o importante é você recolher daquilo que você fez o efeito, retificar a sua posição...** É isso que é trabalhar. A gente não tem como saber antes, né. Toda a condução que a gente vai ter, pra onde que vai. **Mas eu acho que a gente se orienta por um texto**. **A gente escuta coisas que fazem parte de um texto, a gente responde a partir de um texto... É uma clínica discursiva, né**. [...] Eu não saberia trabalhar sem uma referência teórica. Só com a psiquiatria. Passei por essa experiência na residência e foi um desespero. Vinha um paciente ansioso, por exemplo, no ambulatório, a medicação era evidente qual que eu ia fazer. Só que o cara queria falar. O quê que eu ia responder? Qual era a minha posição diante daquilo, silenciar, dizer aqui ou ali alguma coisa, apressar, esclarecer, orientar, fazer o quê? Isso não tinha Kaplan nenhum que ensinasse, o que se fala.

---

[79] Considero importante advertir mais uma vez que tal discussão se refere aqui a forças que fazemos presentes através de tais falas, que não apostamos que tais questões totalizam as práticas desenvolvidas nestes espaços. Se fôssemos pensar no trabalho que nos é descrito pela entrevistada como uma "totalidade", nos inclinaríamos mais a dizer, inclusive, que as situações descritas revelam na maior parte das vezes que o cotidiano das residências em questão não parece ser tomado por um olhar clínico e redutor das vidas dos moradores. Mas esta não é, como já esclarecemos, a perspectiva que escolhemos para conduzir nossas reflexões. O discurso da clínica se faz presente enquanto uma força, e é este aspecto que consideramos importante discutir. Considero importante esclarecer, assim, e mais uma vez, que não se trata de uma critica às práticas do serviço em questão, mas de reflexões suscitadas por falas que traduzem forças que estão presentes neste campo, reflexões que julgamos importantes para a construção de novas praticas.

Se por um lado há uma crítica importante à formação médica, reduzida à orientação sobre o uso da medicação e não informando nada sobre o modo de se relacionar com a pessoa, as outras referências mencionadas permanecem todas dentro do campo psi. De fato, a clínica é preponderantemente orientada pelo campo psi. Mas a discursividade deve ser sempre a dimensão a partir da qual vamos pensar o encontro com a loucura? Poderíamos questionar, inclusive, se a clínica é sempre, necessariamente, discursiva, mas vamos evitar entrar por esta seara, uma vez que demandaria um desvio maior do percurso a que nos propomos aqui[80]... Como já sinalizado, não pretendo negar a importância da dimensão do discurso (nem da clínica, como já refrimos) para o trabalho com a loucura. O que tento destacar, entretanto, é a importância desta ser *uma* das perspectivas a partir das quais podemos pensar os sujeitos e as situações. Mas que esta não precisa e não deve, acredito, ser a única.

É neste sentido que considero um tanto arriscado pensar como clínica o trabalho a ser realizado nas Residências Terapêuticas. Um entendimento exclusivamente clínico deste trabalho poderia reconduzir nosso olhar a uma compreensão totalizante dos sujeitos, à construção de um mesmo olhar para eles em todos os espaços por onde circulam. Se dizemos que estamos fazendo clínica em todos os espaços em que atuamos – na casa, no trabalho, no lazer – não estamos repetindo (ou ao menos arriscando repetir) o mesmo tipo de totalização efetuada pelo manicômio? Sim, podemos reinventar definições para a clínica que a afastem daquela concepção tradicional, absolutamente engessante, mas será que não poderia ser mais interessante em alguns momentos diversificar as maneiras de definir nossa atuação, especialmente no que se refere aos diferentes cenários em que nos encontramos? Não seria mais interessante buscar novos repertórios para definir novas práticas? Sabemos que os discursos têm um lugar privilegiado na construção das práticas, e não problematizá-los pode levar a uma série de naturalizações que, como já defendemos, são sempre arriscadas.

O tradicional embate entre clínicos e políticos parece adquirir, então, novos matizes no cenário atual da Reforma, expresso em nosso campo. As ações no seio social já não são mais questionadas, a clínica é, definitivamente, a clínica ampliada. Isto significa certamente uma mudança nos jogos de força que descrevemos no início desta etapa do trabalho. Um avanço até, poderíamos arriscar. Mas não significa, entretanto, uma anulação destes embates, e

[80] Poderia mencionar, apenas a título de exemplo, a proposta da "Estruturação do self" desenvolvida por Lula Wanderley, em que a relação entre terapeuta e paciente se dá através de uma mediação estética em que se pauta o processo. Não que a dimensão discursiva esteja excluída, certamente ela não está, mas ela não é, tampouco, a dimensão preponderante. Para um aprofundamento nesta experiência recomendo a leitura do livro "O dragão pousou no espaço" (WANDERLEY, 2002)

consideramos importante dar visibilidade a eles para que possamos nos manter em posição de questionar nossas práticas.

A clínica se mantém enquanto um operador que legitima grande parte das ações. Um operador agora um pouco mais invisível, que opera em um plano mais sutil: não define o que se faz em um serviço residencial, mas é utilizado para sabermos se atendemos ou não o telefone. Há uma certa diluição da noção de clínica, mas ela de alguma maneira volta concentrada, pela porta dos fundos: outras práticas – que talvez anteriormente não fossem descritas como clínicas – não são mais por isso desqualificadas, mas ganham legitimidade agora, entretanto, através desta rubrica.

