

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Ana Paula Pimentel

O cuidado em saúde mental:

Reflexões psicossocioculturais para uma práxis ético-dialógica

Rio de Janeiro

2018

Ana Paula Pimentel

O cuidado em saúde mental:

Reflexões psicossocioculturais para uma práxis ético-dialógica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante.

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

P644c Pimentel, Ana Paula.
O cuidado em saúde mental: reflexões psicossocioculturais para
uma práxis ético-dialógica / Ana Paula Pimentel. -- 2018.
193 f. : il.color.

Orientador: Paulo Duarte de Carvalho Amarante.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Saúde Mental. 2. Sofrimento Psíquico. 3. Dialogismo.
4. Cuidado. 5. Ética. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.2

Ana Paula Pimentel

O cuidado em saúde mental:

Reflexões psicossocioculturais para uma práxis ético-dialógica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em: 28 de março de 2018.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ademir Pacelli Ferreira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Psicologia

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2018

A Deus.

Ao meu amado esposo Claudio,
companheiro e compreensivo em todas as horas,
mesmo nas mais difíceis dessa jornada.

A minha querida família.

AGRADECIMENTOS

Foram tantas as contribuições à construção desse trabalho que, para elaboração de uma lista justa, seria necessário citar muitos nomes. A família e os amigos, os colegas de turma, professores e funcionários da ENSP, as pessoas que tive/tenho o privilégio de acompanhar na clínica, os amigos agregados ao longo do meu percurso na psicologia, na psicanálise e na saúde mental, que todos se sintam contemplados e reconhecidos nessas linhas de agradecimento.

Sou grata aos estimados professores que tiveram papel fundamental em minha formação como psicóloga e amadurecimento profissional. Preciosas orientações me pouparam de muitos erros e indicaram um caminho a seguir, quando nada era simples. Não posso deixar de reconhecer o apoio, disponibilidade e amizade que dispensaram a mim durante o tempo em que participei das aulas, palestras, reuniões de pesquisa, supervisão e orientação nos anos da graduação e especialização na amada Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Agradeço muito especialmente ao meu querido orientador Paulo Duarte de Carvalho Amarante. Desde o princípio e sem saber, iluminava os caminhos da minha formação por meio das suas inúmeras publicações, livros e artigos riquíssimos, que me ajudaram a avançar na aprendizagem, repensar a prática, dirimir dúvidas, formar opinião e reavivar a esperança crítica. Os dois anos de orientação foram agradáveis e fecundos. Sou imensamente grata pelas oportunidades e ensinamentos que me proporcionou ao longo dessa jornada que garantiu contribuições cruciais para o desenvolvimento dessa pesquisa.

No fim das contas, este trabalho foi substancializado a partir de múltiplos processos dialógicos, nos diversos encontros de troca, no rico contato com mundos singulares. Isso é o que tornou possível, parafraseando Manoel de Barros, *desarrumar a linguagem* para que ela conferisse expressão aos desejos.

Chega mais perto e contempla as palavras.

*Cada uma
tem mil faces secretas sob a face neutra
e te pergunta, sem interesse pela resposta,
pobre ou terrível, que lhe deres:*

Trouxeste a chave?

ANDRADE, 2000, p. 14.

RESUMO

O processo de Reforma Psiquiátrica trouxe grandes avanços no modo de tratar e pensar a loucura. Contudo, a prática evidencia a persistência de óbices no processo de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico no campo técnico-assistencial da saúde mental. O questionamento da influencia de questões histórico-culturais nos discursos sobre a loucura, do foco medicamentoso no processo terapêutico e da mínima abordagem da dimensão relacional do campo, lançam luz sobre os impasses e desafios que atravessam a práxis e criam resistência ao modo de cuidar autenticamente acolhedor da diversidade humana. Diante disso, investigamos como os profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro percebem e se comprometem com a efetivação do modelo psicossocial com o objetivo de apreender, por meio da análise das práticas discursivas, elementos de afastamento ou consonância com a práxis ético-dialógica. A estratégia de investigação consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas e observação participante no cotidiano da instituição. A partir da análise do material resultante da pesquisa de campo, realizada sob a perspectiva do Construcionismo Social e articulada ao referencial teórico-metodológico, compreendemos que os sentidos produzidos pelos profissionais para o sujeito em sofrimento psíquico, sua condição de saúde e o tratamento dispensado a ele são ancorados em pressupostos ético-dialógicos. Contudo, as práticas desenvolvidas conflitaram com aquelas orientadas para o modelo psicossocial. Entendemos que o conflito constatado está relacionado a aspectos contextuais, especialmente à retirada radical de investimentos por parte da gestão municipal e o efeito desse revés na subjetividade dos profissionais. Historicamente, a dificuldade dialógica humana e a diminuta atenção direcionada à dimensão relacional do processo de cuidado vem balizando a inscrição da lógica da inclusão da diferença. Então, no contexto atual, avançar na reinscrição cultural da loucura e na transformação das práticas na produção de cuidado na rede de assistência psicossocial exige reflexão ampla sobre esses desafios com vistas a descortinar as possibilidades de construir um saber-fazer ético-dialógico.

Palavras-chave: Saúde mental. Sofrimento psíquico. Dialogismo. Cuidado. Ética.

ABSTRACT

The process of Psychiatric Reform has brought great advances in the way of treating and thinking about madness. However, the practice evidences the persistence of obstacles in the process of caring for the person in psychological distress in the technical-assistance mental health field. The questioning of the influence of historical-cultural issues in the discourses on madness, the drug focus in the therapeutic process and the small approach to the relational dimension of the field shed light on the impasses and challenges that cross the praxis and create resistance to the mode of authentically caring for human diversity. Therefore, we investigate how the professionals at a Center for Psychosocial Care of the Metropolitan Region I of the State of Rio de Janeiro perceive and commit themselves to the implementation of the psychosocial model, in order to apprehend, through the analysis of the discursive practices, elements of estrangement or consonance with ethical-dialogical praxis. The research strategy consisted of semi-structured interviews and participant observation in the daily life of the institution. From the analysis of the material compiled from field research, carried out from the perspective of Social Constructionism and articulated to the theoretical-methodological framework, we understand that the senses produced by the professionals for the person in psychic suffering, his health condition and the treatment given to him are anchored in ethical-dialogical presuppositions. However, the practices developed conflicted with those oriented toward the psychosocial model. We believe that the conflict is related to contextual aspects, especially the radical withdrawal of investments by the municipal management and the effect of this setback on the subjectivity of the professionals. Historically, the human dialogical difficulty and the small attention directed to the relational dimension of the care process has been marking the inscription of the logic of the inclusion of difference. Thus, in the current context, advancing the cultural re-inscription of madness and transforming practices into the production of care in the psychosocial care network requires a broad reflection on these challenges in order to uncover the possibilities of building an ethical-dialogical know-how.

Keywords: Mental health. Psychic suffering. Dialogism. Care. Ethic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Sumário topológico das formas de exclusão.....	42
Quadro 2 -	Os sete princípios do Diálogo Aberto.....	89
Figura 1 -	Contexto, estratégia metodológica e participantes do estudo.....	105
Quadro 3 -	Organização do quadro de entrevistados para o estudo de caso.....	108
Quadro 4 -	Esquema de organização das análises.....	112
Fotografia 1 -	Lateral do CAPS-II.....	182
Fotografia 2 -	Frente do CAPS-II.....	182
Fotografia 3 -	Recepção.....	183
Fotografia 4 -	Sala de espera (antigo refeitório).....	183
Fotografia 5 -	Sala de espera (antigo refeitório).....	183
Fotografia 6 -	Corredor principal.....	184
Fotografia 7 -	Corredor de acesso à cozinha, banheiro e dispensa de medicamentos	184
Fotografia 8 -	Sala dos funcionários.....	184
Fotografia 9 -	Consultório de psiquiatria.....	185
Fotografia 10 -	Consultório de psiquiatria.....	185
Fotografia 11 -	Cozinha.....	185
Fotografia 12 -	Cozinha.....	185
Fotografia 13 -	Recepção.....	191
Fotografia 14 -	Recepção.....	191
Fotografia 15 -	Corredor principal.....	191
Fotografia 16 -	Corredor de acesso à cozinha, banheiro e dispensa de medicamentos	191
Fotografia 17 -	Sala de espera (antigo refeitório).....	192
Fotografia 18 -	Consultório de psiquiatria.....	192
Fotografia 19 -	Cozinha.....	192
Fotografia 20 -	Sala de reunião e Oficinas.....	193
Fotografia 21 -	Sala do Polo Infanto-Juvenil.....	193
Fotografia 22 -	Sala do Polo Infanto-Juvenil.....	193

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	DISCURSOS DE ALTERIDADE E CONSTRUÇÃO SOCIAL DA LOUCURA	14
2.1	QUE LUGAR PARA O LOUCO? UM BREVE HISTÓRICO.....	16
2.1.1	Os desterros - ritual, discurso e exclusão	16
2.1.2	Os usos do hospital rumo à institucionalização da exclusão do louco	21
2.1.3	A objetivação da loucura	28
2.2	PSIQUIATRIA E LOUCURA: NOTAS SOBRE IDENTIDADE E DIFERENÇA.....	35
3	OS PARADIGMAS NA PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	43
3.1	O PARADIGMA PSIQUIÁTRICO.....	44
3.2	O PARADIGMA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	53
4	A PRÁXIS ÉTICO-DIALÓGICA EM SAÚDE MENTAL	69
4.1	A ÉTICA DIALÓGICA.....	72
4.2	A ÉTICA DIALÓGICA NA PRÁXIS.....	78
4.2.1	A noção de escuta	81
4.2.2	A noção de aprendiz da clínica	83
4.3	UMA EXPERIÊNCIA DE PRÁXIS ÉTICO-DIALÓGICA.....	87
5	PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	92
6	LOCAL E DESENHO DA PESQUISA	100
7	OS SENTIDOS PRODUZIDOS NO CAPS	110
7.1	OS DOIS MOMENTOS DO CAPS.....	112
7.1.1	O antes: um trabalho segundo o modelo psicossocial	113
7.1.2	O depois: precariedade, abandono e perda de sentido	118
7.2	OLHARES PARA A DIFERENÇA.....	131
7.2.1	Os sentidos sobre o sujeito em sofrimento mental e sua condição de saúde	131
7.3	OS SENTIDOS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	136
7.3.1	Sobre o CAPS: o prescrito, o possível e o necessário	136
7.3.2	Sobre a relação Eu-Outro – “ouvir, observar, conversar e tratar”	151

8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	163
	REFERÊNCIAS.....	172
	APÊNDICE A – FOTOGRAFIAS EXTERNAS DO LOCAL DE PESQUISA.....	182
	APÊNDICE B – FOTOGRAFIAS DO LOCAL DE PESQUISA (ÁREAS INTERNAS DO ANDAR TÉRREO).....	183
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	186
	APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (ROTEIRO DE ENTREVISTA).....	190
	APÊNDICE E – FOTOGRAFIAS DO LOCAL DE PESQUISA (ÁREAS INTERNAS DO ANDAR TÉRREO APÓS A REFORMA).....	191
	APÊNDICE F – FOTOGRAFIAS DO LOCAL DE PESQUISA (ÁREAS INTERNAS DO ANDAR SUPERIOR APÓS A REFORMA).....	193

1 INTRODUÇÃO

A escolha do tema dessa dissertação é resultado de questionamentos com os quais estive às voltas desde os últimos anos de graduação em psicologia. Posso identificar as influências primeiras para o delineamento deste estudo nos desdobramentos da minha experiência de iniciação científica numa enfermaria de internação psiquiátrica localizada no interior de um hospital geral universitário. Para esta instituição eram encaminhadas pessoas em sofrimento psíquico, que permaneciam internadas no local por curto período de duração (até trinta dias), tempo durante o qual deveriam ser acolhidas e receber auxílio no processo de estabilização. O plano de cuidado deveria colaborar para a continuidade do tratamento fora da enfermaria, numa das modalidades da rede de serviços substitutos à internação (Ambulatórios, Hospitais-Dia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, entre outros).

Naquela práxis, em primeiro contato com a clínica e seus múltiplos atravessamentos, realizava o acompanhamento terapêutico diário de pessoas em sofrimento mental, testemunhando a dura batalha que travavam para dar solução às questões aflitivas e se haverem com a realidade psíquica peculiar vivenciada. Sentia-me convocada a pensar sobre esse modo de existir marcado especialmente por dois significantes: complexidade e diferença. De igual modo, interessava compreender porque era tão constante um movimento de desconstrução destes significantes na produção de sentido sobre os sujeitos do cuidado. Observei, em muitas cenas diárias, o quanto as relações estabelecidas entre os profissionais e os sujeitos em tratamento eram impactadas negativamente pela adoção de posturas não dialógicas, que silenciavam a singularidade – percebida geralmente como incômoda e incompreensível –, frequentemente simplificada e reduzida aos enquadres diagnósticos da psiquiatria.

Embora a gestão asseverasse funcionar segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica e em conformidade com o seu referencial teórico-prático, presenciei posicionamentos nitidamente contraditórios como, por exemplo, a contenção física (mecânica)¹ de várias pessoas por motivo banal e sem a devida observância das precauções de assistência. Uma cena representativa foi a contenção física de uma paciente pelo simples motivo de ter sido flagrada na cozinha da administração preparando um café. Muitos foram os casos de uso

¹ Na referida unidade, a contenção física (ou mecânica) era executada amarrando a pessoa pelos pulsos e tornozelos por meio de cordas presas ao leito. Segundo PAES et al. (2011), pode-se encontrar o registro do uso desse instrumento, em versões variadas, a partir do século XVII.

arbitrário desse procedimento agressivo, cujos danos subjetivos podem ser tão lesivos quanto os físicos.

E era intrigante constatar que, para além da contenção de tipo mecânico ou da modalidade medicamentosa, praticada em larga escala, outros recursos eram usados subversivamente como dispositivo de contenção do que se considerava excesso no comportamento dos sujeitos; até mesmo as oficinas terapêuticas serviam a esta finalidade. Um agravante para a situação: estamos falando de uma instituição de referência na formação de profissionais, de nível superior e técnico, para atuação no campo da saúde mental e de acontecimentos que ocorreram há apenas uma década.

O afeto² mobilizado pela percepção do dano social vivenciado pelos sujeitos em sofrimento psíquico me desassossejou e impulsionou ao estudo das relações que o corpo social (instituição, profissionais do cuidado, família e sociedade) estabelece com eles. A experiência de acompanhamento terapêutico despertou-me, desde o começo, inquietude e motivação para dirimir as interrogações oriundas do meu encontro com a alteridade da existência-sofrimento e os discursos sobre ela no espaço de cuidado – o discurso da Psiquiatria e o da Reforma Psiquiátrica.

Ainda que o campo da Saúde Mental seja multidisciplinar e promova o contato entre diferentes saberes, dois principais discursos, regidos por lógicas diversas, coexistem e fundamentam modos distintos de compreensão do sujeito e do seu sofrimento. Trata-se de uma relação interparadigmática (entre os paradigmas da Psiquiatria tradicional e da Reforma Psiquiátrica), perpassada por questões sócio-históricas que ganham relevo na pesquisa por implicarem impasses negativamente influentes no processo de cuidado à pessoa em sofrimento mental e, especialmente, por trazer à luz dois paradoxos de meu interesse que se revelam desde as minhas primeiras experiências clínicas em contexto institucional.

Expresso aqui o primeiro paradoxo: constantemente, a fala do sujeito não encontra um lugar na instituição de tratamento, local que existe para acolhê-lo e tratá-lo. A ciência psiquiátrica mantém o lugar hegemônico de saber-fazer na pesquisa e intervenção e, em consequência, a prescrição de tratamento medicamentoso prevalece como principal recurso terapêutico. É comum a administração de antipsicóticos, ou de outras formas de “fazer calar” em situações nas quais cabem outras escolhas; escolhas dialógicas. Em momentos nos quais o sujeito deveria ter voz, a conduta terapêutica eleita resulta no seu silenciamento e dificulta a

² Uso o termo no sentido espinosano. Para Espinosa, o afeto é compreendido como uma afecção mobilizada pelas experiências vividas nas relações, com capacidade de potencializar (inibindo ou estimulando) o agir. (SPINOSA, [1677] 2007).

aproximação que poderia resultar em produção de cuidado. Essa percepção leva-nos ao seguinte questionamento – expressão do segundo paradoxo: se a base da Reforma Psiquiátrica é a inclusão social da loucura, porque ainda é tão difícil romper com práticas silenciadoras e excludentes?

Para o desenvolvimento deste trabalho, parto dos paradoxos assinalados e tenho em conta que questões históricas (sociais, culturais e subjetivas) afetam o modo de compreender e tratar os sujeitos considerados loucos e criam resistências à lógica de diálogo com a diferença. Esse modo de compreender justifica a escolha do título desse trabalho. Com o objetivo de dar uma comunicação inicial sobre o conteúdo do trabalho, o título sinaliza que as reflexões sobre o cuidado abarcam três importantes dimensões que atravessam a dinâmica relacional do campo da saúde mental. Então, com a palavra “psicossociocultural” nos referimos aos processos sociais, culturas e subjetivos – contemplados nas discussões – e indicamos que as reflexões têm a finalidade de contribuir para pensar a práxis nessa perspectiva que chamamos de ético-dialógica, ou seja, uma perspectiva que toma o diálogo como ética de cuidado.

Perante essas considerações, a pesquisa buscou cumprir uma tarefa sétupla, cuja organização sintetizo a seguir.

Na primeira parte, realizo uma reflexão teórico-crítica sobre alguns aspectos identificados no espaço-tempo como elementos influentes na maneira de produzir sentido e cuidado para a existência-sofrimento. Foram estudadas três formas históricas de exclusão do louco e as vicissitudes da constituição de cada uma delas rumo à construção social da loucura.

A segunda parte do trabalho foi destinada ao estudo da relação entre os paradigmas da psiquiatria tradicional e da Reforma Psiquiátrica no campo da atenção psicossocial e sua implicação nas formações discursivas e práticas em saúde mental na atualidade.

Em terceiro lugar, examino as contribuições de alguns estudos para a concepção de um cuidado ético-dialógico. Nesse intento, dou ênfase às contribuições bakhtinianas e buberianas, bem como às linhas de orientação ética da psicanálise para o trabalho em equipe multidisciplinar, em especial às noções de “escuta” e de “aprendizes da clínica”.

Cumprindo a quarta e quinta tarefas, apresento, respectivamente, os pressupostos teórico-metodológicos e o local e desenho da pesquisa. Em penúltimo lugar, relato o procedimento e resultado da análise do material de campo. Para encerrar, apresento algumas considerações finais.

2 DISCURSOS DE ALTERIDADE E CONSTRUÇÃO SOCIAL DA LOUCURA

“O interessante não é ver que projeto está na base de tudo isso, mas, em termos de estratégia, como as peças foram dispostas”.

(FOUCAULT, [1979] 2014, p. 243)

A realidade está substancialmente modificada em relação ao histórico paradigma violento e segregador da loucura. É oportuno lembrar que a experiência ocidental é marcada pelo emprego de formas de tratamento da loucura equiparadas a punições, causadoras de intenso sofrimento ou mesmo morte das pessoas submetidas a elas. Quando consultamos relatos sobre os métodos usados para tratar o sofrimento mental ao longo da história, deparamo-nos com narrativas de atrocidades praticadas por motivação quase sempre social, religiosa ou financeira.

Desde os tempos remotos até o presente século há registros dos atos de violência, legitimados especialmente pela máscara da religiosidade e da cientificidade, que objetivavam a cura da loucura. Constatamos um vasto catálogo de procedimentos, cujas descrições lembram os suplícios medievais: indo, para citar exemplos, da técnica conhecida como trepanação³ ao uso de diferentes tipos de eletrochoque – prática ainda em vigor. Esta é a memória de um passado que há menos de cinquenta anos começou a ser modificado, embora não cesse de se presentificar. Um passado que não passa. Alinhava-se pelos sucessivos acontecimentos nas malhas do tempo, reinventa-se e se reinscreve no hoje.

A análise dos dispositivos produtores de práticas concretas que “tratam” por silenciamento (uma vez que violam, excluem, segregam, ou medicalizam) não deixa dúvida de que os sujeitos submetidos aos diversos “cuidados” proponentes de solução para a loucura sofreram, e sofrem, em resultado destes sérios agravos da condição física e mental somados ao imenso prejuízo social. E, muito embora se admita que mudanças significativas tenham sido logradas, de fato tem sido longo e lento o processo rumo à transformação do modo de compreender e tratar quem passa pela difícil experiência da dor psíquica.

É contínuo o empenho para formulação de políticas e práticas que promovam o cuidado devido e adequado à condição de saúde dos sujeitos nos serviços de atenção

³ Trata-se de um procedimento cirúrgico que consiste em realizar furos no crânio de uma pessoa com finalidades terapêuticas. É uma das práticas mais antigas de tentativa de cura da loucura, cujos primeiros registros datam de aproximadamente 12 mil anos atrás, tendo sido bastante utilizada ainda nos séculos XVIII e XIX (CASTRO, 2010). Especialmente em épocas nas quais o entendimento do fenômeno da loucura se dava com base num pensamento mágico-religioso, realizava-se a trepanação para que os demônios, considerados causadores da loucura, abandonassem o corpo do louco.

psicossocial. Entretanto, o percurso vem sendo obstaculizado pela permanência da lógica do silenciamento da diferença, que segue estruturando o “dizer-fazer” no campo da saúde mental. Temos nisso o cerne do impasse que mobiliza a escrita deste trabalho: a persistência da lógica silenciadora remete à influência de questões histórico-culturais na forma de produzir sentido sobre o sujeito considerado louco.

Quando nos propomos a refletir sobre as dificuldades no tratamento de sujeitos em sofrimento mental na atualidade, devemos ter clara a resposta da seguinte questão: podemos apreender a realidade atual e avançar nos estudos, nos planejamentos, na busca de soluções que ensejem as mudanças necessárias nas situações de saúde sem “olhar para traz”, ignorando a dimensão social e histórica e suas vicissitudes? A resposta é, certamente, não. Recorremos à mitologia romana para exemplificar o que aqui expomos com a figura de Janus, divindade representada por uma cabeça com duas caras opostas: uma olhando para o passado e outra para o futuro. A representação da dupla face de Janus metaforiza tradicionalmente a sabedoria em considerar, diacronicamente, os aspectos implicados no acontecimento analisado, na sua formulação, sustentação ou mesmo negação.

A afirmação de que “o que se encontra no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada da origem – é a discórdia entre as coisas, o disparate” (FOUCAULT, [1979] 2014, p. 59) é muito apropositada para nossa discussão. Ao estudar a construção social da loucura, não é a descoberta de uma gênese que interessa conseguir; o importante é observar, nos acontecimentos, os elementos de discórdia, os dispartes revelados em distintos momentos e suas configurações, condições de ocorrência, de transformação e reprodução. E, eis o disparate que destacamos: no espaço-tempo, a compreensão-resposta para o enigma promovido pela loucura se formulou de distintas formas, resultando principalmente no engendramento de sistemas de silenciamento e exclusão.

Como disse Habermas, “[...] a técnica é um projeto histórico-social, nele se projeta o que a sociedade e os interesses nela dominantes pensam fazer com os homens e com as coisas” (HABERMAS, 1968, p.47). De igual modo, as estratégias e finalidades da produção de saber-poder sobre a loucura e seus arranjos são reveladas na história, sob o exame dos diferentes lugares reservados a quem recebe o rótulo de louco, desde os primeiros aparatos destinados a tratá-lo. Essa é a percepção que levou o filósofo francês Michel Foucault a empreender um grupo de análises denominado conjunto crítico para investigar a função dos sistemas de exclusão da loucura. O conjunto crítico aplica o princípio da inversão, que busca “[...] cercar as formas de exclusão, [...] mostrar como se formaram, para responder a que necessidades, como se modificaram e se deslocaram, que força exerceram efetivamente, em

que medida foram contornadas” (FOUCAULT, [1970] 2014, p.57). Podemos ver o resultado desse esforço metodológico no livro clássico *A História da Loucura* ([1961] 2009).

O recurso metodológico foucaultiano é composto de quatro princípios que se dividem em dois conjuntos: o já citado conjunto crítico e o conjunto genealógico. Este último, que estuda a formação do discurso, aplica três princípios (da descontinuidade, da especificidade e da exterioridade) para realizar análises que buscam responder como as formas de exclusão se relacionaram com os sistemas de coerção e séries de discursos, ligadas a que normas e em que condições surgiram e se desenvolveram. Foucault ([1970] 2014) esclarece que os conjuntos de princípios não se aplicam totalmente em separado e que ambos os tipos de análises, inclusive, devem se apoiar e complementar.

Neste capítulo faremos um sucinto exame de três acontecimentos identificados com as formas históricas de exclusão do louco, salientando os três sistemas de restrição que as viabilizaram: a interdição, a oposição entre razão e loucura e a vontade de verdade. Estes são os sistemas de restrição externos listados por Foucault ([1970] 2014) que operam o controle, seleção, organização e redistribuição do discurso nas sociedades. Buscaremos iluminar a maneira como estes sistemas procederam a exclusão social do louco e os sustentáculos discursivos que a viabilizou em cada um dos três casos, enquanto construía uma identidade para ele, útil aos propósitos dos grupos de interesse envolvidos.

2.1 QUE LUGAR PARA O LOUCO? UM BREVE HISTÓRICO

2.1.1 Os desterros – ritual, discurso e exclusão

Começemos na passagem da Idade Média para a Idade Moderna. Conforme conta Foucault ([1961] 2009), esse é o momento em que o fenômeno da loucura – que esteve associado a experiências diversas, identificado principalmente com o que era da ordem do saber e da verdade, mas também da arte, dos vícios, do sagrado, da magia, do humor, do ridículo, entre outros – começa a ser marcado simbolicamente e eficazmente de forma a vir a herdar o medo e consequências diagnósticas similares àquelas acarretadas pela lepra, doença altamente estigmatizante e segregadora, cujos casos foram desaparecendo até deixar de aterrorizar as sociedades entre os séculos XIV e XVII. Desaparece a lepra, contudo:

Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os

valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar a sua volta um círculo sagrado. [...] Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde (FOUCAULT, [1961] 2009, p. 6).

No período em questão, final da idade média, era considerado louco o sujeito que, com determinados comportamentos⁴ ameaçava regras sociais, gerando incômodo e insegurança na comunidade. Era frequente em algumas cidades da Europa ocidental livrar-se do louco enviando-o em navios (as Naus dos Loucos) aos então denominados “lugares de peregrinação” – cidades onde permanecia errante, mantido à distância da sociedade que o rejeitava.

A nau era um tema presente na literatura ficcional renascentista e inspirado na mitologia grega, em alusão à lendária Argo – embarcação que levou seus heróis tripulantes (os argonautas) em uma viagem de muitas escalas e repleta de desafios até o porto destino, as Cólquidas, em busca do velocino de ouro (BRANDÃO, 1987). Assim, entre as composições inspiradas nas naus, encontramos uma Nau dos Príncipes e das Batalhas da Nobreza, uma Nau das Damas Virtuosas, uma Nau da Saúde e também uma Nau dos Loucos (a *Narrenschiff* de Brant - 1497); esta última é a única que existiu de verdade (FOUCAULT, [1961] 2009).

Algumas cidades, mesmo não sendo caracterizadas como lugar de peregrinação, recebiam os loucos e descartava-os em prisões mantidas com subvenção local. Sobre esse fato, levantou-se a suposição de que os loucos eram levados e deixados propositadamente nesses lugares de "contraperegrinação" por mercadores e marinheiros que usavam posteriormente a justificativa de que se haviam perdido. Conforme análise:

Por um lado, não se deve reduzir a parte de uma eficácia prática incontestável: confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torna-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas, a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica. Além do mais, a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente o último. É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca. Esta navegação do louco é simultaneamente a divisão rigorosa e a Passagem absoluta (FOUCAULT, [1961] 2009, p. 11-12).

⁴ Como, por exemplo, cometer delitos, andar nu pelas ruas ou, mesmo vestido, circular pela cidade livremente, o que caracterizava “estado de vagabundagem”.

Em outras palavras, o rito que envolvia o expurgo⁵ do louco pelos mares representava os anseios da sociedade em relação a ele. A imagem do navio com sua “carga insana” se distanciando no horizonte ligava-se ao desejo de separação e desresponsabilização absoluta pelo louco; a água, que permite o deslocamento para longe, significa também a garantia de um destino de errância, de “passageiro eterno” para ele. Além disso, numa época em que ainda predominava a interpretação mágico-religiosa para as experiências, a associação entre as ideias de água, purificação e perdão divino é forte. Desse modo, a água remete à possibilidade de lavar e levar a impureza da loucura, purificando a sociedade diante de Deus.

Em muitos casos, piores destinos eram impingidos ao sujeito classificado como insano à época, como a punição pública e escorraçamento para fora das cidades por meio de um ritual marcado por forte carga simbólica:

Acontecia de alguns loucos serem chicoteados publicamente, e que no decorrer de uma espécie de jogo eles fossem a seguir perseguidos numa corrida simulada e escorraçados da cidade a bastonadas. Outro dos signos de que a partida dos loucos se inscrevia entre os exílios rituais (FOUCAULT, [1961] 2009, p. 11).

Nesse contexto, muitas cidades eram isoladas por muros que lhes serviam de proteção e defesa do território. Em sua função de delimitar os lados, o dentro e o fora, o muro promove uma organização estrutural geográfica que permite também o exercício do controle social: quem está incluído é o cidadão, aquele que pertence. O louco é identificado como o não-cidadão, o sem-pátria, alguém que pode ser descartado; seu destino então é o exterior, o abandono à própria sorte para uma luta solitária pela vida em meio ao ambiente desconhecido e desprotegido a que é entregue. Os muros físicos têm como função ordinária incluir-protetger ou excluir-barrar e, para além disso, transmitem um discurso classificatório sobre o louco em sua função simbólica.

Foucault ([1970] 2014) entende os rituais como os mais exteriores e visíveis sistemas de restrição do discurso. São práticas que estabelecem lugares, atores, papéis e definem quais signos compõem os discursos e de que forma; os rituais fixam “[...] a eficácia suposta ou imposta das palavras, seu efeito sobre aqueles aos quais se dirigem, os limites de seu valor de coerção” (FOUCAULT, [1970] 2014, p.37). Bakhtin (2006) situa os rituais entre fenômenos ideológicos que, como quaisquer outras formas de representação sócio-cultural, sejam elas verbais

⁵ Usamos a palavra expurgo por permitir uma interpretação rápida do objetivo que se tinha em mente ao se escorraçar o louco da cidade. Na língua portuguesa, esta palavra possui as seguintes significações: purgar completamente, livrar do que é nocivo ou imoral, limpar; purificar – sentidos apropriados à realidade em questão.

ou não, “banham-se no discurso e não podem ser nem totalmente isoladas nem totalmente separadas dele” (BAKHTIN, 2006, p. 16). Na concepção bakhtiniana, os signos (a palavra, o ritual, as artes, os gestos, a escrita) são sociais e ideológicos por natureza e seus significados apontam uma realidade externa a eles, de modo que não há ideologia que prescindia dos signos.

Os signos constituem formas ideológicas que cumprem a função de modelar as percepções humanas em conformidade com eles, funcionando como instrumento de consciência criador de realidades sociais. Nesses termos, Bakhtin (2006) entende a consciência individual como fato socioideológico, para a qual a única possibilidade de definição objetiva é de natureza sociológica. Segundo ele:

A consciência adquire forma e existência nos signos criados por um grupo organizado no curso de suas relações sociais. Os signos são o alimento da consciência individual, a matéria de seu desenvolvimento, e ela reflete sua lógica e suas leis. A lógica da consciência é a lógica da comunicação ideológica, da interação semiótica de um grupo social. Se privarmos a consciência de seu conteúdo semiótico e ideológico, não sobra nada. A imagem, a palavra, o gesto significante, etc. constituem seu único abrigo. Fora desse material, há apenas o simples ato fisiológico, não esclarecido pela consciência, desprovido do sentido que os signos lhe conferem (BAKHTIN, 2006, p 34).

Zandwais (2014) enfatiza duas acepções bakhtinianas de ideologia. Na primeira a ideologia é tomada como ciência dos signos, ciência mestra que permite estudar e explicar a representação e a produção de sentidos em sua dimensão simbólica, referenciando as relações históricas e dialéticas. A segunda acepção toma a ideologia como visão de mundo, produzida por ação social no cotidiano, independente da consciência das pessoas sobre sua existência e efeitos. Assim, a ideologia possui uma dupla-face: é tanto um sistema que produz percepções nas vivências sociais quanto uma ciência que oferece a compreensão das atividades simbólicas. A resposta de Codato (2016) à pergunta “o que é ideologia para os clássicos do marxismo?” traz um complemento pertinente: “A ideologia é uma estrutura e uma prática. [...] E a expressão “estrutura ideológica” designa o terreno onde certas práticas sociais simbólicas se dão (CODATO, 2016, p. 322). Essas acepções relevam a importância de se observar os signos para, a partir deles, chegar à compreensão dos fins aos quais servem na composição de um determinado sistema ideológico. Afinal,

Todo signo, como sabemos, resulta de um consenso entre indivíduos socialmente organizados no decorrer de um processo de interação. Razão pela qual as formas do

signo são condicionadas tanto pela organização social de tais indivíduos como pelas condições em que a interação acontece. [...] Realizando-se no processo da relação social, todo signo ideológico, e portanto também o signo linguístico, vê-se marcado pelo horizonte social de uma época e de um grupo social determinados (BAKHTIN, 2006, p. 43).

O ritual das “Naus dos Loucos” e os rituais de expulsão extramuros da cidade podem ser compreendidos como formas ideológicas eficazes em atar a palavra à coisa, constituindo modos de produzir sentido sobre o louco. Os rituais de desterro, em suas narrativas figuradas, transmitem o discurso nos domínios da imagem; fazem apelo ao sentido da visão (por meio de recursos pictóricos, espaciais e geográficos), que tem maior proximidade com a linguagem e possibilita uma ampla tecitura de significações dentro de um repertório discursivo. Os recursos ritualísticos contribuem, assim, para a produção da primeira grande forma de exclusão, que opera impondo uma espécie de ateritorialidade ao louco por meio da interdição.

Conforme assinala Foucault ([1970] 2014), a interdição é o mais familiar e notório sistema externo de exclusão, podendo ser de três tipos combináveis em estratégias de reforço e compensação: a) tabu do objeto – restrição quanto o que se pode dizer; b) ritual de circunstancia – restrição quanto ao momento em que se pode dizer; e c) direito exclusivo ou privilegiado de quem fala – restrição quanto a quem pode dizer. Nos rituais de desterro vemos em ação um sistema de restrição que realiza a interdição radical do louco; não só a sua palavra é impossível, como ele é toda impossibilidade. A ele é destinado um não-lugar na sociedade; não há lugar para sua fala, qualquer que seja, em momento algum e em nenhum espaço: combinação das três classes de interdição.

O período de transição entre a Idade Média e a Idade Moderna marca o percurso do encobrimento da experiência trágica da loucura (caracterizada pelas múltiplas maneiras de perceber o louco) pela construção de uma consciência crítica na qual ela será tomada apenas num registro negativo. Nisso vemos o uso dos signos, especialmente os imagéticos, para fixar na consciência medieval a percepção da loucura como uma diferença estrangeira, radicalmente alheia, defeituosa e irracional, que servirá ao engendramento de um novo sistema de exclusão na época subsequente. Isso nos remete a seguinte afirmação:

[...] imposição de uma ordem subjetiva, apego exacerbado à individualidade que a afasta da ordem do mundo e a torna o outro da razão, da verdade, da sociedade. O louco passa a ser alguém que toma o erro como verdade, a mentira como realidade, a feiura como beleza, a violência como justiça. Loucura é presunção, ilusão, desregramento, irregularidade na conduta, defeito, falta, fraqueza. Os personagens da *Stultifera navis*, de Brant, são avaros, delatores, bêbados, desordeiros, devassos,

adúlteros, heréticos; “em suma, tudo o que o próprio homem pôde inventar como irregularidade em sua conduta” (MACHADO, 2006, p 36).

Em sua análise do livro *A História da Loucura* ([1961] 2009), Machado (2006) chama atenção para o fato de que Foucault analisa o fenômeno da loucura no Renascimento de forma bastante sucinta, atendo sua investigação às expressões pictóricas e linguísticas. A respeito disso, afirma que existe um objetivo claro:

[...] atestar, através da elaboração simbólica da época, o início de um processo de dominação da loucura pela razão. Esse processo será decisivo para o estatuto que a loucura vai adquirir na cultura ocidental, mas, nesse momento, é específico: significa a destruição da loucura como saber que expressa a experiência trágica do homem no mundo em proveito de um saber racional e humanista centrado na questão da verdade e da moral. Não destruição, é verdade [...], mas encobrimento, desarmamento, confisco, pois, mesmo dominada, essa experiência da loucura não está morta (MACHADO, 2006, p. 43).

2.1.2 Os usos do hospital rumo à institucionalização da exclusão do louco

No período de vigência do pensamento iluminista se dá a categorização dos sujeitos em duas classes: os que detinham a razão e os desprovidos desta. “Traça-se uma linha divisória que logo tornará impossível a experiência, tão familiar à Renascença, de uma Razão irrazoável, de um razoável Desatino” (FOUCAULT, [1961] 2009, p. 48). Tal categorização, fundamentada numa visão cartesiana binária do funcionamento racional, deu nova formatação ao processo de exclusão social do louco. A esse respeito, Koda (2002) resume:

Descartes localizará a loucura ao lado do sonho e de todas as formas de erro. Ela emergirá como impossibilidade de pensamento. Se no século XVI o homem não podia ter a certeza de não estar louco, Descartes adquire essa certeza. O perigo da loucura desaparece no próprio exercício da razão, o sujeito da razão não pode ser insensato (KODA, 2002, p. 14).

Tem início um novo modo de lidar com o fenômeno da loucura. O classicismo oculta a experiência trágica e põe em exercício a consciência crítica, que fará predominar um único entendimento sobre quem é o louco. Nesse momento, o louco era o sujeito privado de razão e, por isso, inapto a fazer escolhas – não teria direito à cidadania, direito à voz ou mesmo a circular na cidade. Porter (1987) afirma que o objetivo da idade da razão foi o rechaço e aniquilamento daquilo que fosse julgado irracional. Trata-se de um princípio de exclusão que

classifica e rejeita as pessoas ao identificar em suas palavras signos de insanidade, operando com base na oposição entre loucura e razão (FOUCAULT, [1970] 2014, p.10).

Se na prática dos desterrados o sujeito era excluído para fora da cidade (por mar ou por terra), a partir da divisão entre loucura e razão ele é condenado a um novo lugar de segregação, desta vez no interior da cidade: o hospital geral. Este acontecimento, ocorrido a partir da Era Clássica até o final da Idade Moderna, é tematizado principalmente em dois textos foucaultianos – A Grande Internação ([1961] 2009) e O Nascimento do Hospital ([1979] 2014). Conforme descrito, o hospital geral não é e tão pouco se assemelha a uma instituição médica, “[...] é antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (FOUCAULT, [1961] 2009, p. 50). Ou ainda, “[...] é, ao mesmo tempo, espaço de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão” (AMARANTE, 2008, p. 38).

Durante o período em questão, o hospital funcionou como uma espécie de depósito para todo tipo de sujeito marginalizado pela sociedade – especialmente os pobres e miseráveis, mas também os portadores de doenças contagiosas, hereges, loucos, delinquentes, prostitutas, etc. Nesse contexto, a instituição era um tipo de “morredouro”, ou seja, um local que gerava via de regra um desfecho fatal (FOUCAULT, [1979] 2014, p. 175). Vale ressaltar que, no hospital geral, “os alienados percebidos pelo senso comum como a parcela violenta e perigosa desse contingente, são geralmente mantidos acorrentados para que não se corra riscos com sua denodada periculosidade” (AMARANTE, 2008, p. 38).

Como uma “instância da ordem”, que atendia a interesses monárquicos, burgueses e eclesiásticos, o uso do hospital esteve vinculado a uma percepção da diferença figurada como desordem, falha moral ou sub-racionalidade, por isso, ameaçadora dos ideais sociais de ordem, desenvolvimento e racionalidade. Nesse sentido, “O gesto que aprisiona não é mais simples: também ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais. E que dizem respeito provavelmente a certas estruturas essenciais do mundo clássico em seu conjunto” (FOUCAULT, [1961] 2009, p. 53). Como observado por Machado (2006):

O ato de internar não é algo negativo, no sentido de unicamente separar, isolar, excluir. É muito mais do que isso: ele é positivo, não no sentido, é evidente, de um juízo de valor, mas no de criador de realidade e de saber. Institui um outro da sociedade, um estrangeiro aos olhos da razão e da moral, ao mesmo tempo que organiza um domínio novo de experiência que tem unidade e coerência, “uma coerência que não é nem a de um direito, nem a de uma ciência, mas a coerência mais secreta de uma *percepção*” (MACHADO, 2006, p. 39).

A grande internação (como ficou conhecida a prática de internar os “indesejáveis” em hospitais gerais) é a segunda forma histórica de exclusão do louco e tem como suporte o segundo sistema de restrição destacado por Foucault ([1970] 2014): a oposição entre loucura e razão, que age identificando os signos de insanidade na palavra para, a partir daí, separá-la e rejeitá-la. Koda (2002) assinala que:

A exclusão vai constituindo personagens, transformando rostos comuns à paisagem social em figuras bizarras, desfazendo familiaridades e suscitando o estrangeiro ali onde ninguém o pressentia. Estes rostos são a partir de então lançados para fora do horizonte humano. Refazer a história desse processo de banimento é fazer a arqueologia de uma alienação. Compreender como esse gesto é constituído é perscrutar qual a experiência de si tinha o homem da era clássica para deixar de reconhecer alguns personagens antes familiares. O modo como esse campo de exclusão é formado, como ele se materializa no espaço do internamento, mostra o modo como se constitui a experiência da loucura como depositaria da verdade alienada do homem moderno (KODA, 2002, p. 16).

O enclausuramento e os desterramentos exemplificam respostas sociais motivadas pelo desejo de manter a ordem pública ameaçada pela loucura e livrar a sociedade do desconforto e perigo que a diferença do louco representava. São duas formas de exclusão, dois sistemas arranjados de signos em que impera uma razão classificatória a alicerçar as práticas e a produzir percepções sobre aquele a quem se considera louco.

O século XVIII marca o momento em que esforços são mobilizados para tornar o hospital uma instituição médica, passando de “morredouro” a local de exercício de uma terapêutica. Essa passagem lança luz sobre a relação entre concepções e práticas, entre discurso e produção de realidade, e decorre do desdobramento de algumas experiências da Renascença, dentre as quais destacamos o embate entre contagionistas e anticontagionistas.

De acordo com Czeresnia (1997), Batistella (2007) e Czeresnia et al. (2013), os contagionistas eram aqueles que aderiam à teoria do contágio, acreditando haver um elemento causal para cada doença. Data do século XVI o surgimento da teoria do contágio, com os estudos do médico Girolamo Fracastoro sobre o contágio da sífilis no ato sexual. Ele propõe que uma semente chega ao organismo, por contato direto com agentes intermediários ou pelo ar, e nele florescerá, produzindo todos os sintomas da doença. A teoria instituída por Fracastoro, mesmo sendo muito próxima do que concebemos por doença contagiosa hoje, foi rejeitada inicialmente pelo corpo social. Apenas três séculos depois, com o desenvolvimento da microbiologia, organismos vivos patogênicos foram identificados e pôde-se provar a existência do elemento comunicável adoeecedor que Fracastoro vislumbrou.

Os anticontagionistas explicavam o adoecimento com base na teoria dos humores de Hipócrates (460-377 a.C.), segundo a qual o corpo humano seria composto de quatro humores (água, ar, terra e fogo). O indivíduo é saudável quando os humores são harmônicos. O estado de doença seria o desequilíbrio entre tais elementos. Esse é o primeiro momento em que se pensa a relação entre o meio ambiente e o adoecimento.

Galeno (130-210 d.C.) revitalizou e deu continuidade à teoria hipocrática dos humores, estabelecendo novos elementos: o sangue, a fleuma, a bile amarela e a bile negra (CZERESNIA, 1997). A teoria hipocrática proporcionou a superação do entendimento mágico-religioso e ofereceu a primeira explicação racional para o processo saúde-doença, que passa a ser visto, a partir de então, em sua ligação com determinantes naturais. Deriva daí a teoria miasmática⁶, que explicava o adoecimento como decorrência do contato da pessoa com o ar corrompido por águas estagnadas e material orgânico em decomposição (BATISTELLA, 2007).

Podemos dizer que a orientação das ações operativas no hospital do século XVIII é, em grande parte fundamentada na teoria miasmática, que desde o século XVI ganhou nova versão pretensamente científica – constituindo a teoria da constituição epidêmica – e manteve sua validade até o século XIX. Logo, “a relação com o ambiente é um traço característico da compreensão hipocrática de fenômeno saúde-doença” (BATISTELLA, 2007, p. 32). No momento do nascimento do hospital médico, o que se entende por miasma está mais longe da concepção original medieval e mais próximo do estabelecimento de associações entre as condições de saúde e o meio, a estrutura do ambiente circundante.

A revalorização do saber técnico e a identificação da ciência como verdade, acontecimentos também localizados no período renascentista, geraram maior acesso à leitura individual e grande produção de conhecimento e pesquisas. Essas condições favoreceram o surgimento das primeiras universidades, das disciplinas de Anatomia, Patologia e Fisiologia e propiciaram o desenvolvimento de estudos nessas áreas que objetivavam localizar a origem das doenças, descrevê-las com apoio da observação clínica e realizar a intervenção adequada para promover a cura.

⁶ A história da idade média é marcada por grandes epidemias (peste bubônica, varíola, lepra e difteria) que devastaram feudos e aldeias inteiras. O período em que a sociedade feudal começa a desaparecer e surge a burguesia é marcado por grande crescimento das cidades, falta de coleta de lixo, ausência de saneamento e poluição das águas. O mau cheiro característico dos espaços coletivos foi associado ao adoecimento, dando origem à teoria dos miasmas, que entendia ser o ar corrompido o causador da doença - por influência astrológica e divina. Esta explicação era aceita pela racionalidade religiosa, diferente da teoria do contágio que permaneceu rejeitada por longo tempo devido à resistência clériga. Czerenia (1997) pontua que, no século XIX, as teorias do contágio e a miasmática tiveram suas diferenças dissolvidas no processo de desenvolvimento tecnológico e alinhamento à racionalidade científica.

No período pós-renascimento, a Revolução Industrial impulsionou uma explosão demográfica nas cidades. O mercantilismo fomentou a indústria e a produção, atraindo as pessoas para os centros de produção. As condições de vida e de trabalho se tornaram cada vez mais precárias (longas jornadas de trabalho, com assimilação da mão de obra de crianças, idosos e gestantes), provocando o adoecimento das pessoas e, com isso, a diminuição do poder de produção fabril. Desse modo, surgiu a preocupação com a saúde nas fábricas e os censos para registro da população (dos nascimentos e das mortes).

A causa da doença foi identificada com as condições de vida e trabalho e, por isso, começou-se a objetivar a saúde das pessoas focando a melhoria das condições de vida. Contudo, a preocupação com a saúde das pessoas nasce do temor relativo aos efeitos da doença sobre as atividades político-econômicas dos países: é preciso vigiar e intervir sobre a população – especificamente a parcela pobre – para que ela permaneça numerosa, saudável, disciplinada e produtiva. É assim que “o corpo, tomado como meio de produção pelo capitalismo emergente, será objeto de políticas, práticas e normas” (BATISTTELLA, 2007, p. 40). Nesse sentido, Foucault ([1979] 2014) entende o corpo e a medicina, respectivamente, como realidade e estratégia biopolítica.

Nas experiências mencionadas, transparecem alguns elos do discurso médico e um encadeamento orientado a oportunizar a acolhida e implementação do projeto sanitário urbano e hospitalar. Com grande capacidade de agência, por meio da validação/associação político-científica, a medicina desenha e efetua medidas de esquadramento e medicalização do espaço social e se põe a trabalho para transformar o hospital.

Na Europa setecentista, muitos pesquisadores foram enviados em viagens-inquérito destinadas à visita e observação dos hospitais para obter informações que auxiliassem na confecção de um programa de transformação destas instituições em lugar de assistência e cura. O pensamento era o de que “somente um inquérito empírico sobre esse novo objeto ou esse objeto interrogado e isolado de maneira nova – o hospital – será capaz de dar ideia de um novo programa de construção dos hospitais” (FOUCAULT, [1979] 2014, p. 172).

Das inúmeras viagens-inquérito, as realizadas pelo inglês John Howard e pelo francês Jacques-René Tenon tiveram destaque, pois as constatações e análises que fizeram sobre os hospitais Europeus e as práticas neles desenvolvidas eram qualitativamente aprofundadas e funcionais – diferente das demais, de caráter superficial e meramente descritivo. A partir daí, o hospital é estudado, seu ambiente e seu funcionamento são observados, descritos e analisados; também as relações entre os fenômenos patológicos e espaciais são

minuciosamente pesquisados. Como resultado, as investigações evidenciam a precariedade dos hospitais e uma relação entre seu espaço e a mortalidade dos pacientes.

A medicina, até então, era marcada por forte individualismo. A formação médica era deficitária e não incluía experiência hospitalar; a transmissão de receitas aprendidas era o que garantia a qualificação e o médico só intervinha na doença em caso de crise: “[...] devia observar o doente e a doença, desde seus primeiros sinais, para descobrir o momento em que a crise apareceria” (FOUCAULT, [1979] 2014, p. 176), só a partir daí ele poderia atuar.

Como resposta à pergunta “Como o hospital foi medicalizado?”, Foucault ([1979] 2014) assinala dois fatores direcionadores decisivos: 1) a purificação do hospital de seus efeitos negativos e suas desordens econômicas (diretriz que nasce de preocupações ligadas ao mercantilismo/mercado) e sociais (para afastar o risco de epidemias oriundas do hospital para a cidade); e 2) intervenção médica nos ambientes considerados provocadores de doenças, portadores de agentes patológicos (com atenção especial à circulação da água e do ar). Com base nessas preocupações, o hospital passa por reformas – a começar pelos hospitais militares – e se transfigura, gradativamente, em instituição médica.

Os dois fatores ressaltados demonstram que o hospital, local antes utilizado unicamente como depósito para os excluídos sociais, ganha reordenação e positividade devido à política disciplinar; é a disciplina que origina o hospital médico:

É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização. Tudo o que foi dito até agora pode explicar porque o hospital se disciplina. As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadramento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas se esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas (FOUCAULT, [1979] 2014, p. 176).

O hospital passa a ser visto como meio de gerir os homens e curá-los, acarretando toda uma remodelagem do seu espaço com vistas a torná-lo um instrumento terapêutico, bem como lugar de formação médica. Desse modo, sobressai a figura do médico como principal responsável pela organização hospitalar, diferente do que ocorria até então⁷. O hospital se constitui como palco do saber médico e estabelece o corpo, e suas partes, como objeto de interesse e investigação. Importa o corpo, mas não o sujeito do corpo.

⁷ Segundo Foucault ([1979] 2014), nesse período o hospital era administrado por ordens religiosas. A visita de apenas um médico (escolhido entre os piores profissionais) era requisitada, em geral, uma vez por dia para prestar assistência a centenas de doentes.

A medicalização do espaço hospitalar sinaliza uma dinâmica que demanda análise, pois a ela subjaz a composição de discursos e práticas que produzem mecanismos de saber-poder estigmatizantes e segregadores. Sem dúvidas, este é o caso do campo da saúde pública, nascido nesse contexto junto com a medicina moderna e o hospital médico: três instâncias que constituem um dispositivo, no seguinte sentido atribuído por Foucault ao termo:

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. [...] entendo dispositivo como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante (FOUCAULT, [1979] 2014, p. 364-365).

De acordo com a demarcação foucaultiana, os dispositivos se constituem estrategicamente para finalidades específicas. Em se tratando da articulação trina (medicina, hospital e saúde pública), conduzida especialmente pelos interesses do Estado a desenvolver práticas produtoras de disciplinamento dos corpos e exclusão social, o dispositivo formado tem uma pretensão nítida: aumentar o poder social das instâncias recém-criadas e intimamente associadas. Birman (2005) resume bem a questão na seguinte transcrição:

A saúde pública foi uma das responsáveis pela construção de uma nova estrutura urbana, pela produção de estratégias preventivas. Mas é inegável que seus diferentes discursos se fundam no naturalismo médico, que, invocando cientificidade, legitimou a crescente medicalização do espaço social. Combater as epidemias e as endemias, esquadrinhando o espaço urbano com dispositivos sanitários, constituiu-se como estratégia dominante da saúde pública. As razões do Estado, enfim, que tomou as condições de saúde de sua população como sua riqueza maior, constituíram-se como o grande suporte para a construção dos dispositivos da saúde pública (BIRMAN, 2005, p. 12).

As muitas mudanças da Idade Média ao início da Idade Moderna trouxeram à luz a ciência moderna e firmaram os alicerces do método científico. O que se segue gradativamente ao longo do tempo, é a busca de estruturação científica das ideias que os diferentes campos desejavam promover, realização de alianças ideológicas e ajustamentos com o discurso hegemônico para facilitar a aceitação das proposições de interesse. No findar do século XVIII, diante de condições de possibilidade, se põe a trabalho uma racionalidade que levará em seus desdobramentos à objetivação da loucura como doença mental, constituindo a terceira e durável forma de exclusão social do louco.

2.1.3 A objetivação da loucura

Se até o século XVIII o tratamento dado à loucura não era diferenciado daquele dispensado aos demais marginalizados, na virada deste século começam a ocorrer grandes mudanças. Amarante (2009), diz que “[...] a desrazão, gradativamente, vai perdendo espaço e a alienação ocupa, agora, o lugar como critério de distinção do louco ante a ordem social” (AMARANTE, 2009, p. 24). Este é o momento de nascimento da clínica psiquiátrica que, ao subordinar o campo da loucura à medicina, transforma-o no campo da doença mental (RINALDI, 1998).