A clínica ser tomada como o maior valor, como o operador conceitual de legitimação das práticas, nos reconduz a pensá-las como circunscritas ao âmbito de uma técnica. Tal concepção se expressa, por exemplo, através do seguinte trecho, em que Bruna continua falando sobre aspectos que entende fazerem parte de sua função enquanto gestora:

> Uma certa sustentação pros técnicos. Então eu sei que às vezes as pessoas passam por situações difíceis, dúvidas, questões clínicas com seus pacientes, e tal, e correm pra mim, e contam comigo, e eu tento estar o máximo disponível possível – nem sempre isso é possível, claro, mas eu tento estar o máximo disponível possível – eu acho que isso apazigua os ânimos, porque o nosso campo é difícil pra caramba. E às vezes, mesmo que eu não saiba bem que caminho dá alguma coisa, eu tento dar uma palavra que seja pelo menos de que **eu tô junto**, **tentando atravessar aquela dificuldade junto**. Tem muita gente que trabalha aqui no CAPS que não fez formação nenhuma em saúde mental, então **veio com um pouco da intuição, da sensibilidade, do que sabe da vida... Sustentar determinadas situações clínicas não é nada simples...** Então às vezes a gente faz discussão... Além das discussões de caso cotidianas, às vezes tem que ter um seminário, tem que estudar um tema especifico, tentar dar condições do trabalho acontecer. **Se a gente não tem nenhuma referência pra pensar a clínica a única alternativa é ser moralista**, eu acho. É querer o bem de todos, que é a coisa mais grave que a gente pode fazer, né, é querer o bem, não sabe nem a quem, e em cima disso fazer as maiores atrocidades. Não que a gente não resvale nisso, a gente resvala também, né, porque... Somos todos muito cristãos... Mas **é preciso ter referência pra pensar a clínica**. E aí **eu fico impressionada de ver como tem varias pessoas aqui que só pela sensibilidade delas como é que cresceram**, sabe. Várias pessoas. **Não sabiam nada de saúde mental, de psicose**... Mas vão indo, vão vendo o colega trabalhar, ouvindo a discussão do caso, de outros casos, **vão entrando numa certa lógica**, eu acho... Que eu acho que sou **eu**, é o **supervisor**, agora vai ter a figura da **coordenação técnica**, que **eu acho que a gente tem que sustentar essa lógica**, não pode ser cada um faz o que der na telha, por exemplo...

A intuição, a sensibilidade, o que se sabe da vida são importantes, mas apenas como ponto de partida. São elementos menores, de alguma maneira. Depois, o que conta mesmo é o

saber clínico que se adquire, o saber técnico. A clínica é oposta aqui a uma moral, mas não haveria também na clínica uma moral? A clínica ser tomada como um valor, como advogamos até aqui, não fala também de uma certa moral?

A atitude moralista que é condenada parece referir-se a uma moral que ditaria os bons comportamentos, bons caminhos, a um "bem" transcendente de que nos sentiríamos imbuídos e em nome de que falaríamos. Mas será que podemos afirmar que a clínica se opõe sempre e necessariamente à moral? Não estamos aqui desconsiderando que há também na clínica uma ética, e que esta ética pode se opor a uma moral. A atenção ao "pode" é, entretanto, fundamental, uma vez que entendemos que esta não é uma condição essencial à própria clínica. O que discutimos, portanto, é a idéia da clínica se opor essencialmente a uma moral, a inexorabilidade de cairmos em uma moral se não nos ativermos às referencias Da Clínica – que clínica? – poderíamos indagar.

Considero oportuno para seguir com tais questões, efetuar algumas distinções entre o que entendemos aqui por moral e por ética. Recorremos, para isso, às palavras de Luis Antonio Fuganti (2007), em uma palestra sobre Ética e Política:

> **A moral se funda num dever ser**. O dever é primeiro para a moral. [...] O dever enquanto princípio fundante dos comportamentos implica uma dimensão separada da natureza, uma dimensão separada da vida, uma dimensão separada da própria potência. A moral reza: a vida deve. O que ela deve? Não importa tanto o que ela deve, importa tanto que ele deve de alguma maneira. A vida deve sempre a uma forma verdadeira e moral de nos comportarmos. Ou seja, **a moral liga a existência à obediência. Isso é fundamental. O efeito da moral é sempre esse. A vida, de alguma maneira, é referida a um referente privilegiado, a um ideal, a um valor que é sempre superior à própria vida**. Então, essa dimensão moral que vamos articular depois com a dimensão do poder é necessária a todo tipo de poder. Não há poder sem a instauração de um dever, de um dever ser. Então, a natureza não é o que pode, é o que deve. Ou melhor, a natureza que pode é inferior à natureza verdadeira, que seria uma natureza ideal. Essa natureza ideal seria o horizonte privilegiado dos destinos humanos. Nós aqui estamos desafiando e desconstruindo isso tudo, na medida em que nós acreditamos, sentimos e pensamos que a vida não deve a nenhuma instância fora dela o seu princípio fundante e a sua condição. A vida é fundada na própria natureza. (p. 2, grifos nossos).

A moral como é compreendida não deixa espaço para a liberdade, uma vez que instaura um dever ser, estabelece códigos segundo os quais devemos reger nossas condutas, instituindo a norma e, consequentemente, a obediência. Se a clínica se torna este "dever ser" na saúde mental, se ela é a medida, acredito que também ela acaba se constituindo desta maneira, como uma espécie de norma, de princípio (e de fim). Acredito, portanto, que se a

clínica vira uma palavra sagrada, uma medida para o valor das ações, também ela se transforma em uma moral.

Se a moral se define pela existência de regras absolutas, a ética, pelo contrário, pressupõe normas que são sempre construídas, que são facultativas, portanto. Regras a serem construídas a partir das situações. A ética tem como parâmetro não as regras em si, mas a própria vida, ela se define não por uma referência a princípios transcendentes, mas pela afirmação da vida. Estas normas só se constroem em imanência ao próprio ato de viver, "não há conduta ética que possa ser estabelecida fora das condições de seu engendramento"[81]. Ou, como diria Castoriadis, a ética se define por aquele que se pergunta como vai agir eticamente. Fuganti (2007) propõe a ética como perspectiva contraposta à moral, como é anteriormente definida:

> Ética é uma capacidade seletiva que a vida tem, uma capacidade de construir filtros, válvulas, que permitem que certos encontros sejam afirmativos e ativos e que os encontros passivos e negativos sejam transmutados. Então **a ética é uma capacidade seletiva que liga a nossa existência a nossa própria potência**. A ética diz 'ligue a vida ao que ela pode'. A moral diz outra coisa. [...] Para a ética, a potência é primeira [...] Nós aqui estamos desafiando e desconstruindo isso tudo, na medida em que nós acreditamos, sentimos e pensamos que **a vida não deve a nenhuma instância fora dela [nenhuma instância moral, portanto] o seu princípio fundante e a sua condição.** A vida é fundada na própria natureza. A natureza não teria consistência se a vida não tivesse uma auto-sustentabilidade. Essa idéia de auto-sustentabilidade é essencial para a gente entender o que é autonomia, autodeterminação, auto-regulação, soberania [...]. (p. 2, grifos nossos).

.

A ética de que nos fala Fuganti pressupõe então a autonomia, multiplicidade e processualidade. Fortalece a vida em sua potência de auto-produção e de criação, afirmando a diferença – não aquela identitária cada vez mais aclamada – mas a diferença enquanto singularidade.

Não é justamente nisso que falamos quando afirmamos a necessidade de retirar a máscara da doença para afirmar existências múltiplas? Podemos retomar então um ponto já alinhavado alguns parágrafos antes e diversas vezes ao longo desta dissertação. Consideramos a perspectiva da construção de uma ética essencial para a discussão sobre a formação. Como já esboçamos, a formação na perspectiva da desinstitucionalização não pode se restringir a uma aprendizagem técnica, de um saber (que instaura um "dever ser", e um poder, portanto).

---

[81] Citação de uma frase proferida por Adriana Rosa em uma palestra sobre ética no ensino superior no Conservatório Brasileiro de música. Grande parte das idéias aqui formuladas também tiveram inspiração nesta palestra, inclusive a referência ao texto de Fuganti.

É a construção de um ethos, portanto, que deve estar no horizonte de um processo de formação, de uma maneira de posicionar-se diante da vida e do outro, uma maneira de conduzir-se que tem como base não regras gerais e anteriores, mas a afirmação da vida em ato, a ligação da vida à potencia, no sentido atribuído por Fuganti. A própria vida é o valor.

A permanência do trabalhador em uma função exclusivamente clínica não lhe permitiria transcender o papel de técnico na psiquiatria, não possibilitando uma reformulação de sua atuação como de um ator social. Por outro lado, no que se refere ao conjunto das entrevistas, ainda que o discurso da clínica se imponha como uma força hegemônica, como vínhamos sinalizando, esta reformulação não deixa de estar presente simultaneamente, como vimos também através de inúmeras situações. Que efeitos pode ter então, afinal, esta hipertrofia do discurso da clínica? Podemos retomar aqui a discussão por onde iniciamos esta sessão sobre as relações entre clínica e política.

Um certo estranhamento me tomou ao término da realização das entrevistas, algo que ainda não sabia muito bem como formular, mas que se centrava nos seguintes aspectos: todos se dizem clínicos, a política nunca é reivindicada. Mesmo sem ainda conseguir formular mais precisamente este "estranhamento", a questão me pareceu de alguma maneira equivocada. Perguntei-me se estaria reproduzindo a perspectiva binária que separa clínica e política a que justamente procurava me opor.

Ainda que a política não fosse "reivindicada", aludida explicitamente, a sua presença enquanto um vetor nas ações e no discurso dos trabalhadores é inegável, como quando se fala, por exemplo, no núcleo de cultura do CAPS, das articulações com o território, tanto deste como do SRT. Mais do que isso, se eu estava pensando a política como os modos de relação estabelecidos, as práticas, a micropolítica, tal questão poderia estar mal colocada. Por outro lado, chamou minha atenção que este vetor comparecesse tão pouco ao discurso dos entrevistados. E a presença tão maciça do discurso da clínica.

Fui me dando conta do quão difícil é falar dessas questões, porque mesmo quando pretendemos colocar em questão tais cisões, nós sempre já partimos delas, estamos imersos neste tipo de pensamento. O tal espírito divisor.

As poucas referências à política que foram feitas em algumas entrevistas fornecem algumas pistas, acredito, para nossas reflexões. Quando, por exemplo, pergunto a Fabíola, auxiliar de enfermagem do CAPS, o que ela entende que seja o CAPS, ela fala de maneira pouco precisa, entre outras coisas, sobre "uma questão política":

> Uma transformação do modo de cuidado com as pessoas e a transformação na comunidade sobre a maneira de ver o transtorno mental. **Acho que tem uma questão política**. Mas **eu, Fabíola, prefiro ver o CAPS como um lugar de um tratamento melhor**, onde as pessoas com mais dificuldades possam encontrar um cuidado melhor, possam estar ajudando a **fazer dessas pessoas um cidadão**. **Uma questão política, que eu não gosto, né, eu prefiro ficar mais mesmo num cuidar**.
>
> *Mas o que você chama dessa questão política?*
>
> **Eu sou apolítica**. Olha só, do pouco que eu entendo, do pouco que eu vi, essa questão de estar tendo que conhecer varias pessoas pra conseguir coisas... Não é a minha praia... Acho que esse cuidar, esse olhar pro transtorno mental tem que ser uma coisa muito de dentro... Nesses 23 anos de lida com a saúde mental **eu já vi pessoas que vêm e fazem o serviço como trampolim pra conseguir alguma coisa**. Então eu prefiro não tocar nisso, as pessoas que se ligam à política, ao próprio tratamento, como trampolim pra uma outra atividade, uma parte burocrática e esquecer. Esse olhar pra saúde mental, pro portador, ver essa questão da cidadania pra essas pessoas, eu particularmente vejo que a maior dificuldade na saúde mental é isso. É usar essas pessoas como trampolim. **Tem também essa transformação do olhar da comunidade para a loucura**. A proposta de 2008 é estar mais pra fora, aumentar as parcerias. Fazer eventos, fazer roda de samba... Na quadra do lado... **É uma outra forma de fazer isso mudar, esse olhar da comunidade com relação ao transtorno mental.**

Fabíola fala de uma perspectiva reconhecidamente política, definindo a transformação no seio da sociedade como parte das funções do CAPS. Ainda assim diz que "não gosta de política" e que é "apolítica". Reserva para o que conceitua como política apenas as atividades que talvez estejam mais ligadas na realidade à *gestão*, *funções mais burocráticas*, *articulações com outras pessoas e posições*. E esta "política" é identificada por ela a jogos de interesses e manipulações, em uma visão claramente pejorativa[82].