O médico francês Phillipe Pinel (1745-1826) pode ser considerado o fundador da Psiquiatria, pois promoveu transformações significativas que justificam a atribuição desse papel a ele: redefiniu a loucura como doença especial e propôs asilos exclusivos, onde os loucos deveriam ser isolados e assistidos terapêuticamente. Amarante (2008) ressalta que, para além de ser um dos precursores da clínica médica, sendo figura importante na medicalização do espaço hospitalar, Pinel é também fundador da ciência Psiquiátrica:

O médico, filósofo, matemático e enciclopedista Philippe Pinel tem importante papel nessa transformação. Papel este que, ao contrário do que muitos já sabem, não é restrito ao campo da psiquiatria. Como um dos fundadores da clínica médica, ele assume, em 1793, a direção do Bicêtre, onde opera os primeiros momentos dessa modificação. Manda desacorrentar os alienados e inscreve suas alienações na nosografia médica. Esquadrinha o Hospital Geral e nele reserva um primeiro espaço rigorosamente médico para os alienados (AMARANTE, 2008, p. 39).

Ao analisar a obra bicentenária traduzida para o português há apenas uma década, o Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania ([1800] 2007), vemos que seu autor tem como objeto o estudo da alienação mental – nome que atribui à experiência da loucura – e emprega a metodologia de análise que batizou como Tratamento Moral. No livro, Pinel revela seu propósito de combater a loucura por meio dos seguintes esforços: realização de reformas no ambiente hospitalar que, segundo acreditava, eram necessárias para torná-lo terapêutico; estudo dos doentes minuciosamente para catalogar e descrever as manifestações da loucura (entendida como doença); e produção de um saber-intervenção sistematizado e eficiente para remir os sintomas manifestos e, assim, curar a loucura.

Em apresentação ao livro, Ana Maria Galdini Raimundo Oda e Paulo Dalgalarrodo, consideram que Pinel sobressai em meio aos médicos reformadores das instituições hospitalares por dois motivos: por seu engajamento na transformação dos hospitais e,

sobretudo, pela inovação metodológica em observar, descrever e tentar explicar os fenômenos psicopatológicos (PINEL, [1800] 2007).

O método teórico-prático de tratamento concebido por Pinel – o Tratamento Moral – fundamentava-se no entendimento de que “[...] a função do hospício de alienados seria oferecer um tratamento que reconduzisse à razão pela disciplina e pela repressão em justa medida [...]” (PINEL, [1800] 2007, p. 27). Sua empreitada começa em Bicêtre, primeira instituição hospitalar a ser reformada e a ter uma ala exclusiva para o tratamento moral da loucura entre os anos de 1793-1795; em seguida é a vez do Hospital da Salpêtrière, entre os anos de 1795-1826. Desse modo, surge, sob o disfarce de instituição médica, um novo espaço de exclusão para a loucura, mantenedor da lógica repressora, segregadora e classificatória comum até então: o asilo. Machado (2006) observa que a medicina mental intenta promover a desalienação instaurando uma ordem moral, apresentando-se como uma práxis ao mesmo tempo terapêutica e moralmente educativa. Na análise desse acontecimento, é fundamental considerar “[...] que saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, e, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder” (MACHADO, 2006, p. 126).

As proposições de Pinel são consonantes com o contexto histórico em que vive e podem ser observadas segundo o entendimento da noção de vontade de verdade – terceiro sistema histórico de restrição definido por Foucault ([1970] 2014) que, segundo esclarece, opera a separação entre verdadeiro e falso. Isso pode ser pensado se direcionarmos a análise para a clarificação do tipo de divisão que orienta a vontade de saber produtora do discurso da alienação. Ou seja, é necessário pensar que perfil de sujeito pode dizer certas coisas sobre determinados tipos de objetos em dado momento. Nessa ótica, vemos que um tipo de sujeito do saber é suposto e autorizado a produzir um discurso de verdade que será aceito socialmente. Este discurso de verdade não precisa ser necessariamente verdadeiro, mas é aceitável e recebido como verdade porque atende a certas exigências, é direcionado a um objeto específico e é aberto a novas formulações, a acréscimos que lhe dão sustentação e condições de reprodução. Foucault dá o seguinte exemplo:

Muitas vezes se perguntou como os botânicos ou os biólogos do século XIX puderam não ver que o que Mendel dizia era verdade. Acontece que Mendel falava de objetos, empregava métodos, situava-se num horizonte teórico estranhos à biologia de sua época. [...] Mendel dizia a verdade, mas não estava no “verdadeiro” do discurso biológico de sua época (FOUCAULT, [1970] 2014, p. 32-33).

As proposições de Mendel sobre o traço hereditário foram rechaçadas, mesmo corretas, porque não estavam em conformidade com o pensamento do seu campo disciplinar naquele momento. Complementando, [...] uma proposição deve preencher exigências complexas e pesadas para poder pertencer ao conjunto de uma disciplina; antes de poder ser declarada verdadeira ou falsa, deve encontrar-se, como diria M. Canguilhem “no verdadeiro” (FOUCAULT, [1970] 2014, p. 32).

Tais reflexões são interessantes para pensarmos sobre uma situação oposta; é o caso das proposições Pinelianas e sua aceitação como discurso de verdade. A observação de Amarante (2008) é elucidativa nesse sentido. Segundo aponta, Pinel participa de um grupo chamado Os Ideólogos que “[...] busca uma base verdadeiramente científica para o conhecimento dos fenômenos da realidade, tomando como referência principal o modelo da História Natural” (AMARANTE, 2008, p. 39). E ainda,

Para a História Natural, conhecer é classificar, separar e agrupar os diferentes fenômenos em ordens aproximativas. Dessa forma, se a loucura é considerada um rompimento com a racionalidade, rompimento este que se expressa por meio de determinados sinais, precisos e constantes, pode ser então classificada e agrupada, de acordo com suas aproximações e distanciamentos, em classes gêneros e espécies, enfim, numa nosografia (AMARANTE, 2008, p. 40).

Machado (2006) observa que a concepção da loucura como doença segue a racionalidade da medicina classificatória, cujo modelo é a história natural. Nesse modelo, a doença é vista como uma natureza, uma espécie natural constituída de sintomas, que são a sua verdade, e devem ser descritos e ordenados para que assim se possa fazer distinção entre os tipos de doença. Desse modo, o discurso da alienação é revestido de cientificidade, segundo a disciplina médica, que se encontrava “no verdadeiro” da ciência moderna – expressão de uma vontade de saber que:

Antecipando-se a seus conteúdos atuais desenhava planos e objetos possíveis, observáveis, mensuráveis, classificáveis; uma vontade de saber que impunha ao sujeito cognoscente (e de certa forma antes de qualquer experiência) certa posição, certo olhar e certa função (ver ao invés de ler, verificar ao invés de comentar); uma vontade de saber que prescrevia (e de um modo mais geral do que qualquer instrumento determinado) o nível técnico do qual deveriam investir-se os conhecimentos para serem verificáveis e úteis (FOUCAULT [1970] 2014, p. 16).

Conforme Santos (2010), a ciência moderna é “[...] um conhecimento causal que aspira à formulação de leis, à luz de regularidades observadas, com vistas a prever o comportamento futuro dos fenômenos” (SANTOS, 2010, p.16). O paradigma da ciência

moderna, que se constitui no século XVI com a revolução científica e a partir daí progride em seu processo de afirmação, estabelece um conjunto de critérios necessários às disciplinas para que sejam reconhecidas como campo de conhecimento verdadeiramente científico: delimitação do objeto de estudo; uso de linguagem precisa e rigorosa; uso de método e técnica para pesquisar o objeto baseados na observação; estruturação de processo cumulativo de conhecimento (passível de verificação de validade); e busca de objetividade. O método científico busca reduzir a complexidade dos objetos estudados, pois se ancora no entendimento de que “Conhecer significa dividir e classificar para depois poder determinar relações sistemáticas entre o que se separou” (SANTOS, 2010, p. 15).

O campo do saber médico, em especial ao longo da era renascentista, apresentou dedicação rigorosa no sentido de alcançar o alinhamento com os padrões da ciência moderna. O fator motivador para esse engajamento era a necessidade de ter reconhecida a sua competência para superar os graves problemas de saúde enfrentados pelas civilizações do período em questão e alcançar fortalecimento enquanto campo de conhecimento. Conforme abordado anteriormente, a história relata que as formas de explicar e tratar as doenças, desde a pré-história até o século XVIII, eram incapazes de resolver os problemas de saúde. Predominavam pensamentos mágico-religiosos, míticos ou intuitivos, para esclarecer a infinidade de sofrimentos que acometiam o homem – lugar posteriormente ocupado pelas teorias científicas.

O século XVIII foi solo de grandes transformações sociais: invenções tecnológicas, descobertas biológicas, Revolução Industrial, mercantilismo fortificado, supercrescimento das cidades, precarização das condições de trabalho e de vida, enfrentamento de muitas doenças e epidemias devastadoras. Naquele momento, uma preocupação ganhou foco e se tornou imperativa: melhorar a formação médica e tornar a medicina científica. Estas são as circunstâncias que dão condição de emergência para a clínica, para o hospital médico e a psiquiatria como primeira especialidade médica. A recém-nascida disciplina especial adota o modelo de racionalidade biomédico claramente expresso no tratado pineliano, obra inaugural do campo. Inclusive, em consonância com o ideário da época,

Pinel adota o princípio hipocrático segundo o qual as manifestações da doença nada mais seriam do que resultados de saudáveis reações do corpo a agentes perturbadores de seu equilíbrio. Assim, a crise seria uma etapa necessária, cabendo ao bom médico intervir o mínimo possível nesse processo que terminaria na cura do doente, se a natureza seguisse seu curso (PINEL, [1800] 2007, p. 29).

Podemos dizer que a objetivação da loucura como doença mental foi viabilizada por esse sistema de restrição apoiado em práticas institucionais: a vontade de verdade. Tal sistema efetua a divisão historicamente construída entre verdadeiro e falso, em que o discurso válido e respeitado é aquele ao qual se atribui o valor de verdade. Assim, a aceitação do discurso alienista ocorreu porque ele se posicionava como verdadeiro, de acordo com a vontade de verdade da época. Outro viés a ser considerado como criador de receptividade para a produção discursiva sobre a alienação é a sua boa adequação à abordagem de problemas locais diversos (morais, jurídicos e econômicos).

A oposição verdadeiro/falso formatou nossa vontade de saber, que tomou formas diversas no espaço-tempo, a ponto de fazer com que as transformações da ciência possam ser entendidas como desdobramento de descobertas (como se supõe em primeira instância) ou como surgimento de novos tipos de vontade de verdade ligadas ao valor-poder dos discursos produzidos (como vemos no estudo crítico dos acontecimentos históricos). Ao se apresentar como discurso verdadeiro, a vontade de verdade aparece como se tivesse sua história dissociada da história das verdades que restringem. Mas, de fato, ela pressiona e exerce poder sobre os demais discursos, na medida em que valoriza este ou aquele como verdadeiro e rechaça outro como falso.

Pinel abriu o caminho e, após ele, outros psiquiatras – como Esquirol, Emil Kraepelin, Eugen Bleuler e Karl Jaspers – deram continuidade ao processo de construção e desenvolvimento do saber psiquiátrico, que desponta e se efetiva pelo monopólio do dizer-fazer sobre o sujeito, seu sofrimento mental e seu tratamento.

No contexto brasileiro alienista do século XIX a forma de entendimento-intervenção sobre a loucura ainda remetia à prática de internamento que vigorou na Europa entre os séculos XVII e XVIII. As constatações feitas por Howard e Tenon sobre a funcionalidade dos hospitais Europeus e as práticas neles desenvolvidas não diferiam muito das denunciadas no décimo quinto Semanário de Saúde Pública, em 1831, em referência à Santa Casa, no Rio de Janeiro. No artigo intitulado O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria (2004) Ana Maria Galdini Raimundo Oda e Paulo Dalgalarro afirmam o seguinte:

Já em 1831, o tratamento dado aos loucos era destacado objeto de crítica num relatório da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ). Ali, o Dr. José Martins da Cruz Jobim (1802-1878) e mais dois signatários, membros da Comissão “encarregada de dar seu parecer sobre a marcha que devemos seguir para o melhoramento da Higiene Pública”, apresentavam à SMRJ sua avaliação sobre o maior hospital existente na cidade, o da Santa Casa. Este era

considerado insalubre, de construção inadequada e de tamanho insuficiente para a grande demanda de necessitados da capital imperial, que contava então com cerca de 200 mil habitantes. E, se na visão da Comissão, os doentes em geral estavam mal servidos, parecia-lhe que o tratamento reservado aos pobres alienados era “o cúmulo da barbaridade” (ODA E DELGALARRONDO, 2004, p. 2).

Nota-se que os hospitais brasileiros, similarmente ao hospital geral europeu, eram simples depósitos onde a intervenção sobre a doença e a assistência aos necessitados de cuidado não eram comuns.

Cunha (1990), em seu estudo sobre a doença mental no período republicano, acompanha a transformação na forma de ver o louco, que passa de símbolo de alegria e diversão (cuja presença no convívio social é assentida), a elemento perigoso e ameaçador que deveria ser conduzido à reclusão – mudança coincidente com o advento da República. Para ilustrar como muitas pessoas, mesmo marcadas pela doença mental, conviviam normalmente em sociedade, inclusive participando de atividades sociais, a historiadora recorre à obra *Festas e tradições populares do Brasil* (1895). Trata-se de um extenso trabalho escrito por Alexandre José de Melo Morais Filho, no qual o cronista empreende uma pesquisa minuciosa sobre as manifestações populares brasileiras. O livro, considerado um clássico da cultura popular, é dividido em quatro partes dedicadas respectivamente aos seguintes temas: festas populares, festas religiosas, tradições e os "tipos de rua". Os tipos de rua eram:

[...] figuras públicas e populares que carregavam a mesma marca da “vesânia” e viviam livres, soltas nas ruas, incorporadas à paisagem urbana, aos costumes populares e ao cotidiano da cidade no século XIX: loucos de todos os matizes sociais que compunham uma rica galeria de “tipos de rua”, como os chama o próprio cronista, e não de internos de hospício (CUNHA, 1990, p. 9).

Cunha (1990) destaca o fato de que essas figuras descritas, os loucos conhecidos e familiares, tiveram sua existência social ressignificada a partir da instauração do regime republicano. Se antes os “tipos de rua” despertavam na população sentimentos como cuidado, estima, respeito, piedade, alegria, apreciação, reconhecimento, caridade, bem-querer (para citar alguns dentre os que podemos perceber nas narrativas de Melo Morais Filho), a partir do fim do Segundo Império a figura do louco passou a inspirar apenas medo e ameaça. A esse respeito, assinala seu entendimento:

[...] constatar que, “loucos” ou não, estes personagens foram aceitos com tolerância, protegidos espontaneamente pela população das cidades, objetos, às vezes de forte apreço popular, motivos de riso frequentemente, mas não necessariamente de medo e inquietação, como hoje – questão que remete imediatamente a significados no

plano da cultura. De personagens pitorescos e aceitos em sua diferença, constrói-se a figura ameaçadora do doente mental. Não há nada de fortuito na convergência de tempos que faz com que esta passagem coincida com o advento da República (CUNHA, 1990, p. 15).

Eis que, quando interrogado, se apresenta um dos motivos para a mudança: o livre trânsito da loucura pelas paisagens urbanas brasileiras não combinava com os padrões higienistas e propósitos de modernização, ordem e progresso, focos do momento. O estudo de Batista (2003), acerca dos discursos sobre insegurança no Rio de Janeiro do Século XIX, corrobora tal afirmativa. A autora percorreu a história cultural do medo e demonstrou como esse sentimento foi manipulado em prol da gestão das diferenças sociais. Transfigurado em lei, afeto, políticas econômicas ou sanitárias, o “medo do outro” foi sistematicamente disseminado no período pós-independência contra grupos sociais específicos para que a finalidade do grupo disseminador fosse atingida. E qual não era a finalidade, senão a implantação de medidas de controle social?

Batista (2003) investiga a trajetória da criminalização racial e de classe numa perspectiva que une história e subjetividade, mas não deixa de registrar que o louco também protagoniza o espetáculo do medo. Conforme assevera, o “medo do outro” (do negro, do pobre, do louco) é fabricado ardilosamente pelos discursos higienistas e raciais que operam afirmando a periculosidade e o efeito perturbador da alteridade para exacerbar o sentimento de medo em relação a ela. A estratégia busca avaliar práticas que medicalizam, disciplinam e excluem o outro da diferença, em geral acompanhadas de autoritarismo, violência física e simbólica.

É sabido que os primeiros locais⁸ que se ocupavam dos loucos até meado do século XIX nasceram como recurso de controle social nas cidades em desenvolvimento. Não existindo, até aquele momento, um local para tratamento exclusivo da loucura⁹, o espaço reservado ao louco era a cadeia – junto com baderneiros, delinquentes, vagabundos – ou divisões existentes dentro dos hospitais, que em nada diferiam das prisões e que não garantiam a realização de tratamento médico. Como aponta Oda (2005), principalmente nas

⁸ Para mais informações a respeito da preocupação relativa à ordem pública no Brasil ver ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set-dez. 2005. O artigo apresenta os resultados de uma pesquisa sobre a institucionalização dos alienados nos Estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Maranhão, Pernambuco e Pará que evidencia o quanto a preocupação social se dava no sentido de pressionar para a internação dos loucos em favor da ordem pública.

⁹ A primeira instituição exclusiva para o tratamento da loucura, o Hospício Pedro II, foi inaugurado somente em 1852.

capitais havia grande pressão social sobre o poder público para retirada de circulação dos “desocupados ou desordeiros”.

Justamente nesse momento, após o advento da República, em que há uma preocupação por parte da medicina em afirmar sua cientificidade no âmbito da especialidade mental – façanha empreendida pioneiramente e com êxito na Europa –, a corporação médica vislumbra grande oportunidade de reconhecimento e fortalecimento do setor e se engaja na resolução do problema da loucura circulante com oferta de tratamento. Vemos o Brasil repetir, quase um século depois, as mesmas estratégias utilizadas no contexto europeu. Mais uma vez, trata-se de se beneficiar de condições favoráveis (culturais, econômicas e políticas) para facilitar a recepção das ideias, sendo esse marco contextual o delimitador do dizível e do pensável.

Retomemos o nosso questionamento inicial: que lugar para o louco? Essa pergunta vinha sendo historicamente formulada e respondida com a finalidade de impor padrões morais ou religiosos, justificar medidas de controle social e/ou promover benefícios econômicos para alguns grupos. O nascimento do asilo e transformação da loucura em doença mental demarca o momento em que a resposta se dá, adicionalmente, no sentido de colaborar com a legitimação do saber médico-psiquiátrico.

2.2 PSIQUIATRIA E LOUCURA: NOTAS SOBRE IDENTIDADE E DIFERENÇA

O exame da trama histórica revela que a identidade da ciência psiquiátrica foi construída à medida que a diferença da loucura foi redefinida. Woodward (2000) fala sobre os sistemas sociais que definem identidades pela atribuição de signos de diferença e analisa a ligação entre os mecanismos de produção de significações e de representação. A autora destaca algumas características da identidade, dentre as quais escolhemos duas para associar a relação entre psiquiatria e a loucura.

A primeira característica se refere ao caráter relacional da identidade, ou seja, ela depende de outra identidade para existir. A construção da díade identidade-diferença comumente implica numa relação de dependência entre os polos, em que um lado precisa do outro para se sustentar. Nesse caso, se fixa a determinação do “nós e eles”, promotora de um encontro entre passado e presente – visto que as identidades são forjadas em pontos específicos no tempo, ao qual permanecem lincadas.

A segunda característica, que não se dissocia da primeira, concerne ao fato de que a diferenciação entre identidades se dá por meio de marcação simbólica. Conforme assinala, “A marcação simbólica é o meio pelo qual damos sentido para as práticas e as relações sociais,

definindo, por exemplo, quem é excluído e quem é incluído” (WOODWARD, 2000, p. 14). Em relação à construção da identidade do louco, podemos perceber como ao longo das épocas e em que condições algumas marcas identificatórias foram atribuídas a ele e como serviram a diferentes desígnios. Com as elaborações Pinelianas, é possível observar que rótulos antigos são apropriados para fortalecer a identidade do louco como doente mental.

Na análise da história de construção do saber da psiquiatria, fica claro que ela afirma sua identidade pela elaboração de um modo de operar que enquadra uma forma subjetiva (singular, complexa e heterogênea, que é a experiência humana de sofrimento mental) em uma categoria simplificada e objetiva – que representa a identidade da alienação mental –, encontrando nesse ato um modo se afirmar e sustentar enquanto ciência. Há um empenho explícito para deixar claro e bem delimitado quem é o “nós” da psiquiatria e o “eles” da loucura. Nesse processo, o psiquiatra depende do doente mental para legitimar sua existência.

O aparato técnico-científico do poder psiquiátrico se constitui por meio de um discurso categorizador e normatizador, que se retrata como autoridade para dizer quem é normal e quem é anormal – ou não semelhante. Foucault ([1970] 2014) menciona que o discurso tem relação estreita com o desejo e o poder; afirma que o discurso não apenas revela as lutas ou modos de dominar, mas é o próprio objeto pelo qual a luta é travada, o próprio poder a ser adquirido. Amarante e Freitas (2011) pontuam que:

A história da loucura é a história entre a “negatividade absoluta” posta pela loucura e o “abuso” da razão. Mas de que razão? Aquela razão que condena ao silêncio a loucura, aquela razão que sequestra a palavra da alteridade. A luta histórica da psiquiatria é a de confirmar a validade científica de sua pretensão a assimilar, ao campo da competência da medicina mental, um conjunto diversificado de comportamentos considerados antissociais e/ou indesejados, pelo “registro da enfermidade” (AMARANTE E FREITAS, 2015b, p.330).

A história do surgimento da medicina mental especializada é exemplar nessa questão; as disputas que empreendeu pelos motivos que as justificaram testemunham essa assertiva. Vitória na luta pelo poder de transmitir o discurso sobre a loucura. A partir desse marco, as relações que se constroem com o outro da alteridade radical passam a ser mediadas pelos símbolos da negatividade eleitos como indicadores da doença: os sintomas – signos que distinguem o sujeito como doente mental. Isso corrobora a afirmação de Woodward (2000) sobre o caráter simbólico e social da construção da identidade.

A investigação da forma de representar a loucura no espaço-tempo torna claro que se trata de uma construção social. Aliás, genericamente, a ordem social é unicamente uma

produção humana – como sustentam Berger e Luckmann (2004). Nesse sentido, Porter (1991) pontua que a rotulação da loucura é primeiramente um ato social.

O saber-poder psiquiátrico produziu novo sentido para a loucura e formatou a identidade social do louco por meio do processo de classificação, que pode ser definido como “[...] um verdadeiro processo de ordenação ideológica, em que se opacificam partes do real e se iluminam outras que sejam adequadas ao campo de interesses dos indivíduos” (PERRUSI, 1995, p. 68). Amarante (2008) resume a questão:

A construção que a psiquiatria elabora sobre o louco se reproduz pela sociedade e tende a ser assimilada como verdade inquestionável pelas famílias, pelas escolas, pelas artes, pelas culturas, pelas ruas. A conduta das pessoas para com o louco passa a ser aquela mesma que a psiquiatria produz e adota (AMARANTE, 2008, p. 82).

Isso nos remete a afirmação de Serge Moscovici, ao asseverar que “se existe em uma sociedade uma classificação dos indivíduos, podemos estar certos de que ela se objetiva no tempo, acaba fazendo parte desses indivíduos e a sua realidade coincidirá com a aparência” (JODELET, 2015, p.13). As lógicas que agem nas significações de identidades e diferenças têm suporte nas práticas discursivas e se manifestam na forma de representá-las.

Essa perspectiva realça o conceito de representação social, especialmente no que tange a uma das quatro funções definidas pelo psicólogo social Jean-Claude Abric (1998): a representação social é organizadora de condutas e das comunicações sociais; ela diz dos processos intersubjetivos, da dinâmica relacional em sociedade. Como bem sintetiza Denise Jodelet (2001), as representações sociais são tipos de conhecimentos elaborados socialmente, orientados para a prática e que colaboram para criar uma realidade comum. Ela ainda esclarece:

Eis por que as representações são sociais e tão importantes na vida cotidiana. Elas nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva (JODELET, 2001, p.17).

A representação social é uma forma de produzir sentidos, de dar explicação para a realidade por meio de sinais e linguagem, permitindo que ideias se materializem em conceitos. Donde se pode concluir que “a vida social é um permanente processo de negociação da realidade” (VELHO, 2008, p. 148).

Segundo Moscovici (1978), a função das representações sociais consiste em transformar aquilo que é estranho em algo familiar. No entanto, Wachelke (2005) observa que a representação social da loucura difere das outras representações em um ponto característico associado à loucura: “um forte estranhamento”. Ao invés de promover a familiarização do estranho, a representação social da loucura vem cumprindo a função de potencializar o atributo de estranheza.

Nos acontecimentos que recortamos para realçar as formas de exclusão da loucura, podemos notar que as representações simbólicas que conformam a imagem do sujeito considerado louco reforçam a associação entre as ideias de diferença e estranheza, gerando significados que alimentam o imaginário social com uma percepção do louco que se perpetua.

A dinâmica da relação histórica entre loucura e sociedade permite identificar uma clara e persistente motivação para respostas sociais maciçamente excludentes: aquela que diz respeito ao incômodo causado pelo confronto com a diferença do outro. Nesse entendimento, a estranheza pode figurar como um dos atributos mais estáveis e duradouros imputado ao louco, vista adicionalmente como anormal, subumana, turbulenta, irracional e ameaçadora no encadeamento da produção de sentido.

A diferença, de modo geral, não é percebida de forma positiva. Sobejam exemplos de atitudes de intolerância às diferenças, às formas não hegemônicas do viver, minorias destoantes do que se considerava “normal” política, religiosa ou socialmente. Ferreira (1999) reporta-se ao texto *O Ego e o Id* (1923) de Freud para assinalar que “A tendência Humana de refutar tudo aquilo que confronta seus esquemas representacionais produz o recalçamento da diferença ou do estranho, já que, para o eu, tudo que é estranho é não-eu, ou seja, ameaça e deve ser rechaçado” (FERREIRA, 1999, p. 21).

Freud (1919) tematiza o estranho – categoria de sentimento usada em geral para designar aquilo que assusta, provoca medo nas pessoas. Ele parte da análise do sentido usual da palavra estranho (entendida como aquilo que é contrário ao familiar), refuta-o e defende a hipótese de que, ao contrário, “o estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar” (FREUD, [1919] 2006, p. 238). A associação estranho-amedrontador aguça a curiosidade de Freud, que busca examinar as motivações para o estabelecimento desta ligação e a forma como o familiar é revertido em estranho e assustador. Assim, é rejeitada a corrente atribuição da origem do sentimento de estranheza à incerteza intelectual, em que se considera estranho aquele desconhecido que não sabemos abordar, e apresentado um pressuposto oposto a esse.

Ao exame dos sentidos correntes do termo estranho (do alemão *unheimlich*), em outras línguas, aparecem as seguintes significações: aquilo que é desconhecido, estranho, estrangeiro, inquietante, suspeito, sinistro, demoníaco. Ao retirar o prefixo, considerando então a palavra *heimlich*, verifica-se a ambivalência de sua significação, que pode se desenvolver em duas direções distintas: 1) significando aquilo que é mais óbvio, ou seja, o contrário de *unheimlich* – familiar, pertencente, doméstico, íntimo, amistoso, confortável, conhecido, repouso, agradável, segurança, tranquilizador, amável, etc.; ou 2) significando o sinônimo de *unheimlich* – desconhecido, oculto, suspeito, escondido, enganoso, malicioso, segredo, etc. A esse respeito, Freud observa:

Em geral, somos lembrados de que a palavra ‘*heimlich*’ não deixa de ser ambígua, mas pertence a dois conjuntos de ideias que, sem serem contraditórias, ainda assim são muito diferentes: por um lado significa o que é familiar e agradável e, por outro, o que está oculto e se mantém fora de vista. ‘*Unheimlich*’ é habitualmente usado, conforme aprendemos, apenas como contrário do primeiro significado de ‘*heimlich*’, e não do segundo (FREUD, [1919] 2006, p. 243).

Nesse sentido, o termo ‘*Unheimlich*’ pode ser entendido como uma subespécie de ‘*heimlich*’. Em outras palavras, aquilo que é familiar possui significações que podem remeter a duas dimensões opostas: uma da ordem do familiar e outra da ordem do não-familiar. Em reforço a consideração de contrários, é destacado o ponto de vista do filósofo alemão Friedrich Wilhelm Joseph Schelling, que entende por estranho “[...] tudo o que deveria ter permanecido secreto e oculto, mas veio à luz” (FREUD, [1919] 2006, p. 243). Nessa linha de raciocínio, Freud recorre a um conto literário de Hoffmann chamado “O homem da areia” para demonstrar que a origem do sentimento de estranheza e seu efeito provocador de medo não estão relacionados unicamente à incerteza intelectual sobre um determinado objeto, mas ao efeito do duplo, do retorno de um conteúdo anteriormente recalcado:

Em primeiro lugar, se a teoria psicanalítica está certa ao sustentar que todo afeto pertencente a um impulso emocional, qualquer que seja a sua espécie, transforma-se, se recalcado, em angústia, então, entre os exemplos de coisas assustadoras, deve haver uma categoria em que o elemento que amedronta pode mostrar-se ser algo recalcado que retorna. Essa categoria de coisas assustadoras construiria então o estranho; [...] Em segundo lugar, se é essa, na verdade, a natureza secreta do estranho, pode-se compreender por que o uso linguístico estendeu das *Heimlich* [‘*homely*’ (‘doméstico, familiar’)] para o seu oposto, das *Unheimlich*; pois esse estranho não é nada novo ou alheio, porém algo que é familiar e há muito estabelecido na mente, e que somente se alienou através do processo de recalque. Essa referência ao fator do recalque permite-nos, ademais, compreender a definição de Schelling do estranho como algo que deveria ter permanecido oculto mas veio a luz (FREUD, [1919] 2006, p. 258).

No que tange à loucura e à epilepsia, Freud afirma que a provocação afetiva é semelhante. Segundo ele, “o leigo vê nelas a ação de forças previamente insuspeitadas em seus semelhantes, mas ao mesmo tempo está vagamente consciente dessas forças em remotas regiões do seu próprio ser” (FREUD, [1919] 2006, p. 260). Ou seja, as pessoas têm a tênue consciência de que aquilo que percebem como estranho no outro pode estar agindo em si, e essa percepção provoca o impulso de rechaço ao obscuro estado subjetivo passível de vivência. Nesse sentido, é interessante observar um estudo sociopsicológico minucioso realizado por Jodelet (2015), cuja temática central é a inserção social da loucura. O resultado da análise da autora demonstra que, por medo da indiferenciação, a loucura é representada pelos membros da comunidade investigada como fenômeno alheio, distante de quem a representa, com reforço da característica de estranheza.

Sobre o estudo da palavra estranho, Maia (2014) pontua que “Freud desconstrói e reinventa tal palavra, desmembrando o irreduzível de um significado. Enfim, a literatura freudiana reestabelece o sentido corrente de uma palavra e a toma com uma concepção singular” (BRASIL, 2014, p. 93).

Identificamos, em geral, uma espécie de apaziguamento quando a estranheza simbolizada pela loucura é afastada e, junto com ela, a insegurança que provoca. Percebemos um campo de tensionamento que desvela a indisponibilidade para lidar com o que não se deixa enquadrar pelo estabelecido socialmente como normal ou saudável. Assim, a loucura como estranhamento perpassa tempos e culturas diversas, produz subjetividades, desassossegos, provoca novos fazeres e posicionamentos a seu respeito.

Ao longo do tempo, o louco foi simbolizado com base naquilo que, nele, falava de sua estranheza, ou seja, o identificava com o que é da ordem do estranho – palavra que tem origem no latim *extraneu*, e significa exterior, o que é de fora. Essa representação do louco é compatível com as formas históricas de exclusão impingidas a ele. Seja a prática dos desterros, da grande internação ou do asilamento psiquiátrico, todas estas desenham a imagem do louco como estrangeiro, como elemento não-pertencente e designam para ele o destino que condiz com essa forma de representá-lo. O termo que dá nome à loucura objetivada corrobora essa representação; Amarante (2008) esclarece que a palavra alienação diz de um estado em que o sujeito está fora de si, como se fosse um estrangeiro, estranho a si mesmo.

No exame histórico-cultural visualizamos a maneira como os grupos interessados no silenciamento da loucura souberam agregar as diferentes maneiras de percebê-la ao longo das épocas às estratégias discursivas, fortalecendo cada vez mais a associação loucura-estranheza. Foram constituídas alianças institucionais que objetivaram saberes em práticas, isso porque,

em sintonia com a forma de vontade de verdade vigente em cada época, soube-se captar e aproveitar a receptividade do contexto para transmitir valores e alcançar intentos pela linguagem, o que chama atenção para a potência do discurso na produção de realidades. É desse modo que a psiquiatria desponta como nova e especial disciplina médica, que transforma a loucura em doença mental (seu objeto de estudo) – a despeito da fragilidade teórico-científica e prática desta disciplina. Este entendimento é expresso de certo modo nas seguintes palavras:

Ora, interrogando-se a nova disciplina, descobriram-se duas coisas: o que a tornou possível na época em que apareceu, o que determinou essa grande mudança na economia dos conceitos, das análises e das demonstrações, foi todo um jogo de relações entre a hospitalização, a internação, as condições e os procedimentos da exclusão social, as regras da jurisprudência, as normas do trabalho industrial e da moral burguesa, em resumo, todo um conjunto que caracteriza, para essa prática discursiva, a formação de seus enunciados; mas essa prática não se manifesta somente em uma disciplina de status e pretensão científicas; encontramos-a igualmente empregada em textos jurídicos, em expressões literárias, em reflexões filosóficas, em decisões de ordem política, em propósitos cotidianos, em opiniões (FOUCAULT, [1969] 2008, p. 200).

O Quadro 1 apresenta uma visão geral dos discursos históricos sobre a loucura e sua lógica operacional. A partir da incitação feita por Foucault na epígrafe escolhida para a abertura do capítulo, elaboramos uma síntese das três formas de exclusão abordadas, seus modos de formação e ação, bem como suas finalidades. O objetivo é propiciar uma visualização da disposição estratégica das peças que engendraram a construção social da loucura patologizada.

Quadro 1 - Sumário topológico das formas de exclusão. Elaborado com base nos principais acontecimentos históricos que resultaram na segregação e silenciamento do sujeito considerado louco

FORMAS HISTÓRICAS DE EXCLUSÃO DA LOUCURA			
Acontecimento	Desterros	Internamento	Objetivação da loucura
Representação da lógica discursiva	$\in \times \notin$	$\exists \mid \times \nexists$	$\top \times \perp$
	Pertence / Não-pertence	Existe / Não existe	Verdadeiro / Falso
Marco temporal	Idade Média	Idade Moderna	Idade Contemporânea
Instrumento	Rituais	Hospital Geral	Asilo / saber psiquiátrico
Sistema de restrição	Interdição	Oposição entre razão e desrazão	Oposição entre verdadeiro e falso
Discurso	Inadequação Social	Desrazão	Doença Mental
Finalidade	<ul style="list-style-type: none"> - Religiosa/filantrópica - Moral - Controle social 	<ul style="list-style-type: none"> - Religiosa/filantrópica - Moral - Controle social - Mercado 	<ul style="list-style-type: none"> - Moral - Controle social - Mercado - Legitimação Psiquiatria

Fonte: A autora (2018).

3 OS PARADIGMAS NA PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

“Escrevo todas estas coisas em forma de perguntas, pois tanto quanto vejo, um pensamento não é hoje capaz de outro passo que não seja meditar insistentemente sobre aquilo que suscitam as interrogações levantadas”.

(HEIDEGGER, 1969, p. 38)

As especificidades do trabalho em saúde mental tornam indispensável constante reflexão crítica para superar os desafios e limites do complexo e multifacetado processo de produção de cuidado. Sublinhemos aqui um dos aspectos desafiadores e limitantes do campo: de fato, os ideais de receptividade à alteridade da loucura e a desnaturalização da sua percepção social como doença mental ainda estão distantes de serem atingidos. Percebemos que a maneira histórica de lidar com a loucura silenciando-a não está ausente; longe disso, se presentifica de diferentes formas e, especialmente, pelo problema da crescente medicalização do sofrimento psíquico – prática concreta e hegemônica. Esse reconhecimento põe em evidência a necessidade de repensar a práxis com vistas a alcançar melhoraria na qualidade do serviço prestado ao sujeito que vive uma existência-sofrimento, bem como acena a urgência em buscar possibilidades de superação daquilo que baliza a sua inclusão social.

Em face disso, pululam indagações das quais registramos estas: Por que, constantemente, a fala do sujeito não encontra um lugar na instituição de tratamento, local que existe para acolhê-lo e tratá-lo? Se as diretrizes para assistência psicossocial preconizam a escuta dos sujeitos em tratamento, por que é secundarizada a observância desse preceito? Por qual motivo, quando novas lógicas se insurgem e organizam novo “dizer-fazer” sobre a dor mental (de reconhecido potencial dialógico para orientar as relações no campo), a antiga lógica silenciadora permeia o interior deste e constrange o processo de mudança? Se a base da Reforma Psiquiátrica é a inclusão social da loucura, por que ainda é tão difícil romper com práticas silenciadoras e excludentes?

Sabemos que uma digressão que fizesse jus a responder todas essas perguntas que nos acoçam seria pretenciosa e extensa. Contudo, almejamos dar alguns passos nessa direção, menos oferecendo respostas do que provocando a reflexão sobre um ponto que julgamos capital e é suscitado pelas questões levantadas: a presença atritante de dois principais paradigmas no campo da Saúde mental (o paradigma da Psiquiatria tradicional e o da Reforma Psiquiátrica). As diretrizes para a assistência psicossocial preconizam a composição de equipes multidisciplinares com o objetivo de promover a troca entre saberes e oportunizar

mais opções terapêuticas. No entanto, dois principais discursos, regidos por lógicas diversas, coexistem e fundamentam modos distintos de compreensão do sujeito e do seu sofrimento e, conseqüentemente, modos diversos de cuidado. Passamos para a abordagem de alguns dos impasses que se desdobram dessa coexistência de paradigmas no campo assistencial.

3.1 O PARADIGMA PSIQUIÁTRICO

Tenório (2001, p. 17) ressalta “O que estudamos sob o nome de história da loucura é, na verdade, a história das respostas sociais à loucura. Em geral, essa resposta consiste em recusar, segregar e silenciar a diferença”. Conforme fica visível à luz da análise histórica, o momento em que a voz do sujeito finalmente se fez ouvir foi aquele em que houve a necessidade de organização e confirmação do saber médico sobre a loucura. Essa escuta inicial em nada tem relações com o desenvolver de uma prática clínica de acolhimento e valorização da fala dos sujeitos para auxílio no tratamento. É por servir ao propósito de objetivação da doença mental, por meio da definição e catalogação de sintomas, que se começa a ouvir aquele considerado louco. Trata-se da formatação de um modelo biologizante e silenciador, que abdica do acolhimento da fala e não a reconhece como elemento relevante no cuidado.

Tomando o ponto de vista de Capurro (2003), para quem o conceito de paradigma pode ser entendido como um modelo que possibilita conformar percepções por paridade, podemos dizer que o paradigma psiquiátrico padroniza a compreensão do psíquico por comparação com o biológico; ou, dito de outro modo: fornece um modelo teórico e prático que norteia as relações estabelecidas com a loucura segundo a racionalidade, princípios e valores da ciência biomédica. Ao caracterizar a clínica médica Perrusi (1995) declara que:

Ela parece ser, na verdade, um sistema interpretativo que relaciona, de forma causal, um ou vários sintomas a uma ou mais lesões ou disfunções, mas sempre a posteriori, isto é, os mecanismos causais já foram descobertos e inseridos no conhecimento clínico, via “ciência médica” (PERRUSI, 1995, p. 112).

O trabalho clínico tencionado pelo paradigma psiquiátrico, em sua qualidade de trabalho médico, consiste na aplicação do conhecimento previamente adquirido. Não há orientação para a produção de conhecimento novo ou reflexão crítica sobre o objeto da clínica. Ao atuar nesse campo de saber, o profissional se apoia na base técnica adquirida em sua formação para proceder a observação, escrutínio, detecção e diagnóstico da doença.

Presenciamos a expressão de um discurso naturalista, que mantém excluídas outras dimensões (social, psíquica e cultural) implicadas no sofrimento dos sujeitos. Essa especificidade do saber nos conduz à percepção da clínica psiquiátrica, conforme o que Foucault caracteriza como prática discursiva:

Um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um *status* científico (o saber da psiquiatria, no século XIX, não é a soma do que se acreditava fosse verdadeiro; é o conjunto das condutas, das singularidades, dos desvios de que se pode falar no discurso psiquiátrico); um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso (neste sentido, o saber da medicina clínica é o conjunto das funções de observação, interrogação, decifração, registro, decisão, que podem ser exercidas pelo sujeito do discurso médico); um saber é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam (neste nível, o saber da história natural, no século XVIII, não é a soma do que foi dito, mas sim o conjunto dos modos e das posições segundo os quais se pode integrar ao já dito qualquer enunciado novo); finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso [...]. Há saberes que são independentes das ciências (que não são nem seu esboço histórico, nem o avesso vivido); mas não há saber sem uma prática discursiva definida, e toda prática discursiva pode definir-se pelo saber que ela forma (FOUCAULT, [1969] 2008, p. 205).

Com base em Foucault ([1969] 2008), podemos conceber o paradigma psiquiátrico como um modelo formado por uma trama de saber-poder – independente do mérito de verdade do saber em questão – que emerge em condição contextual e historicamente delineada para finalidades prático-produtivas específicas. Um saber subsidia a formação de um paradigma, que pode também ser entendido como um sistema de regras de formação do discurso. Os discursos se convertem em prática: prática discursiva – que podemos entender como a associação do que se pensa, do que se diz e do que se faz. Assim, trata-se de um saber formado para a prática e também uma prática que forma saberes.

Dito isso, tomemos como exemplo a entrevista psiquiátrica. Pereira (2010) a define como “[...] um evento comunicativo em que o paciente ‘descreve’ sintomas e o médico os analisa e prescreve o melhor tratamento” (PEREIRA, 2010, p. 685). Novaes (2000) esclarece que as entrevistas psiquiátricas têm a finalidade de diagnosticar doenças mentais. Segundo observa a autora, no processo diagnóstico, há uma pesquisa na fala do sujeito e a equiparação com elementos que se identificam com sintomas catalogados num quadro de classificação de doenças. Nesse caso, se faz uma escuta seletiva, ou seja, ouve-se o que serve para fins de classificação nosográfica. Novaes (2000) é bastante explícita a esse respeito quando assinala que “[...] não importa o que o psicótico significa de seu mal-estar, mas sim que essa fala

confusa, paradoxal, ilógica corrobora os sintomas de perturbações mentais” (NOVAES, 2000, p. 03).

Ocorre, em geral, como asseverado por Ferreira (2005): “[...] o diagnóstico define a terapêutica. Sendo o médico aquele que sabe nomear e apaziguar o sintoma, acredita que o saber está ao seu lado, o que lhe permite responder, dessa forma, à queixa do paciente” (FERREIRA, 2005, p. 30).

Sublinhemos tal fato: quem sofre a dor psíquica comumente tem uma relação particular com a linguagem. Sua comunicação é, muitas vezes, atravessada por delírios, confusão ou alucinação – características que desautorizam sua fala por séculos. Em geral, o sujeito não demanda tratamento e não está à procura de alguém que diga o que se passa com ele porque tem certezas particulares a respeito, não sendo bem-vindas dúvidas ou negação das suas convicções. Quando interrogado sobre seus sintomas em uma entrevista psiquiátrica, o sujeito fala de si, das suas vivências, histórias e significações dentro da singularidade do seu discurso; acaba não cooperando com o objetivo do médico de extrair informações sobre a doença. Este entendimento aparece, por exemplo, no trecho de um artigo sobre entrevista psiquiátrica e exame psíquico, que começa com a epígrafe “*Qui bene diagnostica, bene curat*” (Quem bem diagnostica, bem sabe curar):

A despeito da estruturação bem estabelecida da entrevista psiquiátrica, esta é muitas vezes dificultada pela não-colaboração do paciente ou por sua dificuldade de prestar informações. Tais situações, contudo, tornam-se por si só informações sobre o estado mental do paciente, como nível de consciência ou agitação psicomotora (BARROS, 2008, p. 01).

Pela maneira como são tradicionalmente realizadas as entrevistas psiquiátricas, o médico, em seu suposto saber, subverte a lógica que deveria ser observada em um encontro comunicativo. Nesse sentido, o psiquiatra se apresenta como aquele que detém o saber sobre o sofrimento psíquico, cabendo ao sujeito, na posição de paciente, testemunhar este saber (NOVAES, 2000, p.03). Há uma violação do princípio de cooperação, pois do entrevistado só é ouvido aquilo que diz sobre o sintoma. Não há dialogicidade em um dispositivo de entrevista em que assim se procede; se os discursos correm em paralelo, não há abertura para a relação intersubjetiva.

O fato de que os sintomas da “doença mental” são vistos exclusivamente como signos da enfermidade psíquica, não apenas indícios de uma patologia, mas identificados com ela, situa a psiquiatria como uma clínica do sintoma. Vejamos, a tal respeito, as seguintes transcrições que se seguem:

A psiquiatria não pode basear a sua prática médica no olhar anátomo-clínico da medicina moderna, uma vez que não existem referenciais orgânicos em que se apoiar. A clínica psiquiátrica não torna visível o invisível, porque este último, simplesmente, não existe; a doença, portanto, estaria na superfície e se identificaria com o sintoma que seria, geralmente, o comportamento desviante; ou seja, comportamento desviante-sintoma-doença tem sido o caminho clínico da psiquiatria (PERRUSI, 1995, p. 119).

Ainda,

A ausência de lesão física não a intimida quanto a oferecer compreensão psiquiátrica, portanto patológica, deste ou daquele tipo de comportamento, deste ou daquele devir, desta ou daquela forma de se relacionar com o mundo. O mundo da psiquiatria é o mundo das doenças, a doença implica solução médica. A cultura, a sociedade e as crenças servem à psiquiatria não como saberes e formas de vida, mas somente como meio no qual se constituem doenças e no qual estas se proliferam (AMARANTE, 2008, p. 113).

E, por último:

Desaparece a diferença total entre sintoma e doença. A doença não é mais uma natureza oculta e incognoscível; sua natureza, sua essência, é sua própria manifestação sensível, fenomênica, no nível dos sintomas: uma doença é um conjunto de sintomas capazes de serem percebidos pelo olhar. Mas desaparece também a diferença absoluta entre sintoma e signo. Na medida em que o sintoma permite distinguir um fenômeno patológico de um estado de saúde, ele também é signo da doença, o que significa dizer signo de si mesmo, pois a essência da doença é ser um conjunto de sintomas (MACHADO, 2006, p. 65).

Ao circunscrever o sintoma como foco de trabalho e compreender o psíquico como sendo de ordem física, o paradigma psiquiátrico modela a clínica de maneira similar à clínica alienista ainda nos dias atuais. A doença é seu verdadeiro objeto de trabalho. Amarante (2003), reportando-se aos estudos de Franco e Franca Basaglia, explica que a psiquiatria põe o sujeito entre parênteses para se ocupar da doença (AMARANTE, 2003, p. 57). A metáfora do parêntese é bastante interessante e pertinente; a função desse sinal de pontuação é isolar uma informação dispensável, ou seja, seu conteúdo serve para explicar algo, porém sem afetar o restante da frase em que é utilizado. Em comparação, “A psiquiatria, ao ocupar-se da doença, não encontra o sujeito doente, mas um amontoado de sinais e sintomas; não encontra uma biografia, mas uma história pregressa; não encontra um projeto de vida, mas um prognóstico” (AMARANTE, 2008, p. 104). A operação de “parentesear” o sujeito impede que seja proporcionada uma atenção integral, pois dentro dos parênteses ficam os atravessamentos

sociais e a subjetividade de quem é tratado; desemboca-se numa atenção parcial, com enfoque biológico, tecnicista e afeita aos especialismos.

O discurso fundamentador da racionalidade psiquiátrica justifica a priorização de um tratamento baseado na administração de medicamento para a remissão das manifestações. O entendimento cultural do medicamento como solução para a doença mental é um desdobramento da lógica tencionada pelo paradigma psiquiátrico, para o qual, como dissemos, os fenômenos da loucura são sintomas da doença e devem ser suprimidos por meio desse recurso.

Como bem pontua Rinaldi (1998), “O sintoma para o psiquiatra é um signo identificado por este saber. A clínica psiquiátrica se encaminha no sentido de restabelecer a “normalidade” perdida, principalmente através da medicação, tendo em vista a readaptação do paciente ao meio social” (RINALDI, 1998, p.108). Resulta dessa lógica o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais¹⁰ que, aliás, conforme lembra Whitaker (2017), vem remodelando a sociedade há quase três décadas e demarcando a separação entre normalidade e patologia (WHITAKER, 2017, p. 28).

Ressaltamos que o problema não está no ato de medicar¹¹ em si, mas na forma como um fenômeno social é apropriado pelo saber biomédico, que transforma as dores do existir, ou as formas singulares de ser e estar no mundo, ou as maneiras de se relacionar em patologias de responsabilidade técnica da medicina. Essa situação caracteriza o que tem sido denominado de medicalização. Segundo Amarante e Freitas (2015),

esse fenômeno moderno chamado *medicalização* implica uma polissemia de sentidos. Em comum, o processo de transformar experiências consideradas indesejáveis ou perturbadoras em objetos da saúde, permitindo a transposição do que originalmente é da ordem do social, moral ou político para os domínios da ordem médica e práticas afins (AMARANTE e FREITAS, 2015a, p. 14).

O sociólogo americano Peter Conrad define medicalização como o processo em que questões não médicas são apropriadas e tratadas pela medicina como doenças. Ele aponta que a chave para o entendimento do termo está na sua tradução literal: medicalizar significa “tornar médico”. O autor afirma que se trata de “[...] um onipresente e poderoso motor na definição de problemas humanos” (CONRAD, 2007, p.161). Hoje, predomina a ideia de que

¹⁰ (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*) – Guia oficial para diagnóstico de transtornos mentais, que classifica os transtornos padronizadamente de acordo com sintomas pré-identificados.

¹¹ Palavra entendida em seu sentido corrente na língua portuguesa: ato de dar tratamento médico – realizar exames, terapias, administrar medicamentos etc., para tratar doenças.

os medicamentos são o meio apropriado para curar problemas psíquicos (AMARANTE e FREITAS, 2015a, p. 15). Para Tesser et al (2010),

a medicalização social é um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários. Há ainda uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença (TESSER et al, 2010, p. 3616).

A temática da medicalização está intimamente relacionada ao crescente problema da patologização, que podemos entender como o ato de tratar como doença experiências normais da vida. Como pontuam Amarante e Freitas (2015a): “Em princípio, tudo pode ser patologizado, na medida em que não nos faltam motivos para o sofrimento. É inerente a nossa existência as sucessivas experiências físicas ou emocionais de que não gostamos” (AMARANTE e FREITAS, 2015a, p. 13).

Quanto ao comportamento, sabemos que alguns podem ser traços singulares de personalidade, ou podem se desenvolver em resposta a um momento de vida das pessoas, de forma transitória. Contudo, muitos comportamentos como a timidez, a agitação, a desatenção, a calma, tem sido patologizados – isto é, tomados como indícios de uma doença. Assim, “[...] comportamentos inerentes à existência (o *Dasein* heideggeriano) ganham novas formulações: a angústia, por exemplo, se transforma em *transtorno de ansiedade*; e a finitude ou *ser-para-morte*, em transtorno com essa ou aquela designação científica” (AMARANTE e FREITAS, 2015a, p. 12).

As sensações físicas e os sentimentos também se tornam patologizáveis. Assim, a falta de sono pode ser enquadrada como algum distúrbio do sono, a tristeza como depressão, o medo como transtorno fóbico e assim por diante. No processo de “tornar patológico”, são observados apenas os sinais mais visíveis apresentados pelo sujeito, ignorando o contexto em que eles apareceram e se mantêm. Desconsidera-se o fato de que as vicissitudes do viver nos expõem a uma infinidade de circunstâncias negativas: o fim de um relacionamento amoroso, a perda do emprego, o enfrentamento de problemas interpessoais, a descoberta de uma doença grave, a reprovação em um concurso para o qual se investiu tempo, dedicação e expectativa etc. – e todos esses fatores, em geral, são ignorados na realização do diagnóstico psiquiátrico.

A Sexualidade é um campo bastante afetado pelo processo de patologização. Até a segunda versão do DSM, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) classificava a homossexualidade como doença. Esta orientação sexual somente deixou de ser assim classificada a partir da terceira versão do manual, lançada em 1980, após intenso debate científico, pressão da sociedade civil e de movimentos sociais. Nos dias de hoje, observamos nesse campo um intenso investimento em promover o interesse masculino para melhoria do desempenho sexual; nesse intento, de tempos em tempos, surgem novas categorias diagnósticas sobre disfunção sexual.

O luto e a forma como é vivenciado, os problemas escolares na infância, o sofrimento no trabalho, o hábito de comer, a estética corporal, tudo isso tem sido transformado em doença pelo saber biomédico. Desse modo, são produzidas regras sociais para normalizar as condutas, o que possibilita classificar os sujeitos e torná-los passíveis de receber tratamento medicamentoso para retorno ao “estado saudável”.

Em saúde mental, a medicalização do sofrimento psíquico é um problema que se coloca de forma crescente, principalmente a partir da década de 1950, quando foram lançadas as drogas neurolépticas e a aliança com a indústria farmacêutica fortaleceu a legitimidade da psiquiatria, dando margem para o nascimento do mito do progresso científico no tratamento das doenças mentais.

Amarante e Freitas (2015a) asseveram que “[...] o surgimento dos psicofármacos é recebido pela sociedade como a descoberta das *pílulas mágicas*, as quais são consideradas, à época, como a solução definitiva para os problemas psíquicos até então considerados sem cura [...]” (AMARANTE e FREITAS, 2015a, p. 18). Os autores pontuam que, a partir daí, prospera a ideia de que a cura do sofrimento psíquico se dá por ação dessas drogas.

Isso lembra a frase de uma paciente com a qual realizávamos acompanhamento terapêutico numa instituição psiquiátrica; impregnada pela ação dos neurolépticos, ela sentia dificuldades na articulação da boca para falar e, com grande esforço, desabafou muito exaltada durante a realização de uma oficina: “*Quero minha liberdade de volta! Estão me tirando a liberdade. Olha como eu estou falando! Eu não falava assim*”. A realidade que se configura na prática é bem diferente da pensada pelos psiquiatras franceses inventores dos neurolépticos, Jean Delay e Pierre Deniker; segundo Roudinesco (2000), quando eles colocaram esses medicamentos no mercado em 1952, disseram que devolveriam a fala do louco.

O que aconteceu, no entanto, foi o contrário do afirmado: houve um reforço das práticas que calam a voz dos sujeitos e tiram sua liberdade de agir sobre as próprias

questões existenciais, na medida em que se tornam cada vez mais dependentes das drogas e dos outros recursos médicos (como o cuidado, tecnologias especializadas etc.). E, mais ainda, o ponto fundamental a ser observado: essas drogas não curam as pessoas dos seus problemas mentais, conforme alardeado quando elas surgiram.

A partir da constatação daquilo que chamou de epidemia de doença mental¹², Whitaker (2017) realizou uma investigação para responder o seguinte problema de pesquisa: “Se dispomos de tratamentos que lidam de maneira eficaz com esses distúrbios, por que a doença mental tem se tornado um problema de saúde cada vez maior nos Estados Unidos?”. Isso o levou a uma nova pergunta: “poderia o paradigma de atendimento medicamentoso, de alguma forma imprevista, estar alimentando essa praga nos tempos modernos?”.

Tais indagações evocam o tema da medicalização, do saber-poder relacionado e o amplo mercado que propicia. Grandes possibilidades de lucro estimulam a formação de alianças e agenciamentos que impulsionam cada vez mais o processo. A esse respeito, Amarante e Freitas (2015a) mencionam atores como a indústria farmacêutica e de tecnologias em saúde, pesquisadores, grupos de planos e seguros de saúde, dentre outros. Diversos atores são guiados pelo ganho intencionado, pelas vantagens mercadológicas que as relações que se estabelecem no âmbito da saúde (ligadas ao fenômeno da medicalização) podem proporcionar.

Dentre as diferentes alianças estabelecidas, uma das mais potentes catalizadoras da medicalização é a médico-farmacológica – especialmente em termos de controle social para a medicina e lucratividade para a indústria farmacêutica: “O monopólio legítimo para a abordagem e o tratamento das doenças passa a ser reforçado pela aliança entre quem fabrica drogas consideradas legítimas e quem tem o poder de prescrevê-las” (AMARANTE E FREITAS, 2015a, p. 33). A principal artimanha nesse pacto é patologizar as mais diversas experiências da vida atribuindo-lhes causas neuroquímicas – argumento aceito até hoje, embora amparado em hipóteses frágeis e carentes de evidência científica.

Conrad (2000) fala sobre a aliança firmada entre médicos, empresas farmacêuticas e de biotecnologia para promover e comercializar soluções médicas para uma série de incômodos humanos. Ele menciona um lema estratégico de marketing *"Pergunte ao seu médico se [nome do remédio] é ideal para você"*, que retrata perfeitamente o protótipo de relação que se busca fomentar entre fabricantes farmacêuticos, consumidores e médicos rumo

¹² Segundo Whitaker (2017), com a introdução dos psicofármacos, ao invés de diminuir, a quantidade de casos de invalidez (ou mesmo sofrimento sem invalidez) por problemas mentais nos EUA seguiu aumentando velozmente. Para o autor, a doença mental se configura como uma “praga moderna” que atinge, inclusive, um número cada vez maior de crianças.

à expansão do mercado para os produtos desenvolvidos – tal situação enseja aquilo que se denomina “medicalização direta”. Intensa publicidade, combinada a disponibilização de questionários simples, permitem às pessoas autodeterminarem se possuem algum transtorno e as incentivam a consultar um médico para tratá-lo.

Quanto às alianças envolvendo as companhias de seguros de saúde, nesse caso, ocorre uma “medicalização mediada”: os tratamentos são mediados pela política de cobertura, o programa governamental ou a organização de assistência gerenciada. Desse modo, o mercado de tratamentos é mediado, ou seja, seu incentivo e expansão dependem do fato de estar coberto, ou não, por um seguro.

Algumas constatações aumentam a preocupação com a crescente medicalização e hegemonia do uso de psicofármacos nos tratamentos em saúde mental: a) Psicofármacos induzem um funcionamento anormal do cérebro; b) A descontinuação do uso provoca recaídas agudas; c) Não têm eficácia comprovada; d) Seu uso a longo prazo é gravemente nocivo à saúde; e) Eles potencializam o transtorno e causam cronicidade. Whitaker (2017) e Amarante e Freitas (2015a) discutem tais afirmativas e trazem elementos para a desconstrução dos argumentos que buscam mascará-las.

Por seus fundamentos, a clínica originária do paradigma psiquiátrico pode ser enquadrada na intercessão do que Campos (2003) define como clínica *oficial* e clínica *degradada*. O autor discorre sobre a existência de três semblantes principais da clínica. Do seu ponto de análise, a clínica pode se apresentar como uma clínica *oficial*, uma clínica *degradada* ou uma clínica *ampliada*.

A clínica *oficial* (ou “clínica clínica”) seria aquela imaginada e propagada pela medicina, cujos atributos ressaltados são a cientificidade e a ética. Ele afirma que, embora ideológica, a clínica *oficial* existe – ao menos enquanto sistema de referências historicamente fortalecido, respeitado e muito influente no imaginário social. Trata-se de uma clínica (contrariamente ao que se faz supor) intensamente marcada por limitações, sendo destacada como a principal delas a redução do foco de trabalho à doença estritamente. Os fundamentos desse modo de pensar/agir podem ser encontrados na história, que evidencia o empenho do saber psiquiátrico para se fortalecer via poder científico ao modelar suas atividades de acordo com o paradigma biomédico.

A clínica *degradada* é aquela em que a racionalidade clínica (ou seja, a preocupação com a doença, no caso da clínica *oficial*) seria atravessada por outras racionalidades (sociais, econômicas, corporativas, políticas etc.). Essas racionalidades estão presentes nas instituições de saúde de uma forma geral; mas em se tratando da clínica *degradada*, tais lógicas

prevalecem em detrimento do objetivo de produzir cuidado. Como resultado, vemos: a prevalência de interesses econômicos, as disputas e relações de poder, profissionais alienados e sem capacidade de escuta, pessoas sendo instrumentalizadas em uma lógica mercadológica, indiferença ao sofrimento e dor alheios, protocolos violados, agravos nas situações de saúde das pessoas etc.

Na clínica degradada não é raro observar o uso da instituição para práticas perversas e em muito distantes da sua finalidade original. Resumindo a problemática, o termo “degradação” alude aos múltiplos constrangimentos impostos à clínica *oficial*, que reduzem ou anulam a sua potência de tratar. Esta definição representa bem os desdobramentos das práticas tencionadas pelo paradigma psiquiátrico, que bem se justifica no excerto que dispomos a seguir:

Nos últimos 25 anos, a classe psiquiátrica tem nos contado uma história falsa: Ela nos disse que a esquizofrenia, a depressão e o transtorno bipolar são conhecidos como doenças cerebrais, muito embora [...] não consiga nos apontar nenhum estudo científico que documente essa afirmação. Ela nos disse que os medicamentos psiquiátricos corrigem desequilíbrios químicos no cérebro, muito embora décadas de pesquisa não o tenham constatado. Ela nos disse que o Prozac e os outros psicotrópicos de segunda geração eram muito melhores e mais seguros que as drogas da primeira geração, muito embora os ensaios clínicos não tenham mostrado nada disso. E, mais importante que tudo, a classe psiquiátrica dominante não nos disse que os medicamentos pioram os resultados a longo prazo (WHITAKER, 2017, p. 364).

3.2 O PARADIGMA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O modelo de tratamento da loucura recebeu críticas desde o seu nascimento, provocando uma série de reformas. O próprio projeto pineliano, instituinte da ciência psiquiátrica, se caracteriza como uma das primeiras reformas do gênero. Encontramos registros, desde o século XVIII, de várias tentativas de mudança no trato da doença mental, com vistas a alcançar melhorias humanitárias: “Vicenzo Chiaruggi na Itália, William Tuke na Inglaterra, Benjamin Rush nos EUA, Joseph Daquin e Philippe Pinel na França”, como bem enumera Ana Maria Galdini Raimundo Oda e Paulo Dalgalarrodo¹³.

As diversas reformas empreendidas culminaram em um processo maior, conhecido como processo da Reforma Psiquiátrica, que trouxe grandes transformações às instituições psiquiátricas rumo à desconstrução do modelo de assistência à loucura vigente na década de

¹³ Ver PINEL (2008, p 15)

1970, quando o emprego de métodos de tratamento desumanos continuava comum, não havendo preocupação com o sofrimento dos sujeitos. As reformas questionavam “[...] o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico, surgindo após a Segunda Guerra, quando novas questões são colocadas no cenário histórico mundial” (AMARANTE, 2009, p. 27).

De certo, todo processo de mudança está circunscrito em um contexto histórico, ligado aos acontecimentos (diretos ou indiretos) dos quais se desdobra. Dentre aqueles que influenciaram o início das transformações no cuidado em saúde mental, destacamos três.

O primeiro acontecimento, de caráter mais geral, é responsável por promover mudanças na ideia de subjetividade. Conforme reiteram Figueiredo e Santi (2008), todo o movimento Romântico do século XIX foi essencial para propiciar a tematização da experiência subjetiva. Conforme explicam Bock et al. (2001), a subjetividade humana é considerada um elemento estrutural, podendo ser definida como uma síntese singular e individual de cada sujeito, produto das experiências sociais, culturais, históricas, sem descartar a biológica. Dessa forma, o mundo subjetivo é um *mix* de corpo, afeto, emoções, comportamento, fantasia e pensamento; advêm do complexo de ideias e significados construídos ao longo das vivências de cada um.

Se antes imperava o pensamento cartesiano de que o homem é o senhor de sua razão, detentor de clara e controlada experiência subjetiva e absolutamente privada, o Romantismo instaura a desconfiança quanto a tais certezas, sobre os limites da capacidade de autocontrole do homem sobre estas vivências. Nesse período, descobre-se que as experiências de liberdade, senso de diferença e subjetividade privada são ilusões; as tecnologias de controle dos corpos estão presentes, de forma disfarçada, em todas as esferas da vida – aspecto amplamente abordado nas obras de Michel Foucault.

Seguindo o espírito da época romântica, eclode a descoberta freudiana de que o sujeito é determinado pelo inconsciente. Podemos observar que nos artigos *As Neuropsicoses de Defesa* (1894) e *Novos Comentários Sobre as Neuropsicoses de Defesa* (1896), Freud discorreu sobre as diferentes organizações do psiquismo humano, apontando mecanismos estruturais diversos para explicar a singularidade do modo de inserção dos sujeitos na existência. A partir desses textos, é possível acompanhar o percurso dele e suas tessituras teóricas sobre a dinâmica psíquica, a concepção do humano como sujeito do inconsciente, cujo modo de viver-sofrer está ligado a determinados processos psíquicos.

Freud apresenta essa conclusão no texto *Uma Dificuldade no Caminho da Psicanálise* (1917), no qual afirma que “[...] o eu não é o senhor da sua própria casa” (FREUD, 1917,

p.153). Assim, postula-se que o homem, além de não ter o desejado controle total sobre a “razão”, desconhece aquilo que determina suas experiências subjetivas, que se configuram à sua revelia. Sem dúvidas, as reflexões de Sigmund Freud influenciaram o processo de mudança que se sucedeu, na medida em que sua visão “[...] abre uma possibilidade de comunicação entre razão e desrazão” (RINALDI, 2000, p.9) e, desse modo, relativizou as concepções de normalidade e patologia.

Tais debates aumentaram o interesse pelo psicológico e criaram um ambiente favorável para que as disciplinas humanas e sociais, antes consideradas não científicas e especulativas, fossem elevadas ao status de ciência. A reflexão sobre o humano e seu caráter diverso, múltiplo, complexo e não objetivo, abre caminho, a partir da década de 1920, para a entrada das ciências humanas e outras ciências não médicas na área da saúde, marcando o nascimento da Saúde Coletiva e a multidisciplinaridade que ela simboliza. Birman (2005) sinaliza que este novo campo se constitui pela crítica à hegemonia do saber médico e modo naturalista de conceber o processo saúde-doença.

Outras contribuições importantes estão relacionadas aos estudos de Georges Canguilhem, mais especificamente a partir do seu conhecido livro *O Normal e o Patológico* ([1943] 2009). Na obra mencionada, ele contribui com uma reflexão crítica e desbravadora das diferentes formas de entender saúde e doença, para além da visão quantitativa e dualista dominante até então. No prefácio da segunda edição, o autor diz que as breves conclusões elaboradas tiveram o intuito proposital de “deixar aberta a porta filosófica” (CANGUILHEM, [1943] 2009, p.9). A porta aberta metaforiza o convite inadiável ao questionamento e desnaturalização do raciocínio vigente sobre os padrões da normalidade.

Eis as primeiras condições para resistir à visão dualista que opera na lógica cartesiana desconectando a relação biopsicossocial e balizando o reconhecimento da potência dos diversos saberes relevantes no cuidado em saúde. Assim, tiveram influência no processo as descobertas freudianas sobre o psiquismo humano, além dos estudos de outros teóricos, das produções artísticas e filosóficas, inclusive, movimentos que questionaram a visão dicotômica da normalidade e da patologia, e colocaram em relevo o fato de que todo ser humano enfrenta conflitos psíquicos (em maior ou menor grau).

Criou-se condição de possibilidade para um redirecionamento do olhar sobre as diferenças humanas, para a consideração da singularidade das formas de existir. Isso nos encaminha ao segundo ponto que queremos enfatizar: as contribuições do campo sociológico como um dos grandes passos dados rumo à constituição de novo paradigma no tratamento em saúde mental. Entendemos que um posicionamento capaz de romper com a racionalidade

excludente e silenciadora historicamente ativa na atenção ao louco se desdobrou da compreensão sócio-histórica da questão. Nessa direção, a contribuição da sociologia¹⁴ para a reorientação dos estudos sobre a loucura é de suma importância.

A contribuição supraindicada alude a um modo de compreensão que sublinha o necessário deslocamento da atenção para aquilo que está em causa no processo de construção de identidades gerador de efeitos de exclusão: a relação entre os sujeitos. A exclusão social é um processo relacional. Para um estudo do tema guiado por essa lógica, os trabalhos do sociólogo canadense Erwin Goffman são referência. Nunes (2009) declara que:

Ele, como outros sociólogos que iriam se destacar no cenário intelectual internacional do final dos anos 50 e início dos 60 do século passado, impregnaram a sociologia com temas novos e novas formas de acercamento da realidade social, num momento muito especial para o desenvolvimento da pesquisa social (NUNES, 2009, p. 174).

Podemos dizer que o aporte deixado por Goffman é permeado pela influência do seu processo de formação na Universidade de Chicago (EUA) – local em que concluiu os cursos de mestrado e doutorado em sociologia e antropologia em alinhamento com a Escola de Chicago. Segundo Becker (1996), a Escola de Chicago pode ser entendida como “[...] um modo de pensar, uma maneira de abordar problemas de pesquisa que estão muito vivos e presentes em boa parte do trabalho feito hoje em dia” (BECKER, 1996, p. 188); expressa o pensamento construído por professores, pesquisadores e alunos do departamento de sociologia na Universidade de Chicago a partir do início do século XX, que se dedicaram às atividades da instituição e empreenderam intensa produção de pesquisas, deixando suas marcas na consolidação das ideias ali gestadas.

A Escola de Chicago é reconhecida por criar uma socioantropologia, isto é, desenvolver um modo de investigar sociologicamente algumas questões urbanas (até então estudadas unicamente pelo viés da criminologia) empregando métodos antropológicos.

Ao ler o primeiro capítulo do livro *O Trabalho do Antropólogo* (1998), podemos ter uma noção mais ampla da inovação realizada pela Escola de Chicago. No capítulo intitulado *O Trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever*, Oliveira (1998) faz uma reflexão epistemológica considerando os três tempos do fazer antropológico em relação à apreensão

¹⁴ As Ciências Humanas, de uma forma geral, têm sido grandes responsáveis por promover a visão crítica e a desnaturalização de paradigmas dominantes e perversos que fabricam sistemas discursivos de exclusão, como o psiquiátrico. Há vasta produção de conhecimento das áreas da sociologia, história, psicologia, antropologia e filosofia – para citar algumas que perpassam este trabalho e se dedicam a pesquisas para intervenção e mudanças na realidade social.

dos fenômenos sociais. Ele discorre sobre o olhar, o ouvir e o escrever, buscando desnaturalizar estes atos cognitivos e demonstrar suas implicações na produção de conhecimento.

O olhar é apontado pelo autor como o primeiro ato cognitivo a ser exercitado. Por meio do olhar se faz a primeira apreensão do objeto de pesquisa e, como sugere, se realiza o seu enquadramento no esquema conceitual do nosso campo disciplinar formador. Para maior entendimento, é dado o exemplo de um antropólogo passando pela experiência de primeiro contato com o interior de uma maloca. Ocorreria, no caso, um vasculhamento inicial dessa moradia indígena sob o “olhar etnográfico”, que instrumentalizaria o conhecimento teórico proporcionado por seus estudos acadêmicos para processar as informações captadas pela visão e pré-estruturá-las. O autor sinaliza que, embora tais observações possam oferecer um conjunto de informações úteis e acertadas, o olhar, somente é insuficiente e limitado; promoveria o que o antropólogo Herbert Baldus denominou de “natureza morta” da aculturação: ou seja, esboçaria um quadro descritivo, sem vida, que não abarcaria a natureza das relações sociais que se dão no campo observado.

Assim, Oliveira (1998) aponta o ouvir como o ato cognitivo complementar ao olhar, que permitiria a obtenção de dados realmente capazes de desvelar aquilo que o olhar, por si só, não desvelaria e que escapam à teoria – no exemplo da maloca, a estrutura das relações sociais. Lembrando que também o ouvir é condicionado pela disciplina. O autor faz distinção entre sentido (do lado do nativo) e significação (do lado do observador) para demonstrar a importância de um ouvir “especial”, que auxilia na formulação do “modelo nativo” e entendimento do fenômeno observado. Nesse sentido, o autor chama atenção para o fato de que, na entrevista (instrumento em que a escuta é fator principal), existe o encontro entre duas culturas distintas, dois mundos diversos, e este é um aspecto problemático em si.

O escrever, segundo Oliveira (1998), é a configuração final do material resultante do trabalho de campo; é o momento em que se textualiza as apreensões oriundas das observações e escuta. Com base nas ideias de Clifford Geertz, são lembradas duas etapas da investigação empírica: 1 – o antropólogo “estando lá” (refere-se ao trabalho de campo, correspondente aos atos cognitivos de olhar e escutar) e 2 - o antropólogo “estando aqui” (refere-se ao trabalho de gabinete, correspondente ao ato de escrever). O autor chama atenção para a relação entre o comunicar e o conhecer, destacando o fato de que ambos implicam em linguagem. Ele ainda destaca que esse comunicar/conhecer se dá num contexto social, em determinada comunidade profissional, sobre o outro cultural – e nisso reside a grande complexidade da textualização.

Tomando como parâmetro essa caracterização do fazer antropológico, podemos entender melhor o salto inovador dado pela Escola de Chicago ao incorporar aspectos metodológicos e qualitativos da antropologia às pesquisas sociológicas. Tal movimento propiciou muitas mudanças teórico-metodológicas, dentre elas: a) observação dos aspectos microsociológicos, que tornou a intersubjetividade uma questão sociológica; b) redirecionamento do interesse para o ponto de vista do sujeito de pesquisa (o que requer um exercício de alteridade), visando a estudar as consequências da ação social sobre ele; e c) uso das técnicas de entrevista, da observação participante e da análise documental como estratégias metodológicas de pesquisa. As obras sociológicas de Goffman, um dos principais autores da Escola de Chicago, apresentam essa natureza qualitativa e antropológica. Ele figura entre os mais relevantes autores do Interacionismo Simbólico¹⁵ e contribuiu para o desenvolvimento dessa corrente, cujos pressupostos orientam suas análises.

O Interacionismo Simbólico é uma abordagem sociológica que concebe a interação humana como um processo mediado por símbolos compartilhados. Carvalho et al (2010) declaram que esta abordagem possibilita “[...] a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas” (CARVALHO et al, 2010, p. 148). Haguette (1995) sinaliza que a chave de análise é o sentido das coisas; sentido este que advém no encontro interacional. Entende-se que as manifestações simbólicas são produzidas nas trocas sociais e se dão dentro de determinado contexto, em condições específicas.

Em suas pesquisas, Goffman toma a relação entre os sujeitos como unidade de análise dos processos de exclusão – se distanciando da tradição estruturalista de compreensão-explicação das questões sociais, cujas investigações focalizavam, na dimensão individual, a conduta desviante. Isso é perceptível em seu livro *Manicômios, prisões e conventos* ([1961] 1974), que resulta de um trabalho de campo no qual estuda as relações estabelecidas nas instituições mencionadas no título da obra em seus efeitos deteriorantes sobre a identidade daqueles submetidos às normas desses locais. O livro é fundamentado na Teoria do Rótulo¹⁶ e conforme explica Haguette (1995):

¹⁵ As raízes dessa corrente são remetidas ao filósofo George Herbert Mead (considerado fundador da Escola de Chicago) e expressas em suas articulações teóricas publicadas postumamente por seus alunos – em especial o livro *Mind, self and Society* (1934). O primeiro autor a usar a denominação “Interacionismo Simbólico” foi o sociólogo Herbert Blumer na obra *Symbolic Interaction: Perspective and Method* (1937). Haguette (1995) apresenta uma boa síntese dos fundamentos metodológicos dessa abordagem.

¹⁶ Mais sobre a Teoria do Rótulo pode ser lido no livro *Outsiders: estudos de sociologia do desvio* ([1963] 2008), do sociólogo Howard Becker.

O ponto fundamental dessa teoria é a afirmação de que alguém só se torna socialmente um louco, um ladrão ou um homossexual a partir do momento em que é assim “rotulado”. A importância desta descoberta reside em ter desviado a atenção do comportamento desviante em si, incluindo o daqueles que fazem as regras que designam alguém como desviante. Assim sendo, o ato desviante não pode ser somente compreendido em termos do comportamento dos desviantes, mas através de uma análise sociológica que admite que qualquer ato social envolve relações interativas; logo, o processo de interação dos desviantes com aqueles que lhe são próximos deve ser considerado (HAGUETTE, 1995, p. 54-55).

Essa perspectiva de análise ressalta que para alguém ser considerado louco, outro alguém precisa determinar isso. O processo envolve a definição da categoria loucura e o etiquetamento de sujeitos com o signo correspondente, cujo significado é compartilhado socialmente. A partir daí, o signo passa a ser identificado com a própria pessoa rotulada, o que demonstra mais uma vez a dimensão social do processo de construção do desvio/desviante.

Goffman fala sobre o sistema de etiquetamento no livro *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* ([1963] 1975). De acordo com ele, o enquadramento dos sujeitos segundo rótulos conforma uma visão social desses sujeitos consonante com a concepção de *estigma*. O termo é definido como o produto de um processo social no qual o sujeito é categorizado, segundo atributos que lhe são imputados, o que resulta na configuração de um estereótipo inferiorizante, descredita e depreciador – estes sentidos não são intrínsecos ao atributo –, mas determinados na linguagem relacional. Conforme esclarece: “Um estigma é, então, na realidade, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo [...]” (GOFFMAN, [1963] 1975, p. 13). Trata-se de compreender que um mesmo atributo pode servir para estigmatizar ou atestar a normalidade de alguém, como no exemplo:

[...] alguns cargos na América obrigam os seus ocupantes que não tenham a educação universitária esperada a esconderem isso; outros cargos, entretanto, podem levar os que os ocupam e que possuem uma educação superior a manter isso em segredo para não serem considerados fracassados ou estranhos. [...] assim também um indivíduo que deseja lutar por seu país pode esconder um defeito físico por recear que seu estado físico seja desacreditado. Posteriormente, ele mesmo, amargurado e tentando sair do Exército, pode conseguir admissão no hospital militar, onde se exporia ao descrédito se descobrissem que não tem realmente qualquer doença grave (GOFFMAN, [1963] 1975, p. 13).

É mediante um processo relacional que se constitui a identidade social dos sujeitos e é por meio dela que serão reconhecidos nas relações. O título dado ao livro traduz perfeitamente o resultado de um processo de estigmatização: fabrica identidades deterioradas, ou seja,

estragadas para o convívio social. Destarte, o estigma é esta marca que reduz drasticamente a pessoa a uma característica identificada como negativa; há uma generalização da parte pelo todo após a leitura social do atributo estigmatizante, e esta operação termina por desacreditar o sujeito que é alvo dela. Este é um detalhe que nos endereça para a ação do paradigma psiquiátrico, àquilo que Amarante (2008) diz sobre a construção das síndromes psicopatológicas ser executada com base nos aspectos “negativos” do psiquismo dos sujeitos, em harmonia com a percepção social (AMARANTE, 2008, p. 111). Conforme assinala, “o ‘estigma’, socialmente construído, é radicalizado pela intervenção da psiquiatria, que afirma ser o alienado ainda mais deteriorado do que já percebido pela sociedade” (AMARANTE, 2008, p. 113).

No penúltimo capítulo do livro *Ritual de interação: ensaios sobre o comportamento face a face* ([1967] 2012), Goffman fala sobre o estigma da doença mental e salienta que os sintomas catalogados delineiam critérios de anormalidade, no sentido de desvio do padrão social. Os sujeitos que escapam às regras de conduta ditadas socialmente são rotulados, segundo estes critérios, como detentores de uma diferença radical, classificada enquanto perturbação patológica.

Trabalhar segundo a lógica do desvio se mostra bem útil para uma ciência que busca o reconhecimento do seu lugar de especialista e sustentação do respeito e da imagem desejados (sustentação de um semblante, uma face respeitável, para usar o vocabulário de Goffman), ainda que isso acarrete o desrespeito e inferiorização do outro polo da relação: o sujeito “desviante”. O desvio, para a psiquiatria, é como uma:

[...] anormalidade originária, estrutural, da qual se funda a ‘ideologia da diversidade’ como a intensificação radical das diferenças entre os opostos, entre saúde e doença, entre norma e desvio, ideologia esta que sanciona a inferioridade do outro por meio da afirmação da própria superioridade (AMARANTE, 2008, p. 88).

A sociologia em geral, e em especial a Goffmaniana, enfatiza o estigma como um fenômeno relacional, que demarca desigualdades e é crucial na construção de uma representação ilegítima do estigmatizado (neste estudo, o sujeito considerado louco), que o desqualifica para a vida e dá origem a um aparato “normalizador”, cujos efeitos são atroz. Uma inestimável contribuição dos estudos sociológicos está em direcionar os estudos segundo a ótica da necessária busca de compreensão para a norma e não para a diferença. É esse o movimento subversivo introduzido pela Escola de Chicago: guiar o foco de estudo para o

grupo que clama pela norma, e para a norma em si, passando a colocar sob suspeição e análise a estranheza/desvio atribuída para a diferença – atribuição que advém na relação.

O terceiro e último fato que destacamos é o quadro insustentável do tratamento dado ao louco. Desde a criação dos primeiros asilos de alienados, os maus-tratos e crueldade nas instituições de tratamento permaneceram uma realidade. Além da violência e exclusão típicas dos manicômios, ocorreu o aumento progressivo do foco medicamentoso no tratamento a partir da invenção dos psicofármacos na década de 1950. E, nas décadas de 1960 e 1970, a situação caminhou para o desenvolvimento do que se pode denominar como “Indústria da Loucura”, configurando uma espécie de mercantilismo psiquiátrico:

A partir dos anos 60, se tem constituído no Brasil uma verdadeira e autêntica indústria para o enfrentamento da loucura. Esta provocou um poder de corrupção e uma perversão no circuito de assistência psiquiátrica: os hospitais psiquiátricos conveniados incentivaram a cronicidade das doenças com o objetivo do lucro. (AMARANTE, 2009, p. 13).

O governo, que na época era militar, resolveu investir no setor privado-psiquiátrico ampliando o número de leitos por meio da realização de convênios entre hospitais privados e o novo Sistema de Saúde da época - Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Desse modo, a compra de Hospitais psiquiátricos passou a ser um investimento altamente vantajoso. Com a expansão dessas “empresas” de saúde mental – movidas pela lógica da lucratividade – houve um aumento intenso no índice de internações, desconsiderando-se a relevância terapêutica dessa medida e o cuidado dos internados que, podemos dizer, eram vistos como uma espécie de mercadoria. Como apontado:

Depois do golpe militar de 64, o setor saúde viveu o mais radical processo de privatização do mundo. A psiquiatria foi a área mais explorada e preferida pelas empresas privadas, na medida em que a falta de direitos dos usuários, somada à baixa exigência de qualidade no setor, facilitava a construção ou transformação de velhos galpões em "enfermarias". A "indústria da loucura", como ficou conhecida, fez o número de leitos saltar de 3 mil para quase 56 mil, ao mesmo tempo que os investimentos no setor público começavam a diminuir. Responsável por essa política de privatização desmesurada, Leonel Miranda, então ministro da Saúde, tornou-se proprietário do maior manicômio privado do mundo, a Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi, estado do Rio, que até 2002 tinha quase 2 mil leitos totalmente financiados com recursos do Sistema Único de Saúde (AMARANTE, 2006).

Ainda segundo Amarante (2006), ao final da década de 1980, existiam mais de 100 mil leitos psiquiátricos no país. Na publicação do Ministério da Saúde, intitulada Direito Sanitário e Saúde Pública, encontramos a seguinte constatação sobre o período em questão:

“Assim, além das representações de irresponsabilidade, incapacidade e periculosidade, o louco adquiriu mais uma: lucratividade” (BRASIL, 2003, p. 17). Nas instituições psiquiátricas, eram correntes as violações de direitos, os maus-tratos e mortes em decorrência destes. Guerra (2000) resume a situação: “[...] internações desnecessárias, baixa qualidade no atendimento, carência de infraestrutura, lucro abusivo através do sistema de credenciamento da Previdência Social [...]” (GUERRA, 2000, p. 37).

A mudança efetiva no estado calamitoso em que se encontrava o tratamento da loucura somente teve início ao final da década de 1970. Os três acontecimentos sobre os quais discorreremos sucintamente (1 - as mudanças na forma de conceber a subjetividade; 2 – as contribuições teórico-metodológicas do campo sociológico; e 3 – A intensa iniquidade das práticas psiquiátricas, multiplicadas em ambiente manicomiais) formaram um tripé sustentador das reflexões críticas e questionamentos fundamentais para a mobilização efetiva em favor das transformações.

Nesse tempo, foram pautadas novas exigências (políticas, administrativas, técnicas e também teóricas) e iniciada a reformulação da assistência no campo da Saúde Mental. A partir daí, o saber e prática psiquiátricos são interpelados, os manicômios são rejeitados como lugar de tratamento – à medida que passa a haver maior clareza sobre o fato de que as instituições manicomiais dão suporte material para a metáfora da exclusão produzida pela modernidade na sua maneira de se relacionar com a diferença (AMARANTE, 2009, p. 47) – e é imposta a necessidade de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos. E, ainda:

As duas grandes Guerras Mundiais fizeram com que a sociedade passasse a refletir sobre natureza humana, tanto sobre a crueldade quanto sobre a solidariedade existentes entre os homens e foram criando assim condições de possibilidade histórica para outro período das transformações psiquiátricas. Após a Segunda Guerra, a sociedade dirigiu seus olhares para o hospício e descobriu que as condições de vida oferecida aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daquelas dos campos de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana! Assim nasceram as primeiras experiências de ‘reformas psiquiátricas’. (AMARANTE, 2011, p. 40).

Assim, “O processo de Reforma Psiquiátrica deve remeter a toda ordem dessas questões, se se pretende romper com as práticas e as funções da psiquiatria moderna” (AMARANTE, 2008, p. 114).

Amarante (2009) aborda com profundidade os diversos projetos de reforma e suas influências na trajetória das mudanças que se processaram até a configuração atual do campo

da atenção à Saúde Mental. Na definição de Reforma Psiquiátrica que apresenta são citados os pontos essenciais:

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (Amarante, 2009, p. 91).

O processo de Reforma Psiquiátrica¹⁷ foi aberto por intensa militância e participação social. Iniciou-se pelo questionamento das práticas discursivas psiquiátricas e pela imposição da necessidade de superar o paradigma do asilamento e estender o cuidado à dor psíquica ao espaço público. Constituiu-se num processo complexo que se articula em quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural (AMARANTE, 2003). A nova lógica de assistência procura fomentar, em especial, diferente inscrição da loucura na cultura.

Destarte, a luta pela reforma da atenção em ambientes psiquiátricos se insere na luta relativa à história da constituição do Sistema Único de Saúde, da conquista da saúde como direito constitucional. Tratou-se de um contexto de extrema adversidade, contrário aos ideais e princípios que se buscava sustentar. O momento era de luta pela redemocratização do país, em que se registrou ampla participação social junto ao movimento pela Reforma Sanitária e de formulação das políticas e estratégias de saúde.

As diretrizes propostas para o modelo de assistência em saúde mental trouxeram mudanças para a urgente transformação, pondo fim ao caos que dominava as instituições de tratamento da loucura. Tais diretrizes orientam as atuais práticas de cuidado psicossocial e visam a recuperar a dignidade do sujeito, devendo as ações realizadas pelos profissionais se darem no sentido de ensejar sua inserção social.

Um grande avanço foi a apresentação do projeto de lei n° 3.657/89 pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG). Em síntese, o projeto previa: 1 – o impedimento da construção ou

¹⁷ Para mais informações sobre a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil, recomendamos a leitura do livro *Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (AMARANTE, 2009). Trata-se de uma publicação cuja primeira edição foi lançada há mais de duas décadas, permanecendo atual e referência clássica para o estudo do tema.

contratação de novos manicômios pelo poder público; 2 – o financiamento público de dispositivos não manicomial de atendimento, ou seja, modalidades abertas de assistência; e 3 – determinava a obrigação de comunicar as internações compulsórias à autoridade judiciária por meio da emissão de parecer sobre a legalidade da internação. O projeto apresentado em 1989 encontrou muitas barreiras para sua efetivação e foi rejeitado. Somente doze anos depois, mediante várias modificações substanciais, conseguiu-se a aprovação de um projeto substituto. Desse modo, em 6 de abril de 2001, a Lei 10.216, popularizada como Lei da Reforma Psiquiátrica, foi aprovada e propôs mudanças que objetivavam o resgate da cidadania, a ressocialização dos sujeitos e a resignificação da loucura na percepção social.

A partir daí nasce o modelo de Atenção Psicossocial com o propósito de cindir com a cultura da segregação e violência e estabelecer um novo paradigma de cuidado ao louco. Em nosso país foram criadas algumas modalidades de serviço não manicomial, dentre os quais se destaca o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) – serviço aberto e comunitário considerado como estratégia central do processo de Reforma Psiquiátrica, cuja missão é:

[...] dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p. 12).

A criação dos CAPS e outros serviços de atenção psicossocial (como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, os leitos de atenção integral em hospitais gerais e nos CAPS III, as cooperativas e empresas sociais), representam iniciativas importantes para a superação do velho paradigma que silencia, isola e desacredita a loucura.

No novo paradigma de cuidado é de suma importância a organização de equipes multiprofissionais e preconiza-se a configuração de um necessário trabalho multidisciplinar. O direcionamento é a realização de um fazer no qual “o tratamento se converte no acompanhar da vida do paciente e, embora não dispense o saber psiquiátrico, incorpora outros saberes, outros instrumentos e práticas” (RINALDI e LIMA, 2006, p. 57). Sem dúvidas, as diversas disciplinas agregam novos olhares aos estudos e fazeres relativos ao sofrimento psíquico e vêm ajudando a constituir um caminho para melhor compreensão e acolhimento da diferença expressa pela condição subjetiva dos sujeitos tratados.

O trabalho multidisciplinar é necessário ao passo que é complexo e desafiador. Cabe mencionar a Declaração de Caracas, datada de 14 de novembro de 1990, marco teórico que

indica como princípio norteador a adequada atenção integral e multidisciplinar aos sujeitos em sofrimento psíquico. A indicação é a de que a clínica deve ser realizada por profissionais de diferentes campos de saber; e há uma clara preocupação com a atuação dos trabalhadores – quanto à composição das equipes e ajuste ao novo modo de compreensão e trato do fenômeno da loucura (BRASIL, 2005). Assim, é reafirmada a importância da entrada dos diversos saberes no campo teórico-prático da saúde mental, que permaneceram por longo tempo marginalizados e desabonados enquanto forma de conhecimento legítimo para atuar.

Tal preocupação é expressa no *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*, em que é elaborada uma política de recursos humanos que objetiva garantir a capacitação e qualificação continuadas “[...] do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar, possibilitando o exercício ético da profissão.” (BRASIL, 2002, p. 67); esse resultado qualitativo deveria ser atingido por meio de um programa de formação em saúde mental para a Reforma Psiquiátrica desenvolvido e financiado pelo Ministério da Saúde por meio de convênios firmados com a adesão de instituições formadoras como, por exemplo, universidades federais.

No documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, realizada em 2001, sob o título *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*, aparece esta preocupação com a necessidade de preparo para a atenção em Saúde Mental no Brasil expressa no seguinte texto:

Um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a formação de recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura. O processo da Reforma psiquiátrica exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores [...] (BRASIL, 2005, p. 45).

As práticas no contexto institucional, especialmente as que são orientadas para o objetivo proposto pela Reforma Psiquiátrica de “ouvir o sujeito”, também suscitam diversas problemáticas, sendo uma constante preocupação. Os profissionais concordam de forma unânime que “é preciso dar voz ao paciente”, mas fica evidente, em muitos casos, que a escuta ocorre apenas por ser uma oportunidade de confirmação do diagnóstico – fato corrente desde os primórdios da Psiquiatria. Há também os casos em que o sujeito é ouvido, mas sua fala parece não ter relevância, escuta-se apenas para cumprir as exigências dos novos padrões de atuação propostos pela Reforma Psiquiátrica. Em ambos os casos, não há uma valorização da fala do sujeito ou um fazer terapêutico a partir dela.

Na clínica que o paradigma da Reforma Psiquiátrica busca inspirar, deve haver uma preocupação com a ampliação do campo teórico-prático no cuidado e, por isso, é apontada a necessidade de inclusão das dimensões subjetiva, cultural e social dos sujeitos em tratamento. Vale salientar que, embora haja o entendimento de que existem fatores diversos no processo de adoecimento (para além das causalidades biológicas), os discursos e práticas ainda circunscrevem o foco de estudo e ação à doença. Operar segundo essa lógica típica do paradigma psiquiátrico leva a um trabalho fragmentário e reducionista, que proporciona uma atenção caracteristicamente parcial.

Muitos avanços foram conquistados no que tange à luta pela consolidação de um paradigma psicossocial; mas, a despeito disso, o paradigma da psiquiatria continua hegemonicamente atuante e produtor de efeitos contrários à nova lógica de cuidado. Sendo assim, embora os novos padrões de assistência em saúde mental orientem as práticas para a implementação de recursos dialógicos, tanto nas relações entre os profissionais quanto na relação entre o profissional e os sujeitos tratados, persevera a antiga racionalidade alienista do silenciamento.

Os dispositivos substitutos aos manicômios tropeçam em graves impasses na realização do trabalho cotidiano, especialmente no que se refere às práticas desenvolvidas pelos profissionais. Tem sido bastante tematizado o fato de que não é incomum constatar a reprodução da lógica manicomial, especialmente no CAPS, dispositivo ao qual muitos profissionais dão sentido por meio da palavra “capsicômio” ou “minicômio”.

Indubitavelmente, coexistem dois paradigmas no campo de assistência: o paradigma psiquiátrico (silenciador por excelência) e o paradigma tencionado pelo processo de reforma psiquiátrica (de potencial dialógico, porém sufocado por interesses alheios aos seus princípios). Mas, nesse ponto, refaçamos as perguntas que lançamos no início deste capítulo:

- Por que, constantemente, a fala do sujeito não encontra um lugar na instituição de tratamento, local que existe para acolhê-lo e tratá-lo?
- Se as diretrizes para assistência psicossocial preconizam a escuta dos sujeitos em tratamento, por que é secundarizada a observância desse preceito?
- Por qual motivo, quando novas lógicas se insurgem e organizam novo “dizer-fazer” sobre a dor mental (de reconhecido potencial dialógico para orientar as relações no campo), a antiga lógica silenciadora permeia o interior deste e constrange o processo de mudança?

- Se a base da Reforma Psiquiátrica é a inclusão social da loucura, por que ainda é tão difícil romper com práticas silenciadoras e excludentes?

Esses questionamentos trazem em seu bojo, em comum, um apelo à necessidade de desinstitucionalização. Este termo, conforme explica Amarante (2009) significa “[...] entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos” (AMARANTE, 2009, p. 49). Desse modo, o termo faz referência não só ao objetivo que deu as bases do processo de reforma, ou seja: extinção dos manicômios e substituição destes por dispositivos abertos de assistência. Como alerta a citação, mesmo na ausência do manicômio, os saberes e práticas podem continuar produzindo sentidos que reproduzam a lógica manicomial.

É preciso travar a luta pela desconstrução do “manicômio interno”. A fábula oriental “O homem e a serpente”, contada por Basaglia, é interessante para refletirmos acerca da questão. De acordo com a fábula, uma serpente entrou na boca de um homem enquanto ele dormia e, lá no estomago dele, ficou alojada controlando as suas vontades. O homem já não era dono de suas vontades, sendo a serpente única responsável pelos atos dele. Certa manhã, o homem percebeu que a serpente não habitava mais em seu interior e, por isso, finalmente estaria livre. No entanto, percebeu que não sabia o que fazer com a liberdade readquirida. Notou que havia ficado acostumado com a submissão e precisaria reaprender o viver autônomo-desejante (AMARANTE, 2008, p. 66). A fábula pode servir para ilustrar o efeito de mais de dois séculos de hegemonia do paradigma psiquiátrico sobre as soluções que buscam expelir os seus efeitos nocivos. Tanto pior é a situação, porque a serpente não foi extirpada.

Hoje, permanecemos às voltas com as interrogações que nos fazemos para velhos problemas. Tropeçamos a todo tempo em tais problemas, que parecem permanecer invisíveis. Tropeçamos e voltamos a tropeçamos na forte lógica de mercado, nas disputas tecnicistas, na prevalência de um modelo biologicista, preventivista e medicalizador do corpo e do espaço social, dentre outros entraves presentes no campo da saúde em geral. A dificuldade para estabelecer relações dialógicas com o outro é um obstáculo exemplar com o qual topamos cotidianamente. Buscamos a superação de um poderoso paradigma que, além de silenciar o louco, silencia também a inscrição das consequências perversas que provoca. E, assim, seguimos tropeçando.

Por isso, chamamos atenção para o entendimento possível do termo desinstitucionalização. Podemos entendê-lo como um esforço pessoal e, ao mesmo tempo, coletivo, que cada agente do cuidado deve empreender para repensar as percepções e suas lógicas – uma vez que elas conformam os modos de lidar com a existência-sofrimento e criam realidades concretas. Nesse sentido, a desinstitucionalização (em especial, aquela relativa ao ato de transgredir a lógica do silenciamento) seria um compromisso ético promissor para a consolidação do paradigma dialógico, ao passo que se constitui como estratégia contra-hegemônica capaz de impor resistência ao estigma, à violência e ao distanciamento nas relações de cuidado.

É preciso desinstitucionalizar o silêncio. Acreditamos no poder transformador do diálogo, na sua contribuição para fomentar vínculos, ensejar soluções criativas nas práticas e propiciar a construção de espaços de trabalho que considerem, de forma adequada, o modo ímpar de subjetividade expresso pelos sujeitos em sofrimento psíquico. Com isso, introduzimos o tema que será trabalhado no próximo capítulo e encerramos com as palavras do filósofo Martin Heidegger, nos convocando ao posicionamento interrogativo-reflexivo que não prescinde do *antes*, uma vez que ele esclarece o *agora* e elucida o *depois*:

Que quer que pensemos e qualquer que seja a maneira como procuramos pensar sempre nos movimentamos no âmbito da tradição. Ela impera quando nos liberta do pensamento que olha para trás e nos libera para um pensamento do futuro [...]. Mas, somente se nos voltarmos pensando para o já pensado, seremos convocados para o que ainda está para ser pensado (HEIDEGGER, 1979, p. 187). Mas somente o já pensado prepara o ainda impensado que sempre de novos modos se manifesta em superabundância (HEIDEGGER, 1979, p. 390).

4 A PRÁXIS ÉTICO-DIALÓGICA EM SAÚDE MENTAL

“A vida é dialógica por natureza. Viver significa participar do diálogo: interrogar, ouvir, responder, concordar etc. Nesse diálogo, o homem participa inteiro e com toda a vida: com os olhos, os lábios, as mãos, a alma, o espírito, todo o corpo, os atos. Aplica-se totalmente na palavra, e essa palavra entra no tecido dialógico da vida humana, no simpósio universal”.

(BAKHTIN, 2011, p. 348)

A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, começou-se a estabelecer novo paradigma de cuidado em Saúde Mental. De certo, esse movimento vem contribuindo para a modificação da assistência e superação do modelo asilar. No entanto, a prática cotidiana evidencia que grandes barreiras atravancam o andar das transformações e um crescente número de desafios precisa ser enfrentado para consolidação do novo paradigma de cuidado.

Koda (2002) investigou o impacto do processo de Reforma Psiquiátrica nas relações que se estabelecem no âmbito do trabalho em saúde mental e analisou as mudanças produzidas pela implementação do modelo substituto ao hospital psiquiátrico, sob o prisma dos trabalhadores e usuários.

A autora estudou a experiência de construção de uma rede substitutiva de assistência e discorreu sobre as dificuldades e contradições para a efetivação dos pressupostos antimanicomiais a partir das práticas concretas. Ela buscou contribuir para a discussão sobre os conflitos e dilemas vividos por instituições de atenção psicossocial que buscam trabalhar segundo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A preocupação principal foi compreender que realidades vinham sendo construídas por meio das práticas discursivas nos dispositivos substitutos, assim como investigar se os posicionamentos historicamente classificatórios e excludentes são reforçados ou interrompidos.

Em suas considerações finais, Koda (2002) apontou que a mudança do modelo de tratamento no campo da atenção psicossocial enfrenta grandes impasses para a superação do antigo paradigma. Na instituição pesquisada¹⁸, constatou o confronto entre diferentes discursos (como, por exemplo: político *versus* clínico, militante *versus* técnico), que requeriam lugar hegemônico na assistência. A pesquisa também constatou contradições e

¹⁸ A autora realizou sua pesquisa de campo em um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) no município de Santos, Estado de São Paulo.

ambiguidades no desenvolver da práxis e em relação aos sentidos produzidos para compreensão do projeto antimanicomial. Nesse sentido, verificou-se que os pressupostos antimanicomiais operavam de forma parcial no trabalho desenvolvido.

Conforme assevera a autora, se o novo modelo de cuidado tem por finalidade transformar a cultura de tratamento ao louco, ele faz remissão também às mudanças nas relações intersubjetivas e à transformação dos modos de significação vigentes. Contudo, observou-se que modos de perceber anteriores ao novo modelo, embora inadequados, em muitos casos conformam um padrão de agir e representar comuns no que se refere ao entendimento sobre qual é o lugar do técnico, sobre os modos de relação profissional/paciente e a concepção da doença.

Segundo Silveira e Vieira (2005), os novos padrões de assistência que vêm sendo delineados a partir do início do processo de Reforma Psiquiátrica exercem influência sobre as percepções e práticas psicossociais e intensificam a reflexão sobre a noção de cuidado, especialmente no que se refere ao plano das relações que se estabelecem no campo. As autoras destacam a escuta e a palavra como posturas éticas fundamentais, instrumentos organizadores das vivências e facilitadores do acolhimento e vinculação dos sujeitos ao dispositivo de cuidado e ao projeto terapêutico. No entanto, na contramão dos novos padrões técnico-assistenciais, registram um impasse: a prevalência do antigo modelo assistencial guiado pela lógica silenciadora da tradição psiquiátrica.

Guedes et al. (2010) analisaram as produções científicas que tematizaram os processos de reforma psiquiátrica e de desinstitucionalização, bem como a influência desses processos nas práticas em saúde mental. Os alvos das análises foram trabalhos publicados no período de 2004 a 2010. Conforme afirmam, os artigos eleitos e examinados ofereceram uma visão ampla dos avanços e desafios para a efetivação de um trabalho segundo a nova lógica psicossocial na trajetória do processo de reforma psiquiátrica dentro do recorte temporal estabelecido. Segundo as autoras, embora fique clara a busca dos trabalhadores por formas de desconstrução do modelo manicomial, ele continua a persistir nos serviços substitutivos. Elas ainda sublinham a necessidade de desconstruir o “manicômio mental” que, silenciosamente, subjuga novas formas de pensar e as permeiam de preconceito e estigma.

Nunes et al. (2016) realizaram um estudo de caso com vistas a compreender os avanços e desafios para o cuidado em saúde mental no município de Fortaleza pelo discurso dos profissionais, gestores e usuários. A preocupação do estudo foi verificar como se configuravam as práticas e saberes no dia a dia e em que nível se efetivava o modelo de atenção psicossocial territorial. Entre os impasses encontrados, os autores indicaram que

ambos os modelos (modelo hospitalocêntrico e modelo de atenção psicossocial) conviviam na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e que, em geral, o foco do cuidado era direcionado para a clínica individual, com ênfase na prescrição medicamentosa. Desse modo, os CAPS apresentaram um funcionamento ambulatorial, tendo o médico como principal profissional. Na percepção geral dos autores, havia um reforço do modelo de atenção psiquiátrico clássico, pois as práticas e percepções dos profissionais permaneciam sintonizadas com a lógica operacional asilar.

Partindo da proposta de Franco Rotelli, Amarante (2007) postulou o conceito de *processo social complexo* para dizer sobre a importância de se pensar o campo da saúde mental em seu caráter dinâmico e processual e que as mudanças no campo devem ultrapassar a esfera organizativa e assistencial (às quais a maioria das iniciativas de transformação esteve limitada) e abranger o âmbito das práticas e das concepções sociais – as pesquisas mencionadas (Koda (2002), Silveira e Vieira (2005), Guedes et al. (2010) e Nunes et al. (2016)) apontam reverses exatamente nesses dois âmbitos indissociáveis. É perfeitamente inteligível que tais problemas façam parte do processo. Como esclarecido:

Quando falamos em processo pensamos em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente. Nesse caminhar vão surgindo novos elementos, novas situações a serem enfrentadas. Novos elementos, novas situações, pressupõem que existam novos atores sociais, com novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas, de pertencimento, de classe social. Enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões (AMARANTE, 2007, p. 63).

Isso significa dizer que a produção de cuidado no campo da saúde mental é um processo de grande complexidade, especialmente pelos múltiplos atravessamentos de ordem intersubjetiva envolvidos.

Vemos que, em grande medida, as dificuldades enfrentadas para efetivação do novo paradigma se devem às vicissitudes da dimensão relacional e, mais precisamente, àqueles que dizem respeito à interação dialógica. Por isso, propomos uma reflexão orientada a compreender como, nas relações, os processos dialógicos podem contribuir para a superação do desafio de transformar as percepções e práticas no campo conforme o modo psicossocial¹⁹. Consideraremos três eixos argumentativos: 1) Apontamentos sobre a ética dialógica; 2)

¹⁹ Em Amarante (2012), Costa-Rosa fala sobre o modo psicossocial e enfatiza suas principais características e inversões no que se refere a maneira de compreender-agir no campo da saúde mental do modo asilar.

Reflexão sobre a práxis ético-dialógica; e 3) Apresentação de uma experiência de cuidado ético-dialógico.

4.1 A ÉTICA DIALÓGICA

Como ponto de partida, ponderemos o sentido da palavra diálogo – central para as reflexões aqui pretendidas. Vale salientar que, embora plena de riqueza semântica e valor prático, essa palavra, tão corrente em nossa língua, se mostra esvaziada, desvitalizada e, em geral, sofre um emprego alegórico. Adalberto Novaes salientou brilhantemente: “Uma palavra que se impõe é, muitas vezes, todo um mundo de relações que ela revela; [...] Quando uma palavra perde o vigor, é uma ideia que perde a vida” (NOVAES, 2009, p. 13). Propomos um resgate/ressignificação da palavra diálogo no intento de acentuar o seu valor epistemológico e ético para, a partir daí, pensar as possíveis interações com questões cotidianas e aportes para o saber-fazer no cuidado em saúde mental.

O termo diálogo tem origem na palavra grega “diálogos” que é constituída por dois elementos justapostos: a preposição *dia*, que significa “por meio de” e o nome *logos*, geralmente traduzido como “palavra”. Diálogo, então, significa “por meio da palavra”. Assim, etimologicamente, a “palavra” é requisito para o diálogo. Desse ponto de vista, o diálogo pode ser entendido como uma experiência que estabelece um elo entre os sujeitos, permitindo o compartilhamento de sentidos por meio da palavra (BRAIT, 2014c).

Segundo proposto por Mariott (1999), dialogar é refletir junto e observar a experiência de forma cooperativa. Assim, o diálogo é visto como um método de conversação que viabiliza a comunicação e possibilita criar e compartilhar novos significados que surgem dessa interação. Ele ainda acrescenta que na experiência do diálogo não devem ocorrer análises e julgamentos imediatos; ao contrário, pressupõe-se abertura para a escuta e reconhecimento do sujeito que fala. A abertura para o diálogo implica no que Ferreira (2005) descreve como o interesse pelo saber do sujeito, pelo que este saber conduz de sua singularidade, da forma como ele deseja.