A política é identificada de maneira geral apenas à macropolítica. Esta perspectiva aparece, por exemplo, no seguinte trecho, quando a coordenadora do CAPS fala sobre uma das maneiras como ela entende o seu trabalho junto aos trabalhadores enquanto gestora, como ela enxerga sua função no processo de trabalho que se produz no serviço:

> Outra coisa que está na minha função é fazer uma certa articulação com o que está caminhando numa direção, por exemplo, o quê que a coordenação de saúde mental define como prioridade no ano de 2007, é a desinstitucionalizacao? Então a gente está dentro de uma política, de um campo político, **que é maior do que a gente**, tem uma direção também,

[82] Mecanismo certamente análogo ao que ocorre com grande parte da população brasileira diante do cenário político de estado. Extremamente comum ouvirmos as pessoas generalizarem-se como apolíticas, referindo-se estritamente na realidade à política partidária, confundindo-a com uma concepção de política que deveria ser mais ampla. Mecanismo que na realidade invisibiliza a dimensão política contida em todas as instâncias da vida, e que, naturalizado, contribui drasticamente para uma despolitização generalizada.

> então eu acho que a gente na gestão tem essa função de **fazer a articulação**, **entre o lugar pequenininho que a gente ocupa numa política que é maior do que a gente**.

O campo da política que é referenciado aqui é o campo da macropolítica, um campo "maior", mais largo, transcendente, em alguma medida, ao campo das ações cotidianas, é ele que lhes dá uma direção. Fala-se de uma articulação entre estes dois planos, articulação que pressupõe uma certa cisão entre eles. Micro e macropolítica são referidos, assim, sob a perspectiva de uma certa cisão.

Entendemos, entretanto, pelo contrário, que todas as nossas ações são políticas. A política não é um setor, não é uma substância, não é uma instância separada da vida e transcendente. Ela está na própria vida. O poder não se exerce a partir de um lugar abstrato, não emana de uma determinada fonte. Ele se exerce sobre os corpos, sobre o pensamento, sobre as vidas. Sobre a nossa sensibilidade, nossas paixões, nossos gestos (FUGANTI, 2007). O poder é micropoder, assim como a política é micropolítica. A própria cisão entre micro e macropolítica já é, também ela, efeito-causa de um determinado mecanismo de poder, algo relacionado ao tal espírito divisor com que viemos brincando. O campo político não seria maior do que nós nesta perspectiva, nós somos este campo, somos nós que o atualizamos.

No que se refere à presença de tais forças no campo, a discussão é sempre mais complexa. Forças diferentes freqüentemente comparecem quase que simultaneamente. Assim, seguindo nesta mesma entrevista, podemos pegar carona na cauda de outros cometas.

> Não tem um espaço aqui pra discutir política. Vou dar um exemplo radical, não tem. Mas eu acho que **tem um exercício que tenta introduzir no cotidiano com os pacientes, o que é a grande virada da política da Reforma Psiquiátrica**, que é **você não estar nesse lugar de maestria, que cuida do outro, de um outro destituído... Tal como era a psiquiatria...** Então **quando você está numa direção de trabalho que tenta empoderar o outro**, que tenta ouvir, que tenta considerar as suas escolhas... **Isso é um exercício clínico que pertence a uma determinada política**. Eu acho que tem outras coisas que a gente acaba fazendo, por exemplo, a gente tem umas reuniões plenárias, com os pacientes, cada começo de semestre. Então teve reuniões plenárias que tiveram discussões mais políticas. Quando começou por exemplo essa campanha da Associação Brasileira de Psiquiatria contra a Reforma, a gente fez uma plenária só sobre isso, mostrou o vídeo, a entrevista com o Pedro Gabriel, com o cara lá de Brasília... Discutiu o quê que era ABP, o quê que era Reforma, mais uma vez, um monte de gente já tinha ouvido, já tinha esquecido... O quê que é Reforma mesmo, que diferença faz, porque que aqui é CAPS não é hospital... Mas tematizar isso aqui no CAPS não é uma coisa muito corriqueira não. Às vezes quando alguém fala isso... "Ah, hoje de manhã quando eu tava vindo aqui pro hospital..." Tem sempre algum usuário que fala... "Que isso! Aqui não é hospital não! Tá vendo, a culpa é nossa de

> depois todo mundo achar que aqui é hospital...”... Mas isso não está muito incorporado, não é uma grande questão. Acaba sendo, quer ver, **acaba sendo em coisas mais do cotidiano... Quando sai alguma casa, com moradores do hospital, que vão morar em Residência Terapêutica, a gente sempre fala nas reuniões, que é uma grande comemoração... os pacientes comemoram animadamente que tem quatro pacientes que moravam no hospital e que saíram pra uma Residência Terapêutica....** Então... Eu acho que nesse sentido **tem uma certa difusão, de que a gente está num movimento de transformação, mas eu acho que a gente ainda faz isso com muita incipiencia, assim... Não se tem produzido muito ativismo político entre os pacientes, nenhuma militância...** Nem nós somos especialmente com essa característica, a equipe, não tem essa característica, a equipe, nem os pacientes.

“Um exercício clínico que pertence a uma determinada política” me parece exprimir um entendimento muito interessante sobre a clínica, que a coloca aqui, como também defendemos, em uma perspectiva de imanência a uma determinada política. A posição política da Reforma se expressa nas ações clínicas; certamente que sim! O espaço das relações é também político. Mas o “espírito divisor” ronda, e a entrevistada procura no repertório de atividades do CAPS aquelas mais tradicionalmente políticas. Reuniões plenárias, debates sobre assuntos da reforma, a presença do gestor... “Mas isso não está muito incorporado não”. Acaba acontecendo mais... no cotidiano! Bruna reluta um pouco com a solução que ela mesma encontra, mas situa o cotidiano como o espaço em que a política *acaba acontecendo*. A comemoração com as saídas do hospital! Isso fala de um movimento de transformação. Sim, isto e muitas outras coisas falam – quase tudo, poderíamos dizer. Quase simultaneamente, entretanto, ela também recua, alegando incipiência em tais ações enquanto ações mais “políticas”. Estas são identificadas apenas à militância, ao ativismo político. E essa característica a equipe e os pacientes não têm. Uma vez mais aquele espírito se encarna, e opõe o micro x o macro.