Em Novaes (2009), o diálogo é pensado como um propiciador de compatibilidades, de pontes de entendimento para a tecitura de um sentido comum. Diante disso, o diálogo deixa de ser uma modalidade discursiva e se converte em um valor ético em todo o fazer humano. A crescente dificuldade humana em dialogar é qualificada pelo autor como “tragédia contemporânea”; trata-se de uma dificuldade presente no cerne das mais diversas formas de intolerância à diferença.

O filósofo russo Mikhail Bakhtin (1895-1975) pode ser considerado um dos mais proeminentes teóricos do diálogo. A análise da interação entre os sujeitos via linguagem constituiu a preocupação principal em suas construções teóricas, especialmente por entender que a comunicação é a essência do ser – dado o irremediável caráter dialógico da vida. O emprego da língua ocorre em forma de enunciado, que é definido como unidade real de comunicação discursiva, menor unidade do discurso. Conforme sua concepção:

A verdadeira substância da língua não é um sistema abstrato de formas linguísticas nem pela enunciação monológica isolada, nem pelo ato psicofisiológico de sua produção, mas pelo fenômeno social da interação verbal, realizada através da enunciação ou das enunciações. A interação verbal constitui assim a realidade fundamental da língua (BAKHTIN, 2006, p. 125).

É apenas por meio de enunciados (ou enunciações) que o homem exprime individualmente seus pensamentos e sentimentos em palavras e se liga diretamente à realidade e aos outros falantes. Desse modo, “[...] a língua passa a integrar a vida através de enunciados (que a realizam); é igualmente através de enunciados concretos que a vida entra na língua” (BAKHTIN, 2011, p. 265).

Brait (2014a) esclarece que a noção de enunciado é central nos estudos de Bakhtin, na medida em que facilita pensar a linguagem em suas dimensões histórica, cultural e social, abrangendo aí os sujeitos, suas relações e discursos.

Em linhas sumárias, um enunciado é uma expressão particular dotada de tema, estilo de linguagem e construção composicional²⁰. Esses elementos são o tripé estrutural do enunciado, estão vinculados a determinado campo de atividade humana e do emprego da língua, visto que cada campo possui seu repertório de enunciados – ou *gêneros do discurso*, conforme nomeia Bakhtin. Ele não distingue gêneros orais e escritos, mas os classifica em dois tipos: 1) os gêneros do discurso primários são os diálogos mais simples e imediatos, como as conversas cotidianas; b) os gêneros do discurso secundários são considerados complexos; assimilam os gêneros primários e os reelaboram, porém são mais estabilizados e institucionalizados; são predominantemente escritos, como romances, dramas, pesquisas científicas. Alguns exemplos de gêneros do discurso: artístico, científico, diálogo cotidiano, oficial, literário, técnico, retóricos, sociopolítico, publicísticos entre outros. (BRAIT, 2014b; BAKHTIN, 2016)

²⁰ Sobre cada elemento estrutural do enunciado (tema, estilo e composição) ler Brait (2014a).

Conforme esclarecimento, “exatamente porque surgem na esfera prosaica da linguagem, os gêneros discursivos incluem toda sorte de diálogos cotidianos, bem como enunciações da vida pública, institucional, artística, científica e filosófica” (BRAIT, 2014a, p. 155). Os gêneros são sociais, dialógicos e ideológicos por essência (BAKHTIN, 2016).

Segundo Bakhtin, falamos por meio de enunciados pertencentes em seu conjunto a determinado gênero do discurso, que é adquirido à semelhança da aquisição da língua materna – transmitida a nós, não por dicionários ou gramáticas, mas por enunciados concretos nas comunicações cotidianas:

Nós assimilamos as formas da língua somente nas formas dos enunciados e justamente com essas formas. As formas da língua e as formas típicas dos enunciados, isto é, os gêneros do discurso, chegam a nossa experiência e a nossa consciência juntas e estreitamente vinculadas. Aprender a falar significa aprender a construir enunciados (porque falamos por enunciados e não por orações isoladas e, evidentemente, não por palavras isoladas) (BAKHTIN, 2011, p. 283).

Desse modo, a experiência verbal humana resulta da apropriação criativa da palavra do outro (BRAIT, 2014b). Bakhtin salienta a natureza extralinguística do enunciado (unidade de comunicação discursiva) ao diferenciá-lo das unidades da língua (palavras e orações) e tece uma crítica aos estudos linguísticos, que confundem essas duas distintas unidades. Ao procederem assim, colocam a função comunicativa da linguagem em segundo plano, diminuindo sua complexidade e suprimindo o caráter ativo da comunicação discursiva. No esclarecimento, é interessante a seguinte metáfora emprestada de Stálin: “As palavras são os tijolos, a gramática são as regras e os meios da construção do edifício – isto é o enunciado” (BAKHTIN, 2016, p 146).

Na perspectiva bakhtiniana, os sujeitos não são entendidos apenas como emissores e receptores de mensagens (falantes-ouvintes); ao contrário, é realçada a compreensão responsiva como elemento ativo no processo de comunicação real:

Toda a compreensão da fala viva, do enunciado vivo é de natureza ativamente responsiva (embora o grau desse ativismo seja bastante diverso); toda compreensão é prenhe de resposta, e nessa ou naquela forma a gera obrigatoriamente: o ouvinte se torna falante (BAKHTIN, 2011, p. 271).

Diferentemente da oração (unidade da língua) que é regida por leis gramaticais e consiste num pensamento acabado em si, o enunciado é concebido como um elo na corrente de outros enunciados. Entende-se que os sujeitos esperam uma resposta na situação de interação, um papel ativo do outro, seja de concordância, discordância, complemento,

contestação, apoio, ressalvas, afirmação ou outra resposta de qualquer natureza. Esse fato chama atenção para um detalhe estrutural importante: os limites do enunciado são definidos pelo princípio de alternância. Isso quer dizer que a comunicação é marcada pelo revezamento (réplica) da palavra entre os sujeitos do discurso: “O falante termina o seu enunciado para passar a palavra ao outro ou dar lugar a sua compreensão ativamente responsiva” (BAKHTIN, 2011, p. 275).

Além do princípio de alternância, outro traço peculiar ao enunciado é a *conclusibilidade*. Trata-se de um aspecto interno da alternância do enunciado que garante a possibilidade de responder a ele diante da percepção de seu acabamento. Ainda, “o enunciado é o mínimo daquilo a que se pode responder, com o que se pode concordar ou não-concordar” (BAKHTIN, 2016, p. 133).

Outro traço estrutural essencial do enunciado é o *endereçamento*, ou seja, o enunciado possui autor e destinatário – a consideração deste último influencia a construção do enunciado, a escolha do seu estilo e do gênero do discurso. Um enunciado sempre se dirige a alguém; ele é dialógico por sua natureza social. Sem endereçamento o enunciado não é possível.

Bakhtin (2011) descreve o diálogo como a forma mais elementar de comunicação, gênero discursivo primário formado na comunicação imediata e concreta com o outro. O termo se destaca entre os conceitos-chave presentes em suas obras e é também concebido como modo de reação da palavra à palavra de outrem (BRAIT, 2014b). Para ele,

O diálogo, no sentido estrito do termo, não constitui, é claro, senão uma das formas, é verdade que das mais importantes, da interação verbal. Mas pode-se compreender a palavra ‘diálogo’ num sentido amplo, isto é, não apenas como a comunicação em voz alta, de pessoas colocadas face a face, mas toda comunicação verbal, de qualquer tipo que seja (BAKHTIN, 2006, p. 125).

A concepção bakhtiniana devolveu a potência da significação desta palavra-chave ao cunhar, a partir dela, o conceito de dialogismo. Para além de ser um sinônimo superficial para a palavra diálogo, como pode sugerir, a noção de dialogismo alude à relação enquanto fundamento da existência humana. O termo está intimamente relacionado ao exercício de alteridade expresso pelo esforço de compreensão do mundo do outro, porquanto “em certa medida, a compreensão é sempre dialógica” (BAKHTIN, 2011, p. 316). Assim, uma relação dialógica é pensada como uma forma especial de relação que tem o sentido por fundamento e que ocorre entre os enunciados de diferentes sujeitos do discurso.

Partindo da consideração de que a postura ética é sempre uma postura alusiva ao outro, diante da essência falante humana, a compreensão responsiva configura uma postura ética fundamental e apenas possível na comunicação dialógica. Isso porque, a palavra, por natureza, deseja ser ouvida, quer e busca a compreensão e teme a irresponsividade. Tendo em vista que “[...] a própria compreensão já é dialógica” (BAKHTIN, 2011, p. 327), grande importância deve ser dada a esse aspecto da relação comunicativa.

Outra apreensão bakhtiniana capital é a de que a identidade advém da experiência alteritária. Nesse sentido “A identidade do sujeito se processa por meio da linguagem, na relação com a alteridade” (BRAIT, 2014b, p. 123).

O pensador austríaco Martin Buber (1878-1965) também concebe a relação inter-humana como originária. Portanto, para ele, o eu só existe na relação. O eu não é substância, é relacional. Buber ([1923] 2001) desenvolveu o que pode ser considerado uma ontologia da relação, pois apresenta em suas elaborações conceituais – embora carente de sistematização – os aspectos mais gerais do vínculo dialógico. A palavra tem lugar privilegiado nas reflexões buberianas, pois é entendida como via de introdução do homem na existência (ZUBEN, 2008). Conforme resume Levinas (2014), para Buber:

[...] o Eu não é substância, mas relação: existe somente enquanto se refere a um Tu, cuja existência é dada pela palavra que dirige ao Eu. Ao contrário, o verdadeiro acesso à alteridade do outro não é uma percepção, mas é trata-lo por tu, isto é, falar ao outro antes mesmo de falar dele. Se dele falar, já é dilacerar a relação; falar a ele significa fazer com que a sua alteridade se realize (LEVINAS, 2014, p. 08).

Buber ([1923] 2001) discorre sobre dois possíveis e distintos modos do homem relacionar-se no mundo. Esses modos relacionais são representados pelo que ele denomina de palavras-princípio: *Eu-Tu* e *Eu-Isso*. São pares de palavras indissociáveis, ou seja, não existem isoladamente; então, não é possível o *Eu* sem o *Tu* ou sem o *Isso*. Aqui, “palavra” significa a atitude sustentada pelo sujeito nas relações. Logo, “As duas palavras-princípio, ao se atualizarem não só estabelecem dois modos de ser-no-mundo, mas também imprimem uma diferença no estatuto ontológico do outro. No entanto, o fundamento cabe à palavra-princípio *Eu-Tu*” (BUBER, [1923] 2001, p. 32).

A atitude inter-relacional tencionada pela palavra-princípio *Eu-Tu* possibilita a abertura para o encontro com o outro. Esta é a atitude que humaniza, pois estabelece um elo imediato, dialógico e recíproco entre os sujeitos. Para Buber, “[...] o *Tu* ou a relação são originários. O *Tu* se apresenta ao Eu como sua condição de existência, já que não há Eu em si, independente; em outros termos o si-mesmo não é substância, mas relação. O Eu se torna Eu

em virtude do Tu” (BUBER, [1923] 2001, p. 32). Quando dizemos *Tu* ao outro, reconhecemos e confirmamos sua humanidade no encontro. É o dizer *Tu* que permite um tornar-se presente e presentificar o *Tu*; permite um afetar-se pela presença do *Tu*, esse outro, em sua singularidade. *Eu-Tu* é uma atitude relacional que pode se ter não apenas com homens, mas também com a natureza e com o que é da ordem do espiritual.

Por outro lado, a atitude que a palavra-princípio *Eu-Isso* tenciona é a de um posicionamento monológico frente ao outro polo da interação. Em geral, consiste em uma experiência entre o *Eu* e coisas ou objetos. Exprime uma experiência de objetivação, classificação e distanciamento do *Tu* (que desse modo é tornado em *Isso*) com vistas à obtenção de saber, para conhecer e produzir sentido. Bartholo Junior (2001) acrescenta:

O mundo do Isso é indispensável para a vida humana. Sem ele seria inviabilizada a possibilidade de se assegurar a continuidade da vida humana, suprindo as necessidades vitais por meio de toda uma variada gama de atividades técnicas, econômicas, institucionais, jurídicas etc. Mas o mundo do Isso não se basta como fundamento ontológico do inter-humano (BARTHOLO JUNIOR, 2001, p. 79).

Assim sendo, o *Eu* não entra em relação, mas em um relacionamento, ou experimentação com fins utilitários. Então, nesse caso, “o experimentador não participa do mundo: a experiência se realiza “nele” e não entre ele e o mundo. O mundo não toma parte da experiência” (BUBER, [1923] 2001, p. 53). Com essa atitude, o *Tu* da relação, se humano, é reificado como *Isso* e não pode ser visto em sua alteridade. Quanto a essa postura, em sua forma radicalizada, tão comum em nossos dias quanto no tempo-contexto da obra, Buber argumenta:

O homem não é uma coisa entre outras ou formado por coisas quando, estando eu presente diante dele, que já é meu Tu, endereço-lhe a palavra-princípio. Ele não é um simples Ele ou Ela limitado por outros Eles ou Elas, um ponto inscrito na rede do universo de espaço e tempo. Ele não é uma qualidade, um modo de ser, experienciável, descritível, um feixe flácido de qualidades definidas. Ele é Tu, sem limites, sem costuras, preenchendo todo o horizonte. Isso não significa que nada mais existe a não ser ele, mas que tudo o mais vive em sua luz (BUBER, [1923] 2001, p. 53).

Buber ([1923] 2001) propõe a estrutura dual da existência com base nas palavras-princípio; duas formas de revelar-se como humano; duas atitudes diferentes que constroem mundos distintos. Em sua proposta ontológica, a experiência humana é marcada pela constante modulação entre as duas atitudes, *Eu-Tu* e *Eu-Isso*, não cabendo valorar a diferença

entre elas. Embora pareça ruim quando comparado com a relação *Eu-Tu*, o relacionamento *Eu-Isso* tem importância para a produção de conhecimento. O problema está em priorizar cada vez mais as vivências *Eu-Isso* lá onde deveriam ser *Eu-Tu*.

A filosofia dialógica, tanto em Buber quanto em Bakhtin, imprime potência aos conceitos de palavra, encontro, diálogo e compreensão na proposta de uma ética relacional. A dimensão intersubjetiva aparece em destaque na medida em que, para ambos os teóricos, o homem é um ser dialogal e a relação um ato primevo, acontecimento vivencial e concreto, sendo o outro fundamental para a existência do eu.

As reflexões que conduzimos até aqui provocam a seguinte indagação: se a relação é a via de ligação/compreensão e existência humana, como podemos pensar o homem fora dela? Essa indagação é aquela que se faz imperativo levantar no âmbito da saúde mental, uma vez que aponta a imprescindibilidade da dimensão relacional e a necessidade de ultrapassar as delimitações impostas a ela.

4.2 A ÉTICA DIALÓGICA NA PRÁXIS

Nesse ponto do trabalho torna-se claro que atribuímos o adjetivo “ético-dialógico” àquela práxis que toma o diálogo (compreendido em seu sentido de essência, criação e interligação humana) como ética de cuidado. Para pensar a práxis ético-dialógica é pertinente fazer referência à noção de clínica *ampliada* – na qual, citando mais uma vez o aforismo basagliano, a doença é colocada “entre parênteses” para que o foco seja o sujeito. Isso posto, “[...] sugere-se, portanto, uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da Clínica: da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, pretende-se também incluir o sujeito e seu contexto como objeto de estudo e de práticas da Clínica” (CAMPOS, 2003, p. 57).

Na clínica *ampliada* há a intervenção técnica e científica sobre a doença (como na clínica *oficial*), mas essa não é a preocupação exclusiva. Para além disso, são incluídas ações de acolhimento, escuta, promoção de cidadania e autonomia, assistência, prevenção etc. Nessa perspectiva, pode-se dizer que o objeto de estudo e trabalho da clínica *ampliada* não é apenas a doença, mas o sujeito, sua doença e seu contexto social (CAMPOS, 2003).

A posição central no processo de cuidado é ocupada pelo sujeito na clínica *ampliada*, o que justifica sua intitulação como “clínica do sujeito”. Vê-se aí um modo de pensar muito propício para a consideração da singularidade de cada caso (do aspecto imprevisível e de novidade que comporta) e para a valorização da escuta aos sujeitos assistidos, com o

reconhecimento do quanto essa escuta é primordial para proporcionar o encontro. Pinheiro e Mattos (2009) assinalam que:

[...] é preciso ter claro que se a linguagem é ato, é encontro, não haverá reconstrução de expressões de necessidade, redefinições de finalidades e de articulação de recursos sem transformações nas interações entre os sujeitos. Não há busca de integralidade que não chegue, por um caminho ou por outro, à necessidade de enriquecer o diálogo entre os sujeitos implicados nas práticas de saúde: entre profissionais e usuários e de profissionais entre si. Por isso, não se consegue pensar em integralidade sem considerar o contexto de intersubjetividade em que se dá o cuidado, sem considerar o diálogo como seu fundamento, em qualquer plano em que se o analise, da macroesfera da constituição do Estado à microesfera do ato terapêutico (PINHEIRO e MATTOS, 2009, p.13).

Neste trecho, os autores clarejam um dos aspectos do conceito de integralidade, dentre diversos outros, que realça a dimensão relacional. Por esse ângulo, quando se fala em ampliação da clínica, alude-se ao desenvolvimento de uma plasticidade na apreensão das necessidades de saúde, para entender o sujeito como ser complexo e real, que se dá a conhecer a partir dos relatos, nas trocas dialógicas.

A temática do diálogo na relação de cuidado é o ponto chave do artigo *Leituras Holísticas: de Tchekhov à Medicina Narrativa* (2015). Por meio de um debate crítico sobre a prática clínica articulado com a análise instigante de um conto²¹, a autora chama atenção para a relevância de se adotar uma postura dialógica, “[...] e um modo de exercer a prática clínica que tenha em conta a pessoa do paciente, no seu contexto doméstico, familiar e social [...]” (FERNANDES, 2015, p. 73).

Temas como o acolhimento e a escuta sensível ao outro e a sua realidade, posicionamento contrário ao estigma e à medicalização também são trabalhados. Há uma ênfase no fato de que, na relação de cuidado, ocorre o encontro entre duas culturas distintas, dois mundos diversos, o que se constitui como um aspecto dificultador em si. Comunicar-se, dialogar, conhecer, implica em linguagem, se dá num contexto social, em determinada comunidade profissional, sobre o outro cultural – e nisso reside a grande complexidade das interações.

Outra questão bastante importante conduzida ao debate por Fernandes (2015) é a necessidade de questionar a natureza da relação, na medida em que sabemos do forte poder exercido pela figura do médico (ou, por quem está na posição de prestar o cuidado), adoção de postura hierárquica, de detenção do saber – que pode empobrecer a escuta e dificultar

²¹ Trata-se do conto “Um caso da prática médica”, do médico e escritor russo Anton Tchekhov, publicado originalmente em 1898.

trocas dialógicas. Na reflexão sobre a vivência médico-paciente do conto de Aton Tchékhev, são identificados os elementos que caracterizam “[...] um encontro verdadeiro entre dois seres humanos”, elementos estes considerados indispensáveis pela autora em uma relação de cuidado:

Por outras palavras, trata-se dum verdadeiro diálogo, dado que ambos os interlocutores se respeitam, se colocam no mesmo patamar, e se vão posicionando à medida que a conversa se desenrola, visando uma genuína troca de pontos de vista, um entendimento autêntico. [...] A capacidade de gerar confiança, a abertura para o imponderável do que o outro tem para nos contar, a disponibilidade para a escuta atenta, a empatia, [...] (FERNANDES, 2015, p. 75).

Diálogo, escuta, respeito, responsabilidade, disponibilidade, autenticidade, confiança, compreensão, reciprocidade. Todos esses elementos aventados na citação acima são fundamentais para doar dialogicidade a um encontro inter-humano, em toda e qualquer relação que se estabelece no espaço de saúde – válido para as relações clínicas, as relações técnicas e de gestão.

Uma práxis ético-dialógica se abre para as trocas comunicativas e valorização da palavra do outro. Trata-se de um modo de cuidar que preza pelo diálogo como principal recurso para compreensão do outro em sua diferença; uma práxis que reconhece e valoriza o seu saber, cultura, crenças, valores, histórias, significações de vida. Nessa direção, a noção de práxis ético-dialógica é consonante com o conceito de diversidade cultural em saúde proposto por Amarante e Costa (2012).

Na percepção da diferença sempre são enfatizados os aspectos negativos ou positivos observados. Nessa observância, aquilo que há de estranheza ou incomodo inspira à desvalorização e rejeição. Historicamente muitos grupos sofreram ou sofrem discriminação, violência e exclusão por terem a sua diversidade (condição subjetiva, classe social, religiosidade, raça, sexualidade, gênero etc.) negativada. Tal negatização perpassa a formação, a atenção e o trabalho em saúde. Todas as condições de singularidade exigem reconhecimento e respeito na inter-relação social e devem ser vistas como integrando a complexa dimensão da diversidade cultural (AMARANTE e COSTA, 2012). Desse modo,

Os serviços de saúde não podem perder de vista procedimentos simples, como escutar os pacientes, identificar e respeitar diferenças culturais ao pensar em atenção à saúde de alta qualidade, buscando a composição de visões de mundo que possibilite o enfrentamento e a resolução dos problemas (AMARANTE e COSTA, 2012, p. 23).

Vemos que a noção de diversidade cultural – aqui, apenas tangida superficialmente – não perde de vista duas direções éticas elementares para uma praxis dialógica em saúde mental: a escuta e a presença receptiva e acolhedora da diferença.

4.2.1 A noção de escuta

A escuta recebeu grande importância nos estudos de Sigmund Freud. Reconhecidamente, consiste em uma das principais orientações éticas da Psicanálise para a relação terapêutica e alude à importância de acolher o que é dito pelo sujeito, o que sua fala deixa transparecer do seu trabalho de sustentação vivencial.

A teoria freudiana está alicerçada no entendimento da estrutura mental, enquanto aparelho de linguagem (FREUD, [1894], [1896], [1917]), e na compreensão do laço social como fonte de sofrimento humano (FREUD, 1930). São somadas a tais asserções as argumentações de Jaques Lacan para sustentar que o sintoma é estruturado como linguagem (LACAN, 1998), bem como a afirmação de Basaglia de que o corpo social produz sofrimento psíquico (BASAGLIA, 1985) e o apontamento de Joel Birman de que toda doença está no campo da subjetividade (BIRMAN, 2005).

Os pontos listados proveem o embasamento para o entendimento de que o modo de ser singular e complexo do sujeito em sofrimento mental advém de sua luta por simbolizar e superar o próprio sofrimento (originado na cultura e no social), que se expressa em seu corpo, na sua fala e faz parte do processo de elaboração do saber sobre si mesmo. Isso aponta também o porquê da atribuição de centralidade à linguagem e, assim, à escuta na teorização psicanalítica.

Por esse caminho, ao considerar a centralidade da linguagem para o humano, aquilo que na lógica psiquiátrica deveria ser calado por via medicamentosa é subversivamente valorizado na diretriz freudiana da escuta. A orientação de escuta é essencial, pois é por meio da palavra que o sujeito transmitirá a sua história, suas vivências, seu mal-estar ou suas alegrias. E isso é feito caso a caso.

Destarte, a disponibilidade para ouvir cria um espaço de apoio ao sujeito no seu processo de construção do próprio tratamento. Há uma aposta na capacidade do sujeito de construir o saber sobre si mesmo e a oferta de uma ajuda nesse sentido.

Acolher a fala do outro, se colocar na posição de ouvinte constitui uma tarefa difícil, mas a proposta de Lacan (1988) pode nortear esse fazer. Ele recomenda que, na relação terapêutica, ocupemos a função de “secretários do alienado”. Conforme explica:

Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta - o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada (LACAN, [1955-56] 1988, p. 241).

Olhando para além do sentido pejorativo com que se empregava a expressão “secretário do alienado”, vemos aí um convite que nos incentiva a ocupar a posição de testemunhas. No sentido dicionarizado, testemunha é a pessoa chamada a assistir a certos atos autênticos ou solenes. Ser testemunha, nesse intento, é dar espaço para que o próprio sujeito narre seus dilemas, suas dificuldades e soluções não tomando sua fala no registro da caducidade (que é a resposta social mais ordinária) e sim no registro da valorização.

Testemunho é abertura. Abertura para acolher e respeitar as verdades do outro – ainda que não se consiga acessá-las ou compreendê-las em sua diferença radical. A fala que parece desorganizada pode ser externada desse modo por advir da difícil tentativa de organização de uma vivência insuportável para o sujeito. Essa abertura para a escuta é o único meio para a compreensão do saber existente no obscuro do que nos é dito. Nesse sentido, a direção é “[...] acolher cuidadosamente essa fala, muitas vezes incompreensível para nós, pois é nela e através dela que podemos entrever um sujeito e sua verdade” (RINALDI e LIMA, 2006, p. 57).

Em muitos casos, a escuta é impedida em função da precipitação em julgar aquilo que, do mínimo que se ouve, é classificado como um sintoma psicótico. Mesmo nos casos em que, de fato, trata-se de delírio, Lacan recomenda não nos apressarmos, porque no que se refere ao sintoma, “[...] o colocar logo de saída no parêntese psiquiátrico é justamente a fonte de incompreensão na qual se mantiveram até o momento em relação a ele. Estabelecem logo de saída que se trata de um fenômeno anormal e, como tal, condenam-se a não compreendê-lo” (LACAN, 1988, p. 147). Numa práxis ético-dialógica, é importante levar sempre em conta a pergunta:

Por que, então, condenar de antemão à caducidade o que se externa de um sujeito que se presume estar na ordem do insensato, mas cujo testemunho é mais singular, e mesmo inteiramente original? Por mais perturbadas que possam estar suas relações

com o mundo exterior, mesmo assim não guarda talvez seu testemunho, seu valor? (LACAN, [1955-56] 1988, p. 243).

Como indicamos mais de uma vez, a clínica psiquiátrica põe o sujeito entre parênteses para se ocupar da doença (AMARANTE, 2003, p. 57). Seguindo esse raciocínio basagliano, podemos dizer que na clínica psiquiátrica, pensa-se: no sujeito há sintoma e simplifica-se o quadro clínico ao que se observa visivelmente. Para a clínica ético-dialógica, diversamente, interessa que o sujeito seja elemento central, não o sintoma. Então, devemos nos ocupar do sujeito, buscando enxergar aquilo que, seja em sua palavra ou no sintoma, o revela.

Essa postura atende ao requisito de uma autêntica relação dialógica, na qual é necessário o estabelecimento da díade nomeada por Bakhtin de “falante-compreendedor”. Ele usa o termo compreendedor em substituição ao termo ouvinte para explicitar o fato de que o ouvinte também é ativo na relação, realçando, assim, que compreender é um ato em si. Além disso, o compreendedor também assume a posição de falante na relação, havendo uma alternância entre os papéis. A esse respeito Bakhtin esclarece:

Por outro lado, falante e compreendedor jamais permanecem cada um em seu próprio mundo; ao contrário, encontram-se num novo, num terceiro mundo, no mundo dos contatos; dirigem-se um ao outro, entram em ativas relações dialógicas. A compreensão é sempre prenhe de resposta. Na palavra do falante, há sempre um elemento de apelo ao ouvinte, uma diretriz voltada para a sua resposta (BAKHTIN, 2016, p. 113).

É por meio da fala que o sujeito se revela; revela o seu posicionamento no mundo, como a cultura e o social o afetam, como se dá a construção/desconstrução de sua identidade, de que forma ele se relaciona com o mal-estar que surge nas experiências da vida. Uma práxis ético-dialógica se abre para a comunicação, aumenta e valoriza a presença do sujeito; preconiza uma escuta que aflora de um olhar diferenciado e acolhedor para o sofrimento psíquico e suas diversas formas de expressão – em geral vistas como indicadoras de anormalidade.

4.2.2 A noção de aprendiz da clínica

Faremos algumas pontuações sobre os conceitos de *trabalho prescrito* e *trabalho real* pois serão úteis para introduzir a discussão. O conceito de *trabalho prescrito* pode ser

entendido, de forma resumida, como um conjunto de regras e normas que determinam a forma como uma tarefa deve ser realizada. No entanto, prescrições são sempre incompletas, pois não abrangem todas as situações encontradas na prática do trabalho, mesmo que se trate de uma tarefa considerada simples e repetitiva. Conforme observa Brito (2006a), o conceito de *trabalho prescrito*, talvez por sua origem, se liga à concepção taylorista de organização do trabalho (que tentava predizer e controlar ilimitadamente o processo produtivo) e se refere às exigências ao trabalhador para a realização das atividades.

O conceito de *trabalho real*, por sua vez, nasce da constatação de que o trabalhador não é mero executante de prescrições. Para dar conta dos fazeres, há que se realizar uma série de outras ações que não estão prescritas (ações extraprescrição), e isso requer sensibilidade, tomada de decisão, escolhas, habilidades diversas, criatividade, dentre outros.

As situações reais de trabalho são dinâmicas, instáveis e permeadas de imprevistos, havendo sempre discrepâncias entre o discurso sobre a prática e a experiência efetiva. Corroborando com essas linhas, Dejourns (2004) define o real como aquilo que se faz conhecer no mundo por meio da resistência ao domínio técnico e ao conhecimento científico; ou seja, o real é aquilo sobre o qual a aplicação da técnica não resulta em êxito – mesmo quando utilizados corretamente os recursos tecnológicos, científicos, as diretrizes e orientações previstas.

Segundo Dejourns (2004), o real confronta cada trabalhador com o revés, a surpresa desagradável que produz sentimento de impotência, irritação, raiva, decepção, perda de ânimo. Por isso, o autor afirma que “é sempre afetivamente que o mundo se manifesta para o sujeito” (DEJOURS, 2004, p.28). A partir disso, definimos o *trabalho real*, grosso modo, como o conjunto de elementos mobilizados pelo trabalhador para realizar o *trabalho prescrito*. *Trabalho real*, então, seria o produto de todo um processo, resultante da gestão que se faz das exigências, ou regras ligadas à tarefa, no momento da execução (os desvios, os ajustes e regulações, as invenções).

Brito (2006b) cita o filósofo francês Yves Schwartz, na perspectiva da Ergologia, relatando alguns de seus apontamentos pertinentes ao tema. Para ele, uma atividade de trabalho deve ser considerada de diferentes ângulos, na medida em que perpassa “[...] o biológico, o psicológico e o cultural, o individual e o coletivo, o fazer e os valores, o privado e o profissional, o imposto e o desejado” (BRITO, 2006b, p. 290). Schwartz afirma que as atividades sintetizam todos esses elementos, não sendo possível separá-los nas situações concretas. Isso justifica, segundo o autor, a necessidade de diálogo e visão de

complementariedade entre diferentes campos de saber para superação dos desafios de cada fazer.

O entendimento de Schwartz se aplica bem ao trabalho em saúde, em que se dá uma multiplicidade de processos intersubjetivos, ou seja, várias subjetividades estão em relação. A intersubjetividade é mesmo a essência do trabalho em saúde, que pode ser caracterizado como um fazer que se realiza com sujeitos, entre eles, para e sobre outros sujeitos. O espaço de cuidado em saúde exige intenso trabalho psíquico, pois nele se harmonizam e se chocam desejos, fantasias, sentimentos variados em tipo e intensidade, positivos ou negativos, para todas as partes envolvidas (individuais e grupais).

Essas reflexões apontam a necessidade de atentar para o que asseveram Azevedo e Sá: “[...] o espaço dos serviços de saúde não é só um espaço material, normativo e político, mas um espaço intersíquico [...]” (AZEVEDO e SÁ, 2013, p. 40).

Grande parte da complexidade do vasto campo da saúde é consequência do processo de trabalho ser pautado no contato humano, na relação entre as pessoas. Assim, os agentes são elementos centrais no processo de produção de cuidado, do “trabalho vivo” desenvolvido e suas ações/percepções trazem consequências para o campo:

[...] a interação nas organizações envolve os sujeitos e os grupos e, assim, a dimensão do desejo, da pulsão, do afeto, dos processos inconscientes, enfim, da dimensão imaginária e simbólica das organizações, para além das, ou paralelamente às, suas dimensões materiais, burocráticas, políticas e sociais (AZEVEDO e SÁ, 2013, p. 40).

O aspecto destacado frisa a relevância de se levar em conta os processos intersubjetivos na dinâmica dos serviços e considerar os processos relacionais na análise dos impasses e soluções (conceituais ou práticos) ligados ao processo de transformação do modelo de cuidado. Há uma dimensão simbólica que é central, na medida em que no fazer de cada sujeito fala a cultura, as histórias, os afetos, as crenças, as fantasias. Uma multiplicidade de elementos subjetivos, de forma singular, se expressa nas práticas diárias e diz do contentamento ou das angústias, das alegrias e do sofrimento de cada trabalhador. Além disso, tais fatores produzem impacto no campo.

Entender o campo da saúde mental como um *processo social complexo* é de suma importância para encontrar formas de atuação que questionem os limites do saber biomédico e da racionalidade gerencial para a compreensão/intervenção nos processos de cuidado. Dar foco à análise dos aspectos relacionais (subjetivos, intersubjetivos e inconscientes) – para

além das questões estruturais – é crucial para a ampliação dos sentidos e ações para fora das fronteiras materiais e biológicas.

Na reflexão sobre o trabalho institucional multidisciplinar na atenção psicossocial, a perspectiva de Alfredo Zenoni traz o registro de uma concepção interessante da contribuição psicanalítica para o fazer na instituição. Zenoni (2000) discorre sobre a ideia de que a relação entre as pessoas que trabalham e intervêm na instituição e o sujeito em tratamento não deve ser determinada pelo saber acadêmico adquirido pelo profissional, mas sim pelo saber constituído nas relações estabelecidas.

Zenoni (2000) esclarece que “[...] é na escola da psicose que nós nos colocamos para aprender como praticar” (ZENONI, 2000, p. 19). Reforçando esse entendimento, Viganò (2004) diz tratar-se de “[...] um saber relativo à relação que não se faz em substância sobre os livros; é um saber capaz de fazer, que requer preparação muito elevada, que se aprende com o paciente” (VIGANÒ, 2004, p. 17). Em ambas as citações, os autores acentuam o fato de que o aprendizado é originário da relação.

A noção de que devemos nos colocar na posição de aprendizes da clínica em relação aos outros profissionais e sujeito do cuidado, subverte a lógica predominante nas instituições: a lógica da hierarquia de saberes. “Diante de tudo que temos para aprender, o saber constituído, os títulos, os diplomas, tudo isso vai ser fortemente relativizado nessa posição de pesquisa, de estudo, de questionamento” (ZENONI, 2000, p. 19). Essa concepção posiciona todos os trabalhadores em um mesmo nível, com a mesma responsabilidade e objetivo: trabalhar, em conjunto, estratégias que cooperem para a produção de cuidado.

A observância de uma lógica de horizontalização dos saberes – em detrimento da lógica vertical de hierarquização de saberes – é propícia para fomentar uma prática na qual todo conhecimento é igualmente valorizado e somado, contribuindo para que se tenha uma visão panorâmica, um melhor entendimento do sujeito em sua complexidade e para que se amplie as possibilidades de ações de saúde. Ferreira (2005) apresenta ideia semelhante ao afirmar que:

Neste campo de experiências extremas ninguém possui a resposta, até porque esta só pode ser construída na experiência terapêutica *plural*. Deve-se privilegiar, portanto, um certo *comunismo de ideias* (Freud/Jung, [1907:18F](1976), onde a contribuição de cada um não deve ser privatizada (FERREIRA, 2005, p. 205).

Assim, como bem assinala Zenoni (2000), por uma questão de lógica, o trabalho multidisciplinar dispersa a suposição de saber, principalmente se atentamos para a requerida postura de aprendizagem. Acrescento: e mesmo triplamente, pois no plano prático observa-se que uma relação produtora de saúde pode se dar entre o sujeito e quaisquer trabalhadores da instituição, como os agentes de segurança, de limpeza, os cozinheiros, o técnico, ou seja, não exclusivamente com o profissional de nível superior.

Esses breves apontamentos ressaltam o quanto a adoção de uma postura de “aprendiz da clínica” e a noção de “escuta” são contributivas para nortear a práxis na atenção psicossocial; auxilia-nos a repensar posicionamentos cristalizados e a descentralizar o conhecimento psicopatológico e nosológico, viabilizando que o sujeito assuma o lugar central no tratamento, com suas singularidades e responsabilidades.

As noções de “aprendiz da clínica” e de “escuta” são linhas de orientação fecundas para que seja questionada a certeza de possuir a ciência completa ou suficiente sobre o sujeito e a singularidade de sua existência e para reconhecer o outro como alguém capaz de transmitir um saber que oriente a prática, no vínculo dialógico.

4.3 UMA EXPERIÊNCIA DE PRÁXIS ÉTICO-DIALÓGICA

Ao menos no ocidente, podemos afirmar que a conduta terapêutica hegemônica para tratamento do sofrimento mental, independente da severidade e/ou persistência desse sofrimento, é a medicamentosa. O que constatamos é que essa conduta assistencial não promove melhoras na condição de saúde dos sujeitos, visto que, diversamente, produz agravo à saúde e até mesmo desfechos fatais, conforme demonstrado por alguns pesquisadores do tema (CONRAD, 2007; AMARANTE e FREITAS, 2015; WHITAKER, 2017).

No Brasil, a influência do paradigma manicomial na assistência psicossocial continua a repercutir na produção de sentido e, conseqüentemente, nos modos de conduzir as questões do campo. Assim, as práticas e os saberes tencionados na assistência à saúde mental, nos diferentes dispositivos da rede de atenção, ainda são predominantemente direcionados à medicalização.

Diante desse impasse, a questão que emerge é aquela indicada no início deste capítulo: o campo da saúde mental é marcado por extrema complexidade, tributária, em grande medida, das vicissitudes da dimensão relacional do processo de trabalho/cuidado. Essa assertiva é corroborada por pesquisas que observam que as ações para superação do paradigma psiquiátrico poderiam ser mais bem encaminhadas se as estratégias direcionadas a este

objetivo dessem maior atenção aos processos inter-relacionais, ou seja, à interação dialógica (KODA, 2002; SILVEIRA e VIEIRA, 2005; e GUEDES et. al, 2010).

Nessa direção, existe um bom exemplo de trabalho segundo a ética-dialógica. Fazemos referência ao Open-Dialogue ou, traduzido, Diálogo Aberto: uma abordagem de cuidado em saúde mental cujo desenvolvimento teve início há quase quatro décadas na Lapônia ocidental finlandesa. Trata-se de uma abordagem criteriosamente embasada em estudos com evidência científica, que possui representativo volume de material publicado e acessível.

Segundo Kantorski e Cardano (2016), muitos países têm buscado conhecer e aplicar o método finlandês como alternativa favorável à desmedicalização e à redução da cronificação e de incapacidades resultantes dos modos tradicionais de tratar as psicoses. Os autores analisaram diferentes experiências (de acompanhamento, treinamento, estudo, pesquisa ou aplicação) de pesquisadores de países como os Estados Unidos da América, o Reino Unido, a Itália, a Noruega e a Bélgica com o Diálogo aberto. Foi verificado que as pesquisas que avaliaram o método do Diálogo Aberto reconheceram a sua adequação e potência para tratamento das psicoses, bem como sua contribuição para mudança nas relações culturais com a loucura e inserção social dos sujeitos.

A perspectiva do Diálogo Aberto nasceu por iniciativa de Jaakko Seikkula, fruto de sua experiência como psicólogo no hospital psiquiátrico de Keropudas na Finlândia, a datar de 1981. Ao longo dos anos de trabalho na instituição, Seikkula e demais trabalhadores da equipe desenvolveram recursos teórico-práticos para intervir nas diversas situações psiquiátricas, independente da gravidade, sempre amparados por pesquisas. Com isso, uma abordagem coletiva de trabalho em saúde mental começou a ganhar forma e, em 1988, Jaakko passou a realizar a análise sistemática e registro dos relatórios de pesquisa da nova prática (SEIKKULA e ARNKIL, 2016).

Em suma, trata-se de um modo de organizar a prática, “[...] é um determinado tipo de agir e de coordenar as ações” (AMARANTE e FREITAS, 2015, p. 119) em que se faz a administração seletiva e mínima de medicamentos antipsicóticos, pelo menor tempo possível e apenas quando a necessidade é imperativa. O diálogo é a diretriz norteadora do tratamento, sendo a comunicação dialógica entre a rede de profissionais, o sujeito em tratamento, sua família e sua rede social o ponto central dessa abordagem, que, inclusive, agrega as ideias dialógicas de Bakhtin.

Os fundamentos da abordagem nórdica são sistematizados em sete princípios, que deixam transparecer a centralidade dada ao sujeito no processo de cuidado. Sistematizamos uma apresentação resumida dos princípios no quadro abaixo:

Quadro 2 - Os sete princípios do Diálogo Aberto

1	<i>Ajuda Imediata</i>	Realizar a primeira intervenção rapidamente, nas primeiras 24 horas.
2	<i>Perspectiva de rede Social</i>	Integrar toda e qualquer pessoa ou instituição que possa auxiliar a família e o sujeito na resolução das questões terapêuticas e sociais.
3	<i>Flexibilidade e Mobilidade</i>	Ajustar o tratamento às singularidades de cada caso, em cada fase.
4	<i>Responsabilidade</i>	A equipe que realiza o primeiro atendimento fica responsável por planejar e acompanhar todo o processo terapêutico (referência).
5	<i>Continuidade psicológica</i>	Assegurar o tratamento pelo tempo necessário.
6	<i>Tolerância de incertezas</i>	Evitar precipitações, tendo paciência para suportar inseguranças, sempre em rede, e fortalecer o processo terapêutico (válido para profissionais e familiares).
7	<i>Dialogicidade (e Polifonia)</i>	Dar prioridade em propiciar e manter o diálogo no processo de tratamento para gerar compreensão e soluções na inter-relação.

Fonte: Adaptado pela autora a partir de Seikkula e Aarkil (2016) e Olson et al. (2014)

A abordagem do Diálogo Aberto possui dois atributos basais: 1 – é um sistema de tratamento integrado, de base comunitária, no qual o envolvimento da família e da rede social do sujeito é fundamental, desde o primeiro contato da solicitação de ajuda; 2 – é uma "Prática Dialógica", ou uma forma distinta de conversação terapêutica dentro da "reunião de tratamento" (que é o principal contexto terapêutico) (OLSON et al., 2014)

Amarante e Freitas (2015) relatam que a região da Finlândia enfrentava graves problemas na área da saúde, da economia e apresentava resultados insatisfatórios no tratamento da esquizofrenia (que era hospitalocêntrico e baseado em tratamento medicamentoso), exibindo os piores índices em comparação com outros países da Europa. Na década de 80, por exemplo, a incidência era de 35 novos pacientes com esquizofrenia por 100 mil habitantes (SEIKKULA et al., 2006). Hoje, a região apresenta os melhores resultados de todo o ocidente. O número de casos anuais de esquizofrenia diminuiu de 35 para 2 por 100 mil habitantes de 1985 a 2005 – esta média permanece até hoje, destacando o país pelos excelentes resultados que atinge.

Esse sucesso advém do caminho encontrado para a questão que os profissionais levantaram a respeito de qual seria o papel dos medicamentos neurolépticos no tratamento das

psicoses. Para responder a questão foi realizado um estudo de *follow-up*, em nível nacional, com duração total de cinco anos (entre os anos de 1992 e 1997). Um dos objetivos específicos do estudo foi estudar se a administração de medicação neuroléptica pode ser adiada ou evitada, ou se é possível diminuir as doses.

No estudo, foi testada a atenção psicoterapêutica dispensada a pacientes de primeira crise psicótica em seis locais diferentes. Metade destes dispositivos poderia dar tratamento inicial medicamentoso aos pacientes em primeiro surto – conforme era normal fazer no cotidiano da instituição. A outra metade (incluindo o Hospital Psiquiátrico de Keropudas em Tornio, Lapônia Ocidental) poderia evitar dar medicamento na fase inicial do tratamento, ao menos durante as primeiras três semanas. A decisão de usar ou não a medicação neuroléptica se deu mediante uma estratégia: nas três primeiras semanas usou-se benzodiazepínicos quando houve necessidade de medicação. Em seguida, na ausência de progresso, o uso de neurolépticos foi considerado. Essa estratégia objetivou descobrir modos de integrar a medicação ao tratamento psicossocial segundo uma necessidade real e específica.

Os seis locais participantes da pesquisa ofereceram psicoterapia aos pacientes. Os três locais dos grupos experimentais (aqueles que não administraram remédios inicialmente) tiveram treinamento e operaram segundo os princípios do Diálogo Aberto; estes foram os locais que tiveram melhores resultados: os pacientes não expostos aos remédios melhoraram a situação de saúde após seis semanas do experimento e continuaram o processo de melhora.

Os resultados da pesquisa revelaram que, dentre os participantes que se beneficiaram do modelo do Diálogo Aberto, apenas aproximadamente um terço precisou fazer uso de antipsicóticos no período da pesquisa, porém metade destes foi capaz de parar de usar o medicamento. 82% dos pacientes de primeiro surto, que não fez uso de antipsicóticos, estava sem sintomas residuais. Destes, 81% logrou reinserção social: voltou a trabalhar em tempo integral ou estudar e não voltou a ter novos surtos. Apenas 14% dos pacientes deste grupo se tornou doente crônico e dependente de auxílio-doença finlandês. 17% teve recaída durante os primeiros 2 anos e 19% nos 3 anos seguintes (SEIKKULA et al., 2006). Sobre isso Whitaker (2017) comenta:

A Lapônia Ocidental havia descoberto uma fórmula de sucesso para ajudar pacientes psicóticos a se recuperarem, sendo crucial para esse sucesso a sua política de não fazer uso imediato de neurolépticos em pacientes com um primeiro episódio, uma vez que ela proporcionou uma “válvula de escape” para os que podiam recuperar-se naturalmente (WHITAKER, 2017, p. 348).

A partir dessa perspectiva dialógica de trabalho, a esquizofrenia está desaparecendo da região, pois segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), atribui-se o diagnóstico de esquizofrenia apenas para os casos em que os sintomas persistam por mais de seis meses. Como os sujeitos se recuperam antes desse prazo, não recebem o diagnóstico – e assim escapam do seu efeito estigmatizante e agravante em si. Vale salientar que, embora os sujeitos enfrentem dificuldades mentais, o modelo de atenção evita a cronicidade.

Na perspectiva de atenção à saúde mental finlandesa, assistência e investigação são desenvolvidas simultaneamente. Um ponto evidencia que o sucesso dessa perspectiva de cuidado não se deve a uma cultura favorável à práxis: como mencionado, as condições de saúde e economia em todo o país eram precárias e os desfechos para a psicose eram igualmente péssimos até o raiar da década de 1980. A partir daí, com o desenvolvimento e aperfeiçoamento do método dialógico, pesquisas científicas minuciosamente documentadas demonstraram que os resultados do tratamento são significativamente diferentes em locais do mesmo país, dependendo apenas da direção terapêutica: dialógica ou medicalizante.

SEIKKULA et al. (2006) afirmam que a abordagem do Diálogo Aberto não é dispendiosa e, mesmo que não haja estudos demonstrando a relação custo-benefício, pode-se comparar o financiamento dos cuidados de saúde finlandês e tirar conclusões. Isso devido a profunda recessão que o país enfrentou e que resultou em considerável corte nos recursos destinados ao setor psiquiátrico. Segundo esclarecem, de 1980 a 1990, os recursos diminuíram 33%. Ainda que os profissionais considerem os cortes no financiamento injustos e ameaçadores, o tratamento de pacientes de longo prazo não sofreu prejuízo qualitativo, especialmente o tratamento dos pacientes de primeira crise. Os autores mencionam um estudo em outra área de captação na Finlândia em que a organização de uma equipe de trabalho multiprofissional para intervenção psiquiátrica é significativamente mais econômica se comparada ao tratamento hospitalocêntrico.

Isso leva a crer que o sistema de atenção psicossocial finlandês pode ser adaptado a outras realidades, inclusive, à realidade brasileira e auxiliar a reestruturação das políticas públicas de saúde mental, impactando positivamente na qualidade e efetividade dos serviços e propiciando o redirecionamento do olhar sobre as diferenças humanas.

5 PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

“As palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios. É, portanto, claro que a palavra será sempre o indicador mais sensível de todas as transformações sociais, mesmo daquelas que apenas despontam, que ainda não tomaram forma, que não abriram caminho para sistemas ideológicos estruturados e bem formados. [...] A palavra é capaz de registrar as fases transitórias mais íntimas, mais efêmeras das mudanças sociais”.

(BAKHTIN, 2006, p. 40)

Um grande desafio para o campo da saúde mental hoje é efetivar o modelo de atenção psicossocial tencionado pelo processo de Reforma Psiquiátrica, visto que, na prática cotidiana, o discurso psicossocial conflitua com o discurso da psiquiátrica tradicional – que obstaculiza o seu progresso. Figuram entre as dificuldades mais comuns, e agravadas por esse embate, a prevalência da hegemonia do saber médico-psiquiátrico, os reveses do trabalho em equipe multidisciplinar, o entendimento do sofrer psíquico como doença mental, o direcionamento do foco de intervenção e estudo para a doença mental, o problema da medicalização e outras formas de silenciamento do sofrimento mental. Estes são alguns dos entraves que confirmam a persistência de um modelo de tratamento afinado com a lógica manicomial.

Aos aspectos citados se soma outro: o campo de trabalho em saúde mental (em saúde de um modo geral) é essencialmente um campo intersubjetivo. Isso implica no fato de que os profissionais de diferentes áreas de saber, os sujeitos em sofrimento mental que ali recebem assistência, seus familiares e rede social de apoio, enfim, tudo o que se realiza no cotidiano dos serviços substitutos da rede de atenção em saúde mental passa pelo necessário estabelecimento de relações inter-humanas – aspecto que, por si só, complexifica a práxis e ressalta o valor da dimensão relacional, ainda secundarizada, nos processos de cuidado.

Desse modo, podemos dizer que as concepções de cada sujeito que atua nos serviços são atravessadas por uma multiplicidade de elementos intersubjetivos (valores, ideologias, tradições, prescrições, cultura, crenças etc.) que, de forma singular, se entretecem no exercício de produção de conhecimento e formação dos repertórios discursivos.

Koda (2002) observa que o trabalho nos dispositivos substitutos produz as formas de conhecimento que constituem os modos de operar e se relacionar no dia a dia institucional. Como bem pontua Carlos Batistella, “[...] as práticas desenvolvidas nos serviços de atenção à saúde, conscientes ou não, estão relacionadas diretamente a determinadas concepções de saúde-doença-cuidado vigentes” (BATISTELLA, 2007, p. 01). Na dinâmica inter-relacional, as concepções de cada um se delineiam conforme as determinações políticas, históricas, econômicas, culturais, de forma contextualizada, e se expressam no trabalho cotidiano.

Aqui, retomamos mais uma vez a questão da coexistência de dois paradigmas no campo da saúde mental. O paradigma da psiquiatria tradicional, atravessado por elementos históricos, sociais e culturais, enseja a produção de sentidos para o saber e o agir em conformidade com a lógica manicomial. Em contraponto, está o paradigma da Reforma Psiquiatria que, fundamentado pela lógica psicossocial, visa a produção de sentido com potencial ético-dialógico para a práxis.

Usamos propositalmente a palavra práxis por julgá-la mais apropriada quando fazemos referência ao trabalho (sempre novo, sempre outro por sua natureza inter-humana) de produção de cuidado. Vale frisar que, embora seja bastante usada como sinônimo de prática, empregamos essa palavra de origem grega em um sentido mais próximo da noção marxista. Nesse entendimento, práxis é aquilo que acontece no real do trabalho (ademais dos saberes instituídos, ainda que possa contar com eles), indissociável e intrinsecamente relacionada à intersubjetividade e ao ato criativo. A práxis se dá no instante da atividade e para além do que está prescrito, do normatizado. Refere-se ao processo de criação a partir da prática diária concreta, à passagem da crítica ao plano prático, para enfrentamento e transformação das situações diante das quais se deseja mudança (MARX e ENGELS, 1974).

De carona nesse raciocínio, podemos dizer que a fundamentação ético-dialógica da práxis em saúde mental é um caminho promissor para a transformação das relações com aqueles que sofrem a dor psíquica. Isso aponta a relevância de se avaliar o que tem sido efetivado no real do cotidiano das instituições para embasar a reflexão e ação sobre o que faz avançar ou travancar a marcha. A esse respeito, Amarante (2007) diz:

Se não tivermos em mente que falamos de uma ruptura paradigmática, poderemos criar muitos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sem avaliar que tipo de trabalho está sendo desenvolvido [...]. O CAPS pode ser um ótimo serviço. Depende da consciência dessa ruptura, da discussão da medicalização, da ideia mais ampla da Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo nesses lugares. (AMARANTE, 2007, p. 173)

Assim, a análise dos sentidos que os profissionais produzem sobre os sujeitos em tratamento e o cuidado que dispensam a eles é profícua para identificar e compreender elementos de afastamento ou de consonância com os paradigmas existentes no campo. O ponto de partida é o entendimento das percepções como produtoras de conhecimentos que conformam as práticas reforçadoras ou modificadoras de realidades sociais concretas.

Essa compreensão é amparada pela concepção da realidade como instância construída discursivamente. Nesse sentido, Foucault ([1970] 2014) adverte que os discursos devem ser vistos não apenas como conjuntos de signos, mas “[...] como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam” (FOUCAULT, ([1970] 2014), p. 55) e sua apreensão pode se dar, segundo Bakhtin (2006), com base em sua essência histórica e cultural.

Destarte, e em harmonia com o que podemos ler na epígrafe deste capítulo, a palavra (entendida pelo autor, nesta circunstância, como discurso) nasce das relações sociais e se dirige ao outro, variando a depender do grupo social do sujeito e das relações que estabelece com seu grupo em determinado contexto. Aqui há menção aos estilos de linguagem (ou estilos funcionais) que são estilos de gênero específicos de uma determinada área de atividade ou ocasião de comunicação – ou *Gêneros de Fala*, conforme Spink (2010).

Se tomarmos como exemplo as falas dos profissionais do cuidado em saúde mental, podemos encontrar distintos gêneros, como o científico (psiquiátrico, psicanalítico), o militante, o religioso, o ético-dialógico etc. Cada campo tem o seu estilo, que é inseparável do tema e da composição (BAKHTIN, 2016). Dito de outro modo:

Assim concebidos, os discursos aproximam-se da noção de *linguagens sociais*, que, na definição de Mikhail Bakhtin (1929/1995), são os discursos peculiares a um estrato específico da sociedade – uma profissão, um grupo etário etc. –, num determinado contexto, em um determinado momento histórico (SPINK, 2013, p. 03).

Cabe lembrar que “O discurso só pode existir de fato na forma de enunciados concretos de determinados falantes, sujeitos do discurso. O discurso sempre está fundido em forma de enunciado pertencente a um determinado sujeito do discurso, e fora dessa forma não pode existir” (BAKHTIN, 2016, p. 28). O filósofo ainda destaca que não há “ideias nuas”, na medida em que, por ser dialógico, todo enunciado participa do intercâmbio de ideias.

Notemos que o discurso é entendido como prática social, sendo destacada a sua natureza dialógica, relacional, ideológica e criadora, e também a relevância do contexto para a construção de sentidos. Nesse caso, Spink (2013) esclarece que na perspectiva bakhtiniana o

foco de análise recai sobre as trocas linguísticas, segundo critérios performáticos; ou seja, interessa o momento, o modo, as condições e intenções do uso dos enunciados.

O discurso, assim considerado, abre caminho para um conceito crucial em nosso estudo: o conceito de prática discursiva, definido como “[...] linguagem em ação, ou seja, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (SPINK, 2013, p. 05). Essa ideia é pautada por Bakhtin, para quem “Discurso é a língua *in actu*” (BAKHTIN, 2016, p. 117). Spink e Gimenes (1994) fazem referência às práticas discursivas como formas diversas de produzir realidades sociais e psicológicas via discurso.

Diante disso, nossa pesquisa se desenha como um estudo de caso de natureza qualitativa por tratar-se de um modelo que considera o sujeito de linguagem em sua inserção social. O estudo qualitativo é adequado aos propósitos de compreender fenômenos que pela expressão prática e discursiva se apresentam. Assim, podemos explorar as significações que dessas expressões se desdobram. A pesquisa qualitativa permite a investigação do nosso objeto de estudo, que pode ser descrito como um fenômeno social total, vestígio e, ao mesmo tempo, reflexo da atividade humana (LÉTOURNEAU, 2001, p. 144).

Nossa estratégia teórico-metodológica se apoia em aportes de estudos da linguagem que nos ajudam a compreender os sentidos produzidos pelos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial e a analisar suas práticas discursivas. A pesquisa se ancora na perspectiva do Construcionismo Social, na qual a realidade é vista como uma construção dialógica e compartilhada, isto é, uma construção possível apenas na relação, via diálogo.

A realidade é um produto humano cocriativo. Nossa compreensão do mundo depende do nosso olhar sobre ele. Estamos sempre tentando dar consistência para as coisas a nossa volta, aos acontecimentos, ao outro, às diversas experiências do viver. O empenho para dar sentido é uma atividade humana fundamental. Bakhtin (2011) reiterou a índole responsiva do sentido, a sua vocação de responder perguntas; as coisas para as quais não encontramos resposta figuram como algo sem sentido e, portanto, fora do diálogo.

Foi realçada outra característica de grande importância: o sentido é potencialmente infinito, não existe em si – existe somente para outro sentido, não podendo ser único, ou isolado. Nesse caso, sempre se trata de intercâmbio, pois “uma ideia se torna ideia real no processo de intercâmbio de ideias, isto é, no processo de produção do enunciado para o outro” (BAKHTIN, 2016, p. 149).

Em meio aos exemplos interessantes estão as pinturas rupestres, desenhos feitos pelos povos pré-históricos nas paredes das cavernas; esses achados registram a tentativa daqueles

primeiros grupos humanos de simbolizar, significar as principais questões de suas vidas. Isso nos diz que desde tempos muito remotos a humanidade busca um entendimento de si, do outro, do mundo e se dedica em encontrar as respostas, os sentidos de que necessita. Além disso, nesses achados há uma clara intencionalidade comunicativa – o que sinaliza que mesmo a forma mais antiga de linguagem se exprime pela necessidade de comunicação, revelando sua natureza dialógica.

Produzir sentido é gerar conhecimento; é algo que fazemos a todo instante e nos possibilita prover soluções práticas para as circunstâncias diárias e imediatas. Em outras palavras:

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais, historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (SPINK, 2010, p. 34).

Em relação à linguagem em uso, o sentido é sempre dialógico, visto que pressupõe o outro e se dirige a ele. Desse modo, trabalhar segundo a abordagem construcionista “[...] implica adotar a perspectiva de que o conhecimento é algo que as pessoas fazem juntas. Conseqüentemente, resulta numa socialização do conhecimento que passa a ser algo que construímos juntos por meio de nossas práticas sociais e não algo que apreendemos do mundo” (SPINK, 2010, p. 09).

A ideia básica do Construcionismo se alicerça no entendimento de que aquilo que julgamos ser realidade é construído socialmente. A realidade é definida por nós a partir de tradições culturais e existe dentro dessas tradições, podendo não existir, ou existir de modo diverso, em tradições culturais diferentes. Os sentidos são criados no interior das relações, dentro de sistemas de regras, valores, costumes, convenções, de categorias definidas, legitimadas e compartilhadas socialmente.

Gergen (2010) exemplifica essa questão com a metáfora do “jogo de linguagem” introduzida pelo filósofo Ludwig Wittgenstein. Isso permite observar que as palavras pertencem a sistemas de regras ou convenções (como a gramática, por exemplo, dentre muitos outros) que possibilitam descrever ou explicar as coisas e definem o que podemos e como podemos dizer e, assim, limitam a liberdade de expressão. Conforme explica, os “jogos de linguagem” integram esquemas mais abrangentes de atividades nomeados por Wittgenstein como *formas de vida* (lebensform):

A noção de formas de vida não acaba sendo definida por Wittgenstein, pois ela adquire significado na conjunção com os jogos de linguagem e com as regras utilizadas nas mais variadas circunstâncias. A forma de vida consistirá na concordância de respostas de qualquer certa comunidade linguística, o que, conseqüentemente, desemboca na concordância de juízos e definições dentro de um discurso com valor de verdade (JUNIOR, 2011, p. 79).

De acordo com Junior (2011), sentido e linguagem se ligam em conformidade com três critérios: o modo de uso das palavras (uso de regras), o contexto de emprego das palavras (“jogos de linguagem”) e as funções que as palavras devem exercer (*formas de vida*). Assim sendo, o exame das significações apenas se esclarece contextualizado pelas *formas de vida* – âmbito relacional em que as palavras adquirem e expressam seu sentido (as profissões, ou as disciplinas, por exemplo). Nessa acepção, a interação entre as atividades humanas e a linguagem constitui o centro das *formas de vida*, pois é uma das maneiras pelas quais os sujeitos se manifestam em comunicação.

Nesse sentido, Gergen (2010) esclarece que “as palavras ajudam a manter essas formas de vida, ao mesmo tempo em que as formas de vida conferem significado às palavras. Concomitantemente, essas formas de vida começam a desenhar os limites de nossos mundos” (GERGEN, 2010, p. 27).

O Construcionismo Social considera que a realidade é construída por acordos realizados nas comunidades, sendo que a partir das relações estabelecidas os sentidos são criados e se definem as afirmações de verdade. Entende-se que a verdade é uma produção e é inerente à comunidade, aos modos de vida nela compartilhados. É por esse motivo que os construcionistas rejeitam verdades universais e preconizam a abertura humana para variadas formas de significar e avaliar, com respeito às diferentes tradições e favorecimento de formas de diálogo e colaboração para surgimentos de novos valores, novas visões.

É interessante pensar nas ideias construcionistas como um guarda-chuva: “o guarda-chuva construcionista permite que nos movimentemos através das tradições para apreciar, avaliar, absorver, amalgamar e recriar” (GERGEN, 2010, p. 33).

Gergen (2010) ainda apresenta quatro proposições que ajudam a entender o significado em sua origem relacional: 1) Os enunciados de um indivíduo não têm significado em si mesmos; 2) O potencial de significado é concretizado através de uma ação complementar; 3) A própria ação complementar requer um complemento; e 4) As tradições nos oferecem possibilidades de significado, mas não determinam o que deve ser.

Em comparação com a teoria bakhtiniana da comunicação dialógica, podemos associar a primeira proposição ao princípio do endereçamento; a segunda e terceira proposições

remetem à responsividade dos enunciados, pois supõem que “a compreensão é uma forma de *diálogo*; ela está para a enunciação assim como uma réplica está para a outra no diálogo. Compreender é opor a palavra do locutor uma *contrapalavra*.” (BAKHTIN, 2006, p. 135). A quarta proposição reafirma o sentido como algo que não se deixa enformar numa verdade exclusiva, lembrando a ideia bakhtiniana de que o sentido se dá no “entre” relacional, tem caráter dialógico, é relativo e aberto a múltiplas possibilidades de leitura.

Conforme Spink (2010), os sentidos são fluidos e contextuais. A autora esclarece que os repertórios linguísticos de cada um (noções, termos, figuras de linguagem, conceitos aprendidos ao longo da vida, de diversas formas, que dão sustentação à linguagem) aparecem no processo de interanimação dialógica e circunscrevem o conjunto de construção de sentidos possíveis. A perspectiva da análise da produção de sentido e práticas discursivas trabalha a noção de repertórios linguísticos a partir de uma tripla divisão temporal: o Tempo Longo, o Tempo Vivido e o Tempo Curto.

O tempo longo refere-se à história das ideias, aos repertórios linguísticos constituídos ao longo do tempo que permanecem presentes na cultura e ativos na produção de sentidos. É o tempo histórico, no qual se assentam os elementos imaginários advindos das formações discursivas de épocas diversas nas sociedades (SPINK e Gimenes, 1994; SPINK, 2013). Podemos exemplificar o domínio dos conteúdos do Tempo Longo com os elementos histórico-culturais que compuseram os discursos de alteridade no espaço-tempo, influenciando a produção de sentido e cuidado para a loucura – assunto debatido no segundo e terceiro capítulos deste trabalho.

O Tempo Vivido, como sugere a expressão, é o tempo de existência do sujeito; tempo em que se registram os conteúdos advindos da socialização de cada um. Assim, “aprendemos a usar repertórios a partir das nossas posições de pessoas: a família em que fomos criados; a escola, universidade que frequentamos. Esses diferentes contextos de socialização definem as oportunidades de contato com repertórios, Gêneros de Fala e linguagens sociais” (SPINK, 2013, p. 33). É também o tempo em que os conteúdos do Tempo Longo são ressignificados e atualizados a partir dos repertórios linguísticos adquiridos no campo de formação e de atuação profissional. Assim, no caso dos profissionais que atuam no campo da saúde mental, é o tempo em que se inscrevem os elementos dos discursos tencionados pelos paradigmas operantes – exploramos esse assunto no terceiro capítulo.

O Tempo Curto alude ao momento da interação, da troca dialógica; instante em que ocorre a produção de sentidos e a possibilidade de compreensão destes. “É nesse tempo que se presentificam as diferentes vozes ativadas pela memória cultural do tempo longo ou pela

memória pessoal do tempo vivido” (SPINK, 2013, p. 33). Este é o tempo do “aqui e agora” das entrevistas e das observações das práticas discursivas no cotidiano institucional.

Sobre a temática da produção de sentido, Spink e Gimenes (1994) compreendem que produzir sentido é conhecer, mas não se trata somente de um processo funcional para gerar informação ou aprendizado. A produção de sentido implica em escolha, em se posicionar na relação com os objetos, conceitos, teorias, situações e com o outro, tratando-se assim de um processo de constante negociação de identidades sociais. De acordo com Spink (2013), a noção de identidade é mais estrutural e fixa, enquanto a noção de posicionamento é fluida e contextual (como o sentido), “São posições de pessoas assumidas (conscientemente ou não) no processo de interação como produtos da interação” (SPINK, 2013, p. 36).

Ao se posicionar, o sujeito se situa no acontecimento dialógico histórica, social e culturalmente – o que salienta a importância do conceito de posicionamento no trabalho com produção de sentidos que, como assevera Spink e Gimenes (1994), requer a observância das permanências culturais e sociais e da função do discurso no contexto em que é produzido.

Ao investigar os discursos e práticas dos profissionais podemos observar seus posicionamentos e analisar que saberes sustentam a forma de perceber o sujeito do cuidado e a forma de produzir cuidado no microcontexto analisado. Com base no referencial teórico-metodológico abordado até aqui, investigamos as práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial e, por meio delas, examinamos que realidades estão sendo construídas cotidianamente, que mudanças estão sendo operadas no que se refere à efetivação do modelo psicossocial e orientação ético-dialógica das práxis.

6 LOCAL E DESENHO DA PESQUISA

“Que ninguém tente debilitar o sentido da relação: relação é reciprocidade. [...] Todo meio é obstáculo. Somente na medida em que todos os meios são abolidos acontece o encontro”.

(BUBER, [1923] 2001)

Realizamos nossa pesquisa em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro. O trabalho de campo foi concluído em seis meses, tempo durante o qual efetuamos a observação participante e as entrevistas.

A escolha do local de pesquisa se deu em função de suas peculiaridades. O contexto é ilustrativo e bastante propício para a observação dos modos de cuidar em difíceis realidades, repletas de conflitos e pressões diversas. Outro motivo para a escolha é fato de que o serviço pesquisado fica em um município vizinho de locais que sediaram grandes manicômios; um deles, aliás, reconhecido como o maior da América Latina – cuja distância do CAPS pesquisado era de apenas 12 km. Desse modo, a cultura e história local se construíram à sombra de grandes vultos asilares, expostas à lógica de entendimento e tratamento da loucura tencionada pelo paradigma manicomial. Interessa perceber como as novas formas de cuidado consonantes com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica se desenvolvem num contexto com tais configurações.

A pesquisa buscou investigar o processo de cuidado no cotidiano institucional com o propósito de identificar elementos de impasse ou potencializadores do que entendemos como práxis ético-dialógica em saúde mental, conforme abordado nos capítulos anteriores e, singularmente, no CAPS escolhido para o estudo, a partir das práticas discursivas nele observadas.

Passamos, agora, a ressaltar alguns aspectos contextuais que atravessam o cenário micropolítico estudado e se articulam nos sentidos produzidos e expressos nos discursos e fazeres cotidianos. Como seres sociais, tocamos e somos tocados pelos contextos em que nos inserimos. Conforme a teoria enunciativa da comunicação em Bakhtin, os enunciados (sociais e ideológicos por essência) não existem senão em um contexto social, pois cada sujeito tem um “horizonte social” que determina as suas construções enunciativas (BAKHTIN, 2006).

O CAPS estudado está localizado em um jovem município da Baixada Fluminense, cujo processo de emancipação se deu há pouco mais de duas décadas. O município apresenta o pior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) entre os outros 12 municípios

dessa região, bem como um dos piores IDH do país. A região possui uma área de 82.954 km² e 95.492 habitantes – segundo informações do último censo, realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) –, e tem como principal atividade econômica a pequena agricultura e o comércio local, majoritariamente caracterizado pela informalidade. Também o desemprego e subemprego seguem como grande flagelo local.

No município, predominam graves questões sociais. É alarmante a precariedade do transporte, do saneamento básico e das condições de habitação da população em geral. Faltam pavimentação e abastecimento de água em quase todo o município; este é um problema crônico que afeta intensamente os habitantes da região. A situação da educação é igualmente lastimável. Aos problemas listados se soma outro: a crise na segurança pública local que, mais recentemente, vem tirando a paz das pessoas e intensificando as adversidades decorrentes da instalação de milícias e consolidação dos seus domínios no município. Um dos desdobramentos dessa conjuntura é o crescimento do uso abusivo de drogas ilícitas e aumento de casos de sofrimento mental, entre outros problemas de saúde.

As iniquidades socio sanitárias da região em que realizamos a pesquisa são evidentes, ao ponto de poderem ser constatadas mesmo mediante uma rápida e superficial investigação. Essa realidade vem afetando negativamente a saúde das pessoas que nela vivem, pois, como se sabe, a saúde sofre influência não apenas dos fatores biológicos ou comportamentais, mas de um conjunto amplo de elementos – ambientais, econômicos, físicos, sociais, emocionais, etc.

Essa forma de entender a saúde nos remete à fala de Sergio Arouca na abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde. Em seu discurso, Arouca (2008) nos convida a retomar a reflexão sobre o conceito de saúde, entendendo-o não como ausência de doença, mas pensando-o de forma ampliada. Como declara o sanitarista, saúde é ter direitos: direito à moradia, ao trabalho, a um salário digno, à vestimenta, à educação, à participação social, à alimentação, à água, à assistência à saúde, à informação, à proteção, a viver com dignidade e decência que permitam maior qualidade de vida. Para aclarar esse modo ampliado de entender a saúde, Arouca resgata o conceito de Ciclo Econômico da Doença, segundo o qual as condições de vida estão diretamente relacionadas ao grau de possibilidade de viver com saúde.

Assim, se são más as condições de vida, se instala um ciclo que leva a piora dessas condições. Em contrapartida, se há acesso aos fatores que proporcionam uma vida saudável, o sujeito e sua comunidade se fortalecem, as pessoas são capazes de lutar por seus direitos e por melhor qualidade de vida. Por isso, o sanitarista afirma que saúde é democracia e, portanto,

incompatível com modelos econômicos concentradores de renda, autoritários, que mantêm e aumentam as desigualdades sociais.

A compreensão de saúde evocada por Sergio Arouca é perfeitamente coadunável com noção de liberdade desenvolvida pelo economista Amartya Sen. No livro *Desenvolvimento como liberdade* (2010), o autor define as liberdades como oportunidades ou capacidades para levar o modo de vida que valorizamos e vencer as privações. Ele investiga cinco tipos de liberdades: liberdades políticas, oportunidades sociais, facilidades econômicas, segurança protetora e garantias de transparências. De acordo com Sen (2010), “O que as pessoas conseguem positivamente realizar é influenciado por oportunidades econômicas, liberdades políticas, poderes sociais e por condições habilitadoras, como boa saúde, educação básica, incentivo e aperfeiçoamento de iniciativas” (SEN, 2010, p. 18). Em síntese, levar uma vida digna implica em poder trabalhar, consumir, participar socialmente, ter acesso à educação, à assistência médica, a uma boa alimentação, ao lazer, dentre outras liberdades.

A tese de Sen corrobora o raciocínio de Arouca e ambos sinalizam a relação direta entre desenvolvimento social e saúde. Trata-se de uma concepção de saúde que chama atenção para o necessário planejamento de intervenções intersetoriais que auxiliem efetivamente na redução de iniquidades, na ampliação de liberdades e práticas efetivamente promotoras de bem-estar.

Infelizmente, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município onde realizamos a pesquisa está muito distante do ideal de saúde ampliada, qualificada e resolutiva que se desenha nas palavras de Arouca (2008) e Sen (2010) e que é, aliás, validada pela nossa Constituição Federal. A saúde pública local passa por um dismantelamento (como ocorre em todo o Estado). Atingir a cobertura necessária requer um grande número de equipes multiprofissionais para o desenvolvimento do trabalho, o que não tem sido real. As mazelas territoriais levam ao aumento da demanda por atendimento nos serviços e influenciam desfavoravelmente o desempenho das equipes, pois o medo, insatisfação, insegurança, angústias e outros afetos semelhantes são uma constante. A redução dos recursos financeiros (insuficientes em todas as políticas sociais e, por isso, disputados ferozmente entre os setores), em decorrência de sucessivas más e corruptas gestões públicas no município, leva à precarização extrema das estruturas físicas, à falta generalizada de materiais para a execução do trabalho cotidiano, à redução das equipes de trabalho, dentre outros.

Destarte, a cidade dispõe de uma precária RAS, bastante prejudicada pelos problemas supracitados. A composição atual da RAS consiste dos seguintes dispositivos de saúde: um

(1) CAPS-II²², duas (2) Residências Terapêuticas (RT), onze (11) Unidades Básicas de Saúde (UBS) e duas (2) Policlínicas – Unidades Mistas.

Atualmente, todas as demandas identificadas na RAS como sendo de “saúde mental” são direcionadas para o CAPS-II, local de realização da nossa pesquisa, que não consegue ser resolutivo para a quantidade de casos de pessoas com quadro mental e social grave que demandam atenção.

O CAPS foi inaugurado no final do ano de 2001 e, naquele primeiro momento, tratava-se de uma estrutura provisória, uma casa simples e pequena. Ao longo do ano seguinte recebeu investimento para a construção da estrutura definitiva: um pequeno prédio de dois andares. O primeiro andar é composto pelas seguintes partes: recepção, sala dos funcionários, refeitório, consultório de psiquiatria, cozinha, dispensa de medicamentos e banheiro. No andar superior há um consultório de psicologia, a sala da administração, um banheiro, uma pequena área de serviço, um almoxarifado, uma sala para realização de oficinas terapêuticas e uma sala para outras atividades grupais.

Desde sua criação até o início do ano de 2015, o CAPS desenvolveu suas atividades de maneira ativa e, a despeito do desinvestimento progressivo sofrido, manteve-se em funcionamento regular. A equipe multiprofissional contava com psiquiatra, psicólogos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, assistente social e oficineiros. A rotina diária incluía a oferta de três refeições (café da manhã, almoço e lanche da tarde), atendimento psiquiátrico e psicológico, realização de oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e alguns espaços de atenção e diálogo individualizado e grupal para os sujeitos em tratamento e suas famílias. Durante esse período (2011-2015), eram ordinárias as reuniões de equipe para discussão de questões organizacionais, casos clínicos e projetos terapêuticos.

Com o objetivo de criar uma solução para absorver a grande demanda por atendimento para crianças e adolescentes em sofrimento mental severo e persistente, a equipe se organizou e preparou, no CAPS, um espaço exclusivo para essa finalidade. Os profissionais com maior conhecimento e desejo de realizar esse trabalho se voluntariaram para acolher a demanda. Então, uma das salas do serviço foi cuidadosamente planejada e uma rede intersetorial composta por profissionais das áreas da saúde, direito, assistência social, escolas e diferentes associações foi articulada. Desse modo, nasceu o Polo Infante-juvenil: solução inventiva e eficiente, que funcionava dois dias na semana. Estratégia semelhante foi usada para dar conta

²² Centro de Atenção Psicossocial implementado em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes.

da demanda, também intensa, para tratamento de pessoas em sofrimento mental decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Desse modo, a equipe do CAPS-II se mobilizou para superar os impasses do território, viabilizando alternativas possíveis. Assim, mesmo na dura realidade, o dispositivo se dispôs a funcionar não apenas como CAPS-II, mas à semelhança de um CAPSi²³ e um CAPSad²⁴.

Com uma crise instalada no governo municipal, o ano de 2015 começou com demissões em massa. De um dia para o outro, a equipe de trabalho do CAPS se viu reduzida praticamente à metade; permaneceram somente os técnicos concursados. Com a demissão dos profissionais de limpeza, e a não substituição dos mesmos, os técnicos precisaram assumir a tarefa de higienização do espaço.

Os cozinheiros também foram demitidos. Os recursos para a manutenção das atividades diárias deixaram de chegar à unidade, obrigando à suspensão da oferta de alimentação diária. A falta de combustível e, posteriormente, a falta do carro oficial para a realização das visitas domiciliares dificultou a execução dessa atividade. Durante algum tempo a equipe se revezou no uso dos carros particulares, mas a desmotivação levou-os a suspender tal prática.

Com a estrutura física sucateada, a falta de todo tipo material (inclusive os mais básicos) e falta de profissionais, aos poucos, as demais atividades foram suspensas. Já não eram oferecidas oficinas terapêuticas e as reuniões de equipe foram reduzindo a frequência até deixarem de acontecer por completo.

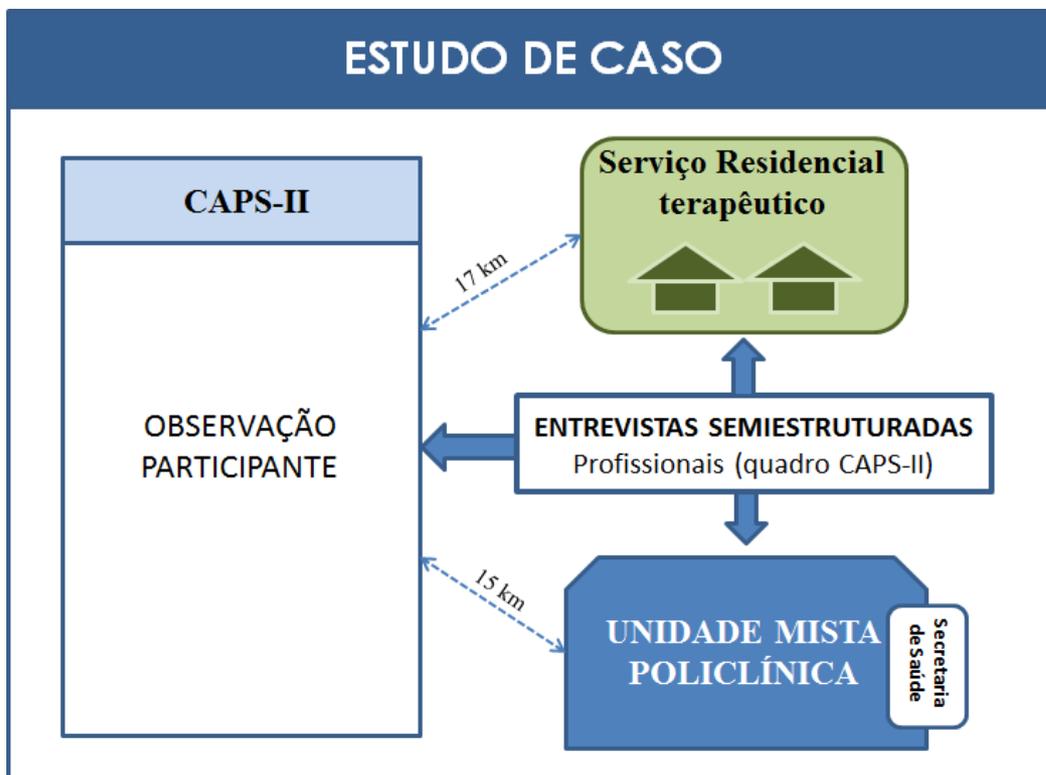
O quadro narrado levou à desvirtuação da destinação do dispositivo. Até o início do ano de 2015, antes das mudanças na gestão municipal, o CAPS operava segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica, prezando pelo trabalho multidisciplinar, acolhimento dos sujeitos em sofrimento mental por meio dos múltiplos formatos de atividades ofertadas e pela efetuação de alianças no território com vistas a garantir maior inserção social dos sujeitos em tratamento. A partir das mudanças, e até o presente momento, o serviço passou a manter um funcionamento que pode ser caracterizado como ambulatorial. Nesse sentido, os atendimentos diários passaram a se limitar às consultas psiquiátricas (requisitadas em grande número), raras consultas psicológicas individuais, intensa dispensação de receitas e medicação – estas duas últimas demandas consistem no maior motivo de vinda dos usuários à unidade, atualmente.

²³ Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente (como, aqueles com diagnóstico de psicose, autismo ou neuroses graves), implementado em municípios com população acima de 200 mil habitantes.

²⁴ Centro de Atenção Psicossocial para pessoas que fazem uso prejudicial de álcool ou outras drogas, implementado em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes.

Esse é o contexto em que chegamos ao CAPS para realizar nossa pesquisa, cujo desenho está representado na figura 1:

Figura 1 - Contexto, estratégia metodológica e participantes da pesquisa



Fonte: A autora (2018).

Em abril de 2017 estivemos na Secretaria Municipal de Saúde, onde fizemos contato com o secretário de saúde. Nesse encontro, falamos sobre a pesquisa e recebemos a autorização formal para realizá-la.

Conforme ilustrado na figura acima, para o estudo de caso no CAPS-II, realizamos a observação participante no cotidiano da instituição. Nosso objetivo com a utilização desta técnica foi acompanhar os profissionais em suas atividades diárias para conhecer a história do CAPS, sua dinâmica de funcionamento, acontecimentos na rotina, as relações, as tensões, as normas, os códigos, entre outras percepções possíveis. Esta etapa da pesquisa durou seis meses (de junho a dezembro de 2017), tempo que se caracterizou pela nossa vivência no dia a dia do serviço uma vez por semana, sempre em dias e turnos aleatórios, por um período aproximado de quatro horas.

Nesse primeiro momento da pesquisa, buscamos uma maior aproximação do campo, o contato inicial e troca com os profissionais, uma primeira apreensão das suas visões de mundo

e percepções. Orientamos-nos, também, para um primeiro contato com as questões do campo, em suas relações com os sentidos produzidos no contexto. Ou seja, consideração do texto (objeto de estudo) em suas relações com o contexto (âmbito em que é produzido), segundo destaque de Bakhtin (2011).

A observação participante mostra-se como uma técnica muito rica nas pesquisas em que a apreensão dos sentidos é fundamental. O fato de que as percepções humanas são perpassadas por diferentes processos (sociais, econômicos, culturais, inconscientes, conscientes, técnicos, afetivos, etc.) exige de quem as toma como objeto de estudo uma aproximação dialógica com o sujeito, seu texto (ou discurso) e seu contexto. Esse entendimento é consonante com a afirmação bakhtiniana de que a compreensão só tem sentido na intercompreensão (BAKHTIN, 2016, p. 166). Nessa direção, as construções buberianas apontam o “entre” como o espaço dialógico em que a compreensão acontece.

As descrições, impressões, ideias, dúvidas e sentimentos oriundos das vivências na observação participante foram registrados em um diário de campo.

A seguir, faremos a narrativa do primeiro dia de observação participante. Usaremos a primeira pessoa do singular (recurso utilizado apenas no primeiro capítulo deste trabalho) por entender que esta é uma boa maneira de transmitir as impressões e afetos suscitados por uma experiência pessoal. Depois, voltaremos a usar a primeira pessoa do plural para dar seguimento à apresentação da pesquisa.

Em junho de 2017, numa terça-feira pela manhã, me dirigi ao CAPS para o primeiro dia de pesquisa. Passara mais de uma década desde a última vez que fiz aquele percurso. Ao chegar à esquina da rua em que o prédio do serviço está localizado, a cerca de 50 metros dele, obtive a visão lateral do meu destino. Impacto: esta é a palavra que descreve o sentimento provocado pelo que vi. A estrutura de dois andares apresentava uma pintura em tom azul, extremamente desgastada pelo tempo e, inclusive, já totalmente apagada em alguns pontos. Havia marcas de mofo, lodo e pichação em determinadas áreas, além de mato crescendo livremente ao longo da calçada. As nove janelas e basculantes avistados tinham parte de seus vidros quebrados e, em uma das janelas, era possível enxergar o que restou de uma velha cortina balançando ao vento (Apêndice A - Fotografia 1 e 2).

Enquanto me aproximava, passei por dois imóveis, vizinhos do CAPS: uma antiga APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), desativada e totalmente destruída pelo tempo e por atos de vandalismo, seguida de uma antiga quadra de esportes em igual estado. Diante daquele cenário, pensei ser verdade a informação recebida minutos antes;

quando eu disse, entusiasmada, que estava indo ao CAPS iniciar minha pesquisa, fui advertida por um parente (em tom pesaroso) de que o dispositivo havia fechado suas portas.

À medida que me aproximava e a parte frontal da unidade se revelava, a imagem de abandono não mudava. Ao contrário, foi reforçada diante da constatação de não haver nem mesmo uma placa ou inscrição que identificasse o serviço. Por fim, avistei a porta estreita, aberta, atestando que o CAPS ainda funcionava naquele local.

No interior da pequena recepção e ao longo do apertado corredor mal iluminado, quente e de ar saturado, muitas pessoas aguardavam pela consulta psiquiátrica. Contíguo à recepção, o antigo refeitório, agora usado como sala de espera, também estava repleto de pessoas a aguardar – algumas de pé, outras sentadas nas poucas cadeiras disponíveis e algumas acomodadas no chão. Esse cenário se repetia toda terça-feira, dia de atendimento do psiquiatra, e, muitas vezes, a fila de espera se estendia do lado de fora do CAPS.

Fui recebida pela coordenadora da unidade que, após alguns minutos de conversa, me apresentou ao restante da equipe presente. Em seguida, fui conduzida a conhecer os outros recintos do CAPS. A circulação foi difícil devido à quantidade de pessoas aguardando pela consulta psiquiátrica em todos os locais.

No primeiro andar, os compartimentos se apresentavam em péssimo estado: pintura desgastada, infiltração em grandes áreas das paredes e teto. O aspecto geral era de ausência de limpeza e o cheiro de mofo se fazia sentir de forma marcante em todos os ambientes.

Todos os problemas constatados no andar térreo apareciam maximizados no andar superior, onde apenas a sala da administração e um dos consultórios de psicologia permanecem em uso. As outras áreas do andar foram isoladas por apresentarem alto nível de precariedade; ou, porque não dizer, insalubridade.

No Anexo B estão algumas fotografias das áreas comuns do primeiro andar, tiradas três meses após a minha chegada, com a autorização e na presença da coordenação municipal. Em algumas imagens, veem-se áreas cobertas por um gesso impermeabilizante. Trata-se do início de uma obra de melhorias na parte interna do serviço, que desde a sua construção (em 2001) não recebia quaisquer reparos. Quando cheguei ao CAPS, essas áreas, agora revestidas de gesso, consistiam em imensas manchas de infiltração e mofo – que não foram fotografadas, devido ao início inopinado da reforma. Assim, resolvi fazer as fotos imediatamente para garantir um registro, o mais próximo possível, do “antes” da ação de reparo. (Apêndice B – Fotografia 3 a 12).

Decorrido um mês de observação participante, começamos a realizar as entrevistas. Participaram do estudo todos os trabalhadores com vínculo empregatício no CAPS que

aceitaram dar entrevista mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponível para exame no Apêndice C. Ilustramos a organização do quadro de entrevistados a seguir.

Quadro 3 – Organização do quadro de entrevistados para o estudo de caso

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS-II)		
REGIÃO METROPOLITANA – I		
FORMAÇÃO	DIVISÃO DO TRABALHO	LOTAÇÃO
Aux. Enfermagem	Atendimento geral	CAPS-II
Enfermeira	Atendimento Álcool/Drogas	CAPS-II
Psicólogo	Atendimento Álcool/Drogas	CAPS-II
Psicólogo	Atendimento geral	CAPS-II
Psicólogo	Atendimento infanto-juvenil	UNIDADE MISTA
Psicólogo	Atendimento geral	CAPS-II
Psicólogo	Coordenação do CAPS	CAPS-II
Psicólogo	Coordenação Residências Terapêuticas	CAPS-II/RTs
Psicólogo	Coordenação Geral de Saúde Mental	CAPS-II
Psiquiatra	Atendimento geral	CAPS-II
Recepcionista	Recepção	CAPS-II
Téc. Aux. Administrativo	Apoio Administração / recepção	CAPS-II
Téc. de Enfermagem	Diretor Administrativo	CAPS-II
Téc. de Enfermagem	Atendimento geral	CAPS-II
Composição da equipe técnica: 14 funcionários		

Fonte: elaborado pela autora (2018).

A equipe técnica é formada por nove profissionais de nível superior e cinco profissionais de nível médio e técnico. Onze deles exercem suas atividades nas dependências do CAPS. Um dos psicólogos divide sua jornada semanal entre o trabalho no CAPS e a coordenação das duas Residências Terapêuticas existentes no município e situadas a aproximadamente 17 km do CAPS, conforme ilustrado na Figura 1. Outro psicólogo realiza atendimentos exclusivamente ao público infanto-juvenil em sofrimento mental e somente nas dependências da Unidade Mista situada a aproximadamente 15 km do CAPS. Todas as demandas dessa natureza no município são direcionadas para este profissional, na Unidade Mista, tendo em vista que a maior parte da procura se concentra mais próxima daquela região.

Quatorze profissionais foram entrevistados. As entrevistas foram realizadas, seguindo um formato semiestruturado, com o auxílio de um roteiro de questões norteadoras (Apêndice D) dividido em quatro eixos. O primeiro eixo buscou provocar a fala do profissional sobre sua formação, o tempo de formação, o tempo de experiência na área de saúde mental, o tipo e tempo de vínculo com o CAPS, implicação e motivação no trabalho em saúde mental, entre outras questões de natureza semelhante que surgiram a partir destas. Este momento inicial da entrevista foi importante para nos aproximarmos do entrevistado e do seu mundo de significações. Os questionamentos desse eixo buscaram produzir narrativas que trouxessem elementos do sistema sociocultural que amparam as percepções do profissional, que pudessem ajudar a compreender e contextualizar alguma possível qualidade intrínseca destas e, especialmente, auxiliar na elucidação de alguns dos temas abordados nos eixos subsequentes da entrevista ou observações realizadas.

Os demais eixos buscaram provocar o entrevistado a compartilhar suas percepções sobre o sujeito em tratamento, sua condição de saúde, sobre o tratamento dispensado a ele no cotidiano, sobre o CAPS e a rede de atenção à saúde em que se insere.

As perguntas principais foram padronizadas e realizadas na mesma ordem para todos os participantes, sendo orientadas à investigação do nosso objeto de estudo: os sentidos produzidos pelos profissionais do CAPS sobre o sujeito em sofrimento psíquico e sobre o cuidado prestado. Buscamos dar o máximo de liberdade para o entrevistado narrar suas vivências, dar suas opiniões e falar do seu cotidiano de trabalho. As entrevistas tiveram uma duração média de 40 minutos, foram gravadas e posteriormente transcritas.

Usamos nomes fictícios na apresentação das análises do material para manter o sigilo sobre a identidade dos participantes da pesquisa.

7 OS SENTIDOS PRODUZIDOS NO CAPS

“O ser não se comunica na lei deduzida depois de aparecer o fenômeno mas sim, no fenômeno mesmo. Pensar o geral significa somente desenrolar o novelo do fenômeno que foi contemplado no particular, isto é, na reciprocidade do face-a-face”.
(BUBER, [1923] 2001, p.75)

Com Bakhtin e Buber entendemos o diálogo como via privilegiada de acesso ao outro. Na relação dialógica bakhtiniana ou na reciprocidade do face-a-face buberiano (ambas expressões de significado equivalente) podemos alcançar a palavra do outro e compreê-la, atentando sempre para os aspectos contextuais. Nessa lógica, compreender os sentidos que as pessoas produzem para o mundo, para suas vivências e as coisas ao seu redor consiste em uma composição gradual e dialogada com elas e seu contexto.

Conforme apontado por Bakhtin, a pesquisa é uma relação entre sujeitos e a interação é fundamental no estudo dos fenômenos humanos (FREITAS et al., 2003). Tanto em Bakhtin quanto em Buber o “entre” é apontado como o espaço criado pela linguagem, zona privilegiada de acontecimento da compreensão. Desse modo, a compreensão pode ser vista como um produto fronteiro, sempre inacabado, que se forma no entre eu-outro (ou seja, na relação EU-TU de que Buber nos fala). Então, para compreender os sentidos do outro, torna-se necessário superar as distâncias entre as formas de ver, e isso é possível no “entre” – categoria primordial da dialogicidade da palavra e intervalo de revelação.

Assim, buscamos conhecer as realidades que se configuram no contexto estudado e os discursos circulantes nessa microtrama social. A partir das entrevistas e da observação participante, examinamos como os profissionais do CAPS se posicionam nas narrativas de suas percepções sobre os sujeitos em tratamento e sobre o cuidado que dispensam a eles no cotidiano do serviço. Direcionamos o nosso foco para a compreensão dos sentidos produzidos nas falas, nos gestos, nas expressões, e em tudo o que pudemos ver externados os conhecimentos e modos dos sujeitos atribuírem significado às relações, aos objetos e às vivências no espaço de trabalho.

Nossas análises foram orientadas para a percepção de afastamentos ou consônancias com um direcionamento ético-dialógico do cuidado nas práticas discursivas, atentando para a composição dos repertórios interpretativos usados pelos entrevistados, para os interlocutores endereçados nos enunciados e para a polissemia no uso de determinados termos.

Realizamos a transcrição de cada entrevista na íntegra. O roteiro utilizado como guia para as entrevistas ensejou a provocação de narrativas sobre os temas de nosso interesse. Nesse sentido, no roteiro de entrevistas estão presentes as categorias mais gerais para análise, definidas a partir do nosso conhecimento prévio do campo de estudo e da teoria que embasa a pesquisa. Em virtude da realização das entrevistas na modalidade semiestruturada, os diálogos se tornaram mais ricos e a liberdade que essa técnica proporciona ensejou descrições mais pormenorizadas e o surgimento de novos temas.

Efetuamos uma primeira escuta das conversações, mais livre, para observar de que forma os temas ligados a nossas categorias de análise se apresentaram nas falas. Esta escuta inicial foi fecunda, principalmente, para apreender novos temas e categorias ou ressignificar aqueles que estabelecemos à priori. Segundo Spink (1994), nas pesquisas que objetivam a apreensão do sentido de fenômenos sociais, é comum começar por um contato mais vivo e desprendido com o material de análise para permitir que os sentidos despontem. Nesse momento, os sentidos produzidos na pesquisa e aqueles decorrentes dos nossos pressupostos teórico-metodológicos podem se confrontar e, com isso, nos aproximar das nossas categorias de análise finais.

Um conjunto de temas despontou em decorrência desse processo, e dele foram selecionados aqueles que se referem aos objetivos do nosso estudo. Construímos um Mapa de Associação de Ideias para cada entrevista visando sistematizar o processo de análise e facilitar o fluxo interpretativo. Como explicado por Spink (1994), o Mapa de Associação de Ideias é uma técnica de análise; ele é construído a partir da definição de categorias gerais (temáticas) sintonizadas com os objetivos da pesquisa.

O mapa consiste em uma tabela na qual cada coluna corresponde a uma das categorias de análise. Buscamos organizar os conteúdos das entrevistas nas colunas por meio do *corte e cole*, ou seja, “cortando” o conteúdo transcrito da entrevista referente ao tema ligado à categoria de análise e “colando-o” na coluna correspondente do mapa. Devemos manter a sequência das falas e fazer um esforço de identificação dos processos de interanimação dialógica nos esquemas visuais que se formam.

A partir dos exercícios de escuta livre e mapeamento dos temas, construímos a análise dos discursos e a organizamos em três categorias, que optamos por chamar de argumentos de escuta, conforme apresentado do quadro a seguir:

Quadro 4 – Esquema de organização das análises

Argumentos de escuta		Temas
1	Os dois momentos do CAPS	a) O antes: um trabalho segundo o modelo psicossocial; b) O depois: precariedade, abandono e perda de sentido.
2	Os olhares para a diferença	a) Os sentidos sobre o sujeito em sofrimento mental e sua condição de saúde.
3	Os sentidos sobre o cuidado em saúde mental	a) Sobre o CAPS: o prescrito, o possível e o necessário; b) Sobre a relação Eu-Outro - “ <i>ouvir, observar, conversar, e tratar</i> ”;

Fonte: A autora (2018)

7.1 OS DOIS MOMENTOS DO CAPS

No capítulo anterior, fizemos a descrição do local de pesquisa e uma breve exposição sobre alguns aspectos do contexto social, cultural e político em que se insere. Em uma pesquisa construcionista, torna-se indispensável considerar a realidade estudada em seu caráter de produção social, bem como levar em conta as indexações com os elementos situacionais e contextuais que a atravessam. Indispensavelmente, a compreensão dos sentidos produzidos e das práticas discursivas necessita da consideração do contexto.

Com efeito, os discursos dos profissionais do CAPS são intensamente marcados pela dinâmica conjuntural e, em relação a isso, um fato chamou nossa atenção: a existência de uma divisão temporal que demarca dois momentos distintos do serviço ligados ao antes e depois de uma mudança de gestão política municipal. As formas de perceber se mostraram bastante permeadas por essa demarcação de tempo contextualizada, ao ponto dos sentidos produzidos para a maioria das temáticas abordadas evocarem as imagens desses dois períodos no intuito de amparar as explicações (não apenas nas entrevistas, mas também nas conversas informais durante a observação participante). Por isso, decidimos começar apresentando as análises tencionadas por esse primeiro argumento de escuta que, aliás, emergiu como produção dos sujeitos de pesquisa.

7.1.1 O “antes”: um trabalho segundo o modelo psicossocial

Nos discursos dos profissionais que tiveram algum tempo de trabalho no período, os primeiros treze anos de existência do CAPS (de 2001 ao final de 2014) aparecem como um tempo de intensa atividade e desenvolvimento de um trabalho ideal. Trata-se de um tempo em que, embora o dispositivo enfrentasse problemas relativos ao progressivo desinvestimento nas políticas saúde, o fazer cotidiano era percebido como dinâmico e prazeroso. As falas dos profissionais sobre esse período são repletas de nostalgia e nelas percebemos uma construção de sentido em que o modo de trabalho no serviço é comparável àquele preconizado nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

A narrativa de Gina caracteriza os primeiros anos do CAPS.

[A - Esse CAPS nasceu mais ou menos no período que você chegou, né?]
 G - *Antes um pouquinho. Mas não era assim não. Era uma casa baixa, e depois que nós reformamos. [...] E aí eu vim para cá. E na época é... era um CAPS! o paciente vinha para cá pela manhã e só ia embora a tarde. Só que, os pacientes existiam... não existia era a estrutura física para eles e nem o que era necessário na época. E era pequenininho. [...] Resumindo, depois o CAPS foi aumentado. Teve comida, teve cozinha, teve não sei o quê, não sei o quê, não sei o quê. Porque o CAPS, quando terminou o sistema manicomial, o CAPS é a referência para a gente manter os pacientes que estão em casa com a família, e que a família só abriga para dormir. Almoço, janta, café, almoço, café da tarde era aqui. Essa foi a proposta do CAPS, a proposta dessa... desse... sistema, né. E quem não tinha condição ia para as residências terapêuticas. Mas, o CAPS é pra isso. (Gina – Auxiliar de Enfermagem)*

Gina fala dos primeiros anos do CAPS, de quando ele ainda funcionava em uma estrutura provisória, dispondo de pouco espaço físico e carente de alguns recursos. Contudo, nessa fala inicial, fica clara a diferenciação qualitativa que faz de dois momentos do dispositivo. Assim, quando diz “na época era um CAPS!”, Gina expressa sua percepção de que, naquele momento primeiro, o serviço funcionava de acordo com a proposta prevista para esse tipo de serviço. Ela destaca que um dos objetivos básicos do CAPS, na qualidade de serviço substituto ao modelo manicomial, outrora era alcançado, a despeito das limitações: a prestação de atendimento em regime aberto de atenção diário. Assim, a profissional pontua um aspecto diferenciador entre o antigo modelo de atenção à saúde mental e o novo modelo praticado no CAPS, naquele momento inicial. Embora, em sua opinião, a frequência e permanência dos usuários no espaço eram devidas à oferta de alimentação, este entendimento

não foi expresso em tom de crítica, mas como algo positivo. No próximo fragmento da entrevista, Gina compartilha outra memória semelhante.

[A – E qual seria a função do tratamento dispensado no CAPS?]

G - Na época em que eu estava, eles que estavam aqui, eram tudo paciente interno, que foram devolvidos para família, que viveram um tempo na [citação dos nomes de dois grandes manicômios vizinhos do município] e foram devolvidos para família. Então, pela falta de interesse, de cuidado mesmo, da família, eles tinham que ficar o dia inteiro aqui e ir embora à tarde. Aqui eles tomavam o café da manhã, eles almoçam e tomam um café da tarde. Então, isso aí, o governo tem mais que obrigação de fazer isso... Mais do que obrigação... E eles ficavam aqui porque eles viviam internos, entendeu? (Gina – Auxiliar de Enfermagem)

As memórias de Gina são permeadas pelas vivências no trabalho de desinstitucionalização que ocorreu fortemente no município durante os primeiros anos de existência do CAPS. Ela escolhe versões de sentido resgatadas do tempo vivo, nas quais aparece sua percepção do prejuízo social e estigma sofrido pelos sujeitos que vieram de longa internação no sistema manicomial. Suas explicações ganham uma expressividade realçada pelo afeto que essas memórias mobilizam – isso pode ser devido às marcas da longa experiência de trabalho que teve em grandes manicômios, relatada em diferentes momentos nas conversas informais, sempre com grande carga de sentimento. De todo modo, é ao período do “antes” que Gina se reporta para falar sobre a função do tratamento, evocando o importante papel do CAPS no processo de desinstitucionalização dos pacientes cronicamente asilados da região.

Vale salientar que esse período ao qual chamamos de “antes” na divisão temporal, em sua maior parte, caminhava nos embalos dos princípios antimanicomiais. Ademais, o CAPS do nosso estudo foi inaugurado exatamente no ano de promulgação da Lei Federal 10.2016, que virou política de Estado na atenção à saúde mental. O clima daquele momento era de celebração das conquistas e motivação para atender aos parâmetros da Reforma Psiquiátrica e da política antimanicomial nos serviços substitutos.

Outra característica mencionada com frequência como marca do primeiro período do CAPS é a potência do trabalho multidisciplinar. A assistência nas novas práticas regidas pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica preconiza um fazer multidisciplinar, em que os profissionais que integram as equipes de trabalho sejam abertos a desenvolver uma relação de troca permanente e aprendizado mútuo, compartilhando conhecimentos, traçando dialogicamente projetos terapêuticos e discutindo os casos em conjunto. Esta é uma diretriz

que valoriza os diferentes saberes em atuação e intenciona criar espaço propício para ampliar as possibilidades terapêuticas para os sujeitos assistidos. É desse efeito que Abel se recorda com saudosismo.

[Ana – Bom... e o que que a equipe demanda de você no tratamento?]

A - Eu sinto muita falta de discutir casos, eu fui acostumado com isso. Com o psiquiatra... eu escrevo aqui e o [nome do atual psiquiatra da unidade] lê, mas eu gostaria de trabalhar. Eu sinto muita falta disso, eu, eu não, eu... eu sinto muito a falta de quando a [nome da antiga coordenadora geral de saúde mental] fazia... discutia os casos com a equipe. Nesse caos todo, ainda tinha algumas pessoas, tinha cozinheira... aí depois a gente passou, ficou sem. E aí, quer dizer, aí era legal aqui porque você se atualizava. E você, e às vezes... “Abel! dá uma olhada para mim?” eu: “Óh, gente...”. Ou seja, a troca de informações. (Abel – Técnico)

Abel destaca os pontos fortes ainda presentes nos momento finais do primeiro período do CAPS. Diferentes vozes podem ser ouvidas fazendo elo na cadeia de sentido nos seus enunciados. Estão presentes algumas vozes de pessoas que já não fazem parte da equipe, como a voz da antiga coordenadora geral de saúde mental a reunir e sustentar o dispositivo grupal, a voz de um colega de equipe, solicitando a opinião especializada de Abel e a voz da cozinheira, silenciada pela demissão. No trecho, por meio da interjeição “Óh, gente...”, também ressoa a própria voz de Abel, que deixa subentendido um instante em que compartilha, satisfeito, a opinião solicitada. Este ponto é bastante tocante no seguinte sentido: Abel investe muito na continuidade de sua formação e tem vasto conhecimento sobre o tema do uso prejudicial de álcool e outras drogas, no qual é atuante. A perda do dispositivo oficial, no qual podia compartilhar seus conhecimentos, sempre bem vindos e valorizados, é causa de uma frustração, que fala através do seu corpo e palavras.

Em contraponto, uma das vozes do momento atual do CAPS é presentificada para exemplificar o que foi perdido. A voz do médico psiquiatra representa a perda da dialogia do face-a-face e sua substituição por uma interação mediada. Há uma polifonia no trecho em análise, que exprime muito bem o desejo de retorno àquele tempo marcado pela troca entre a equipe – revivido na entrevista com tamanha intensidade, ao ponto de provocar repetições de palavras, aceleração da fala e mudança abrupta das vozes na dialogia, na ânsia de explicar a situação.

Nair trabalha no CAPS desde o início e esta foi sua primeira experiência de trabalho em um dispositivo substituto ao manicômio. Ao ser indagada sobre a sua motivação para o trabalho em saúde mental, ela evoca dois sentimentos advindos daquela vivência inicial:

desconforto com as dificuldades em relação à infraestrutura e prazer com as atividades terapêuticas que podia desenvolver em grupo com os sujeitos em sofrimento mental.

[A – E, me diga, qual é a sua motivação para o trabalho em saúde mental?]
N - Quando eu vim para cá... era uma sala e quarto. Era um cubículozinho com uma mesa que o médico atendia. E quando era dia de consulta, a gente tinha que ficar do lado de fora... [A - então começou sem estrutura alguma?] N - Não, aqui já existia e tava em obra na época que eu vim para cá. Ia inaugurar. Ficou um tempão, até que inaugurou. E aí foi realmente quando eu tive contato com o CAPS que, assim, tinha atividades... eu participava de oficina com eles... a princípio comecei fazendo atividades físicas, caminhadas, né. Mas, aí começou a dar muitos problemas e nós paramos de fazer. Começou a ficar muito perigoso aqui e acabou que eu não tinha mais companheiro para me ajudar. E aí eu fiquei com medo, assim, de ter problema com um deles na rua. E aí, depois, comecei a fazer oficina de leitura. E eu gostava bastante. Trazia jornal... colocava eles tudo para ler jornal, conversar sobre as matérias. E até mesmo eu pude compreender melhor a limitação de cada um... Aí acabou. (Nair – Técnica)

As oficinas terapêuticas são recursos de tratamento grupal, especialmente valorizados, previstos para o funcionamento dos novos serviços de saúde mental. Sua realização não precisa ser restrita a área física de instalação do CAPS, mas, o que é desejável, deve ultrapassá-la e aproveitar dos diferentes espaços da cidade. São atividades que objetivam maior integração social, a possibilidade dos participantes manifestarem seus sentimentos, compartilharem suas histórias, bem como desenvolverem habilidades corporais, produtivas e exercitarem coletivamente a cidadania (BRASIL, 2004). Vemos na fala de Nair que a realização de oficinas terapêuticas era um recurso presente e importante no primeiro período do CAPS.