Se não conseguimos ver a política nas ações é como se ela tivesse uma substância própria, assim como a clínica, como se fossem entidades com uma materialidade própria. Eu tenho que ir ao território para fazer política – ou discutí-la explicitamente, enfim –, não são entendidas como política, por exemplo, as ações que vão engendrar os lugares do técnico e do usuário. A política é entendida como um plano transcendente, e não como um plano de produção, como campo de saber e poder que constitui um determinado conjunto de práticas, que é atualizado nele e através dele.

Desconfiar um pouco da clínica, e perceber quando ela se institui como um operador que sobrecodifica as experiências no campo pode ter um lugar importante se pensamos em um

processo de desinstitucionalização. Desconfiar do que parece natural, como propõe Brecht (1982):

> Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.
> E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
> Suplicamos expressamente:
> não aceiteis o que é de hábito
> como coisa natural,
> pois em tempo de desordem sangrenta,
> de confusão organizada,
> de arbitrariedade consciente,
> de humanidade desumanizada,
> nada deve parecer natural
> nada deve parecer impossível de mudar.

Ainda que nosso espaço-tempo não seja de desordem sangrenta – este aqui especificamente em questão, infelizmente, não sou tão otimista com relação ao de nosso mundo... – acredito que a advertência de Brecht mantém seu valor mesmo para ele.

É importante esclarecer que não defendo aqui que se abandone a clínica – ou as clínicas, já que esta é uma arena certamente (e desejavelmente) polifônica –, esta seria uma conclusão equivocada desta discussão. Acredito que a clínica seja também um marco importante para o trabalho em saúde mental. O que procuro alertar, como já dito, é para o risco de se tornar o *único* marco, o que poderia conduzir-nos a um engessamento da loucura tal qual propugnou a psiquiatria que pretendemos reformar. O trabalho em saúde mental – e a própria Reforma Psiquiátrica, podemos enfatizar – não pode existir sem a clínica; mas não pode, tampouco, se reduzir a ela. Clínica e política – assim como formação – falam de processos de subjetivação. Processos que se formam e conformam, que se instituem e instituem modos de relação. Desnaturalizar nosso olhar para esses saberes e práticas – desconfiar deles – é um imperativo, então, para um projeto de desinstitucionalização.

FORMAR, REFORMAR, TRANSFORMAR... ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES.

> Desconfiar da observação direta. Um romancista de lápis em punho, no meio da vida – esse atento senhor acaba fazendo apenas reportagens. É melhor esperar que a poeira baixe, que as águas resserenem: deixar tudo à deriva da memória. Porque a memória escolhe, recria. Quanto ao poeta, que nunca se lembra, inventa. E fica mais perto da verdadeira realidade.
>
> Mario Quintana

> [...] nunca escrevi nada além de ficções. Com isso não quero dizer que elas estejam fora da verdade. Parece-me plausível fazer um trabalho de ficção dentro da verdade, introduzir efeitos de verdade dentro de um discurso ficcional e, de algum modo, fazer com que o discurso permita surgir, fabrique, algo que ainda não existe, portanto ficcione algo. Ficciona-se a história partindo de uma realidade política que a torna verdadeira; ficciona-se uma política que ainda não existe partindo de uma verdade histórica. (FOUCAULT apud RODRIGUES, 1998, p. 31).

Desde o início deste trabalho, procurei esclarecer que não pretendia enunciar fórmulas ou receitas no que se refere à formação, nosso objeto de estudo. Poderíamos dizer que as pistas perseguidas e aqui reunidas possivelmente conduziriam mais a um descaminho formativo[83], se tomarmos como referência o encargo habitual das formações profissionais do campo da saúde mental, que construíram (e vem construindo) a loucura como doença, como falha, como falta. Estas últimas considerações também não terão naturalmente, então, um caráter prescritivo, mas é claro também que esperamos que isto não equivalha a dizer que o percurso trilhado até aqui tenha sido inócuo. Espero, assim, que algo se tenha *ficcionado*, ou, ao menos, que sirva de inspiração ou ponto de partida para novas ficções. Este é o momento, então, depois de as águas já terem (um pouco) resserenado, rememorar (e talvez recriar) alguns dos principais personagens ou enredos de nossas ficções sobre a formação dos trabalhadores de saúde mental.

A perspectiva da desinstitucionalização foi o ponto de partida para estas reflexões, uma espécie de a priori a partir do qual pensamos aqui a questão da formação. A desinstitucionalização como a desconstrução das relações constituídas em torno da loucura pela psiquiatria, que a objetificam e subtraem o sentido da produção do louco, transformando em déficit o que é diferença e alteridade.

Enquanto um *processo social complexo*, vimos que a desinstitucionalização não se restringe ao fim dos hospícios ou à ampliação dos direitos sociais do louco. Ela foi entendida

---

[83] Tomo de empréstimo aqui o título do texto de Heliana Conde Rodrigues (minha querida desorientadora de outros carnavais): "Quando Clio encontra Psyché: pistas para um (des)caminho formativo".

aqui como um dos caminho na luta pela democratização da sociedade, incluindo como atores todos os sujeitos sociais envolvidos – usuários, técnicos e sociedade civil – tendo por base a transformação das relações de poder em torno da loucura. Nesta perspectiva, a reapropriação de antigos papéis sociais e a invenção de novos lugares e modos de vida passam a ser objetivos que suplantam a cura como mera finalidade terapêutica.

O trabalho em saúde mental foi aqui pensado, neste sentido, como a reconstrução dos modos de relação em torno da loucura, e a criação de condições para reafirmar a subjetividade louca, o que implica um trabalho tanto no plano das subjetividades quanto da sociedade, entendidos não como pólos opostos, mas como instâncias imanentes. A desinstitucionalização da loucura também depende de desinstitucionalizar as relações de trabalho que se constituíram no manicômio e que constituem a loucura como objeto do saber médico.

A trajetória percorrida nesta dissertação levou-nos à constatação da importância de se refletir sobre os processos de trabalho em saúde mental para o que se refere à formação dos atores deste campo. A formação que procuramos discutir foi, neste sentido, aquela que acontece junto ao processo de trabalho, pensado não apenas como um processo assistencial, mas como um processo que tem um caráter duplo, de assistência e formação, que se dão em imanência, e não de maneira seqüencial. Não nos formamos em um momento e em outro, posterior, vamos para o campo atuar o que foi aprendido. Ao mesmo tempo em que assistimos, também nos transformamos concomitantemente. Só há formação se há transformação.