É interessante perceber que a funcionalidade ressaltada pela profissional está para além da simples forma de ocupar as pessoas; em sua fala podemos apreender que a conversa, o diálogo propiciado pela atividade são eleitos como os qualificadores do recurso terapêutico em questão, além da oportunidade de conhecer melhor o outro do cuidado. Entendemos que a finalização do enunciado com a expressão “Aí acabou”, se refere não só ao fato das oficinas deixarem de ser oferecidas, mas ao término da motivação da profissional para um trabalho que já não tem o mesmo sentido.

[A – E qual é a sua opinião sobre o tratamento dispensado aqui?]
L – O CAPS, ele, ele em plena função dele, o paciente se compensa... a compensação do paciente é muito rápida, né. claro, em plena função, né, com todas as, os dispositivos funcionando. E com isso o paciente se

compensa mais rápido e entende, de certa forma, que tem que se tratar, se per... ele, ele, ele tem uma auto percepção de que tem que atingir esse objetivo: perceber que está doente. E o CAPS oferece, dentro das funções, dos dispositivos, faz um desenvolvimento, um trabalho muito bom. E, com isso, a gente consegue inseri-los novamente dentro da sociedade. [A - Uhum...]. Eu peguei esse CAPS aqui funcionando Full Time. Tava muito bom! Agora, aqui, no final do ano passado que deu uma desorganizada. Mas, agora o prefeito... agora tá junto com o secretário. Eles estão arrumando a casa devagarinho. (Luiz – Psiquiatra)

Luiz dá a sua opinião sobre a função do CAPS e seus desdobramentos para o sucesso psicossocial na vida dos usuários. Em sua fala vemos que ele relativiza a possibilidade do sucesso ser alcançado. Nesse intento, seria necessário que o CAPS estivesse em plena função, com todos os diferentes recursos terapêuticos funcionando, para que o trabalho fosse bem sucedido. Podemos perceber em suas explicações que, para ele, esse CAPS funcional existiu no período do “antes”, quando ele operava “full time”; embora o tempo mencionado não coincida com os demais relatos.

Outra menção frequente nos depoimentos dos profissionais é relativa ao funcionamento em rede. O trabalho no âmbito da assistência em saúde mental deve se consolidar em uma rede intersetorial para que se possa atender às diferentes necessidades do sujeito em sofrimento mental. A configuração do trabalho em rede objetiva maximizar as possibilidades de cuidado e inserção social desses sujeitos, atentando para as demandas psicossociais, assim como àquelas de direitos humanos. A criação de interfaces entre os dispositivos da saúde, educação, os diversos ambientes sociais, laborais, familiar, aproveitando da melhor forma os recursos comunitários. O modelo é fecundo para promover uma atenção afinada com o princípio da integralidade, que leve à produção de saúde e autonomia para os sujeitos em tratamento, constituindo-se em solução muito importante e estratégica para superação do modelo asilar.

O trabalho em rede aparece como intento legal na portaria 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa portaria, podemos ler que a finalidade da RAPS é criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento psíquico. Uma das principais responsabilidades do CAPS é organizar a RAPS do seu território (BRASIL, 2004). Nair rememora o esforço da antiga coordenadora geral de saúde mental para manter, às duras penas, o funcionamento da RAPS.

[A - Com relação à rede de atenção, qual é a sua opinião?] N - *No tempo da [nome da antiga coordenadora], a rede até funcionava, porque ela ficava ali, com o ferrão, entendeu? [A – Sei] E ligava pra um, ligava pra outro... ela fazia funcionar. Aí, naquele tempo, também, a gente tinha um retorno. Assim, a [nome da antiga coordenadora] sempre estava falando o que estava acontecendo por aí.* (Nair – Técnica)

Os profissionais também falam do empenho que havia “antes” em oferecer ações e cuidado de acordo com as diferentes necessidades de saúde características no município, que possui uma demanda expressiva para atendimento infanto-juvenil e também para usuários de álcool e outras drogas. Porém a região não possui serviços especializados para atenção a essas demandas. A despeito da falta de recurso, soluções foram elaboradas e executadas para absorver as demandas.

B - Algo totalmente impensado ter um polo infanto-juvenil no andar de cima de uma unidade de atendimento adulto... então, assim, eu diria que é um trabalho feito de muito boa vontade. Foi um trabalho muito bem feito enquanto durou. Mas, aqueles vínculos se perdem nas mudanças de gestão. Essa batalha não vem de hoje e ela vai continuar, ela vai permanecer. (Bia – Técnica)

Bia fala da iniciativa inventiva implantada e sustentada pela antiga coordenadora de saúde mental, tão elogiada e reconhecida no município e, com pesar, comenta sobre o arrefecimento e dissolução da estratégia a partir da mudança de gestão ocorrida no início do ano de 2015, que passamos a analisar no próximo ponto.

7.1.2 O “depois”: precariedade, abandono e perda de sentido

Com as mudanças administrativas na gestão municipal, começou um novo momento do CAPS. Nos relatos dos profissionais sobre as vivências cotidianas dessa fase (que se estende aos dias atuais), aparecem qualificadores como “abandono”, “precariedade”, “falta de incentivo”, “desestímulo”, “falta de recurso”, “falta de rede”, falta de discussão”, “desânimo”, “dificuldade”, “equipe reduzida”, “estagnação”, “paralisação”, “desvalorização”, dentre outros com valor semântico semelhante.

O período em questão demarca o início de um verdadeiro processo de mortificação do serviço e dos seus atores, mediante a desesperança causada pelo abandono da gestão municipal ao longo dos anos e, acima disso, pelo duro golpe desferido na aurora do ano de

2015: o desfinanciamento radical e a demissão de profissionais atuantes da equipe, responsáveis pela motivação dos demais para enfrentamento da dura realidade diária. Primeiramente, o CAPS foi fechado sob a alegação de que passaria por obras de melhoria. Todos os profissionais contratados foram demitidos e os concursados foram remanejados para outros dispositivos da RAS. Pouco tempo depois, ainda que obra alguma tenha sido executada, o CAPS foi reaberto e os profissionais de vínculo efetivo foram trazidos de volta as suas funções. Como consequência do quadro (equipe desfalcada, desmotivada, unidade sucateada e sem todo o tipo de material básico), a unidade se desvitalizou e deixou de tocar os projetos, de oferecer dispositivos grupais de atenção e de discussão de casos. A narrativa de Rute provê um panorama das mudanças.

R - [...] É... a gente está a uns... vai fazer uns 4 anos, né, quando entrou a segunda gestão do outro Prefeito, começou a cair um pouco, e, por má assessoria mesmo dele, né, e das pessoas que [inaudível] pra assessorar. Dispensou todos comissionados. Todos! Só ficaram os concursados. Então, o CAPS que tinha uns 20 funcionários, foi reduzido a 7 ou 8. Oficineiros, foram todos. Cozinheiras, serventes, foi tudo. Foi tudo... Limpeza voltou agora. Nós é que limpávamos. [A – Uhum...] Então, ficou sem nada aqui dentro, né. Então, a gente, para tratar eles, foi muito difícil... porque eles dependem de fazer oficina, né, para complemento. Nós ficamos sem nada. Não tendo alimento, como é que eu vou fornecer almoço para eles? Porque, oficina, eles vêm, tomam o café da manhã, almoçam, lancham e depois vão embora... 4 horas da tarde. E, sem isso, não tem como, né? Não tinha comida, não tinha nada, né. Então, infelizmente. E assim nós passamos esses quatro... esses três últimos anos, né. Muita dificuldade, mas nós conseguimos vencer. Porque não tinha carro, não tinha combustível, era o nosso carro. Meu carro mesmo fez “trocentas” mil visitas! [A - Os carros particulares eram usados...] R – É, o meu e o da [nome da antiga coordenadora]. A [nome da antiga coordenadora] era a coordenadora daqui. E ela me colocou para ajudar, para coordenar as residências terapêuticas, dando suporte a ela. Então, quando ela tinha problema aqui, ela me chamava. Quando ela tinha um problema lá também. Então, a gente sempre trocava, né. Tinha nós duas andando pelo município, para lá e para cá, atrás de pacientes, fazendo visita.. "Vai no meu ou vai no seu carro?"... Ah, [nome da antiga coordenadora] vai em qualquer um, vão bora!... Para tentar fazer alguma coisa pelo Município. Senão, isso aqui era só fechar a porta e aí deixar eles em crise, se matando aí fora. [...] Hoje eu te digo que tem algumas medicações no município. Mas, eu passei dois anos aqui sem medicação nenhuma. Até a medicação de depósito a gente conseguia porque pedia emprestado a um aqui... e aí: "Ah tá eu te arrumo". Umaz ampolinhas aqui, um remedinho ali. (Rute – Técnica de Enfermagem)

Nesse trecho, percebemos que a situação do dispositivo é repleta de dificuldades nos dois períodos (antes e depois da mudança de gestão), com agravos a partir de 2015. Contudo,

fica nítido na fala de Rute que “antes” existia algo que a motivava, ainda que em meio a toda a precariedade narrada. Sua fala deixa transparecer que a relação de parceria, de ajuda mútua dentro da equipe dava o apoio para seus investimentos diários no trabalho. No modo de trabalhar de Rute, no dia a dia, sobressaíram a nossa percepção algumas qualidades como pontualidade, prontidão e organização. Considerando isso, podemos apreender em sua narrativa o impacto da situação atual em sua subjetividade e sofrimento causado. A revolta diante da piora da situação explode no seguinte desabafo.

R – [...] Mas, é... e agora mudou o governo e eu estou com 8 meses de novo governo, e até agora eu não tô vendo melhoria. Ah, tava sem água: agora já tem água. Então, melhoria para eles, está sendo isso. Tava sem banheiro, concertou o banheiro. Tá bom. Mas esse prédio está caindo! [A - Verdade. Se fosse só o lado externo, mas é do lado de dentro também...] R - Não! Do lado de dentro, tá! E quando eu entrei já estava assim. [...] Eu só desejaria que realmente tivesse um local adequado para trabalhar... que tivesse tudo o que eles precisam para o atendimento ser melhor. (Rute – Técnica de Enfermagem)

Abel também compartilha a sua percepção sobre as consequências do desinvestimento na saúde mental do município.

A – [...] Então, eu acho que o CAPS, ele tá parado no tempo. É uma metáfora, assim, triste. Você tem profissionais, acho que, altamente capacitados para você... não tem quantitativo, pouco... não posso falar do pessoal do contrato, que não conheço muito. Os técnicos aqui são poucos, de concurso. Igual, você já sabe aí do... [corte]. Mas, assim, sinto que você fica meio que... minimiza até a sua capacidade um pouco, porque você quer ir, ter uma estrutura de trabalho, seja humana ou material. Tudo isso inviabiliza uma materialização, uma concretização, um estabelecimento maior da rede, uma aproximação maior do CAPS com o território. Entendeu? Então, até para o paciente vir aqui... Passamos um ano sem telefone! Como é que vai ligar para uma família? [exaltação] Quando tem... então, muitas das vezes, você tem que ir, porque as pessoas são extremamente pobres, gente! Para dizer o mínimo. É triste. Então, isso, eles ficam... pra mim, duplamente penalizados. [...] [Ana - Constrangimento de todos os lados...] A – É! Moral, econômico, ético, de todos os sentidos. [...] Só não atinge, quer dizer, a não ser que você não permita que isso abata você. Eu me abato. eu vivo... igual lá no [nome de outra instituição em que trabalha], eu nunca vou ser institucionalizado no [nome de outra instituição em que trabalha], um órgão extremamente... eu me abato, mesmo! Goffman... Já li aquele troço todo, entendeu? E, para mim, entendeu? Mas, assim, fica chato, às vezes. A gente fica pensando, já pensou se tivesse um carro aqui funcionando? Um telefone para você ir, ir. A - [...] Já fiz as minhas visitas, já, até no próprio carro... Eu falei: não vou ficar gastando o

que eu nem recebo. Muita calma nesse momento! Então, eu acho que falta... Tem que acrescentar mais do que a gente já tem, porque o que é feito aqui é o mínimo do mínimo, do mínimo, do mínimo... Nessas condições. [Ana - Nessas condições que eu tô vendo...] A - Nem água para dar ao paciente, às vezes, tem. Nem banheiro. Com essa gestão aqui é que melhorou um pouquinho... Não tinha nem auxiliar de serviços gerais aqui, não tinha. A gente passou um ano aqui sem ninguém. Não por causa da coordenadora. [Ana - Uhum...] A - A gestão anterior aí que [corte]. Querendo ou não, até o próprio [nome do diretor administrativo] faz. Eu lembro que a gente comprava água às vezes, eu tinha nojo daquele banheiro ali, sem muita higiene... jogava uma água sanitária e depois uma água limpa ali, no nosso banheiro. Para o paciente, não tinha. (Abel – Técnico)

No trecho acima, Abel consegue esboçar uma lista com a maioria dos problemas enfrentados pelo CAPS, que vêm afetando o desempenho das atividades diárias. A falta de recursos materiais, redução da equipe de trabalho, o sucateamento da estrutura, são sentidos em seu efeito despotencializador, paralisante – conforme a metáfora usada no início do seu enunciado –, que causa um esvaziamento do desejo de agir, quer no CAPS, quer no território. Abel expressa o seu abatimento diante do quadro vivido e o entendimento de que permitir o abatimento é, na verdade, estratégia de resistência. Na contramão do significado corrente, deixar-se abater pelas adversidades, para Abel, não significa submissão à situação ou dar-se por vencido, mas uma forma de evitar que os acontecimentos se naturalizem para ele. Para ilustrar essa percepção ele acessa o repertório interpretativo oriundo do seu processo de socialização acadêmica; cita Goffman e seu conceito de institucionalização, usado para se referir a um processo de “perda do eu” ou “mortificação do eu” quando submetido a um conjunto de procedimentos institucionais controladores. No próximo trecho, ele diz sobre o modo como a difícil realidade o afeta e o leva a perda de sentido do trabalho.

A - Então, é difícil você produzir sentido onde parece que a vida não tem sentido para ninguém, nem pro, pelo... Que a gente fica trancado aqui, lendo ou indo ali pegando um sol. Por mim, tá tudo bem. Tem aumento ou não, tô recebendo. Mas, e a pessoa que vem? Quantos vêm aqui agendar... dá vontade de, sabe? [irritação] [...] Eu não me permito, não incorporo isso que entra, essa institucionalização, impotência. Não. Eu sei da minha capacidade. Agora, minha capacidade envolve arcabouço material. Técnico eu tenho, eu acho. Material, de estrutura, disso... Isso eu falo para qualquer um. [...] Então, assim, produzir sentido num lugar que cuida de patologias, sendo a estrutura institucional patológica... Fazendo uma análise institucional disso aqui, o instituído aqui é uma coisa completamente louca, literalmente, no sentido de não conseguir... o que a gente faz aqui, eu chamo de heróis da resistência. (Abel – Técnico)

A seguir, nas palavras da Gina e da Inês, respectivamente, o sentimento de paralização também define a forma como compreendem a situação do CAPS e dos seus técnicos no contexto atual. Outro detalhe presente nas duas falas reproduzidas a seguir é a aparição de uma expectativa de melhoria da conjuntura atual depositada na possibilidade de volta à oferta de atividades em grupo.

G - De 2015 para cá não funciona mais. De 2015 para cá parou de funcionar. Hoje, nós não temos... não temos paciente, não temos demanda. Só nas terças-feiras, porque tem médico e os pacientes vêm por que tem consulta marcada, mensal ou trimestral... não sei. Acabou. Não tem oficina, não tem mais aquilo... [...] Mas você tem um CAPS que não tem nada... E aí? Não tem nada! Não-tem-nada [pronúncia entrecortada para dar ênfase]. Nem os pacientes estão mais aí. Dizem que vai mudar, que vai voltar às oficinas. As psicólogas não deixaram de vir, as psicólogas continuam trabalhando. Os funcionários continuam vindo. [...] Aí é assim que funciona. É assim que está funcionando. Precariamente. Aí eles começam a botar a culpa... Ah, porque o ex-prefeito, ex-prefeito, e ex-prefeito. [A - Já mudou o prefeito...] G - Já!! São sete meses e 15 dias de outro prefeito! (Gina – Auxiliar de Enfermagem)

[A - E o que você acha que deve ser mudado no tratamento dispensado, para que o cuidado flua melhor, para a realidade atual deste CAPS?] I - Bom, eu acho que o que tem que mudar é que a gente precisa de uma equipe maior, né, de o trabalho retornar, né, as atividades. Por que, quando se tem as atividades, você consegue ter mais presença deles. Entendeu? Então, quando eles estão mais presentes você consegue acompanhar mais. E, assim, quando o CAPS parou de funcionar, né, as atividades do dia a dia... Parece que eles se distanciaram. Entendeu? Então, normal é vir às vezes à consulta ou às vezes quando está em crise. E quando o CAPS está recebendo demanda diária, sempre estão aparecendo. Não só por causa da alimentação, mas às vezes estavam presentes. (Inês – Técnica)

Inês fornece um o exemplo de como os dispositivos grupais auxiliam no processo de cuidado ao facilitar o estabelecimento do vínculo terapêutico entre profissionais e os sujeitos em tratamento pela aproximação e contato mais frequente. Bia também compartilha uma percepção que vai nessa direção.

B - Quando a gente trata da Saúde Mental... Eu verifiquei que existe um índice muito grande da comorbidade. Ou seja, os pacientes que são paciente eminentemente, primeira doença, né, primeira patologia é a questão psiquiátrica. E eles acabam sendo cotados para essa questão do uso de substâncias [referência a drogas ilícitas]. Então, ou seja, é uma comorbidade extremamente danosa, extremamente devastadora. Eu verifico

muito isso aqui. No início, não. Era somente a questão do transtorno mental. Mas, de uns anos para cá, eu fui percebendo esse aumento gradativo. Nossos usuários, usuários CAPS, que faziam oficina... eles envolvidos nesse, nesse meio, né. Então é muito difícil... é triste, triste. [A – Sim...] B - O vínculo, e principalmente para o paciente de saúde mental, que precisa de organização, ele precisa de limite e de organização... e ali desorganiza, porque ele chega e pergunta: "cadê a oficina?" que por exemplo tava trabalhando e já não tá, pois acabou o contrato. Cadê o profissional tal? Não importa a área, mas era um vínculo que eles formavam, que formam.... e o vínculo já é difícil, já é muito difícil. (Bia – Técnica)

Há menção, no trecho acima, sobre o entendimento de que o uso prejudicial de substâncias psicoativas, como o álcool ou as drogas ilícitas, está associado a quadros de sofrimento psíquicos e pode ocorrer em consequência disso. Bia faz referência a um problema muito grave no país, que se apresenta em sua face radicalizada no município: a ampla oferta e demanda de drogas. Sua opinião é corroborada pela fala de Rute.

R - [...] A gente perdeu muitos pacientes para as drogas, porque pacientes nesse perfil, eles são muito fáceis. Porque começam a fazer avião, eles são bobinhos, né. Começa a fazer avião e, como eles fumam, começam a oferecer um cigarrinho hoje, é, uma maconha... amanhã já é uma cocaína. E assim vai, né. Pro crack a gente perdeu paciente, também. Muito difícil. (Rute – Técnica de Enfermagem)

As profissionais falam sobre os resultados de tais reveses conjunturais no andamento do cuidado prestado e na vida dos sujeitos em tratamento. Ambas se preocupam com a exposição dos sujeitos aos riscos do uso prejudicial de drogas e da prática de outros atos que podem acarretar danos pessoais e sociais.

No CAPS existem duas salas espaçosas para a realização de atividades em grupo. No período do “antes”, uma dessas salas era destinada ao funcionamento de um polo para atendimento de usuários de álcool e outras drogas (Polo-AD) e, na outra sala, funcionava o Polo Infanto-Juvenil, que era a referência para atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento mental no município. Contudo, as duas salas foram interditadas devido ao estado de destruição em que se encontravam. Além disso, parte da equipe que sustentava essas iniciativas foi dispensada na mudança de gestão administrativa. Assim, na ausência de profissionais qualificados para dar seguimento aos atendimentos especializados e entraves com o local para dirigir as atividades, o Polo Infanto-Juvenil se extinguiu e passou a ser operado tempos depois em uma unidade mista situada há 15 quilômetros do CAPS. O Polo-

AD continuou a ser sustentado por um dos profissionais, porém apenas mantendo os atendimentos individuais. Abel toca nessa questão a seguir.

[A - E fala um pouco da sua experiência na área de saúde mental especificamente.] *A - Eu tô, especificamente, no álcool e drogas aqui do município, que seria um polo dentro do CAPS. Então, a gente chama de Polo-AD. A antiga coordenadora trouxe para cá, porque não tinha espaço no ambulatório lá. Mas, no final, a gente acaba até atendendo todo mundo, por não ter demanda de psicólogo direito, tanto a nível de contratação, de todas as espécies. Não tem concurso para a gente, não. Aqui não. A [nome da coordenado atual] até... a [nome da coordenado atual] conseguiu colocar infante lá na Unidade Mista, mas aqui no CAPS, não.* (Abel – Técnico)

Conforme mencionamos, pelo contexto atual de domínio de milícias e facções ligadas ao tráfico de drogas, o município teve sua demanda por atendimento de casos de sofrimento mental relacionados ao uso de drogas ilícitas aumentada – a essa demanda somam-se os encaminhamentos de casos de sofrimento psíquico decorrentes de uso abusivo de álcool, problema muito antigo na região. Essa demanda expressiva fica totalmente sob a responsabilidade de um só profissional, o Abel.

A- Olha! isso aqui! [folheando os relatórios de atendimento] *Tem uma semana. Olha aqui! Você imagina se produção é dinheiro, tá, de atendimento. Imagina se a gente tivesse as visitas, o telefone, uma internet para você fazer rede, outros trabalhos. Quantas folhas disso teria? Os grupos cheios, porque no grupo você cobra mais. Isso também, e muita falta de formação, de atualização, de crescimento. Porque para gente... você não se atualizar, você acaba se desestimulando.* (Abel – Técnico)

Abel não reclama de sobrecarga. Ao contrário, ele imagina a possibilidade de aumentar a quantidade de pessoas atendidas mediante a restauração de alguns recursos como o carro para a realização das visitas domiciliares, linha telefônica e internet à disposição do serviço, oportunidades de formação continuada, bem como a oferta dos dispositivos grupais, que em sua opinião são mais potentes para a atenção específica na clínica com usuários de álcool e outras drogas.

Sara fala do sentimento de impotência e desamparo coletivos diante da escassez de profissionais e da ausência de preparo e apoio para dar conta da demanda.

[A - E qual é a sua percepção do campo de trabalho aqui no município e aqui no CAPS? Quais as maiores dificuldades que você enxerga?] *S - Então,*

dificuldades da rede, em si... um exemplo é quanto aos atendimentos do infante-juvenil, né. Eu vejo uma grande dificuldade para os técnicos, porque eles se sentem muito sozinhos. Não tem uma equipe para discutir o caso, né. Por exemplo, não tem psiquiatra no município que atenda a essa demanda infante-juvenil. Nós temos apenas um psiquiatra que atende a partir de 12 anos. E quem tem mais? E aí? Não é atendido? Então, assim, essa dificuldade afeta, né. Não só aos que precisam do atendimento, mas aos profissionais, porque, às vezes, eles se sentem tão sozinhos, né... pedem socorro, e não tem uma equipe para discutir. E a gente solicita o gestor mas... então, um ponto fraco é essa falta mesmo de, de técnico, né, para atender a demanda do município. Entendeu? [A - Uhum...] Como eu citei para você, do médico. Os profissionais se sentem sozinhos na área do Infante-Juvenil. Não tem uma equipe para discutir. acho que esse é o ponto mais crítico. Então, essa é uma das dificuldades, né. Porque a gente tem demanda no município... como tem demanda, também, de álcool e drogas... a gente não tem profissionais o suficiente. A gente tem um técnico só atendendo aqui e a demanda vem aumentando. E aí? Entendeu? (Sara – Técnica)

Inês também fala sobre a falta de recurso e necessidade de um dispositivo especializado na atenção às crianças.

I - Aqui no posto tem uma psicóloga, terça e quinta, acolhendo crianças, mas o foco está mais no [nome do bairro em que está situada a Unidade Mista]. E, é porque, assim: tem muita demanda... a demanda é muito grande, mesmo. [...] E a gente tá tentando pra ver se consegue, agora com essa demanda, mostrar pra eles que precisa de um CAPSI [CAPS especializado em atender a demanda infante-juvenil]. Até falei para a [nome da Coordenadora Geral]: aproveita porque eles estão em cima dizendo: tem que atender, tem que atender! Então, mostra: tá precisando! Porque nada melhor do que você ter um CAPSI, ter uma equipe multidisciplinar, pra você conseguir trabalhar. Por que você vem com a demanda, você vai lá e atende a criança, e a criança tem varias demandas, e você tem que discutir isso, pra você conseguir ter, né, como direcionar. Às vezes não tem... você vai discutir com quem? Aí a gente faz aquele atendimento superficial, né, faz o acolhimento, e faz o nosso trabalho, mas que fica ali, meio que... né, parado. (Inês – Técnica)

Um problema que mobiliza bastante os afetos dos profissionais de um modo geral é a suspensão da realização das visitas domiciliares (VD). A partir das mudanças ocasionadas pelo processo de Reforma Psiquiátrica, compreende-se que a pessoa em sofrimento mental deve circular, estar mais presente em sua comunidade, para que seja favorecida a sua inserção social. Diante disso, é importante que o profissional do cuidado acolha o sujeito na comunidade e na família, o que, a propósito, irá contribuir para a criação de vínculo com ele. Essa forma de perceber eleva o trabalho de visita domiciliar ao patamar de dispositivo

fundamental para o acompanhamento do sujeito, desconstrução do estigma da loucura e integração da família e da rede social no tratamento. Bia fala sobre a importância desse dispositivo e sobre os empecilhos para a sua realização.

[A – O que que você considera importante no tratamento?] B - *Vamos lá! Eu vou começar com a VD [Visita domiciliar]. É porque, nesse momento, nós também não estamos tendo as oficinas terapêuticas. Então, conseqüentemente, a gente perde aquele acesso diário que tínhamos com os pacientes. Perdendo esse acesso diário, a gente não tem como avaliar diariamente, por exemplo, se ele está entrando numa crise, se ele está saindo da crise, como ele tá com essa medicação que foi trocada... o andamento a gente perde. A gente só o vê para a receita, para ver, digamos, para tomar uma injeção. Então, assim, a vinda dele é, fica esporádica. E aí a gente acaba sabendo desse paciente, é, mas por, é... as vezes um outro paciente que nos avisa, às vezes um familiar, às vezes alguém conhecido, alguém da equipe, as vezes alguém da rua vê o paciente entrando num quadro. [...] Então esse é o primeiro ponto, que a gente não tem no momento e precisa muito. Uma época tem o carro e não tem o motorista. Na outra época tem o motorista e não tem carro. Outra época tem o carro e o motorista e não tem o combustível. Enfim, então isso é o primeiro dificultador. O segundo, claro, são as oficinas terapêuticas funcionando, operando para a gente poder acompanhar esse paciente mais de perto. Agora, se eu não tenho carro para fazer a visita domiciliar, eu já perco um acesso aí. E se eu também não tenho as oficinas... é como se o tripé, eu diria que é um tripé: o atendimento está acontecendo, então no tripé uma perna tá funcionando... mas as outras duas estão quebradas. E são duas, duas pernas extremamente importantes... [A - Senão a coisa não anda, né.] B - Não como gostaríamos porque aí a gente depende dele vir até nós. (Bia – Técnica)*

Inês explica como a falta de recursos na unidade afeta a realização das visitas domiciliares.

I - E a nossa maior dificuldade é a questão do transporte, né. Nós temos um carro, só que não fica a nossa disposição. Então a gente tem que ficar pedindo o carro... e não sabe se vem ou não. E quando vem, as vezes, chega já 11 horas da manhã, horário de almoço... e a gente não consegue fazer uma busca ativa, decente, né. Às vezes tem que ir correndo, só fazer uma medicação e voltar. Então, essa é uma das grandes dificuldades que a gente tem. A gente deixa de fazer muitas visitas por causa disso, né. Então, nossa maior dificuldade é essa. Agora, em relação à medicação de emergência, graças a Deus, a gente conseguiu normalizar. Entendeu? A medicação de emergência a gente tá tendo. (Inês – Técnica)

Diante dos múltiplos constrangimentos que afetam o cotidiano do CAPS, da realidade perversa de precarização do trabalho, os profissionais se veem desvigorados e sem ânimo para investir no espaço de trabalho. A consequência principal disso, que coincide com a queixa central em todos os discursos, é a redução dos tipos de atividades oferecidos pelo serviço. Alguns profissionais compreendem que, na atual condição, o CAPS opera um funcionamento caracteristicamente ambulatorial, como podemos ver nas falas de Luiz, Nair e Rute.

[A – E qual é a sua percepção do funcionamento como um todo, em relação aos pontos fortes e pontos fracos do trabalho aqui?] *L - Hoje, hoje, devido a essa reorganização, até mesmo da prefeitura com a Secretaria de Saúde em relação à saúde mental do município, né, o município não está medindo esforços para ajeitar, deixar o CAPS de acordo com o que ele tem que ser, né. [A – Uhum...] Agora, hoje em dia, né, o CAPS tá fazendo um papel ambulatorial, também, né. O atendimento tá mais voltado a esse papel ambulatorial. A gente tá... tem que pegar o paciente, deixar o paciente, atender o paciente, ver as necessidades... Porque também falta profissional, né. Falta profissional para fazer justamente aquelas outras, outros trabalhos que o CAPS precisa, né... as terapias lá em cima com os pacientes, né. Então, essa é a dificuldade que a gente encontra hoje. Mas, tá melhorando devagarinho. (Luiz – Psiquiatra)*

[A - O que você acha que precisa mudar no tratamento aqui na tua realidade?] *N - O que precisa mudar? É que precisa voltar a ser um CAPS de verdade né, só isso [Risos]. É só deixar de ser um ambulatório de CAPS para ser um... um CAPS. (Nair – Técnica)*

R - Não está sendo possível ser feito as oficinas. Mas, devem voltar as oficinas. Elas tem que voltar. O CAPS tem que voltar a funcionar normal. (Rute – Técnica de Enfermagem)

Diferentemente dos outros trabalhadores, Luiz apresentou uma visão positiva e esperançosa em relação ao futuro do CAPS. Podemos entender que o seu posicionamento é resultado das obras de melhorias na unidade, que haviam sido concluídas poucos dias antes da entrevista. Luiz foi o último profissional a ser entrevistado; único com quem realizamos a entrevista depois do início das obras inopinadas. A postergação dessa entrevista se deu, especialmente, pelo fato de Luiz dividir o dia de trabalho entre dois dispositivos: o CAPS e o ambulatório de uma Unidade Básica de Saúde situada na mesma rua, há poucos metros do CAPS. Assim, ele realiza atendimentos ao público do ambulatório pela manhã e, à tarde, atende o público do CAPS. Nair traz para o diálogo a questão do aumento das demandas para atendimento psiquiátrico.

N - Aumentou muito a demanda. A gente só tá com um médico que atende só a cada quatro meses. A receita é liberada por mês: para-o-mês [Ênfase]. Entendeu? Aí, o médico faz para um mês. Então, os próximos três meses... [A - É a cada quatro meses que, que o médico psiquiatra consegue falar com o usuário?] N - Sim, os mais basais sim, que estão controlados. Eram dois meses quando eram dois médicos, mas aí passou. (Nair - Técnica)

Conforme destacado por Nair, a demanda por atendimento psiquiátrico é grande. Durante a observação participante vimos que são realizadas dezenas de consultas, de rápida duração, em um único turno do dia. Por isso, as terças-feiras (dia das consultas psiquiátricas) são os dias mais movimentados no serviço. A ausência de oferta de outras modalidades de atenção, internas e externas ao serviço, além das consultas individuais psiquiátricas e psicológicas (estas últimas menos demandadas, a não ser no caso do tratamento de usuários de álcool e outras drogas) confere essa formatação que aproxima o serviço do modelo hospitalocêntrico em muitos aspectos, contribui para o aumento do foco medicamentoso no tratamento e apagamento do projeto psicossocial.

É fato que mesmo os serviços de saúde mais bem preparados para o atendimento da população não são capazes de garantir atenção integral isoladamente, pois esse objetivo só pode ser atingido por um trabalho conjunto, contínuo, multidisciplinar e intersetorial – ideia que subjaz o conceito de rede. No município, fazer fluir o funcionamento em rede tem sido um desafio difícil de superar ao longo dos anos. Abel se refere a essa dificuldade antiga e às tentativas frustradas da antiga coordenação.

A - Sabe uma coisa que percebo muito aqui, que eu falava com a [Nome da antiga coordenadora de saúde mental], ausência de rede intersetorial na saúde. E ela já tentou fazer fóruns aqui, ousou fazer, tentar trazer assistência, construir cursos, protocolos, tudo ordenado. Tudo que é pensado lá nos fóruns. Aqui, nem na saúde tem. Por exemplo, os agentes de saúde seriam ótimos participantes, parceiros nossos. (Abel - Técnico)

A insatisfação da equipe com a ausência de rede contribui em grande medida para o desestímulo no trabalho. A fala do Fábio representa bem esse descontentamento e dá um exemplo da falta de comunicação entre os serviços.

F - Então, eu vejo uma dificuldade de rede aqui, que não existe, né. Não existe. Não tem... Cê não consegue, assim, você trabalha aqui, você pode fazer o encaminhamento do sujeito para ir para um outro local, um setor.

Chega lá o sujeito tem que acordar de madrugada, pegar fila. Não se faz uma marcação... é como se tivesse indo a primeira vez, mas não é a primeira vez! Ele já está sendo atendido pelo município, pela rede. Ele está sendo atendido. Se ele passou pelo serviço... Então, assim, não existe rede. Você não tem esse contato, você não chega... a gente não vai fazer um trabalho lá junto com pessoal, é, do PSF, que tem o, o, que trabalha direto, tá nas casas. Que tá ali. Então, seria ideal você fazer esse trabalho, né. Até mesmo para ver essa questão da medicalização. Pessoal com o paciente, que tá lá na comunidade, que surta lá na comunidade... agora a gente vivendo num clima de muita tensão aqui. Arma para tudo quanto é lado. Então o agente de saúde que tá ali, é um cara que tá em contato, tá direto ali, que pode avisar: “O fulano tá surtando aqui a comunidade, tá?”. Então, isso não se tem. Não tem essas coisas! Então, assim, seria trabalho de rede, seria a rede isso aí. O ponto fraco é o trabalho de convivência que não tem, né. Na verdade, o CAPS não tá fazendo sua função. (Fábio – Técnico)

O depoimento de Jair fala do seu descontentamento com a ausência do trabalho em rede e sobre o difícil esforço empreendido para promover mudanças nessa realidade.

J - Porque o paciente, quando vem até o CAPS, ele não é um paciente somente do CAPS ele é um paciente da rede. Mas a rede não vê assim né. Quando se detecta, né, alguém na rua... e uma equipe, por exemplo, lá da secretaria social ou da equipe da família detecta aquela pessoa, lá, no primeiro momento, ele entende que aquele paciente já, já que ele apresenta um comportamento, evidentemente, estranho para eles, que eles não conseguem definir... Então eles vão dizer o seguinte: esse problema é do CAPS. Essa é a visão que nós estamos tentando desconstruir aqui. Que nós temos que entender que ele sim vai ser atendido, acolhido também pelo CAPS, mas ele também pertence, ele muitas vezes também é um cidadão que vai pertencer à educação, que vai pertencer à saúde, que vai pertencer ao CRAS, ao CREAS e também é do CAPS. Essa é a visão da rede. Essa é a proposta, inclusive da, da, do CAPS, né. É a proposta da saúde mental. [...] Em relação ao todo, aos outros dispositivos, eu percebo que falta isso, assim, trabalhar em rede. Evidentemente nós estamos buscando trabalhar em rede. E também, que haja investimento evidentemente, mais, isso por parte do município para que os outros dispositivos que não estão funcionando como deveriam funcionar, que possam funcionar. [...] nós poderíamos dizer hoje que estamos trabalhando a 50%, né. Os outros 50% a gente vem buscando complementar, implementar, fazer funcionar, junto com a coordenadora e o nosso secretário. Fazer funcionar todas as estruturas para que tenhamos uma saúde mental que a gente possa uma hora chegar e dizer: Estamos funcionando 100%, e todos os dispositivos ligados à saúde mental estão funcionando dentro de uma rede. (Jair – Técnico)

Ao ser convocada a produzir sentido sobre os sujeitos em sofrimento mental, Sara faz um encadeamento das percepções que a conduz a uma comparação entre o sofrimento da equipe e o sofrimento do usuário do serviço diante do contexto.

[A – Como você percebe os sujeitos em tratamento no CAPS?] S – *Então, é, minha percepção? Como que eu vou definir isso? [Silêncio de reflexão] O público em minha percepção é de uma certa forma bem carente, né? Tanto... Não só na saúde, porque eu não posso negar que é... Nossa... Apesar de hoje, com a reforma psiquiátrica... Mas, eu vejo, assim um descaso muito grande com a saúde mental. Então, de uma certa forma, acaba afetando esse público, né. Aonde não afeta só os usuários, mas sim os profissionais, que acaba gerando uma angústia, né. Porque... não sei em outros municípios, mas tô falando do meu. É bem carente, né. Você tem vindo aqui, você tem visto. E, o profissional sofre, porque a gente solicita. A gente, né, tá sempre ali, com o gestor solicitando, e não vê as coisas, assim, acontecer, né. É muito lento. E isso afeta o nosso público, entendeu? E acaba afetando a gente também, como eu disse. (Sara – Técnica)*

Sara compreende que o sujeito em sofrimento mental encontra-se em uma condição de “carência” – significante duplo, que se refere tanto à subjetividade do sujeito quanto à falta de atendimento de suas necessidades de saúde, exemplificado pelo descaso de que é alvo o dispositivo destinado ao seu cuidado e o município como um todo. Essa segunda significação leva Sara a comparar a carência do sujeito com a carência dos profissionais. Ambos, na sua percepção, seriam penalizados pela indiferença da gestão administrativa, não atendidos em suas diferentes necessidades e, assim, abandonados em suas angústias.

Percebemos que, em face da intensidade com que o desmantelamento do serviço afeta as expectativas, os profissionais encontram dificuldades para citar pontos fortes do trabalho cotidiano. No entanto, uma resposta foi uniforme nesse sentido: o reconhecimento dos pares da equipe como o ponto forte. Nesse intento, o repertório foi amplo e as narrativas foram repletas de palavras e expressões que indicavam o preparo técnico e qualidades humanas, como “arregaçam as mangas”, “sempre prontos”, “disposição”, “disponibilidade”, “levar a sério”, “trabalho maravilhoso”, “trabalho com amor”, “atuantes”, “capacitados”. “sensibilidade”.

7.2 OS OLHARES PARA A DIFERENÇA

No referencial teórico-metodológico, falamos sobre o exercício humano de produção de conhecimento e sobre a formação dos repertórios discursivos. Entendemos que as nossas percepções são formadas pela influência de múltiplos elementos que se dão a conhecer por meio de nossas práticas discursivas. Apoiados na perspectiva construcionista, entendemos que a maneira de compreender conforma as práticas profissionais e os modos de se relacionar com o outro. Logo, é no real do cotidiano institucional, na observância do trabalho vivo e do seu contexto, e no processo de inter-relação que podemos apreender os sentidos produzidos para o outro da diferença, como impactam o cuidado dispensado e se estes sentidos são prenes de potencial ético-dialógico para a práxis ou não.

Buscamos analisar a produção de sentido sobre o sujeito em sofrimento mental e sua condição subjetiva com base no entendimento da relação dialógica desenhada por Bakhtin e do encontro Eu-Tu de Buber.

7.2.1 Os sentidos sobre o sujeito em sofrimento mental e sua condição de saúde

Algumas formas de entender o sujeito em sofrimento mental se mostraram apoiadas no contexto em que se insere o CAPS. Esse foi o caso de Sara. No último fragmento de entrevista analisado no subitem anterior, vimos que ela percebe o sujeito como alguém carente – há um encadeamento na forma como produz sentido para a realidade do CAPS, do município e para a condição dos profissionais. Edna também usa o mesmo significante quando interpelada.

[A – Pra você quem é o sujeito em sofrimento mental?] *E - Carente. É um sujeito carente. Carente não em termos materiais, mas muitas das vezes de carinho mesmo. Não tem... Gente! É muito visível. E muitas das vezes, a criança não é o problema. O problema são os pais. Mas, é mal interpretado, é mal formulado. Porque tudo a... "É, meu filho, meu filho é assim!". Sabe? Mas, o que que eu, como mãe ou como pai contribuí para isso na vida do meu filho. Então, é assim. (Edna – Técnica)*

Edna faz o atendimento de toda a demanda infantil do município. Ela vê o outro do cuidado em sua necessidade de afeto e compartilha a sua percepção de que, em geral, isso é negado a ele. Segundo aponta, o verdadeiro problema está na relação parental, na medida em que determinados comportamentos da criança são interpretados erroneamente como

distúrbios, não havendo uma reflexão sobre como os elementos do contexto podem estar contribuindo para aquele efeito. Edna percebe nos pais (cujas vozes ela presentifica no enunciado) uma forma de compreender compatível com aquela corrente ao longo da história, em que os desajustes às normas sociais são capturados no registro da doença. Interpretação semelhante aparece na fala de Cátia.

[A – Como você percebe a condição de saúde do sujeito em sofrimento mental?] C - *Eu acho que eles tentam se expressar de alguma forma. Tipo assim, não tem um... às vezes, não tem um apoio da família. E eles chegam aqui, são umas pessoas muito carentes também. Eles querem conversar. De alguma forma, eles querem se expressar, entendeu? E a gente estaria para... eu estou aqui pra ouvir também, de uma certa forma. Eu acho que é isso. É ter alguém para ouvir, para dar um, um conselho, conversar mesmo. Eu acho que é disso que eles precisam.* (Cátia – Técnica Administrativa / Recepção)

No trecho acima o sujeito é percebido como alguém carente de ser ouvido e sua condição subjetiva aparece como consequência dessa carência. Para Cátia, dar oportunidade para o diálogo, às vezes negado (mesmo em casa), é de fundamental importância no serviço. Vemos em Bakhtin que, para o humano, sempre irá se tratar disso: a palavra possui uma natureza dialógica e deseja ser ouvida, visto que o homem é um ser-para-o-diálogo.

Para Fabio e Nair, sofrimento é a palavra que melhor ajuda a explicar como percebem aqueles para os quais dispensam o cuidado.

F - O sujeito para mim, é, é um sujeito em sofrimento, né. Assim, até porque ele só busca, né, depois de muito passar... de muito sofrer, muito procurar. Onde ele, ele na verdade, ele, todas as... é, as possibilidades dele... aí ele busca, aí ele vem aqui como um, uma das últimas, né, possibilidade de ele poder estar bem, se encontrar bem. Eu vejo o sujeito como... dessa forma. como um sujeito em sofrimento, que busca um bem-estar. (Fabio – Técnico)

[A – Como você entende a condição de saúde do sujeito?] N - *Não sei se consigo responder. Onde tá o problema real do, daquela pessoa... pra poder descrever? Quando, ah... quando tem uma dor no dente você fala assim: meu dente aqui tá doendo. Entendeu? Mas...* [silêncio / reflexão] Um sofrimento. [A – Sim, então a palavra sofrimento define aí essa condição?] N – *Sim.* (Nair – Técnica)

Na compreensão desses dois profissionais, o sujeito vive uma existência-sofrimento. Eles não enfocam categorias ou causas; o foco de percepção recai sobre o sofrimento observado. Esse modo de ver o outro é profícuo para ampliar as possibilidades no cuidar, pois

desvia o olhar daquilo que diferencia e, desse modo, facilita o exercício de alteridade. Afinal, o sofrimento é algo possível a qualquer pessoa. Podemos apreender isso na seguinte fala de Nair.

[A – E, na sua opinião, quem é o sujeito em sofrimento mental?] N - [suspiro profundo] *Acho que é uma pessoa angustiada. [...] Tem aqueles que conseguem, tinha uma vida, assim, estruturada... seguindo aquele caminhozinho, né, vou estudar, vou casar, vou trabalhar, né. E, de repente, se vê meio que interrompido, naquela angústia... assim, o que que vai ser da minha vida agora?* [A – Uhum...] N - *E tem a angústia dos familiares: o que que vai ser dessa pessoa a partir de agora? Vai ficar, dependente, para o resto da vida... Eu acho que fica uma interrogação, assim, o que que vai ser do futuro dessa pessoa? A pessoa não sabe mais se ela vai conseguir se equilibrar para poder ter uma vida mais próxima do normal, né, normal entre aspas, né, porque o que que é normal? Né?* [risos]. *Eu vejo nas pessoas é isso, né, essa interrogação, o, o medo, o medo do futuro.* (Nair – Técnica)

Para construir uma explicação, Nair procura imaginar o sentimento que envolve a pessoa quando, de repente, a partir da interrupção de algum projeto de vida, inicia uma existência-sofrimento. A profissional concebe que essa pessoa experimenta um sentimento de angústia, como também sua família, em decorrência das dificuldades para dar andamento à vida. Seguindo uma lógica semelhante, Dora evoca certas dificuldades do viver para ilustrar o que pensa sobre a vivência do sujeito em sofrimento mental.

[A – Como você enxerga a condição de saúde dos sujeitos?] D - *Não sei se você vai entender... O que eu acho, é que aqui, eu acho aqui, muita pobreza. Não tô julgando, mas eu acho que aqui, muito, falta do que fazer... Apesar de que, a doença mental, ninguém tá livre disso. E não tem um porquê. Você sabe muito mais do que eu que não tem porquê. Mas, aqui, o que eu vejo é muita pobreza. Muita falta... não sei, meu Deus, de Amor. Eu acho que aquilo acaba afetando, assim, dentro de casa. O desemprego, entendeu? Então, eu acho... aqui, o que eu vejo, assim, às vezes a pessoa poderia até ter uma vida diferente, né. Mas, às vezes, assim, a pobreza... e tipo assim, não tem nada para comer dentro de casa, não tem nada para fazer. Aí fica no quarto... pode acontecer ou não, Ana Paula? Pode acontecer!* (Dora – Recepcionista)

Na opinião de Dora, adversidades como a pobreza, a falta de amor, o desemprego, as privações ou falta de perspectiva (tão presentes na realidade da região), podem levar ao sofrimento mental. Vemos, mais uma vez, que a forma de ver o sofrimento mental tem a ver com as vicissitudes da existência humana e do mal-estar social.

Jair faz questão de deixar claro que não percebe o sujeito como um doente, no sentido médico-psiquiátrico. Ao contrário, informa que sua interpretação é psicossocial e que entende os diferentes problemas da vida como fatores que podem provocar sofrimento mental.

[A - Como você explica a condição de saúde do sujeito, daqueles que procuram vocês aqui no CAPS?] *J - O sujeito, eu entendo que ele é um sujeito que está no processo de confusão mental. E eu entendo que não é um doente. Ele não está doente. Ele está, evidentemente, no processo de enfermidade, mas ele não é. A qualquer momento ele pode evidentemente, ele tem um predisponente dentro dele que, com auxílio, evidentemente que com a facilitação do profissional, ele pode sair daquele quadro que ele está. Então, eu vejo que a, a, todos que nos procuram aqui, que vem até nós, eu vejo, eu sempre faço uma leitura deles muito psicossocial, tá. [A – Sim...] Acho que os que vêm até nós são pessoas que sofrem as influências sociais, né. Que são atravessados pelos problemas da vida, e que isso leva eles a uma tensão, evidentemente, e que dificulta talvez a, a visão racional... o comportamento equilibrado. E aí entra, nós, nós nos colocamos como facilitadores para que eles possam, evidentemente, juntamente conosco, construir a melhor saída, né, uma perspectiva de vida. É assim que eu vejo aqueles que nos procuram. (Jair – Técnico)*

A narrativa de Hugo exprime uma compreensão sensível, que considera o contexto social e a dimensão das relações na produção de sentido sobre o sujeito em tratamento. Podemos considerar que o seu modo de olhar é resultante de um exercício de alteridade.

[A - A outra pergunta é sobre aqueles que procuram o CAPS. Então, qual o seu entendimento sobre essa pessoa que procura o CAPS?] *H – Olha, o indivíduo que nos procura para o tratamento, ele é um indivíduo igual a qualquer outro, tá. Não é a minha concepção, é a concepção real. É um indivíduo como outro. Com uma diferença: tem indivíduo que tem hipertensão arterial, e tem o indivíduo que tem a hipotensão arterial. Tem o indivíduo que gosta de doce, e tem o indivíduo que gosta de amargo. Indivíduo que sofre com problema visual. O que vem aqui, ele sofre o quê? Ele sofre... Se você for escutar o histórico ele tem um histórico. Lá atrás ele foi um indivíduo massacrado, é, pela própria vida. Ele foi massacrado, é, quando eu digo vida... eu vou ser mais específico: É um indivíduo que, ou perdeu um emprego lá atrás e isso trouxe para ele, é, um certo desconforto social, e esse desconforto social fez com que ele se sentir culpado. E essa culpa trouxe para ele um certo pesar. [...] Então, aí começa. Então isso para mim é normal. Isso para mim é normal. [A – Uhum] H - São o quê? São percalços que ocorrem na vida de qualquer um, que uns tem capacidade de absorver sem sequelas e outros não tem capacidade de absorver sem sequelas. E isso pode trazer transtorno que seja necessário a intervenção de alguém para ajudá-lo. Ou seja, ele fica saudosos daquilo que ele tinha antes e ele tem que passar a ter. [A - Fazer um resgate?] H -*

Exato! Fazer um resgate. A palavra é essa aí. Entendeu? (Hugo – Técnico de Enfermagem).

É importante observar que, embora Hugo utilize algumas palavras do campo biomédico, elas não são empregadas de modo específico, para sustentar a visão a qual se ligam geralmente. No contexto da entrevista, estas palavras possuem o sentido equivalente ao do dicionário. Então, quando Hugo diz “sequela”, entendemos que seu equivalente seja a palavra consequência. Do mesmo modo, a palavra “transtorno”, é usada como sinônimo de dificuldade.

No próximo trecho compartilhado podemos ver que, embora seja médico e comece o enunciado fazendo menção ao diagnóstico, Luiz não utiliza palavras pertencentes ao gênero de discurso típico da sua formação. Diferentemente, na seleção de palavras para expor sua percepção sobre os sujeitos em sofrimento mental, ele escolhe a locução “dificuldades mentais”.

[A - Como você enxerga o sujeito tratado aqui no CAPS?] *Exato. Dependendo do diagnóstico, ele pode ser tratado aqui ou lá, [referência ao ambulatório] né. Mas, aquele paciente com dificuldades, né, maiores dificuldades mentais, né, a gente observa isso e, para inseri-lo novamente na sociedade, né, quem tem maior dificuldade de inserção na comunidade, né. O CAPS serve justamente para isso.* (Luiz – Psiquiatra)

Luiz enfatiza sua preocupação com a reinserção social dos sujeitos tratados no CAPS. Na fala seguinte ele faz um complemento da ideia anterior.

[A - E essa condição de saúde? como você percebe a condição do sujeito que é o perfil CAPS, o sujeito em sofrimento mental?] *L - A condição do, do, do, da, logo na entrevista, né, a gente conversando com esse paciente, a gente já observa, já percebe as suas dificuldades, os seus transtornos, o que que está acontecendo com esse paciente... para a gente propor tais medicações, tais terapias, né. E aí, assim, a gente vai tocando, a gente vai levando a forma do tratamento, a gente estipula a forma do tratamento aqui no CAPS.* (Luiz – Psiquiatra)

As falas de Luiz nos remetem ao que Bakhtin diz a respeito de um dos traços estruturais essenciais do enunciado: o *endereçamento*. Conforme pontua, o enunciado possui autor e destinatário. Em um diálogo, a estrutura do enunciado sofre influência dependendo de qual seja o alvo a quem se dirija. Entendemos que a escolha de palavras de um repertório mais próximo do discurso psicossocial tenha sido influenciada pelo fato da destinatária (a entrevistadora) ser psicóloga – detalhe que informa sobre a grande possibilidade de haver uma

filiação ideológica aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Isso não significa que Luiz pense ou aja em desacordo com o que diz. Suas práticas discursivas serão analisadas mais adiante.

Abel toca na questão relativa à importância do profissional de saúde buscar analisar a própria forma de enxergar os sujeitos do cuidado.

A – [...] Eu acho que a função nossa, no CAPS, é ressignificar. E essa ressignificação deles é descobrir esse sentido para eles. Eu acho que é uma coisa que eu já vi muito em estudos... é como o profissional olha essa representação, o que eles representam. Se você não tirar de você que eles... se eu tiver o meu preconceito com o usuário que vai entrar aqui, você não vai trabalhar. Ou seja, você tem que trabalhar, também, para você não usar sua representação no atendimento. E eu acho que isso também ajuda a qualificar, né. (Abel – Técnico)

Abel se refere ao problema sócio-histórico da influência do estigma da loucura no imaginário social, inclusive dentro das instituições de cuidado. Em seu entendimento, olhar o sujeito com as lentes do preconceito inviabiliza o cuidado. De fato, se um dos objetivos do cuidado é a aproximação e o estabelecimento de vínculo com o sujeito em tratamento, torna-se imprescindível que tenhamos consciência dos nossos juízos e valores sobre o sofrimento mental para que possamos efetivamente produzir cuidado e não reproduzir modos históricos de exclusão da diferença.

7.3 OS SENTIDOS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

As percepções sobre os antigos e os novos padrões de assistência, assim como os sentidos que cada profissional produz para explicar aquilo que deve ser privilegiado ou evitado no tratamento, emergiram nas entrevistas com abundância em diferentes momentos. Organizamos os temas desse último argumento de escuta em três itens e realizamos as análises observando a aproximação ou afastamento dos repertórios interpretativos em relação aos pressupostos ético-dialógicos.

7.3.1 Sobre o CAPS: o prescrito, o possível e o necessário

De diferentes formas, oferecer acolhimento aparece nas narrativas como uma das principais funções do CAPS. A orientação de acolhimento aparece unânime nas publicações

do campo da saúde – em geral, em referência a necessidade de humanizar as relações – e naquelas do campo da saúde mental, como orientação fundamental para o cuidado. Zenoni (2000) fala de duas diferentes funções da instituição: a função social e a função terapêutica. A função social seria a finalidade da existência da instituição: inicialmente, dar acolhimento. A função terapêutica se refere ao tratamento propriamente dito, que se desdobra a partir do acolhimento inicial.

Especialmente para o cuidado de pessoas em sofrimento mental, a orientação do acolhimento se apresenta como um caminho potente para a criação do vínculo terapêutico e para dissipação do estigma da exclusão. Podemos entender a produção de acolhimento como o negativo da produção de exclusão. Essa percepção pode ser vista nas palavras de Fábio e Inês.

F - O sujeito, ele já vem com preconceito. Ele já vem estigmatizado. E quando ele chega, ele pega... “mais um!” acaba reforçando, acaba reforçando essa visão dele em relação ao mundo. Então, não é isso. Acho que, na verdade, o meu papel não é esse. Meu papel seria acolher, seria mostrar para o sujeito que ele é tão capaz, tão pessoa quanto eu. [A - Uhum... então para você o acolhimento é o principal no serviço, né?] F - É, isso aí. (Fábio – Técnico)

[A - E qual a função do tratamento na tua visão?] I - No nosso cuidado acho que, o primordial, é o acolhimento. Quando o sujeito chega em sofrimento e você acolhe... isso já é um alívio pra ele. E o trabalho com a família, porque o nosso objetivo também não é que ele fique o tempo todo na dependência do CAPS, né... é que ele, a gente possa trabalhar essa autonomia e que ele possa, né, seguir o seu caminho, junto com a sociedade. Então, acho que a função do CAPS é trabalhar mesmo essa questão do bem-estar, da independência mesmo do usuário. Que ele possa, dali, conseguir seguir o seu rumo, seu caminho, ter sua vida. (Inês – Técnica)

Na fala de Jair a função de acolhimento é destacada como essencial para que se possa desempenhar um bom trabalho psicossocial. Conforme assinala, o acolhimento é indissociável da ideia de interdisciplinaridade.

[A - Qual a função do tratamento, pra você?] J - [...] eu vejo a relevância do trabalho do CAPS, né. A visão de toda essa equipe interdisciplinar. Então, eu vejo que é um trabalho muito bom, muito promissor. O tratamento, como é feito, o tratamento... A gente trabalha vendo o ser como um todo, como um ser social. Não apenas... Apenas um ser psiquiátrico, mais um ser social. [A - Então a função do CAPS é...?] J - É... A função do CAPS é acolher, acolher as pessoas que vêm até nós com necessidades,

evidentemente, psíquicas e emocionais, né. Ou que venha até nós com um... até mesmo com outras demandas. Atendemos aqui as pessoas que vêm com as necessidades em decorrência do uso de drogas, né. A noção do CAPS e acolhimento, né. (Jair – Técnico)

Gina entende o CAPS como um lugar de acolhimento que proporciona interação, aproximação social e contribui para a ressocialização dos sujeitos em sofrimento mental.

G – [...] Eu acho muito, muito, muito bom, porque eu acho que é uma aproximação social. Eles têm atividades, eles passeiam, eles tem oficinas, então isso ajuda, isso incentiva os pacientes a virem buscar e tomar os remédinhos, direitinho, tudo certinho. Né? Então o CAPS para essa função eu acho legal. [A - Então só para a gente poder resumir: uma função de ressocialização?] G - Ressocialização. É... De ele sentir carinho, eles verem que a gente dá atenção, que a gente gosta, que a gente dá carinho, entendeu? (Gina – Auxiliar de Enfermagem)

No próximo trecho de sua fala, Gina destaca mais uma vez a importância do acolhimento e atribui a mesma relevância à medicação no tratamento.

[A - E quanto ao que deve ser feito em relação ao tratamento?] G - além deles virem para cá tomar medicação, eles terem atenção... Se sentir acolhido, porque o acolhimento é uma das formas de cura muito boa. Acho que isso aí é o certo. Além da medicação, ter o acolhimento. É o que seria ideal, aqui ou em qualquer lugar. (Gina – Auxiliar de Enfermagem)

O verbo acolher é semanticamente muito rico. É sinônimo para várias palavras usadas, na maioria das vezes, com o sentido de dar proteção, de receber, de receber com aceitação, de dar ouvidos. No sentido mais popular, que é aquele dicionarizado, acolher significa atender, dar ou prestar atenção. Em todos esses modos de entender, a noção de acolhimento mantém sua potência, convoca à relação, à disponibilidade para a presença, para a dialogicidade. Foi em seu sentido popular que a palavra acolhimento teve maior emprego, não apenas nas entrevistas, mas em uma das experiências vividas no campo de pesquisa que compartilhamos agora.

Atendendo a um convite da Coordenação Geral de Saúde Mental, ministramos uma palestra de capacitação em saúde mental, com duração de três horas, no curso organizado pela Secretaria de Saúde do município para 150 pessoas recém-admitidas em concurso público para Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Dos 150 contratados, estavam presentes quase 130. Houve grande participação e curiosidade sobre o tema.

Em um dos momentos da palestra, antes de começarmos a discussão sobre a história da loucura, propusemos a seguinte dinâmica: cada participante deveria pensar e representar numa folha de papel (por meio de figuras e/ou palavras) como percebiam a pessoa em sofrimento mental. Em outra folha de papel, deveriam fazer o mesmo para compartilhar a opinião que tinham sobre a principal necessidade da pessoa em sofrimento mental. Distribuímos o material necessário para a execução da proposta e, em 20 minutos, os participantes a concluíram.

Esse exercício é interessante porque, em geral, as situações, as palavras, coisas se mostram como tendo significado em si mesmas e são simplesmente reproduzidas como verdades. Contudo, no momento em que precisamos refletir e explicar as nossas percepções, podemos ter a dimensão da dificuldade e complexidade de fazer isso; é nesse momento que podemos organizar as ideias e ter contato com o que pensamos, com o nosso entendimento. A dinâmica proposta teve justamente essa finalidade: permitir que os participantes elaborassem e registrassem suas percepções sobre a pessoa em sofrimento mental e as principais necessidades dessa pessoa, antes de abordarmos o assunto e refletirmos criticamente sobre ele.

Analisando o material resultante da atividade, vimos que, no repertório interpretativo da maioria dos participantes, apareceu o termo “acolhimento” para representar aquilo que entendiam ser a principal necessidade do sujeito em sofrimento mental. Além da palavra acolhimento, foram usadas outras com a mesma conotação: mais frequentemente “atenção”, “escuta”, “compreensão” e “carinho”. Essa forma de entender a principal necessidade da pessoa em sofrimento mental foi coerente com a forma como os participantes enxergam o sujeito.

A palavra “carência” foi bastante usada para exprimir a visão dos participantes sobre o sujeito em sofrimento mental. Percebemos ao longo do encontro que aqueles futuros colaboradores da RAPS apresentam posicionamentos de abertura dialógica diante da diferença subjetiva, embora os mitos e muitas palavras do repertório manicomial tenham se presentificado nas percepções – isso se manifestou diretamente nas participações, nas dúvidas que compartilharam, e nos materiais gerados pela dinâmica realizada.

Quando convidados a compartilhar a visão do que tem sido possível realizar no contexto atual do CAPS, a maioria dos profissionais ressaltou que, apesar dos reveses, eles logram oferecer acolhimento, conforme podemos verificar nos dois trechos selecionados a seguir.

[A – E, me diz o que tem sido possível fazer?] J – *É, o trabalho que nós temos feito, que é um trabalho de acolhimento. Evidentemente, é, e esse trabalho tem sido feito com muita conscientização, né. A visão é acolher e... para que a pessoa se sinta à vontade aqui. E esse trabalho tem sido feito com muita primazia e dedicação aqui pelos colegas. [...] O acolhimento, evidentemente, tem sido aqui o nosso ponto forte... o forte que eu vejo em nós aqui é o acolhimento, né. Em meio a precariedade que nós estamos, evidentemente, o acolhimento tem sido forte. Porque o acolhimento, ele vai além, evidentemente, das estruturas. [A - Uhum... Até independe, né?]. J - Sim. É, vai além das estruturas, né. O acolhimento é pessoal, é individual, e isso tem sido nosso forte em meio a precariedade. (Jair – Técnico)*

[A – Que pontos fortes você destaca do trabalho aqui no CAPS?] G - *O ponto forte é ainda estar funcionando... recebendo todo mundo. [...] E, ainda... é, partindo dos funcionários, nós temos acolhida, ainda, mesmo a gente não tendo toda aquelas estrutura física necessária. Ainda tem gente, pessoal, ainda tem acolhida pessoal para cada um, para cada um. Esses são os prós e os contras. (Gina – Auxiliar de Enfermagem)*

Jair e Gina destacam o acolhimento como o trabalho possível de sustentar a pesar de toda precariedade enfrentada no cotidiano para prestar assistência.

Luiz privilegia dois aspectos como os mais importantes no tratamento dispensado no CAPS: a multidisciplinaridade e o objetivo de reinserção social dos sujeitos assistidos.

[A - E, qual é a sua percepção do sujeito que procura o CAPS?] L - *O CAPS é diferente, né. O CAPS, o nome já diz: Centro de Atenção psicossocial, né. É... o, a gente observa logo no paciente se ele é perfil CAPS, e ele precisa participar das terapias do CAPS. Tem várias, é, terapias aqui no CAPS. Então, o desenvolvimento desse paciente, ele é muito melhor, né. Mas, ele tem que ter o perfil CAPS. E a gente vai avaliar juntamente com a equipe, com psicólogo, com os terapeutas, e juntamente com o médico, né, e a gente faz essa divisão, né. Se o paciente não tem o perfil CAPS, ele vai para o ambulatório e fica no ambulatório sendo acompanhado a nível ambulatorial, que é diferente. No ambulatório são consultas marcadas, a gente observa o paciente. No ambulatório, né, mesma coisa... no ambulatório a gente observa o paciente e, quem tem perfil CAPS, a gente manda para o CAPS para fazer todo o, o trabalho desenvolvido aqui. [...] Também, o CAPS engloba a família desse paciente, também, a família tem que caminhar junto, senão não tem tratamento, né. Então, é nesse perfil, é nesse tipo, né. E também a gente pega paciente é... recente, recém-saído das casas, de hospitais, né, hospitais psiquiátricos de longo prazo. Os pacientes ficam, os pacientes ficam muito tempo, né, ficavam muito tempo nesses hospitais que estão acabando, não é? E agora, e geralmente esses pacientes passam, eles tem uma passagem pelo CAPS, para a gente conseguir tentar inseri-los novamente na, na comunidade, na sociedade. [...] O paciente é estudado dentro do CAPS, e a gente estipula para ele o que é que ele tem que fazer... se ele tem que fazer terapia ocupacional, se ele tem que passar quantas vezes na consulta no mês, né. E isso aí a gente vai formando...*

porque cada paciente do CAPS segue um tipo de tratamento. Não é todo mundo aqui no CAPS fazendo o mesmo tipo de coisa, não. Cada um tem um plano terapêutico, né. Então é... isso é seguido, né, por toda a equipe: pelos psicólogos, pelo médico e pela equipe da terapia. (Luiz – Psiquiatra)

O gênero de discurso utilizado por Luiz, conforme sinalizamos antes, é quase todo oriundo do repertório psicossocial. Vemos que em suas respostas ele recorre àquilo que reconhecemos como diretrizes para o trabalho prescrito em saúde mental; ou seja, ele fala das diretrizes e orientações reconhecidas no campo, que delineiam a forma como o trabalho no contexto que se desdobra a partir do processo de Reforma Psiquiátrica deve ser realizado. Contudo, em um dos trechos compartilhados anteriormente, ele reconhece a distancia entre o trabalho prescrito e o trabalho real no caso do CAPS em que trabalha.

O papel preponderante do CAPS na desinstitucionalização dos egressos de hospitais psiquiátricos aparece nas falas de Hugo e Luiz. Trata-se de uma função bastante marcante no município, aja vista o CAPS ter sido vizinho de grandes manicômios, ter participado ativamente no processo de retirada de muitas pessoas dessas instituições e ter articulado o retorno delas para a vida em sociedade – principalmente no período do “antes”.

H - Eu não sei, Ana Paula, eu não sei, tá? Eu não sei se você conheceu o empírico do tratamento do paciente que tem transtorno mental. Eram tratamentos completamente absurdos. O paciente com transtorno mental ele era, era pior do que o indivíduo que tinha a lepra. Por quê? Por que eles eram trancafiados, presos. Era um absurdo, né? E, diferentemente do leproso, que só jogavam ele no leprosário e deixavam lá, colocavam num certo lugar a comida, ele ia lá e a apanhava. Já o indivíduo que tinha transtorno, às vezes morria de inanição. Quem sou eu para falar isso para você? E era tudo legalizado, porque achava-se que era o certo. [...] Agora, dentro desse contexto, Ana Paula, o que eu quero frisar aqui é esse passo que a saúde mental teve, né. Nem é saúde mental, né, é saúde psicossocial. Esse passo que ela teve em desinstitucionalizar. Por que isso era institucionalizado. Um absurdo! Desinstitucionalizar isso foi um avanço. (Hugo – Técnico em Enfermagem)

[A - E eu queria saber se você quer fazer algum complemento?] *L - A complementação é que, dentro da Saúde, dentro da, da, a saúde, a saúde mental hoje, a, é, você vendo a nova psiquiatria, né, com, com, com... o término dos hospitais psiquiátricos, né, a gente tem que ter muita atenção com esses pacientes que a gente tá recebendo. São pacientes que eles ficaram muito tempo dentro dos hospitais, né. A grande dificuldade, o grande ponto é esse: colocar esses pacientes de novo para a sociedade. Esses pacientes que ficam muito tempo dentro, é, dentro dessas instituições, a gente tem que pegar esses pacientes e colocar esses pacientes na sociedade. Esse é ponto principal. E o CAPS, o papel do CAPS é*

fundamental para esse lance, né. Então, é dar a esse paciente a confiança e a melhoria de vida para esse paciente. Colocar esse paciente como se fosse uma pessoa comum na sociedade, e ele conseguir conviver com isso, trabalhar, casar, ter uma vida normal. (Luiz – Psiquiatra)

Abel menciona a função do CAPS de articulação do território e ressalta a sua importância na intermediação da assistência aos casos de urgência e emergência em unidades com leitos psiquiátricos. E Bia observa a carência de leito de atenção integral no município.

[Ana - E, Sobre o tratamento? Qual seria para você a função do tratamento?]
A - Eu acho que saúde mental envolve tantas coisas, né. Falando do CAPS, especificamente, que pela lei é um articulador do território, ele foi criado, a gente sabe, lá em Santos, aquela coisa toda, história do CAPS... é para você fazer uma intermediação com os Hospitais Gerais, com essas políticas, né, de leitos psiquiátricos, e tal. (Abel – Técnico)

B - Percebo que não tem leito de saúde mental. Não tem. Esse é um grande dificultador. (Bia – Técnica)

No município não existe unidade hospitalar com leito 24 horas. O modelo conduzido a partir da Política Nacional de Saúde Mental prevê uma rede de serviços abertos e de base comunitária e também o serviço de leitos de atenção integral (em hospitais gerais ou CAPS-III) para apoio a emergências ou urgências psiquiátricas. Os profissionais reclamam a falta de suporte para acolhimento, especialmente nos dias e horários em que o CAPS não está em funcionamento. As questões envolvendo o uso prejudicial de álcool e outras drogas é fonte de preocupação, tendo em vista que o tratamento pode requerer a permanência do sujeito em acolhimento intensivo, o que inexistente na região.

A observância da operação do estigma na loucura foi um tema repetido nas falas dos entrevistados. No próximo trecho de conversa, Inês apresenta a sua perspectiva sobre como a percepção estigmatizada do sujeito em sofrimento mental afeta o trabalho em rede.

I - Porque o usuário da saúde mental, ele não é só problema psiquiátrico, ele às vezes tem um problema clínico. Então precisa dessa rede, precisa desse suporte, né. Então, a gente tem muita dificuldade. E, assim, em algumas pessoas você não via aquele interesse, aquele engajamento nisso. Olha, assim, pelo que a gente discute muito, eu acho que essa resistência é uma barreira que eles tem com a saúde mental, com o transtorno psiquiátrico. A gente percebe muito isso. E não só com a rede em si, mas com a questão dos governantes também. [...] Mas, o CAPS: ninguém querer-saber-do-CAPS [Pronúncia entrecortada para dando ênfase]. (Inês – Técnica)

Inês percebe grande resistência dos outros dispositivos da rede e da gestão administrativa em prestar atendimento aos sujeitos e atribui isso a forma estigmatizada de vê-los. Rute faz uma colocação semelhante em tão de desabafo.

[A – O que você acha do campo de trabalho de uma forma geral, do CAPS e as possíveis integrações na RAPS] R - *Muito difícil! Não tem campo com rede. Nos outros postos de saúde, os nossos pacientes dão medo... fazem com que aquelas pessoas tenham medo de tratá-los, de gostar, entendeu? Tudo é CAPS. Se você entrar ali no posto e começar a falar, xingar... "Óh, tô com paciente de vocês aqui descompensado". A gente chega lá e não é nosso... não é nem paciente, é só uma pessoa nervosa. Mas, tudo para eles é CAPS! Não tem preparação... não tem, não tem. Já tentamos fazer vários... assim, lá atrás a gente conseguiu uma época com que os agentes de saúde até sinalizassem uma coisinha para gente. Mas é muito difícil... muito difícil. E não adianta, por que os agentes de saúde, ao invés de ir à frente, eles recolhem. Eles saem... eles têm medo de apanhar, tem medo disso, medo daquilo. [...] Não adianta! Os postos de saúde não trabalham com a gente. Tudo para eles é nosso. O paciente de rua é nosso, o usuário é nosso, paciente que brigou com a mãe é nosso, paciente que quebrou a... tudo é Nosso. Gente! Se botar na ponta do lápis, de 100 mil habitantes, 80 mil é do caps. Na cabeça deles é isso. [A - não tem troca?] R - Não tem troca! Eles não tentam nada, nada, nada, nada. Para eles, assim, não é serviço deles, entendeu? (Rute – Técnica de Enfermagem)*

A influência de um tempo longo marcado por discursos e práticas produtores de saberes estigmatizantes e segregadores é sentida pelos profissionais do CAPS em forma de recusa ao trabalho em rede. Em um município que viveu intensamente o modelo manicomial até a chegada do CAPS, parece ser difícil vencer a forma de compreensão produzida por ele. A identidade dos sujeitos considerados loucos permanece negativada e atrelada aos rótulos históricos de violência e anormalidade na percepção de muitos. Dora também fala sobre isso.

[A – O que você considera um ponto fraco aqui?] D – [...] *Então, assim, eu sempre peço nas orações que esses pacientes sejam vistos com outros olhos. Porque, às vezes, eles chegam num posto de saúde, abre a boca: CAPS! Ele pode estar com uma dor de ouvido, ele pode estar com uma dor de dente, um machucado na perna, entendeu? Então, o que está faltando também é um preparo, também das outras unidades, o acolhimento, de ouvir, pelo menos, entendeu? Mesmo que fale enrolado, "Calma, devagar, fala, o que que você precisa?" Gente, perfeição não! Mas, tenta pelo menos. O que que está faltando? O amor. Porque se você tem amor, tem a acolhida, entendeu? Eu já ouvi: é do CAPS! como quem diz, não tem muito o que fazer. [A - Em outro ambiente? Quando você era recepcionista em outro lugar? conta para mim...] D - Ih! várias vezes! É do CAPS? [A - E nesses*

casos, eles querem fazer o quê? mandar de volta?]) *D - Automaticamente, Paulinha! É automático! [...] Eles não têm facilidade para dentista. Eu já ouvi: “Ah! porque vai morder, vai fazer isso. (Dora – Recepcionista)*

Dora tem décadas de experiência na recepção de diferentes unidades de saúde. Ela compartilhou diversas histórias sobre rejeição de atendimento a pacientes “perfil CAPS” motivada pelo estigma da loucura. Esse clima pode ser sentido quando estivemos fazendo observação participante na UBS localizada na mesma rua do CAPS.

Durante o período em que o CAPS entrou em reforma, suas atividades passaram a ser realizadas em três salas da referida UBS. Ficamos durante um período observando o trabalho na recepção, que era compartilhada. Ou seja, qualquer pessoa que viesse à UBS fazer marcação de consultas e exames para qualquer especialidade, ou obter informações, passava pelo local. Na recepção ficavam os recepcionistas da UBS, os recepcionistas do CAPS e alguns profissionais do CAPS, que não estivessem prestando atendimento no momento.

Ali, observando os olhares, o tom das respostas, ou mesma a ausência delas aos questionamentos dos usuários por parte de alguns profissionais da UBS, foi possível ter uma noção da dimensão do problema. A nossa percepção foi a de que, no momento em que o profissional da UBS tomava consciência de que diante de si estava uma pessoa em sofrimento mental, aquele sujeito era evitado e a responsabilidade era transferida imediatamente (seja por um olhar ou por um vocativo) para o trabalhador do CAPS mais próximo, mesmo diante da simples pergunta: “Que horas são?”, como ocorreu em uma das cenas presenciadas.

Bia coloca em palavras uma sistematização dos fatos, conforme apreende.

B - Então, para te resumir, eu diria isso: é um indivíduo que ele é carente, mas não é só do tratamento psiquiátrico, não. Ele vem com carências nutricionais, de informação, sociais, antropológicas. O conceito que ele tem dele mesmo, o conceito de que é um favor que eu tô fazendo, um favor e... Eu sempre busco passar isso para eles: eu não estou fazendo um favor. É direito. É o seu imposto que está me pagando... Eles morrem de rir! Alguns entendem, outros não. Mas, sabe, são sempre muito agradecidos, dessa possibilidade. [A - Um grande problema a ser mudado.] B - Esse indivíduo, principalmente na saúde mental, primeiro ele é visto com estranheza quando ele tem um surto. Depois da estranheza, ele é visto com o medo, com receio. E, acho que em terceiro lugar, ele vira invisível... porque daí, as outras crises dele... "Ah, não... é aquele maluco mesmo!". É nessa fase que ele deixa, que ele adquire essa invisibilidade. (Bia – Técnica)

Bia compartilhou conosco uma vivência em que um profissional que estava de plantão em uma Unidade Mista do município entrou em contato com o CAPS dizendo que havia chegado uma paciente no local, estava perdida, descalça, ninguém sabia quem era ela, nem

qual era o nome dela. Bia conta que, chegando lá, uma médica cedeu espaço no consultório dela para que conversasse com a paciente. Segundo relata, em cinco minutos pegou o nome da paciente, tirou uma foto e enviou para o CAPS. Pela foto, rapidamente um dos profissionais da equipe reconheceu a mulher. Bia diz que foi tudo muito simples:

B – [...] Eu cheguei e me agachei. Não tinha nem cadeira para mim, só para ela. Eu me agachei, olhei para ela... "Oi! bom dia, tudo bem? Meu nome é Bia e a gente tá tentando te ajudar". O básico. Ela me falou de uma médica que era a médica que trabalhava aqui. Eu falei "Opa, ela é Nossa!".
(Bia – Técnica)

Com esse exemplo, Bia criticou a dificuldade de intercâmbio entre os pontos de saúde municipais, bem como o despreparo e olhar estigmatizado para o sujeito em sofrimento psíquico.

Os profissionais também falaram sobre as dificuldades que o estigma existente na família traz para o tratamento.

J - Tenho a sensação de que só... a preocupação pelo, pelo, pelo paciente é só nossa, e não da família. A família, ela não nos acompanha. Então, nós temos feito esse trabalho para conscientizar as famílias, né, no sentido de mudar essa visão da família sobre o seu ente querido, até para que possa, evidentemente, haver a inclusão. Porque o processo, né, o, o objetivo é de incluir, né. E é difícil conscientizar a família. [A – Uhum...] J - E na verdade a família não tem muito a nossa visão, e é normal que ela não tenha. Porque ela não foi programada para ter um parente, um ente querido com problemas psiquiátricos. Mas surgiu, aconteceu, e muitas das vezes eles trazem eles para cá é... de uma certa forma, para se ver livre deles. Por que a própria cultura, ela colabora para isso. A cultura ela cobra muito de nós uma família perfeita, uma família ideal. E quando você vê que a sua família não é tão ideal, e quando é cobrado... para resolver essa questão expurgamos de dentro de nossa família aquilo que nos traz esse rótulo de família imperfeita. Então, se eu tenho um doente mental na minha família, eu deixo ele no CAPS, e eles fazem o trabalho deles lá. Os hospitais psiquiátricos cumpriam muito bem essa tarefa, né, esse pensamento social... numa sociedade que é muito mais hipócrita do que outra coisa, né? [A – Sim.] E nós estamos tentando mudar isso, estamos tentando fazer essa conscientização, estamos buscando e, assim, há alguma resistência de alguns setores... mas, trabalhar em rede. (Jair – Técnico)

Na narrativa acima, Jair fala do trabalho de conscientização das famílias como ferramenta crucial no tratamento em saúde mental. Ele sinaliza a importância de ter a família como aliada no processo de ressocialização dos sujeitos tratados. Essa é uma proposta

primada pelo paradigma psicossocial, que consiste em uma inversão, se considerarmos o papel da família no antigo modelo asilar. A fala de Abel corrobora os pontos destacados por Jair.

A - E as famílias, elas... é onde você desmistifica e trabalha até essa questão da saúde mental. Nesses grupos, essa questão da, de tirar a cultura da internação. Por que o discurso deles, quando chegam aqui é procurando ainda... porque eles foram condicionados na história a internar. Então, essa cultura da internação ainda está até na cabeça da gente. E eu tento trabalhar aqui também isso. Olha, como a gente não está mais na recuperação ou no Hospital Psiquiátrico, ninguém pode ser internado por aí. Mas, às vezes, eles pegam o usuário, levam e a gente não pode fazer nada. É a cultura da internação e da institucionalização. E eu acho que, também, trabalhar isso nos grupos faz parte desse processo nosso. E eles, assim, são muito carentes de informação. (Abel – Técnico)

Abel se refere a uma peculiaridade local: a existência de muitas comunidades terapêuticas. Tanto no próprio município quanto em municípios vizinhos, existem muitas associações que trabalham sob uma lógica fundamentada na necessidade de abstinência, no regime de internação, para tratar pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Porém, diante da ineficácia desse modelo, a saúde pública trabalha segundo outra lógica, muito distinta – a Redução de Danos – que é compatível com o modelo psicossocial e usa ferramentas como a escuta, o acolhimento, o estabelecimento de vínculo com o sujeito em tratamento. Abel sente que a presença dessas comunidades impacta o imaginário social e reforça a cultura da internação.

Sobre o lugar da medicação, em alguns discursos, ela aparece ocupando posição central.

[A - Sobre o tratamento. No seu entender, Qual a função do tratamento oferecido pelo CAPS, pelos profissionais do CAPS?] R - Dentro do possível, dentro daquilo que a gente consegue, né, o município da algumas medicações. Mas, muitas das vezes, as medicações que são da grade do município, não tem. Muitos deles, mesmo que às vezes tenha um benefício... é um salário mínimo. Não dá para comprar tudo para o mês todo. Muitas das vezes, a medicação mais cara, não tem como comprar mesmo. Ou paga um aluguel e a comida, né, e sustenta os filhos, porque muitos deles tem filhos... ou passa fome para comprar remédio. Então, o tratamento no município se torna um pouco difícil, com relação a isso. (Rute – Técnica de Enfermagem)

Quando perguntada sobre a função do tratamento oferecido no CAPS, Rute não responde tomando o serviço em sua multidisciplinaridade. Ela fala da sua percepção a partir

da especificidade da sua formação. Suas respostas às diferentes perguntas apresentam sempre a medicação como central no tratamento dispensado no CAPS, como ocorre no próximo trecho de conversa.

[A - E o que a equipe de trabalho demanda de você enquanto técnica de enfermagem?] R - *De mim é... Todos nós aqui Somos técnicos. Até a recepção é técnica. Eu sou técnica de referência de alguns pacientes, né. Tem pacientes que, realmente, a referência dele sou eu, né. Como tem paciente que a referência deles é fulana. Então, todos nós nos transformamos em técnicos, e de mim o que eles esperam é o atendimento que a gente faz, né. Eu medico. Tá em crise, eu que vou lá atender. Se o médico não tá... e aí eu vou, eu entro em contato com... quando já é nosso paciente, eu vou na casa e eu entro em contato com o psiquiatra de lá. Se não tiver nada por escrito a gente troca informações: "Óh, vamos fazer isso? Vamos, fazer isso?". Tá em crise, eu atendi hoje e amanhã, se tiver um carro, eu vou em casa ver como é que tá, se precisa medicar novamente, entendeu? (Rute – Técnica de Enfermagem)*

Na percepção de Rute, este é o posicionamento que a equipe espera dela. Releva observar que a principal voz trazida por Rute para o enunciado é a do médico, parecendo ser um recurso de validação do que diz. De fato, percebemos nas observações de campo que, quando os pacientes chegam ao CAPS em situação de urgência psíquica, Rute é a principal profissional a ser convocada para cuidar da situação. Ocorre uma tensão e evitação por parte dos demais profissionais em participar da prestação de assistência nesses casos.

A - E o paciente que vem em crise? Quando chega em crise, como é o acolhimento?] R - *Paciente quando chega em crise, é trazido pela defesa civil em uma ambulância, ou alguém traz, até a família traz. Todo amarrado, eu não gosto. Eu peço para desamarrar... eu vou chegando perto, né, vou tentando conversar. E, às vezes, eles pedem: "Pelo amor de Deus, me desamarra!". E aí eu digo: Calma que eu vou mandar... E vou desamarrando... Porque, às vezes, ele tá em crise e do que ele precisa é de uma escuta. A família não faz essa escuta que ele quer. Alguém que escute ele, né. Então eu vou, eu entro e tento da melhor forma sentar com ele. Vamos conversar? O que que tá acontecendo? [A – Uhum...] E, enquanto a gente vai até preparando a medicação, entendeu, a gente faz um acolhimento com ele. Primeiro você tem que acolher e tentar entender. Às vezes tem que primeiro medicar para depois entender aos poucos... Mas, às vezes, ele até conta o que está acontecendo na hora: "É isso, isso, e isso que aconteceu". Mas, ele tá assim porque está sem tomar medicação. Não toma medicação porque muita família, é... eu falo, assim... essas medicações, elas são controladas e tem que ter o controle de alguém dando. Muita gente vai e deixa ele... "Ah, toma o remédio sozinho!". Então, quando eu chego lá, é um saco de mercado com todas as medicações ali dentro. (Rute – Técnica de Enfermagem)*

Cátia descreve como é a rotina e procedimentos realizados na circunstância em que alguém chega à unidade em crise. Em sua descrição, fica clara a centralidade da medicação nessas situações.

C - Então quando chega na crise, paciente chega em crise, eles geralmente dão a medicação. Por que, se ele já tá em crise, a primeira coisa que a pessoa vai fazer é pegar o prontuário e ver. Porque com certeza ele já passou por um atendimento médico e ali vão estar prescritos dos remédios e as medicações que o paciente toma. Então, elas fazem isso, elas dão a medicação e logo chamam, né, no caso, o carro. Se não tiver ligam para o SAMU, alguma coisa. Ambulância também já veio. E levam pra Policlínica. Às vezes aqui mesmo o paciente já fica mais calmo e depois acho que pode ser liberado. Geralmente não pode, porque assim, em casa, a pessoa pode dar um novo surto. (Cátia – Técnica Administrativa/Recepção)

Abel demonstra o seu descontentamento com as constantes quebras dos protocolos estabelecidos para o atendimento de emergências e urgências psiquiátricas.

A - Eles mandam alguém na Policlínica? Não. O paciente está surtando? Então, amarrou e vem pro CAPS. "não, você pode me informar...". Crise é lá! A gente não tem condições aqui, nenhuma, materiais. Nem o médico, nem o [Nome do médico]. Então, essa falta de entendimento técnico, de curso, é a intersetorialidade e a intra também... e na saúde tá precária demais no meu modo de ver. (Abel – Técnico)

Na fala de Abel aparece o entendimento (compartilhado pelos demais componentes da equipe) de que sujeitos em crise não deveriam ser encaminhados para o CAPS, devido à falta de estrutura geral do serviço em prestar atendimento nessa situação e também em respeito ao protocolo, que existiria justamente por esse motivo.

Nossa percepção é a de que o principal motivo para esse posicionamento unânime é a ação do estigma da violência do louco. A imagem repetida do sujeito chegando amarrado por cordas demonstra a prevalência e reforço da visão social dele como alguém que representa alta periculosidade; e o desejo de evitar o seu atendimento no CAPS demonstra a presença desse imaginário nos técnicos. A fala de Gina segue essa lógica. Ela imagina uma solução para que seja possível o atendimento às urgências psíquicas no CAPS que confirma a representação histórica da loucura violenta.

[A - E o que você identifica como principais dificuldades e os pontos fracos? Não só aqui para o CAPS... Você pode falar em relação à RAPS.] *G - Dificuldade! As dificuldades são não ter... Nós necessitamos da ajuda de parcerias, que seria a Defesa Civil, entendeu? [...] E nós deveríamos ter, todos os dias, pelo menos um ou dois funcionários da Defesa Civil que pudessem ajudar a gente quando tem os casos de surtar o paciente e a gente não ter força para segurar. Isso seria um... essa é uma grande dificuldade... de não botar funcionário para ajudar quando é necessário.* (Gina – Auxiliar de Enfermagem)

Alguns estudos demonstram que, diversamente da crença predominante, o acolhimento da pessoa em crise (de forma dialógica, em moldes psicossociais) produz resultados positivos no tratamento. Na experiência finlandesa de cuidado em saúde mental, ocorre exatamente isso. Para eles, o momento de crise pode ser aquele em que, pela primeira, o sujeito esteja conseguindo expressar determinadas questões – que talvez não se apresentem novamente em outro momento. Mesmos que suas palavras e ações estejam atravessadas pela intensidade dos afetos, existem significação nelas. Trabalhar essas significações pode ajudar o sujeito a acessar os dilemas psíquicos ligados ao seu mal-estar, aos seus sintomas e ajuda-lo a lidar com eles de outro modo. Por isso, no Sistema do Diálogo Aberto se faz um uso consciente de medicamentos. Medicação do sujeito de forma intensa no momento de crise (como é comum na experiência Brasileira) corresponde a suspender o compartilhamento das significações e inviabilizar diálogos sobre elas, que poderiam ser muito fecundos para processo terapêutico. Além disso, procedimento de contenção em si é agressivo e contribui para aumentar a angústia e agitar o sujeito que está sendo contido - o que é geralmente interpretado como comportamento violento do sujeito.

Sara escolhe se referir ao tratamento medicamento quando perguntada sobre as possibilidades atuais de tratamento no CAPS. Suas primeiras associações na produção de uma explicação vão nessa direção.

[A - Sim... E o que tem sido possível fazer em termos de tratamento? S - *O que tem sido possível?* [Silêncio] *No caso, aqui mesmo, né?* [A - Isso. Na realidade desse CAPS.] S - *Ah, o acolhimento tem sido possível... a parte medicamentosa, né. Lógico que tem algumas falhas, porque a gente não tem toda medicação, né. Mas, ainda assim, está sendo possível, né. E, o atendimento da enfermagem está sendo possível. A equipe, em si, está trabalhando né. Mas, tem as suas falhas.* (Sara – Técnica)

Bia avalia que a centralidade da medicação, na realidade do CAPS especificamente, se dá em decorrência de uma real necessidade. Ela explica que, devido à ausência de um trabalho

eficiente em rede no município, quando as pessoas chegam ao serviço o quadro de sofrimento psíquico está agravado e requer intervenção medicamentosa.

B - E essa questão da medicalização é algo muito, muito complexa. O paciente, ele já traz isso com ele. Percebemos isso, que se houver uma consulta que não tenha prescrição medicamentosa, eles mesmos até falam assim... ou que prescrever uma mesma coisa que já usaram antes, eles ficam descrentes, entre aspas, né. Tem uma descrença da consulta em si. Não são todos os casos, mas alguns casos, eu conversando nessa entrevista inicial, nesse acolhimento inicial, eu percebo isso. Então, aí isso faz até com que eles tentem outro dispositivo, outro lugar para conseguir o atendimento. O que acontece conosco aqui é que, como eu acredito que nós fazemos uma, uma primeira avaliação, vou usar triagem, né, é um termo mais... Essa primeira avaliação a gente faz de forma eficaz. Os casos que a gente atende, realmente, eles precisam, assim, eu diria que 90% deles, precisa da intervenção medicamentosa. Às vezes eu pego um paciente que está sofrendo há dois anos, sem intervenção nenhuma. Ah, sim! Existe uma intervenção! Existe a intervenção de emergência. Eles vão para o, para o hospital da região que é uma policlínica. E essa Policlínica vai administrar uma medicação, que é tipo um Diazepam, de urgência. Ou um sorinho para dor. Mas, o que que acontece, quando eu, eu, esse paciente chega a mim, eu consigo perceber que ele esteve nesta Policlínica várias vezes. No mês, às vezes, quando eu pego, o paciente já teve lá quatro vezes. [...] então respondendo a sua pergunta, eu diria que quando o paciente chega até aqui, realmente é... são poucos os casos que eu diria assim: ele não precisa de medicação. Isso não quer dizer que eu não estou incorrendo no erro de já estar é... impregnada pela questão da medicalização. Claro que eu já tô impregnada, até pelo fato de tá envolvida nessa situação precária. Mas eu sempre busco olhar esse indivíduo com uma terapia somente. (Bia - Técnica)

Antes de finalizar sua resposta, Bia realiza uma reflexão do que está dizendo e inclui a consideração da possibilidade de estar incorrendo em um posicionamento medicalizado. Ela utiliza, para isso, um qualificador peculiar: diz estar “impregnada” pela medicalização. Impregnação é o termo usado, grosso modo, para aludir ao fato de que o sujeito apresenta sintomas de saturação por excesso de uso de medicamentos neurolépticos. A profissional usa a expressão “estar impregnada” para fazer uma autocrítica ao posicionamento compartilhado.

Nas falas de Abel e Fábio, a medicação aparece como um recurso acessório no tratamento. Também vemos em suas falas um ponto levantado por outros profissionais (como a Bia) que é a questão da demanda pelo remédio como algo muito constante por parte dos sujeitos em tratamento.

A - Por isso que eu falei com o [nome do psiquiatra], até, hoje, dois chegaram aqui e "ah, Seu Abel mandaram eu vim porque o senhor falou com Doutor [nome do psiquiatra] para ele não atender, não dar remédio a gente se a gente não vier tratar". É isso que a gente quer, que vocês não são só isso. Vocês não são medicamento... Ele é uma coisa mínima, ele é um complemento, momentâneo. Aqui, no nosso trabalho, é aí que a gente vai tentar. Então, eu acho que essa rotina, Então, passa por aí entendeu? (Abel – Técnico)

F - Então, é, assim... eu vejo como uma Fórmula Mágica, como um toque de mágica. E o sujeito, ele acredita muito nisso como essa Fórmula Mágica: "Bom, é isso que vai resolver todos os meus problemas". No entanto, né, é, é, ele acaba de... criando mais um problema, né. Porque é, tem algumas medicações que causam uma certa dependência, né. E que você, e aí você precisa retirar isso e todos aqueles efeitos. Então, assim, essa questão da medicação, tem situações em que há necessidade, mas tem situações em que você não precisa. Voltando aqui, na dependência química, mesmo o sujeito que acaba tomando algumas medicações por causa da abstinência, mas daí você precisa trabalhar esse sujeito sem medicação. Porque se você não faz esse desmame para trabalhar ele sem medicação, né, não vai adiantar nada, né. Ele não vai fazer o uso porque ele tá ali dopado, cheio de medicação, não está tendo forças para isso. Mas depois ele acaba... Então, você não faz um trabalho com o sujeito, né. Então eu vejo que essa medicação não é algo assim tão importante. Ela tem o seu papel, né, tem o seu papel, mas não é como, eu vejo as pessoas assim, "Ah eu tô chateado, aborrecido, ah então já estou com depressão, preciso de um remédio, preciso ir no psiquiatra". Então, né, é meio complicado. (Fábio – Técnico)

Dora constantemente se mostra preocupada com as proporções da medicalização no CAPS. Sua crítica ao lugar central dado à terapêutica medicamentosa e a descrença na possibilidade de vencer o problema aparecem no seguinte trecho de sua fala.

[A – Pra você, qual é a função do tratamento?] D - Eu acho que o sujeito vem em busca da cura e, assim, as vezes acha às vezes não. Mas, eu acho que só aqui não é o suficiente. Mas é aquilo... mas, eu acho assim, aí vieram aqui hoje, terça-feira, dia do Médico, e tal. Hoje o médico não veio, mas o dia que vem e tal, sentou, conversou, tomou o injetável. Mas, me explica, como é que deve ser essa vida, Ana Paula?[...] e quando volta para casa? (Dora – Recepcionista)

7.3.2 Da relação Eu-Outro - "ouvir, observar, conversar, e tratar"

Conforme abordamos no capítulo cinco, o fato do campo de trabalho em saúde ser intersubjetivo por essência realça as relações inter-humanas como um aspecto para o qual

devemos dispensar maior atenção, se desejarmos superar os múltiplos desafios de ordem relacional que se impõem no cotidiano de trabalho.

A partir do Construcionismo Social a realidade pode ser entendida como uma construção dialógica e compartilhada, em que nossas percepções sobre o outro influenciam o modo como nos relacionamos com ele e, no contexto da assistência, repercute no nosso modo de produzir cuidado. Nesse item, analisaremos a produção de sentidos para apreender os modos de relação Eu-Outro estabelecidos no cotidiano do CAPS.

A mudança de paradigma na saúde mental possibilitou uma mudança social na maneira de perceber o sofrimento mental dentro e fora da instituição de tratamento. Hugo aborda essa questão em sua narrativa.

[A - A próxima pergunta era justamente essa, você falar um pouco do seu tempo e experiência na saúde mental.] *H - Eu sou do tempo que o paciente mental, ele era tido como na antiguidade. [...] Eu digo para ti, é, eu socorri [silêncio]. Hoje, se eu falar a palavra socorri, eu até estou contradizendo o que eu efetuo hoje. Eu posso até dizer que, no passado, eu maltratei pacientes com transtorno mental. E eu até te peço perdão... [emoção] porque até, eu fico emocionado com isso, sabe por quê? Por que, o que é o indivíduo achar, em verdade, que está fazendo o certo? Enquanto ele não tem a luz da verdade, para ele está certo. Mas, quando a luz da verdade chega, aquilo torna-se para alguns, dependendo da modalidade com que vai se analisar, é até vergonhoso. Então, hoje, quando fala-se em desinstitucionalização de um paciente, alegre a minha alma. [...] Antes eu não via dessa forma. Eu via assim: o paciente está transtornado? Chama o bombeiro, amarra ele, trava ele, coloca ele assim, coloca ele assado. E quem via, dava impressão de que se estava pegando um, um, um bicho bravo, o termo é esse, sabe? Um animal brabo, tá? Era três, quatro, cinco homens para agarrar, segurar. (Hugo – Técnico de Enfermagem).*

Nesse trecho da conversa, Hugo resgata memórias do Tempo Vivido, de suas primeiras experiências em saúde mental, em um contexto no qual predominava a lógica manicomial no tratamento. Ele recorda emocionado o fato de que seu modo de agir era consonante com aquele modelo interpretativo violento e segregador, hoje considerado inadequado e do qual se envergonha de ter sido agente. Percebemos na entrevista e nos demais contatos com Hugo, que as nuances da forma como ele produz sentido e sustenta suas relações no CAPS estão ligadas a sua história pessoal, a sua vivência nos dois paradigmas do campo e à reflexão sobre as práticas provocadas por cada um deles e seus desdobramentos na vida dos sujeitos tratados.

A análise das práticas discursivas de Hugo deixa transparecer sua sensibilidade e abertura dialógica.

H - Eu não sei se vou fazer uma colocação de maneira aceitável, mas, o ser humano numa condição totalitária, ele precisa ouvir mais o outro. Ele precisa se dar mais ao outro. Por quê? Porque quando eu deixo de dar ouvido a quem anseia por ser ouvido, eu deixo ele numa loucura. Mas, que loucura? Na loucura de querer ser ouvido. É uma coisa saudável. Aí, deixa de ser loucura. Aí eu troco de nome. Não é loucura: é saudade. [A - interessante a sua maneira de colocar a questão. Existe uma necessidade de ser ouvido...] H - Exato. Existe uma necessidade, uma saudade de ser ouvido. Quantos homens choram, ficam macambuzio, sorumbáticos. E alguém macambúzio sorumbático... Você pergunta: está tudo bem? Ele diz assim: mais ou menos. Mas esse mais ou menos não é mais um menos que atinge a quem ouviu... Por quê? Por que o mais ou menos dele é porque ele está com saudade de que alguém ouça. E esse alguém que tem que ouvir não ouve ele, ele vai entrar numa depressão. E essa depressão vai causar uma saudade tão grande que pode trazer para ele um transtorno. Então, eu vejo dessa forma. (Hugo – Técnico de Enfermagem).

Os repertórios interpretativos usados por Hugo são bastante singulares. Em muitos momentos ele faz uso das palavras de maneira particular e inventiva, como foi possível ver na narrativa acima. A palavra saudade é empregada como substituto da palavra loucura e, a partir dessa substituição, ele explica seu entendimento da gênese do sofrimento mental. Nesse intento, Hugo define a loucura como não satisfação da necessidade de ser ouvido. Sua definição constrói outra realidade para a loucura, uma realidade em que ela sai do campo da diferença e se torna uma experiência do campo da semelhança, comum e possível a qualquer pessoa. Outro movimento é feito: a retirada da loucura do campo do desvio e a transferência dela para o campo das experiências humanas comuns. Isso segue a direção da lógica bakhtiniana, pois, se a relação dialógica é constitutiva e essencial para o ser humano, a privação dessa possibilidade não produziria níveis de sofrimento para qualquer um?

Esse uso exclusivo da palavra lembra uma das proposições de Gergen (2010) sobre a natureza relacional do significado. Segundo o autor, ainda que as tradições forneçam possibilidades de significado, elas não devem determiná-lo. Essa proposição aponta que o sentido não se limita a uma verdade única, ele é dialógico e relacional como afirmam Buber e Bakhtin. Hugo constrói um sentido compatível com as suas verdades, promovendo uma ruptura com as verdades históricas que não lhe servem de repertório. No próximo trecho vemos o uso de palavras do repertório manicomial, mas também a desconstrução de uma delas.

H - E tem muita gente com muita saudade de ser ouvido. [...]. Não ser ouvido pode trazer uma depressão tão grande, e aí uma saudade tão grande, que pode trazer para ele um transtorno. [...] Quando diz transtorno [pronúncia com divisão], significa que no transitar da mente existe um retorno. Acho que pode ser entendido assim. Então, o que que é o transtorno mental? De uma maneira profunda, é a saudade daquilo que havia antes e que hoje ele resgata através da intervenção de quem se preparou para isso. Aí entra cada um na sua esfera. A saudade é muito grande? Ele precisa de quê? De pessoas com capacidade. [...] Não é num estalar de dedos. E a saudade às vezes é grande e ele tem que vir matar essa saudade às vezes um, dois, três, quatro, cinco anos. Tem outros que não conseguem matar essa saudade anos a fio. E às vezes desce a sepultura sem matar essa saudade, porque a coisa foi muito grande. Entendeu? O meu ponto de vista é esse. (Hugo – Técnico de Enfermagem).

A significação dada para o termo transtorno não é aquela firmada pelo discurso psiquiátrico. Seguindo a lógica da “saudade”, vemos que Hugo decompõe a palavra transtorno e produz sentido para o prefixo e o radical que se formam isoladamente. Assim, o prefixo “trans” é considerado em seu sentido de travessia ou deslocamento. O radical “torno” é interpretado conforme o significado do verbo tornar, ou seja, remetendo a um movimento de regresso ao início – o que retira toda carga patológica da interpretação. A compreensão de Hugo coloca o diálogo no centro da questão, como podemos perceber no próximo fragmento de conversa.

H - Então eu pergunto, o gato fala? Não. O cachorro fala? Não. O elefante fala? Não. O homem está deixando de falar de conversar de expressar as suas ideias. De se externar de uma maneira, é... eu, no mundo que nós estamos vivendo é muito difícil o indivíduo dizer assim: eu serei extremamente maleável. Eu serei extremamente bondoso. Está faltando o diálogo. Assim que eu cheguei aqui no CAPS, Ana Paula, a primeira coisa que eu observei... quem escuta um angustiado, ele tem a obrigação de dar se quer uma palavra para amenizar a angústia. E todo aquele que ouve o angustiado, e ele tem a capacidade de dar sequer uma palavra para aliviar a angústia, ele tem que ser ouvido e ele tem que ser amado. Você vê como é que é um círculo? [A - Uhum...] H - Eu não sou psicólogo, então não posso ocupar o lugar do psicólogo. Eu não sou assistente social, eu não posso ocupar o lugar da assistente social. Eu não sou médico psiquiatra, eu não posso ocupar o lugar do médico psiquiatra. Mas tem uma coisa que eu posso fazer: eu posso dar carinho a todo mundo assim como eles dão àqueles que aqui chegam precisando deles. Então, eu tenho tido sucesso. Eu tenho sido ouvido, e tenho ouvido. (Hugo – Técnico de Enfermagem).

Hugo chama atenção para aquilo que diferencia o homem de outros animais: a fala. Ele faz menção à importância da responsividade na relação, ou seja, o posicionamento ético

de ouvir e apresentar uma *contrapalavra* – não só na relação terapêutica, mas nas relações com os outros profissionais da equipe. Também é ressaltado o valor da afetividade nas interações.

Um modo diferente de apreender o posicionamento do profissional na relação de cuidado aparece na fala de Gina.

[A - Sim. E qual a sua implicação, sua motivação em Saúde Mental? O que te atrai para a área da saúde mental?] G – [...] *Como eu falei para você a pouco, eu, depois, quando vim para cá, eu me identifiquei. Quer dizer, identificar... porque todo mundo de louco e médico, todo mundo tem um pouco, né?* [Risos] *A gente tem que se encaixar, para conseguir conviver bem. Eu acho legal. E conseguir ajudar... Principalmente, conseguir ajudar. Você ser entendida, compreendida por eles, ouvida por eles... ah, é a parte mais gostosa! Eu gosto muito desse lado.* (Gina – Auxiliar de Enfermagem)

Gina cita uma expressão popularizada pelo conto machadiano *O Alienista* (1882) para marcar seu posicionamento de não estabelecer fronteiras rígidas entre as diferentes condições subjetivas. Podemos entender que ela efetua uma dissolução da histórica bipolaridade identidade-diferença quando diz que se identificou com os sujeitos tratados e justifica com a citação do ditado “De médico e louco, todo mundo tem um pouco”. Retirar o outro do campo da *coisidade*²⁵ pelo reconhecimento da sua semelhança é fundamental para possibilitar uma relação de atitude Eu-Tu. Outro detalhe que observamos é a contraposição que Gina efetua em relação ao pensamento social dominante ao entender que “a gente tem que se encaixar”, ao invés de fazer a todo custo com que o sujeito se encaixe.

Edna segue em uma direção semelhante ao pôr acento na necessidade do profissional repensar o seu posicionamento clínico em harmonia com a singularidade do outro do cuidado.

[A – Então, a função do tratamento é ajudar os sujeitos a se desenvolverem...] [Interrupção] E - *Na medida dele, no tempo dele. Porque a gente... eu sempre falo, em psicopedagogia, agora que eu tô fazendo clínica, é... tem uma professora minha, muito famosa chamada [Nome da professora]. Ela foi minha professora, muito conhecida, e ela falou, né, "Será que realmente o aluno, ele está apto para aprender? E eu estou apta para ensinar? Eu também não sei. Então, muita das vezes eu me questiono: Será que eu como psicóloga, eu vou ter esse rapport do meu paciente? Será que eu vou ter toda essa afinidade? Será que ele vai se acostumar comigo? eu posso me acostumar com ele, mas ele pode não se acostumar comigo.*

²⁵ Em Buber, o termo *coisidade* se refere ao relacionamento Eu-Isso, que é estabelecido quando o olhar para o outro se orienta não pelas lentes do reconhecimento da sua humanidade, mas para o ser objetivado.

então, é, eles são diferentes... um é mais, né, acanhado, o outro já é mais espontâneo, aquele já é mais tímido. Então, a gente precisa, com cada um lidar de uma forma diferente, né. (Edna – Técnica)

Jair destaca o papel da afetividade na relação com o outro do cuidado.

[A - Gostaria que você falasse um pouco sobre a sua motivação para o trabalho em saúde mental.] J - O Que mais me move a trabalhar no CAPS é a questão de trabalhar com a humanização do ser. Até atendendo a minha linha teórica, eu sou humanista, né. Eu sou é, eu sou da... minha linha teórica é a ACP, que é a Abordagem Centrada na Pessoa. [Ah, tá! Rogers...] J - Isso. Então, eu sou rogeriano, e por conta disso até... porque a forma como eu vejo as pessoas, o mundo. Então, eu quando vim para a saúde mental, acabei gostando muito da saúde mental por entender que eu poderia ser útil aqui, com eles. Para ajudá-los no processo de humanização do ser, né. Então, eu vejo que eles são pessoas amabilíssimas, né. [A - Uhum...] Trabalho com eles há alguns anos, gosto muito deles, e entendo que para trabalhar na saúde mental é preciso ir muito mais além da capacidade profissional. Porque é preciso ama-los, é preciso ter uma relação de sentimentos. Não basta apenas ser profissional, ser técnico... é preciso se envolver com eles, né, vê-los como seres humanos. E olhar para eles e ver... humanizá-los mesmo. Não é vê-los como doentes, incapacitados, pessoas que não tem mais solução, que realmente não tem mais condição de viver. (Jair – Técnico)

Na fala de Jair há grande ênfase na importância de assumir um posicionamento de abertura afetiva, de disponibilidade para uma relação dialógica legítima com os sujeitos em sofrimento psíquico, reconhecendo neles aquilo que lhes foi historicamente negado: a humanidade. Sua narrativa se desenvolve em tom de alerta e convocação, tendo o profissional de saúde mental como principal interlocutor. Edna também escolhe dar destaque a dimensão da afetividade no processo de cuidado.