O encontro com a loucura precisa ser transformador. É preciso se deixar transformar e revirar – estabelecer relações recíprocas, como diria Basaglia –, para que não acreditemos que *nós* temos o caminho, que vamos curar, ou mesmo que vamos libertar[84]. Este é um pressuposto ético muito importante para o trabalho em saúde mental. A formação precisa ser então transformação, precisa ser transtornante, para que possamos nos manter abertos aos encontros, transtornáveis, transtornantes. É preciso afetar-se de modo que se perceba que há algo naquele encontro que nos toma, que nos transforma, que nos serve também, e não apenas ao outro. Que não vamos ajudar apenas, mas que vamos também *ser ajudados* em alguma medida. Porque se não formos, também nós, transtornados, muito provavelmente terminaremos mais uma vez enquadrando.

É neste sentido que se torna fundamental atentarmos para o que chamamos de uma dimensão do afeto de um processo de formação. A dimensão afetiva dos processos de

[84] Foucault (2006) faz uma distinção muito interessante entre as idéias de libertação e de favorecimento da liberdade.

formação normalmente é relegada a um segundo plano, e aqui procuramos afirmá-la. Há uma supremacia concedida à cognição com relação ao afeto, inaugurada pelo pensamento cartesiano que separa a busca da verdade da experiência de transformação de si (FOUCAULT, 2006), e lhe concede primazia.

A formação não se restringe, entretanto, a um processo de aquisição de conhecimento, de habilidades, ou uma capacitação. Não estamos tratando de uma formação técnica, mas da formação humana em um sentido mais amplo, que também se faz, portanto, um processo de subjetivação. O processo de trabalho em saúde mental é ao mesmo tempo um processo de formação e de subjetivação. Ao falar em formação, portanto, falamos também em um processo de subjetivação em curso. Pensar a formação neste âmbito não deve se associar meramente, assim, à proposição de cursos de capacitação ou de atualização, à escolha de conteúdos mais ou menos necessários à atuação profissional, mas na instauração de dispositivos de subjetivação, em processos de produção de sentidos para o trabalho, pelos trabalhadores.

As reflexões sobre a formação não podem estar desatreladas daquelas sobre os processos e relações de trabalho que se instituem no campo da saúde mental, das relações estabelecidas pelos trabalhadores também em outras direções, para além das relações com a loucura diretamente. A desinstitucionalização não pode ser uma força que se afirma em uma direção única, ela precisa ser um vetor transversal, que se atualiza nos mais variados planos e direções no campo.

A existência de espaços de construção de sentido pelos trabalhadores para o seu trabalho torna-se essencial nesta perspectiva. Espaços que incrementem os momentos de reflexão sobre o trabalho, de auto-questionamento, de discussão sobre os processos de trabalho em curso. A supervisão foi mencionada como um importante espaço neste sentido. Esta tem se constituído como um momento de reflexão sobre o trabalho, sendo mencionada de maneira privilegiada pelos trabalhadores entrevistados como um lugar da formação no campo. É preciso questionarmo-nos sobre o sentido da supervisão, destacando a importância de sua dimensão institucional, e qualificando-a como um momento de ampliação de forças instituintes, que desestabilizam o instituído e desnaturalizem posições, afirmando o caráter processual e dinâmico dos serviços e das práticas em saúde mental. A realização de um estudo que se propusesse a investigar mais detidamente o que tem se produzido nesses espaços, nos serviços, seria muito interessante.

A interdisciplinaridade é sem duvida uma conquista no campo da Saúde Mental, há certamente uma maior democratização no que se refere às estruturas hierárquicas em função

das quais em geral se organiza o campo da saúde. É preciso estarmos atentos, entretanto, para que os diversos discursos que compõem este campo se mantenham como vozes ativas e singulares, e não que um novo discurso – único, ainda que mais complexo e mesmo singularizante – surja a partir desta nova composição e se imponha como *o* novo discurso. A construção da loucura como um novo objeto, diverso daquele construído pelos saberes psi, depende, acredito, desta possibilidade.

É preciso que nossa relação com os saberes esteja o tempo todo em análise, seja permanentemente tensionada. Não se trata de defender um niilismo teórico e abdicar dos esforços de teorização ou recurso aos variados campos teóricos, mas de problematizar nossa relação com tais teorias. Caso contrário, poderemos acabar efetuando apenas substituiçoes, e trocando um corpo teórico por outros, mesmo que mais complexos, singularizantes... Novos parâmetros para novas verdades. A loucura permaneceria, desta maneira, institucionalizada, ainda que em novas tramas.

Ainda que a interdisciplinaridade seja uma realidade facilmente constatável, diferentes campos de saber parecem disputar uma certa legitimidade no campo da saúde mental, com colorações variadas ao longo do tempo, com correlações de forças diversas. Vimos como embora o tradicional embate entre clínicos e políticos já se tenha desbotado um pouco, no cenário encontrado em nossa pesquisa de campo, sua presença ainda pode ser notada se atentarmos a alguns matizes sutis. Uma certa hipertrofia do discurso da clínica parece se impor, a clínica parece afirmar-se como uma espécie de operador conceitual que dá legitimidade às ações. Todos falam em nome da clínica, a política (quase) nunca é reivindicada.

Clínica ou política? Talvez a melhor posição não seja um ou outro *partido*. Talvez a questão precise ser melhor formulada. A experimentação do fazer em saúde mental é necessariamente na polis. Talvez a nossa função com este trabalho seja, antes, a de *borrar* as fronteiras entre estes campos, pelo entendimento de que talvez o que importe não seja tanto definir nossas práticas como clínicas ou políticas, mas questionarmo-nos sobre os seus efeitos, dar visibilidade ao que se tem produzido. É preciso borrar estes limites porque enquanto tentamos ver se estamos fazendo clínica ou política, continuamos ofuscando nossa visão para o que está se agenciando em termos dos efeitos concretos de nossa atuação, no mundo e nas vidas – que, por sinal, não podem ser pensados discriminadamente. Não se trata tanto então de indagarmos se o que fazemos (ou devemos fazer) é clínica ou política, mas talvez trocar esta por outra questão. Que práticas? O que temos produzido com nossas práticas?

Clínica, política, formação: em todos estes estriamentos, estamos falando de formas de produzir relações entre as pessoas. Talvez o que tenhamos de melhor a fazer aqui seja tentar promover um certo embaralhamento entre essas categorias, talvez devamos tentar emaranhar um pouco esses planos do pensamento. Combater a lógica binária tão incensada pelo pensamento moderno, que vem acentuando as separações entre o individual e o coletivo, o subjetivo e o social, a formação e o trabalho, o formar e o ser formado, a clínica e a política. Seguindo nesta mesma trilha, poderíamos falar ainda sobre ciência, arte e filosofia, sujeito e objeto, verdade e ficção. Não se trata de fundir estes planos e destituí-los de sua singularidade, mas de afirmar a impossibilidade de pensá-los isoladamente. Somente desta maneira podemos pensar como se dá a construção do cotidiano e que tipo de formação é essa que aí se agencia.

Se a formação não é a mera aquisição de saberes e conteúdos, também não podemos dizer que a formação em saúde mental seja uma formação "leiga". Que tipo de formação é essa, então, que não deve ser leiga, mas tampouco deve ser sobrecodificada pelos diversos saberes? Acredito que se trate sobretudo de construir um certo ethos para o encontro com a loucura, uma certa visada deste universo que nos coloca em contato com ele, que nos permite estabelecer um determinado tipo de relação com estes saberes. Um modo de agenciamento da sensibilidade com um certo saber, que nos coloca em posição de poder também irmos nos despindo dele, de poder irmos nos deslocando deste corpo que é nosso para inventar um novo corpo. Um aprender a aprender, a possibilidade de ver as palavras ainda livres de gramáticas. A desinstitucionalização está justamente nesta possibilidade, inscrevendo-se assim como um processo também de des-subjetivação. Formação, transformação, desinstitucionalização, (des)subjetivação passam a compor um emaranhado (desejavelmente) difícil de desarticular.

> Se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social), **em estado de não equilíbrio**: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada) (ROTELLI, 2001, p. 91-92, grifos nossos).

Suportar o não equilíbrio, criar condições para ele se manter, construir equilíbrios provisórios, sem tentar restituí-los a uma forma ideal, entretanto... Esperamos assim que as ficções aqui construídas sobre a formação possam se constituir uma contribuição aos enfrentamentos necessários, tal como propõe Rodrigues (1998):

> Possível contribuição de um modo ficcional de historicização para uma política que ainda não existe: certa história de nossos pretensos objetos naturais _ aquela que os faça emergir como *efeitos de práticas* (discursivas, não discursivas e subjetivantes) _, permitindo-nos conhecer o que supostamente devemos ignorar _ o detalhe, o aparentemente banal, o pequeno acontecimento monumental, as forças e inversões de forças _ poderá incrementar a invenção de táticas e a flexibilização de estratégias em nossos enfrentamentos, no presente, com tudo aquilo que nos aparece com a intensidade do intolerável (na academia, clínica, hospício, hospital, escola, vida cotidiana...) (RODRIGUES, 1998, p. 32).

Para finalizar, compartilho com os leitores mais um belo poema (ou verbo delirante) de Manoel de Barros, poeta que, muito para além do caráter ficcional próprio ao estilo literário, ficciona olhares para a vida extremamente desinstitucionalizantes:

> Descobri aos 13 anos que o que me dava prazer nas
> leituras não era a beleza das frases, mas a doença
> delas.
> Comuniquei ao Padre Ezequiel, um meu Preceptor,
> esse gosto esquisito.
> Eu pensava que fosse um sujeito escaleno.
> - Gostar de fazer defeitos na frase é muito
> saudável, o Padre me disse.
> Ele fez um limpamento em meus receios.
> O Padre falou ainda: Manoel, isso não é doença,
> pode muito que você carregue para o resto da
> vida um certo gosto por nadas...
> E se riu.
> Você não é de bugre? - ele continuou.
> Que sim, eu respondi.
> Veja que bugre só pega por desvios, não anda em
> estradas -
> Pois é nos desvios que encontra as melhores
> surpresas e os ariticuns maduros.
> Há que apenas saber errar bem o seu idioma.
> Esse Padre Ezequiel foi o meu primeiro professor de
> agramática.
> (Mundo Pequeno)

Apostando com o poeta e com a poesia nas errâncias do idioma e da vida, e torcendo para que os Padres Ezequiéis se façam cada vez mais presentes por aí...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo (Org.). *Loucos pela vida*: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

AMORIM, Sandra Maria Francisco. Loucura, política e ética: a formação do psicólogo em questão. In: Conselho Federal de Psicologia (org). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.

ANDERSON, Perry. As antinomias de Gramsci. In: ANDERSON, P. et al. **As estratégias revolucionárias na atualidade**. São Paulo: Joruês, 1986. p. 7-74.

BAHIA, Lígia. Sistema Único de Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

BARROS, Manoel. **O Livro das Ignorãças**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1993.

_____. **Tratado geral sobre as grandezas do ínfimo**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2001.

_____. **Poemas Rupestres**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo, Paz e Terra, 1996.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: AMARANTE, P. (Org.) **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005a.

_____. A doença e seu duplo. In: AMARANTE, P. (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005b.

_____. A maioria desviante. In: AMARANTE, P. (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005c.

BASAGLIA, Franco; GALLIO, Giovanna. Vocação terapêutica e luta de classes. Para uma crítica do modelo italiano. In: DELGADO, J. M. F. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Editora Resenha, 1991, p. 27-79.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2007.

BOBBIO, Norberto. **Liberalismo e democracia**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Brasília, 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final.** Ministério da Saúde, Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº GM 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002.

BRECHT, Bertolt. **Antologia poética**. Seleção e tradução de edmundo Moniz, Rio de Janeiro, Elo Editora, 1982.

COELHO, D. A. M. **Práticas clínicas e modos de subjetivação: reflexões ético-político institucionais**, Monografia (Graduação em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

_____. **Economia terapêutica como economia política: a história de um grupo com pacientes de longa permanência.** Monografia (Especilaização em Saúde Mental em nível de Residência) Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

COUTINHO, C. N. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

_____. **Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios**. São Paulo: Cortez, 1994.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia**. Vol. I. São Paulo, Ed. 34. 2004.

_____. **O antiédipo**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

DELEUZE, Gilles. **Deleuze/Spinoza. Cours Vincennes - 24/01/1978.** Extraído do site: http://www.webdeleuze.com/php/texte.php. Acesso em: 21/03/2008

DELEUZE, G.; FOUCAULT, M. Os intelectuais e o poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 69-78.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FOUCAULT, Michel. A Ética do cuidado de si como prática da liberdade. In **Ditos e escritos V: Ética, sexualidade, política**. Rio de janeiro: Forense universitária, 2006, p. 264-287.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Exclusão social e/ou desigualdade social? Questões teóricas e político-práticas**. México: CLACSO, no prelo.

FUGANTI, Luis Antonio. **Política e Ética**. Palestra na Universidade Eduardo Mondlane (Departamento de Sociologia), Maputo, Moçambique, 02/08/2005, por Luiz Fuganti. Disponível em: http://escolanomade.org/tiki/tiki-read_article.php?articleId=39. Acesso em: 27/09/07.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961.

LOBO, Lilia Ferreira ; COIMBRA, Cecília Maria Bouças ; BARROS, R. B. . A instituição da supervisão: análise de implicações. In: Osvaldo Saidon; V Kamakhagi. (Org.). **Análise Institucional no Brasil.** Rio de Janeiro: Espaço e tempo, 1987, p. 47-65.

MARTIN, Alfredo Guillermo. A supervisão socioanalítica - uma ferramenta de trabalho para as equipes socioeducativas. **Psicologia Em Revista**, Belo Horizonte, v. 1, n. 10, p. 5-13, 2000.

MARX, Karl. Terceiro Manuscrito: propriedade privada e trabalho. In: MARX, K. **Manuscritos econômicos e filosóficos de 1844**. Lisboa: Avante!, 1994a.

_____. O trabalho alienado. In: In: MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos de 1844**. Lisboa: Avante!, 1994b.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E.; ONOCKO, O. (org.) **Agir em Saúde. Um Desafio para o Público.** São Paulo: Editora Hucitec, 1997, pp. 71-112.

MERHY, Emerson Elias. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furação antimanicomial**. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. 2004. Disponível em http://paginas.terra.com.br/saude/merhy. Acesso em: fevereiro de 2008.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. s/d. Disponível em http://paginas.terra.com.br/saude/merhy. Acesso em: fevereiro de 2008.

NARDI, Henrique Caetano; SILVA, Rosane Neves da. Ética e subjetivação: as técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos. In: GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; HÜNINNG, Simone Maria (Orgs.). **Foucault e a Psicologia**. Porto Alegre: ABRAPSO-SUL, 2005. p. 93-106.

NEVES, C. A. B. et al. Teorias e Práticas Psicológicas em Instituições Públicas. **Cadernos de Subjetividade** do Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, Programa de Estudos Pós-Graduados de Psicologia Clínica da PUC/SP. São Paulo, no. 4, p. 176-186, 1996.

PORTELLI, Alessandro. O que faz a história oral diferente. In: **Projeto História nº 14**. São Paulo, PUC, 1997a, p. 25-39.

PORTELLI, Alessandro. Tentando aprender um pouquinho: algumas reflexões sobre a ética na história oral. In: **Projeto História nº 15**. São Paulo, PUC, 1997b, p. 13-50.

PORTELLI, Alessandro. História oral como gênero. In: **Projeto História 22** (História e Oralidade). São Paulo: PUC-Educ, 2001, p. 9-36..

PALOMBINI, Anelice de Lima. A ética nas micropolíticas de atenção à loucura. In: Conselho Federal de Psicologia (org). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003, p. 159-163.

QUINTANA, Mario. **Porta giratória**. São Paulo: Editora Globo, 2004.

RAMOS, Marise. Integralidade na atenção e na formação dos sujeitos: desafios para a educação profissional em saúde. In Pinheiro, R. e Mattos, R. de A. (org) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, CEPESC, ABRAPSO, 2005.

RIZOTTO, Maria Lúcia Frizon. Neoliberalismo em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

RODRIGUES, H.B.C. **Quando Clio encontra Psyché: pistas para um (des)caminho formativo**. Cadernos Transdisciplinares, IP/UERJ, n.1, 1998, p.33-69.

_____. À beira da brecha: uma história da Análise Institucional francesa nos anos 60. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p.195-256.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica, Saúde do Trabalhador e Modos de Subjetivação nos Serviços de Saúde Mental**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

RAMMINGER, T.; BRITO, J.C. Saúde e trabalho em saúde mental: três movimentos e algumas pistas sobre a atividade de trabalho nos Centros de atenção psicossocial – CAPS, **no prelo**.

ROTELLI, Franco. Entrevista com Franco Rotelli. In: DELGADO, J. M. F. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Editora Resenha, 1991, p. 81-95.

_____. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

ROTELLI, F, LEONARDIS, O. de, MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

RUIZ, Valéria Salek. **A dimensão gestionária da clinica: a experiência em Serviço de Saúde Mental**. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós-graduacao em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SANTOS, Adriana Rosa. **Alienados, anormais, usuários, claudicantes: a máquina psiquiátrica e a produção da *subjetividade falha*.** 2003. 186 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2003.

_____. Ética **no Ensino Superior. Ética pra que(m)?** Palestra conferida no Conservatório Brasileiro de Música, em maio de 2008.

SEMERARO, Giovanni. **Gramsci e a sociedade civil**: cultura e educação para a democracia. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

VASCONCELOS, E.M. Desinstitucionalização e Interdisciplinaridade em Saúde Mental. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, nº 7, 1997, p. 7-39.

WANDERLEY, L. **O Dragão Pousou no Espaço: Arte, Sofrimento Psíquico e o Objeto Relacional de Lygia Clark**. Rio de Janeiro, Rocco, 2002.

WOOD, E. M. **Democracia contra capitalismo: a renovação do materialismo histórico.** São Paulo: Boitempo, 2003.