[A – Gostaria que você falasse um pouquinho sobre a sua motivação para o trabalho em saúde mental.] E - O carinho. Acho que tratar o ser humano com carinho. A gente... ao meu ver, os psicólogos sempre estão muito preocupados com a questão de cuidar, né. Mas, e o carinho? E o acolhimento? Não se tem. Muitas vezes eu não vejo. Eu vejo outros psicólogos no local onde eu trabalho, outros locais, e a gente não vê acolhimento, esse abraço, esse beijo. E eu já li várias coisas sobre isso, e que, realmente, esse acolhimento ajuda o paciente a, né, a ter um “up”, a melhorar algumas questões. Então, por esse aspecto, eu sou bem pegajosa [Risos], porque eu quero um beijo, eu quero um abraço, eu quero saber se meu paciente, o meu cliente está bem. Então, eu faço mesmo essa coisa de acolhimento. Eu faço questão desde a criancinha até o idoso. Então, aonde eu esteja ou em [Nome da clínica], ou em [nome da clínica] ou aqui, é... eu

acho que é muito válido você tratar o ser humano, independentemente dele ser o teu paciente ou não, com respeito e com carinho. Então, eu sou a favor disso. [A - Então, em relação essa escolha que você fez lá atrás pela saúde mental a motivação...] [Interrupção] E – Sim, foi o amor. Sim, o amor. (Edna – Técnica)

É interessante observar a forma como Bia faz a autorreferência em sua narrativa.

B - Eu, eu tenho essa proposta por que aqui, no próprio município, Independente de toda minha formação, mas eu enquanto paciente... no momento eu tô como uma detentora de um suposto saber. Suposto saber [Ênfase]. Eu tô sentada aqui e o paciente está nessa posição em que você está aí sentada. Mas, quantas vezes eu troco? Quando eu adoço, eu passo a ser aquele sujeito que depende de uma explicação, de uma informação. E quantas vezes eu vejo que essa informação ou é superficial ou nem acontece. Então, baseada nessa, nessa prática minha enquanto paciente, eu procuro sempre no máximo dar esse suporte. Por isso que eu não gosto de "ah, é... tem muita gente". Eu levo o tempo necessário. Porque eu digo que esse primeiro contato, ele é único. Depois ele não vai ter mais esse tempo. [A - Uhum...] B - Depois, o tempo com um médico é reduzido, depois é pra aplicar a medicação. Não por mal, mas porque são muitos pacientes e os profissionais não tem tempo de dar aquele acolhimento, então, embora aqui se faça. Eu ainda acho que aqui se faz, mesmo tando fervilhando, mas se faz. Mas esse primeiro contato, eu acho que é fundamental. Então eu levo o tempo que é necessário. (Bia – Técnica)

Podemos dizer que seu posicionamento autorreferente indica um exercício de alteridade. Na relação com o sujeito do cuidado e sua família, ela procura se colocar no lugar dele, lembrando daquilo que já experimentou de mais similar ao que ele vive no encontro e extraíndo daí referências de cuidado sensíveis a sua vivência. Ela explica como isso se dá na rotina.

[A – Pra você qual a principal função do tratamento?] B - Ah, quero definir em uma palavra também! [risos] Acolhimento. Por que, independente de, por exemplo, nós não temos medicação a oferecer. E aí, como eu disse, a equipe, nós temos uma equipe, né, o material humano daqui. Então, é o acolhimento. O indivíduo chega numa primeira vez com aquela estranheza da família, às vezes chega, chegam pacientes aqui e chega uma família com 5 pessoas, incluem namorado, primo, avó, avô, mãe, pai. Às vezes chega aquele grupo e todo mundo chorando, todo mundo muito impactado, é... falando no celular, dando notícia: "não, já tá aqui!". E aí a gente senta, para nós, claro, não é um estranhamento. Então, que que a gente faz? É, a gente, esse acolhimento é mostrar que, se não existe a cura, a gente não vai falar de cura... mas existe tratamento, e que ela pode, essa pessoa pode melhorar sim com o tratamento. [A - Aham...] B - Então, o que a gente faz é

acolher, acolher, acalmar essas pessoas, né, separar o que que é a família do que que é o paciente. Às vezes entra todo mundo... quer entrar todo mundo! Às vezes não. Quem vai? Eu vou! Não sei o quê... para depois conversar em particular com esse familiar e explicar para ele que tem tratamento. (Bia – Técnica)

Outro exemplo de exercício de alteridade pode ser visto na narrativa de Abel, em que aparece um empenho para compreender a realidade do outro e as relações com sua existência-sofrimento.

[Ana - E como você percebe o sujeito em sofrimento mental?] A - É, toda demanda, eu acho que tem, sobretudo, uma base psicossocial muito grande. Eu acho que as demandas da sociedade, elas produzem também muito [inaudível] as condições sociais de sobrevivência. Tanto no [nome da instituição] como aqui, quando você pega... e aí, eu tô falando de estrutura de família, tem a criação de estigma, tem o uso de termos pejorativos que tentam minimizar o sentido da vida dessas pessoas e o que elas representam. Seja lá o infrator que eu estou investigando ou esse pessoal daqui. Então, eu acho que a população, ela acaba sofrendo duplamente pela sua condição socioeconômica, que você tem, histórica e socialmente, uma produção disso. Eu acho que quando você está produzindo desigualdade, produz doenças sociais também. E aí, no campo psicossociológico, você envolve muito... que isso vai, que isso vai se relacionar, mais lá para frente, com a saúde mental. Aliás, sempre está. É uma coisa Paralela. São dois processos que ocorrem de modo paralelo. Porque se você produz desigualdade, a pessoa não tem capacidade de inserção social, direito a certo grau de cidadania. [...] Eles não tem aqui o respeito, não tem respeito pelos usuários, né. [...] Eu acho que, eu não consigo ver a produção da saúde mental desligada dessa coisa histórica e social. Sou muito ligado nessa corrente, meio marxista. E, a, só porque vem aqui... “ah é esquizofrênico!” Mas, você tem a história dele, mas você tem o contexto que ele vive. A produção não é essa questão genética. [A - Então você entende a condição de saúde do sujeito como algo que é produzido socioculturalmente e que é...] [interrupção] A - É multifatorial. (Abel – Técnico)

Nesse trecho da entrevista, Bia destaca a centralidade do diálogo no encontro terapêutico.

[A - Então, finalizamos. Tem alguma coisa que você gostaria de colocar?] B - Eu acho que assim, é isso, os profissionais eles, com toda a crise que o nosso Estado e nosso país está vivendo, os profissionais quando entrarem nas suas unidades, apesar de todas as mazelas, falta de pagamento, falta de estrutura, se despir de toda, é, sabe, de todo aquele ranço das gestões e se concentrar. Aí, entrou ali meu indivíduo, meu indivíduo chegou. E ele abraçar aquele indivíduo, no sentido simbólico, né, e, e proporcionar a ele

às vezes uma palavra. Eu escuto isso aqui: "eu já estou me sentindo muito melhor". Então, assim, e eu não fiz nada. Eu não apliquei uma injeção... Eu só conversei [A - O poder do diálogo, né...] B - O poder do diálogo. Nós somos, nós nos comunicamos, mas, o diálogo é isso é o poder. O quanto a gente tem poder através da nossa fala, através do nosso diálogo. Então, eu diria isso para todos os profissionais. [...] Se eu não chegar aqui e procurar dar o meu melhor, não tem sentido. O que que eu vim fazer aqui? Então, seria isso. (Bia – Técnica)

Bia, assim como Jair, toma o profissional de saúde mental como interlocutor privilegiado e também faz um convite (quase uma admoestação) à humanização das práticas no trabalho cotidiano e ao reconhecimento da potência do diálogo como recurso terapêutico. A importância de humanizar as relações de cuidado também aparece com relevo na percepção de Abel.

A - Acho que o mínimo é um acolhimento mais humanizado. Acho que a palavra humanização, ela refere, é, está entremeada, atravessa todos os sentidos. Eu acho que você, quando acolhe bem, num espaço horrível desse... um acolhimento, ele passa por um espaço agradável, por um olhar, por um rir ali, por uma brincadeira, por uma informalidade... Acho que você minimiza, você quebra esse gelo. (Abel – Técnico)

Abel discorre sobre alguns gestos simples que contribuem para o bom acolhimento do sujeito em sofrimento mental. Nas conversas, Abel sempre pontuou a importância das habilidades humanas, para além dos recursos técnicos, como ferramenta facilitadora do vínculo afetivo. De fato, entendemos que atenuar o sofrimento do outro no cotidiano do serviço, em grande parte, é uma conquista possível por meio de atitudes provenientes da abertura para o contato humano. O contrário também é verdadeiro. Determinados olhares e gestos, a negativa de escuta ou de uma contrapalavra podem agravar o sofrimento do outro. Nair prioriza a relevância da escuta e da disponibilidade para o outro.

[A - E o que você acha que deve ser feito?] N - [suspiro profundo] Ai. É uma pergunta, assim, meio óbvia, mas tão... O que é que deve ser feito? Tanta coisa deve ser feita. O que tem sido feito é que a gente tem estado disponível para, mesmo que com pouco suporte, assim, pouco... Só em ouvir, atender, dar medicação, entendeu? Uma questão de emergência... Mas acho que, principalmente, é estar disponível. Estar aqui. É... se você... "Vem! Se precisar, vem! Não espere o dia da consulta. Não espera terminar o remédio. Vem aqui semana que vem, se precisar. Amanhã, se precisar. Sabe... a senhora vem! entendeu? A gente tá aqui. Qualquer um pode conversar". [A - Então, você valorizou escuta. A fala e escuta são

importantes?] N – *É, e parece assim tão pouco, né? Mas é tão fundamental você estar disponível para ouvir a outra pessoa. E é tão difícil nessa vida. E não depende de estar aqui dentro, né? Pode, assim, na vida, e entre os seus.* (Nair – Técnica)

Para Nair, posicionar-se de forma dialógica é algo fundamental, quer seja no serviço ou nas vivências inter-humanas em geral. Vimos que ela presentifica a voz de um dos sujeitos de sua referência, reproduzindo na narrativa a convocação para o encontro que costuma realizar e informando que o acesso ao diálogo permanecerá livre e pronto.

Abel adverte sobre a inadequação de determinadas posturas nas práticas diárias e sobre o quanto elas podem prejudicar a relação de cuidado.

A - E aí, quando você não tem o carro para visitar, ou tem carro e não tem gasolina, ou não pode entrar porque tem traficante... isso atrapalha essa rede que você quer fazer de tentar ir até eles para também diminuir essa posição que, o, é, aquele francês psicanalista... [Ana - Lacan?] A - Lacan! Lacan trabalha com o "sujeito suposto saber". É, é o doutor, que tem gente que faz questão. Eu não gosto muito dessas papagaiadas. Sou muito avesso a isso. E aí, eles também olham a gente, até para eles produzirem sentido, a gente tem que desmistificar isso. Então, são várias entrelinhas que tem aí... Mas, acho que essa base psicossocial, ela tá muito... entendeu? Eu não sei se eu me fiz muito claro? [Ana – Sim, está claro]. (Abel – Técnico)

No fragmento de conversa, Abel citou um conceito de Jacques Lacan, o conceito do Sujeito Suposto Saber. Resumidamente, este conceito se refere ao fato do analisando crer que o analista é detentor de um saber sobre ele que, na verdade, não é possuidor. Trata-se da crença do analisando em um saber apenas suposto, fruto da dinâmica transferencial, e sustentado pelo analista devido a sua funcionalidade no processo de análise. Assim, o semblante de “doutor”, conforme referido e rejeitado por Abel na conversa, tem uma aplicação útil na clínica psicanalítica (que não abordaremos por fugir do escopo deste trabalho). Contudo, esse conceito não se refere ao trabalho em equipe multidisciplinar no campo da saúde mental. Para esse caso, a diretriz lacaniana a ser observada é aquela que discutimos no capítulo cinco: ocupar o lugar de “secretários do alienado” – em contraposição ao Sujeito Suposto Saber, esta diretriz diz respeito ao nosso posicionamento como testemunhas do sujeito em tratamento, dando-lhe abertura para compartilhar o próprio saber sobre si.

A colocação de Abel é sintônica com a proposta psicanalítica de que, no trabalho com sujeitos em sofrimento mental, devemos apostar na capacidade do sujeito construir o seu

próprio saber, ajudando-o nesse sentido. E, para isso é preciso assumir o não saber, desmistificar o suposto saber, como assinala Abel. A percepção de Fábio oferece um direcionamento nesse sentido.

[A – Na sua opinião, qual é a função do tratamento dispensado no CAPS?]
F - Olha, assim, né, é, eu vejo como acolhimento, né. É você acolher o sujeito com esse sofrimento dele, psíquico, né. Então, eu vejo como, é você dar a ele a possibilidade de, de estar bem, se sentir bem. Então eu vejo como uma coisa acolhedora, como um acolhimento. [...] uma coisa muito boa seria isso aí, você acolher o sujeito da melhor maneira. Acolher o sujeito como um sujeito, mesmo, né. Não é você diferenciando, não é você estar apenas por que você recebe, né. Não, não é por isso. É você tentar levar para ele, assim, né, uma qualidade de vida, em que ele possa se sentir bem e que ele possa ser acolhido e fica bem ali. É assim, então assim, você tem um olhar que ele já vem é, é, carregado de um certo preconceito. Você tem um olhar clínico. Você tem um olhar natural, um olhar comum, um olhar de sujeito para sujeito... é, um olhar despido de tudo isso, né. Um olhar despido. Um olhar que, olhar que, se eu te olhar, assim, para você... é um sujeito como eu. [...] Então, na verdade, assim, é um olhar nu. Quando você olha para o sujeito e é como se fosse qualquer uma outra pessoa. Você, você faz com ele o que você gostaria que fizesse com você. (Fábio – Técnico)

Na explicação, Fábio relaciona três olhares que comumente são lançados sobre o sujeito que sofre a dor psíquica: o olhar preconceituoso, o olhar clínico e o olhar nu. Este último, segundo Fábio, é aquele com o qual devemos olhar o sujeito. Segundo explica, trata-se de um olhar natural, de sujeito para sujeito, em que existe reconhecimento e reciprocidade.

Hugo compartilha uma visão do trabalho que enfoca as diferentes faces do acolhimento no dia a dia do serviço.

H - E o CAPS, acredite, ele é fruto de dialéticas avançadíssimas, aonde, o faxineiro é uma porta de entrada. Ele é uma porta de entrada. Chegam... tem o psicólogo, tem o médico psiquiatra, tem o assistente social, tem o técnico de enfermagem, tem enfermeiro formado, tem todo mundo. Mas tem aquele indivíduo que está lá limpando o chão, e o usuário chega e diz: “Ei você! Gostei de você! Vem cá”. E aí ele vai conversando, conversando, daqui a pouco está se dando com todo mundo... É uma questão de que? ouvir, observar, conversar, e tratar. Então, eu sou apaixonado pelo que estou fazendo. (Hugo – Técnico de Enfermagem).

A compreensão de Hugo está de acordo com a noção de Aprendiz da Clínica cunhada por Zenoni (2000), segundo a qual as relações estabelecidas no dispositivo devem ser pautada pelo saber construído no “entre” relacional, e não por saberes especialistas hierarquizados. O

exemplo que ele fornece do “faxineiro como porta de entrada” corresponde à realidade concreta, às vicissitudes do trabalho real e sinaliza a importância da rejeição da hierarquia de saberes no âmbito institucional. O entendimento transmitido por Hugo nivela os trabalhadores quanto às responsabilidades e compromisso com a ética-dialógica para a produção de cuidado. O posicionamento advertido por ele transparece na escolha dos verbos e da ordem que os dispõe; para ele, a questão é “*ouvir, observar, conversar, e tratar*”.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao tomar o campo da saúde mental como um *processo social complexo* (AMARANTE, 2007), percebemos a importância de direcionar o foco de investigação para a dimensão relacional do processo de cuidado nos diferentes dispositivos da rede de atenção. A partir da análise das microtramas tecidas no dia a dia das inter-relações, podemos encontrar o fio condutor que possibilite a apreensão das particularidades conjunturais e desafios que o trabalho real impõe em cada contexto.

O nosso estudo foi desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial, onde buscamos perceber como o modelo psicossocial tencionado pelo processo de Reforma Psiquiátrica vem sendo implementado e observar as vicissitudes desse esforço no saber-fazer, nas relações e processos vividos no cotidiano do serviço. Assim, buscamos apreender os sentidos produzidos pelos profissionais na rotina diária, no que se refere ao afastamento ou aproximação de pressupostos ético-dialógicos.

Durante a pesquisa, foi possível conhecer as modalidades de trabalho, a organização do serviço, as potencialidades, os dilemas e as dificuldades que atravessam a dinâmica de cuidado.

Na investigação, percebemos graves dificuldades para a condução do projeto psicossocial no CAPS e no território em que se insere. São dificuldades advindas principalmente do fato de que os sentidos produzidos pelos trabalhadores do serviço para o CAPS e o tratamento que oferecem no dispositivo se mostraram subjugados a duas particularidades: às memórias de um período específico, que durou até a mudança de gestão, e ao impacto da precariedade agravada a partir dessa mudança.

Ao estudar a história da loucura, vimos que as formas de explicar e tratar o sofrimento mental no espaço-tempo foram incapazes de produzir saúde. Ao contrário, engendraram sistemas perversos de violência e exclusão, via discurso, contribuindo para a naturalização da percepção social da diferença subjetiva como algo estranho e ameaçador a ser silenciado. Desde o início do processo de Reforma Psiquiátrica busca-se a consolidação de um modelo de atenção que contribua para derrubar o estigma da loucura, ensejando formas de cuidar dialógicas com vistas ao respeito à diferença e à inclusão social dos sujeitos tratados nos novos dispositivos.

Desse modo, vemos grandes esforços materializados em ações, diretrizes e orientações oriundas de diversos âmbitos (político, normativo, movimentos sociais) para o fortalecimento do modelo psicossocial. No entanto, o modelo psiquiátrico tradicional, principal modelo

conformador de percepções no campo desde seu surgimento com Pinel, continua ativo, gerando compreensões do psíquico com base no biológico e norteando relações silenciadoras com a loucura. Percebemos que, apesar de grandes progressos, após mais de quatro décadas de empenho, o momento ainda é de transição entre os dois paradigmas existentes no campo.

Concordamos com Pacheco (2012) quando pontua que o processo de Reforma Psiquiátrica aqui no Brasil confronta diferentes acepções de loucura, homem e sociedade, revelando um campo de tensões entre preocupações políticas, econômicas e ideológicas – incrementado pelos problemas trazidos pela pobreza estrutural e desafios de promover uma saúde pública e universal.

Logo, a transição entre os modos de atenção psicossocial e asilar apresenta muitas facetas, e ocorre de forma diversa nos contextos de cuidado, cada qual com seus desafios e óbices específicos, embora alguns problemas sejam comuns à maioria dos serviços.

No contexto do CAPS estudado, percebemos que as principais barreiras para efetivação do modelo psicossocial são a manutenção de um funcionamento ambulatorial, a presença da medicalização e os impasses para o estabelecimento de um trabalho em rede. Ainda que estes problemas sinalizem uma operação segundo o modo psiquiátrico tradicional, a análise contextualizada desvela alguns aspectos que precisam ser considerados para a compreensão deste caso.

Como salientado, os dias do CAPS transcorrem sem a oferta de modalidades de atendimento diferentes do dispositivo de consulta tradicional e sem a construção de projetos de reinserção social de qualquer natureza. O foco de assistência recai sobre a realização de consultas psiquiátricas (e consultas psicológicas, em menor frequência), sendo privilegiada a terapêutica medicamentosa. Dessa forma, o trabalho no CAPS se desenvolve através de uma clínica degradada, sem elasticidade, empobrecida e desvinculada de outros âmbitos da vida dos sujeitos que precisam ser alcançados pelas práticas.

A presença do estigma da loucura nos demais serviços de saúde no município é referida pelos profissionais do CAPS como um dos dificultadores da articulação em rede. A dimensão do acesso e uso dos serviços de saúde, que já se encontra travada por questões referentes à desigualdade social e precarização da rede, enfrenta mais um obstáculo: a inabilidade dos profissionais em lidar com a diferença e ver além do rótulo de louco, que parece, nesse caso, envelopar por completo a identidade dos sujeitos em sofrimento mental.

A conformação de uma rede de atenção psicossocial na região, sobretudo, precisa enfrentar o problema da dificuldade relacional com a alteridade. A qualidade e resolutividade das unidades básicas de saúde, por exemplo, passa pelo acolhimento das diferentes demandas

e presença da perspectiva da garantia do atendimento equânime e integral. Um ponto importante é ter em mente que uma APS (Atenção Primária à Saúde) abrangente implica em que as UBS e EqSF sejam serviços que atuem como porta de entrada preferencial, aberta e resolutiva, integrados à rede e organizadores do acesso e coordenação do cuidado no sistema de saúde.

Todavia, é comum o processo de difusão de responsabilidade para o CAPS, até mesmo de demandas que não podem ser respondidas por ele. Como mencionado inúmeras vezes nas entrevistas, diante da mínima identificação de quaisquer signos historicamente atribuídos à loucura na fala ou comportamento do sujeito em sofrimento mental, os profissionais dos outros serviços costumam ignorar e desacreditar a palavra do sujeito e encaminha-lo para o CAPS, mesmo que sua necessidade requeira o atendimento por outra especialidade.

Os nós da rede precisam atender às demandas diversas e exercer a função consciente de filtro para a atenção especializada (consultas e exames). Contudo, os profissionais do CAPS ressaltam a persistência de importantes barreiras dialógicas para o acesso do sujeito considerado louco. Eles também constataam fluxos pouco ordenados e a inexistência de coordenação entre APS e CAPS.

Se a primeira impressão é a de que o trabalho realizado no CAPS opera radicalmente segundo a lógica asilar, a aproximação da rotina de trabalho no dispositivo e a análise das práticas discursivas revelam elementos que lançam dúvidas a essa conclusão.

A unidade funciona de “portas abertas”, conforme afirmam os profissionais. De fato, é notória a receptividade aos sujeitos assistidos no local, que circulam por todos os espaços livremente e são recebidos com abertura e acolhimento. Observando as relações estabelecidas entre os diferentes profissionais e os sujeitos em tratamento, não identificamos interações em que o sujeito não fosse tratado com humanidade e respeito nas cenas diárias.

Vimos que os discursos e práticas dos profissionais do CAPS apresentam muitos aspectos consonantes com pressupostos ético-dialógicos no que se refere aos sentidos construídos para o modo de cuidar, para as relações com o sujeito em sofrimento psíquico e para o entendimento da sua condição de saúde.

Algumas posturas éticas organizadoras do cuidado como a escuta, disponibilidade, compreensão, reciprocidade, diálogo, vínculo e respeito foram valorizadas pelos entrevistados e transpareceram nas interações cotidianas. O acolhimento figurou como aquilo que a maioria dos trabalhadores entende que seja a principal diretriz de cuidado e um dos pontos fortes do trabalho no CAPS. Todos esses valores são indispensáveis para o acontecimento de um

encontro inter-humano, em sua qualidade dialógica. A presença desses elementos dialógicos no posicionamento dos profissionais nas relações diárias demonstra a penetração de concepções psicossociais na forma de produzir sentido para as práticas.

Observamos que, embora alguns posicionamentos requeiram lugar privilegiado ao medicamento no tratamento dispensado, esse fator não é impeditivo para que também considerem as diferentes dimensões do sofrimento dos sujeitos assistidos. Ao produzir sentido para a vivência de existência-sofrimento, os profissionais trazem em suas explicações os intervenientes sociais, culturais, relacionais e históricos. Esse movimento indica um afastamento da lógica psiquiátrica tradicional de tomar a condição do sujeito no registro da doença e dar respostas ancoradas unicamente em uma percepção biológica. Percebemos uma maneira de ver em muito inspirada no paradigma da Reforma Psiquiátrica, que marca a preocupação em alargar o campo teórico-prático pela inclusão de variadas dimensões para se pensar a diferença subjetiva e os novos modos de produzir cuidado.

Bakhtin (2006) assina que a palavra é o indicador mais sensível das transformações sociais, até mesmo das que apenas começaram a apontar, ainda sem forma definida, que até então não deram passagem a sistemas ideológicos elaborados. De igual modo, podemos visualizar uma notória transformação do lugar da loucura nas falas dos profissionais, tanto pela ínfima presença de palavras típicas do repertório psiquiátrico e, especialmente, pela desconstrução de algumas, dando-lhes um sentido e aplicação diferentes, compatíveis com a ética dialógica.

Se pelo registro do signo formas históricas de exclusão social do louco foram engendradas, é também por meio dele que novas formas de relação com a diferença podem ser construídas.

Em nossa análise, vemos o conflito entre as percepções dos profissionais e algumas práticas desenvolvidas no CAPS. Percebemos a coexistência de lógicas divergentes e a influência de inúmeros atravessamentos que agem frustrando a superação do paradigma psiquiátrico no contexto estudado. Assim, se por um lado o projeto psicossocial se apresenta com clareza e sensibilidade de entendimento nas narrativas e o sujeito do cuidado e sua condição subjetiva emergem em percepções enriquecidas por uma semântica ético-dialógica, por outro lado as práticas cotidianas não parecem ser fortalecidas por isso – o que nos revela de forma clara a tensão interparadigmática existente no campo.

Toda a potência de trabalho, outrora vivaz e inventiva, parece ter ficado acondicionada no passado, no saudoso período do “antes”. Agora, o real do trabalho no dispositivo espelha a precariedade do sistema de saúde pública local. Desse modo, o sucateamento das estruturas

físicas, a falta de investimento, a diminuição da equipe de trabalho, a ausência de apoio governamental e da rede de atenção, a falta de ações de formação permanente: todas essas adversidades conjunturais exercem influência categórica no modo de cuidar cotidiano, tornando-o igualmente precário, abandonado e vazio de desejo.

Diante do conflito assinalado, nos detenhemos em um ponto específico. Um aspecto que marca de modo uniforme as narrativas dos profissionais é o reconhecimento recíproco das qualidades dos integrantes da equipe. A atuação de cada profissional no cotidiano da instituição é qualificada mutuamente com expressões e palavras como “sempre pronto”, “disponível”, “arregaça as mangas”, “trabalha com amor”, “faz um trabalho sério”, “corre atrás”, “tem preparo”, “tem força de vontade”. A afirmação de que o verdadeiro diferencial do trabalho são os integrantes da equipe foi um ponto comum na percepção do grupo e, mais ainda, ocorreram observações assinalando que, devido às potencialidades da equipe, o trabalho poderia ter um desdobramento melhor. Também foi bastante frequente o entendimento de que a atuação em saúde mental não depende da estrutura física, mas do “material humano”.

Durante o trabalho de campo foi possível perceber o citado amor pela profissão, a preocupação com o bem-estar do outro do cuidado e o desejo de que o CAPS voltasse a operar com todas as suas potencialidades. Para além disso, ficou visível que os profissionais experimentam uma carga intensa de sofrimento em decorrência da situação. O mal-estar de cada um salientou-se pela sensação da perda de vitalidade, de impotência e paralisia descritas nos relatos.

Percebemos que os elementos ético-dialógicos estão presentes nos modos de perceber e se relacionar com o outro. Então, nos perguntamos: o que faz as práticas tropeçarem? Vemos que a lógica psicossocial não prospera, mesmo diante dos recursos desejáveis para alcançar esse resultado – os recursos humanos, presentes, qualificados e reconhecidos pelos profissionais como ponto fundamental para a operação do modelo psicossocial.

Consideramos os mitos como referências muito apropriadas para reflexão sobre determinados dilemas humanos e cremos que um, em especial, pode ser eficiente para representar e esclarecer a questão que surge nesse caso. Passamos a apresentação resumida e, em seguida, retomamos a questão.

O Banquete (PLATÃO, 1991) é um texto no qual Platão recorre à dialética para examinar o conceito de amor, utilizando recursos míticos e filosóficos em seu discurso. No diálogo platônico, o mito de Eros é apresentado de uma forma diferenciada da conhecida até então. A nova versão é contada por Sócrates, que afirma tê-la ouvido de uma personagem a

quem atribui o aprendizado do que sabe sobre o amor: a sábia Diotima, ou sacerdotisa de Mantinéia, como também é citada no texto.

A narrativa do mito é realizada em um diálogo entre Sócrates e Diotima. Seguindo, a sacerdotisa conta que foi realizado um grande banquete aos deuses em comemoração ao nascimento da deusa Afrodite. No evento, estava presente o filho de Prudência, chamado Poros. Às portas do local do banquete, se encontrava Penia, que pretendia mendigar os restos da festa, como era de seu costume fazer. Poros se embriagou e, após o jantar, foi para o jardim de Zeus e adormeceu no local. Penia, que intentava ter um filho dele, aproveitando-se das circunstâncias favoráveis à execução de suas intenções, deitou-se ao seu lado e concebeu a Eros. No diálogo platônico, Eros é a síntese das características herdadas de seus pais: Poros e Penia.

Do lado paterno, Eros é filho de Poros, nome que vem do grego e significa ponte, travessia, abertura. Poros simboliza o recurso, um meio eficaz de contornar dificuldades; nesse sentido, ele sempre atinge os seus objetivos e supera quaisquer problemas que precise enfrentar. Ainda do lado paterno, Eros é neto de Métis, deusa titânica que simboliza a sabedoria e a inteligência prática, cujos poderes e recursos de que necessita estão em seu próprio corpo. Desse modo, Eros teria por herança paterna uma natureza inventiva, investigadora e astuciosa, sempre apta a encontrar os meios para resolução de suas questões.

Do lado materno, Eros é filho de Penia, cujo nome significa penúria e se associa à significações como miséria, necessidade e dificuldade. Em vista disso, Por herança materna Eros seria pobre, ignorante, necessitado e desprovido de recursos.

Em Eros sintetizam-se características maternas e paternas, opostas e não harmônicas. Contudo, sua natureza pode ser considerada bem-sucedida: ele é rico em recursos potenciais, mas não tem nada; sabe de seu estado de deficiência e deseja alcançar êxito. Está em penúria e ignorância, mas reconhece isso e aspira ao saber.

As características aqui descritas como sendo atributos da natureza de Eros nos fazem pensar na semelhança com a práxis em saúde mental, que geralmente se realiza no terreno da dificuldade, da escassez e da falta.

Podemos dizer que se trata de uma práxis do mal-estar, que se nos apresenta em duas principais dimensões. Primeiramente, o mal-estar diante do real do sofrimento psíquico do outro, que em muitos casos é vivido com forte sentimento de angústia e intensificado por prejuízos sociais e estigma. Nesse fazer, se mantém o questionamento sobre qual caminho possível para o cuidado; não dispomos de soluções prontas a seguir; tampouco há normas prescritas a serem utilizadas que garantam certezas sobre o desfecho do tratamento.

Além disso, há o mal-estar diante dos múltiplos atravessamentos dificultadores da práxis (como a persistência do paradigma de cuidado a ser superado, os constrangimentos econômicos, éticos, políticos, entre outros).

Quando adentramos no campo da saúde mental, somos convocação a desenvolver um saber-fazer com o mal-estar: o nosso mal-estar diante do mal-estar do sujeito em tratamento e do objetivo de sustentar uma clínica de pura falta. Nesse trabalho ocorre o constante uso de um saber que não se adquire em livros, protocolos ou formação acadêmica; trata-se de um saber que emerge no embate com os reveses da prática, que é do corpo, que está ali, no corpo e na essência humana.

Essa noção de saber-fazer com o mal-estar é compatível com o que Dejours (1995) conceitua como *inteligência da prática*, ou seja, a capacidade de ajustar o trabalho prescrito (ou suprir a falta de prescrição) de maneira criativa, a fim de superar as dificuldades encontradas no trabalho real. O trabalho no campo da saúde mental vai nessa direção; exige um uso intenso de si, da “face-Poros”, para que se possa lidar com a “face-Penia” que insiste em ganhar espaço diante do mal-estar com o qual precisamos nos haver na realidade concreta dos serviços.

O texto platônico aponta o aspecto binário da natureza de Eros e diz que cada uma de suas faces não pode ser isolada como boa ou má. Os desdobramentos dessa dinâmica bifacial devem ser apreendidos na observância da relação entre elas. O resultado da coexistência teve bom êxito justamente pela especificidade da distinção de cada uma, pois assim é Eros, um ser que se encontra num lugar intermediário entre dois termos que são contrários, porém não contraditórios.

Retomemos agora a nossa questão. As barreiras para a prosperidade do projeto psicossocial não puderam ser atribuídas somente à precariedade do contexto estudado. Conforme assinalamos, essa foi a percepção dos próprios profissionais. Além disso, aquilo que eles apontaram como sendo função do CAPS e as suas percepções sobre o que é mais importante no tratamento e nas relações estabelecidas no campo convergiram para elementos acessíveis por meio da inteligência prática.

Nesse sentido, as concepções dos profissionais sublinharam recursos de que dispõem pelo uso de si, por sua humanidade, bem como pelo conhecimento e compreensão das diferentes dimensões implicadas no sofrimento dos sujeitos. Essas observações descartam a possibilidade do modo asilar estar operando em consequência de posturas distanciadas de pressupostos ético-dialógicos – Contudo, indubitavelmente, ele opera.

Então, ainda que os elementos essenciais para as mudanças desejadas estivessem presentes, o acesso a eles se mostrou interdito.

Percebemos que no período do “antes”, o mal-estar cotidiano estava presente, mas estimulava ao questionamento, ao estudo, e à construção de soluções criativas ali onde parecia não ser possível. Podemos dizer que aquele era um momento em que a “face-Poros” sobressaía e auxiliava no enfrentamento dos problemas que afetavam o serviço.

Após a mudança de gestão, a “face-Penia” se mostrou em toda a sua expressividade, inibindo a potência de agir. Para compreender essa questão, buscamos pensar sobre o impacto das “perdas” na subjetividade dos profissionais, pois a mudança se deu a partir daquele momento, da mudança de gestão. Observamos, a partir daí, a manutenção do olhar dos trabalhadores naquilo que foi perdido e não pôde ser restabelecido tal qual era (como alguns laços potentes e admirados de parceria, perda de uma articulação funcional no serviço, perda de recursos materiais importantes para sustentação do dispositivo, perda total de apoio por parte da gestão - desinvestimento).

Desse modo, com tantas perdas radicais e inesperadas, a experiência subjetiva daqueles profissionais se congelou no puro mal-estar, gerando a perda de sentido do trabalho e a impossibilidade de visualização dos recursos existentes. No período do “antes”, a dinâmica subjetiva prazer-sofrimento no trabalho apresentava certo equilíbrio. No “depois”, a dimensão do prazer foi barrada e o que sobrou foi o puro mal-estar, que inibiu o campo da ação.

De acordo com Dejours (2004) no trabalho real somos confrontados com as impossibilidades e lidamos com a ação dos signos do mal-estar produzidos nessa dinâmica em nossa subjetividade. Logo, os sentimentos de impotência, irritação, raiva, decepção, perda de ânimo, desamparo, são afetos possíveis e constantes nesse embate.

No exercício de produção de sentido, as questões institucionais causadoras de incômodo e a dinâmica prazer-sofrimento de cada profissional na práxis puderam ser atualizadas por eles e transformadas em palavra, produzindo simbolização. Isso se constitui em um caminho para a potencialização do saber-fazer com o mal-estar, pois pode proporcionar a reflexão sobre como o trabalho solicita a capacidade de lidar com a falta e sobre o uso da inteligência prática para fazer frente a ela. O autoexame e autocrítica dos posicionamentos pelos profissionais nas entrevistas e demais diálogos é bem representativo nesse sentido.

Se assim considerarmos, tanto mais se tornará significativa a análise das práticas e das concepções em cada contexto como instrumento para as mudanças desejadas. Em geral,

ocorre o contrário: as soluções são buscadas a partir de fora do microtexto que se deseja mudar, levando em conta apenas saberes especializados e ignorando, ou pouco atentando, para as vozes envolvidas diretamente na situação. Pensamos que a valorização de metodologias dialógicas pode ensejar soluções mais extensivas e duradouras.

Uma esperança despontou quando a nossa pesquisa alcançou aproximadamente metade do tempo total de observação participante. A gestão municipal decidiu realizar uma obra de melhoria das instalações do CAPS, que nunca antes havia recebido esse tipo de atenção. A obra seguiu seu curso e, no início do corrente ano, o dispositivo estava reformado. Ganhou cores esverdeadas, vivas, se livrou do mofo e das infiltrações e agora todos os espaços se apresentam em condições uso (Fotografias – Apêndice E e F). Por último, o serviço passou a contar com telefone e internet funcionando e ganhou mais integrantes para a equipe (oficineiros). As oficinas terapêuticas estão sendo planejadas e logo poderão ser oferecidas aos sujeitos em tratamento. Os grupos de trabalho com usuários de álcool e outras drogas voltaram a ser realizados. A sala destinada às atividades do antigo Polo Infanto-Juvenil ganhou reforma e novos utensílios (Fotografias 21 e 22 – Apêndice F) e já existem voluntários da equipe para sustentar o trabalho com crianças e adolescentes em sofrimento mental.

Do lado de fora, as coisas permanecem como antes, pois a obra não se estendeu à fachada do CAPS. Mas, do lado de dentro, para além das mudanças infraestruturais, vemos o despontar de novos modos de lidar com o mal-estar cotidiano.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, Jean-Claude. **A abordagem estrutural das representações sociais**. In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. de. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: Ed. AB, 1998.
- AMARANTE, Paulo. **A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica**. In: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, pp. 45-65. Rio de Janeiro: Editora NAU, 2003.
- _____. **Rumo ao fim dos manicômios: A luta antimanicomial, o mais importante movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil, teve início durante o regime militar e ainda enfrenta desafios**. *Mente&Cérebro* [online]. Set. 2006. Disponível em: http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios.html. Acesso em 03 de agosto de 2017.
- _____. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 3ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- _____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica pelo Brasil**. 2ª ed. 4ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2 Ed. 4ª Reimpressão. 3 Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- _____. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Coordenado por Paulo Amarante. 3ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 316p. (Coleção Loucura & Civilização).
- _____; COSTA, Ana Maria. **Diversidade Cultural e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.
- _____; FREITAS, Fernando. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro; Fiocruz; dez. 2015a. 146 p.
- _____; FREITAS, Fernando. **Foucault e Basaglia: um debate sobre a razão (outra)**. In: RODRIGUES, Eliana de Barros Conde; PORTOCARRERO, Vera; VEIGA-NETO, Alfredo (organizadores). **Michel Foucault e os saberes do homem: como, na orla do mar, um rosto de areia**. Curitiba: Prismas, 2015b.
- ANDRADE, Carlos Drummond de. (1902-1987) **A Rosa do Povo**. 21 ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- AZEVEDO, Creuza da Silva; SÁ, Marilene de Castilho. **Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde**. In: *Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 33-50.
- BAKHTIN, Mikhail; VOLOCHINOV, V. N. **Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

BAKHTIN, Mikhail. **Estética da criação verbal**. 6ª ed., São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

_____. **O problema da poética em Dostoiévski**. 5 ed. 3ª Impressão brasileira. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

_____. **Os gêneros do discurso**. São Paulo: Editora 34, 2016.

BARROS, Daniel Martins. **Entrevista psiquiátrica e exame psíquico**. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1290/entrevista_psiquiatrica_e_exame_psiquico.htm. Acesso em 10 de setembro de 2017.

BARTHOLO JUNIOR, Roberto. **Você e eu: Martin Buber, presença e palavra**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BATISTA, Vera Malaguti. **O Medo na Cidade do Rio de Janeiro, dois tempos e uma história**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

BATISTELLA, Carlos. **Saúde, Doença e Cuidado: Complexidade Teórica e Necessidade Histórica**. In: Fonseca, A. F (org). Território e Processo Saúde-Doença. Rio de Janeiro: EPSJV, FIOCRUZ, 2007a, p. 25-49.

BECKER, Howard. **A escola de Chicago**. *Mana* [online]. 1996, vol.2, n.2, pp.177-188. ISSN 0104-9313. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93131996000200008>.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. 24ª ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

BIRMAN, Joel. **A physis da saúde coletiva**. *Physis* [on-line]. 1991, vol.1, n.1, pp. 7-11. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311991000100001>.

_____. **O Mal-Estar na Modernidade e a Psicanálise: a Psicanálise à Prova do Social**. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, vol. 15, núm. Sup., 2005. pp. 203-224

BOCK, Ana Mercês Bahia et al. **Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia**. 13 ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BRAIT, Beth (org). **BAKHTIN: CONCEITOS-CHAVE**. 5.ed., 2ª Reimpressão. São Paulo: Contexto, 2014a.

_____. (org). **BAKHTIN: OUTROS CONCEITOS-CHAVE**. 2.ed., 1ª Reimpressão. São Paulo: Contexto, 2014b.

_____; MAGALHÃES, Anderson Salvaterra (Orgs.). **Dialogismo: teoria e(m) prática**. São Paulo: Terracota, 2014c.

BRANDÃO, Junito de Souza. **Mitologia Grega**. Vol. III. Petrópolis: Vozes, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Márcio Iorio Aranha (Org.). Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: novembro de 2005.

BRITO, Jussara. **Trabalho Prescrito**. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.), Rio de Janeiro: EPSJV, 2006a. p. 288-294.

_____. **Trabalho Real**. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.), Rio de Janeiro: EPSJV, 2006b. p. 288-294.

BUBER, Martin. (1923) **Eu e Tu**. São Paulo: Centauro, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **A Clínica do Sujeito: Por Uma Clínica Reformulada e Ampliada**. In: Saúde e Paidéia. São Paulo: Editora Hucutec, 2003, p. 51-67

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6 Ed. 2ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Forense Universitária: 2009.

CAPURRO, Rafael. **Epistemologia e ciência da informação**. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação - ENANCIB, 5, 2003. Belo Horizonte: UFMG, 2003.

CARVALHO, Virgínia Donizete de; BORGES, Livia de Oliveira e REGO, Denise Pereira. **Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2010, vol.30, n.1, pp.146-161. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000100011>.

CASTRO, Fabiano dos Santos; LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. **Alma, mente e cérebro na pré-história e nas primeiras civilizações humanas**. *Psicol. Reflex. Crit.* [on-line]. 2010, vol.23, n.1, pp.141-152. ISSN 0102-7972. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722010000100017>.

_____; MACIEL, Elvira Maria Godinho de Seixas; OVIEDO, Rafael Antonio Malagón. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. 35

CODATO, Adriano. **O conceito de ideologia no marxismo clássico: uma revisão e um modelo de aplicação**. In: Revista Política & Sociedade. Florianópolis, 2016. v.15, n. 32, pp. 311-331.

CONRAD, Peter. **The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders**. 2007. Disponível em <http://www.easewellbeing.co.uk/downloads/Peter-Conrad-The-Medicalization-of-Society.pdf>. Acessado em 22 de julho. 2017.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **Cidadelas da Ordem: a doença mental na República**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

CZERESNIA, Dina. **Do contágio à transmissão: urna mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia**. História, Ciências, Saúde—Manguinhos, vol. IV(1):75-94, mar.-jun. 1997.

DALGALARRONDO, P. **O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria**. In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, 2004. v.7, n. 1, Pp. 128- 141.

DEJOURS, Christophe. **Fator Humano**. Rio de Janeiro: FGV, 1995.

_____. **Subjetividade, Trabalho e Ação**. Revista Produção. v. 14 n. 3. P. 27-34. Set/Dez de 2004.

FERNANDES, Isabel. **Leituras holísticas: de Tchekhov à Medicina Narrativa**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 19, n. 52, p. 71-82, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832015000100071&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 25 set. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0628>.

FERREIRA, Ademir Pacelli. **O migrante na rede do outro: ensaios sobre alteridade e subjetividade**. RJ: Te Corá, 1999.

FERREIRA, Cristina Miranda Ramos. **Sessão clínica: efeitos de intervenção institucional**. Mental (Barbacena), Revista de saúde mental e subjetividade da Unipac. jun.2005, vol. 3, no. 4, p. 29-43.

FIGUEIREDO, Luís Claudio Mendonça; SANTI, Pedro Luiz Ribeiro. **Psicologia, uma (nova) introdução: uma visão histórica da psicologia como ciência**. 3 ed. São Paulo: Educ, 2008.

FOUCAULT, Michel (1961). **História da loucura na Idade Clássica** / Michel Foucault; [Tradução José Teixeira Coelho Neto]. 8ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.

FOUCAULT, Michel (1961). **História da loucura na Idade Clássica**. Tradução José Teixeira Coelho Neto. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.

_____(1969). **A Arqueologia do Saber.** / Michel Foucault; [Tradução Luiz Felipe Baeta Neves]. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____(1970). **A Ordem do Discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970.** / Michel Foucault; [Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio]. 24ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

_____(1979). **Microfísica do Poder.** Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2014.

FREITAS, Maria Teresa. **A perspectiva Socio-histórica: uma visão humana da construção do conhecimento.** In: FREITAS, Maria Teresa; JOBIM E SOUZA, Solange; KRAMER, Sônia. (orgs.) Ciências humanas e pesquisa - Leituras de Mikhail Bakhtin. São Paulo: Cortez, 2003.

FREUD, Sigmund. (1894) **As neuropsicoses de defesa.** In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____(1896). **Novos Comentários Sobre as Neuropsicoses de Defesa.** In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____(1917). **Uma Dificuldade no Caminho da Psicanálise.** In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Vol. XIV. Trad. de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974. Trad. de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____(1919). **O 'estranho'.** In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Vol. XVII. Trad. de Jayme Salomão Rio de Janeiro: Imago, 1974. Trad. de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____(1930). **Mal-estar na Civilização.** In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

GERGEN, Kenneth J. **Construcionismo Social: um convite ao diálogo.** Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2010.

GOFFMAN, Erving (1961). **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1974.

_____(1963). **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1975.

_____(1967). **Ritual de interação: ensaios sobre o comportamento face a face.** Tradução Fábio Rodrigues Ribeiro da Silva. Petrópolis: Vozes, 2012.

GUEDES, Ariane da Cruz; KANTORSKI, Luciane Prado; PEREIRA, Patrícia Mirapalheta; CLASEN, Bianca Neme; LANGE, Celmira; MUNIZ, Rosane Manfrin. **A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):547-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.8198>.

GUERRA, Andréa Maris Campo. **Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática.** In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania.* Rio de Janeiro: Contracapa, 2008.

HABERMAS, Jiirgen. **Técnica e Ciência como Ideologia.** Edições 70: Lisboa, 1968.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia.** 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

HEIDEGGER, Martin. **Identidade e diferença.** In: *Conferências e escritos filosóficos.* São Paulo: Abril Cultural, 1979.

JODELET, Denise. **As representações sociais.** Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2001.

_____. **Loucura e Representações Sociais.** Petrópolis: Vozes, 2015.

JÚNIOR, Léo Peruzzo. **O conceito de lebensform (formas de vida) na filosofia de Wittgenstein.** Revista *Ítaca*, n. 17, p. 73-85, jul. 2011. ISSN 1679-6799. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/Itaca/article/view/226/215>>. Acesso em: 14 Dez. 2018. Fatal error: Call to undefined method PublishedArticle::getDOI() in /var/www2/html/revistas.ufrj.br/ojs/cache/t_compile/%%31^31D^31D57811%%citation.tpl.php on line 48

KANTORSKI, Luciane Prado; CARDANO, Mario. **Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições.** *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 23-32, Mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711203>.

KODA, Mirna Yamazato. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substituto em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2002.

_____; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. **A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.6, pp.1455-1461. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600020>.

LACAN, Jacques (1955-1956). **O Seminário, livro 3, As psicoses.** 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1988

_____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LÉTOURNEAU, Jocelyn. **Ferramentas para o pesquisador iniciante.** São Paulo: Martins Fontes, 2011.

LEVINAS, Emmanuel. **Violência do rosto.** São Paulo: Edições Loyola, 2014.

MACHADO, Roberto. **Foucault, a Ciência e o Saber.** Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

MARIOTTI, Humberto. **O Automatismo Concorde-discordo e as Armadilhas do Reduccionismo**. Thot (Associação Palas Athena, São Paulo), No. 71, junho de 1999.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. Lisboa: Presença, 1974.

MORAES FILHO, Mello (1895). **Festas e tradições populares no Brasil**. Brasília: Senado Federal Conselho Editorial, 2002.

MOSCOVICI, Serge. (1978). **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 36 ODA, Ana Maria Galdini Raimundo;

NOVAES, Mariluci. **Os discursos paralelos nas entrevistas psiquiátricas: a violação do princípio de cooperação entre médico e paciente**. Revista do GELNE, vol.2, no. 2, p. 150-154, 2000.

NOVAES, Adalberto. (2009) – **Vida, vício, virtude**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, Edições SESC SP, 2009.

NUNES, Everardo Duarte. **Goffman: contribuições para a Sociologia da Saúde**. *Physis* [online]. 2009, vol.19, n.1, pp.173-187. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000100009>.

NUNES, Jeanine Maria Sobral; GUIMARAES, José Maria Ximenes and SAMPAIO, José Jackson Coelho. **A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial**. *Physis* [online]. 2016, vol.26, n.4, pp.1213-1232. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000400008>.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, P. **História das primeiras instituições para alienados no Brasil**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso. **O Trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever**. In: O Trabalho do Antropólogo. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora UNESP, 1998. Pp. 17-35.

OLSON, Mary; SEIKKULA, Jaakko; ZIEDONIS, Douglas. **The key elements of dialogic practice: in open dialogue: fidelity criteria**. 2 set. 2014. Disponível em: <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>. Acesso em: 26 dez. 2017.

PAES, Marcio Roberto; BORBA, Letícia de Oliveira; MAFTUM, Mariluci Alves. **Contenção física a pessoas com transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem**. Ciência, cuidado e saúde. v. 10, n.2, p. 309-16, abr. 2011.

PACHECO, Juliana Garcia. **Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização** [Tese de Doutorado]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2012.

PEREIRA, Tânia Conceição. **Linguagem em (Dis)curso**. Palhoça, SC, v. 10, n. 3, p. 683-704, set./dez. 2010.

PERRUSI, Artur. **Imagens da Loucura: representação social da doença mental na psiquiatria**. São Paulo: Cortez, 1995.

PINEL, Philippe (1800). **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania** / Philippe PINEL; Tradução de Joice Armani Galli. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2006.

PLATÃO. **Diálogos**. Seleção de textos de José Américo Motta Pessanha. Tradução e notas de José Cavalcante de Souza, Jorge Paleikat e João Cruz Costa. 5. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991.

PORTER, Roy. **Uma História Social da Loucura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

RINALDI, Doris. **A Ordem Médica: a loucura como “doença mental”**. Revista Em Paula, jul.-dez. 1998, n. 13, pp. 103-115.

_____. **O Acolhimento, A escuta e o Cuidado: Algumas Notas Sobre o Tratamento da Loucura**. Revista Em Pauta 2000, nº 16, pp. 7-18.

_____; LIMA, Maria Cândida Neves de. **Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental**. Mental, vol.4, nº 6, pp. 53-68, jun. 2006.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a Psicanálise?**. Rio de Janeiro: Jorge zahar, 2000.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um Discurso Sobre as Ciências**. 16ª ed. Afrontamentos, 2010.

SEIKKULA, Jaakko; et al. **Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two- year Follow-up on First Episode Schizophrenia**. Ethical and Human Sciences and Services, 2003, 5(3), 163-182. Disponível em: <https://www.power2u.org/downloads/OpenDialogueApproach.pdf>

SEIKKULA, Jaakko; AALTONEN, Jukka; ALAKARE, Birgittu; HAARAKANGAS, Kauko; KERANEN, Jyrki; LEHTINEN, Klaus. **Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies**. Psychotherapy Research, March 2006; 16(2): 214_/228. Disponível em: <http://psychrights.org/research/digest/effective/Fiveyarocpsychotherapyresearch.pdf>

SEIKKULA, Jaakko; ARNKIL, Tom Erik. **Diálogos terapêuticos en la red social**. Barcelona: Herder Editorial, 2016. Edição do Kindle.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010

SILVEIRA, Daniele Pinto da; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. **Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil**. *Estud. pesqui. psicol.* [online]. 2005, vol.5, n.1, pp. 92-101. ISSN 1808-4281.

SPINK, Mary Jane Paris; GIMENES, Maria da Gloria G.. **Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença**. Saúde e sociedade, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 149-171, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412901994000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901994000200008>.

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Edição Virtual. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de pesquisas sociais, 2010.

_____. **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Edição Virtual. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de pesquisas sociais, 2013.

SPINOZA, Baruch de. **Ética**. Edição bilíngue. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; e CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.3, pp.3615-3624. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>.

VELHO, Gilberto. **Goffman, mal-entendidos e riscos interacionais**. *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 2008, vol.23, n.68, pp.145-147. ISSN 1806- 9053. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092008000300012>.

VIGANÒ, Carlo. **25 anos depois, ainda**. *Mental*, Barbacema, vol.2, n. 2, p.11-25, Jun. 2004.

VUORENKOSKI L.; MLADOVSKY P.; MOSSIALOS E. **Finland: Health system review**. *Health Systems in Transition*. 2008; 10(4): 1-168.

WACHELKE, João Fernando Rech. **O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura**. *Estud. psicol. (Natal)* [online]. 2005, vol.10, n.2, pp. 313-320. ISSN 1413-294X. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2005000200019>.

WHITAKER, Robert. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2017.

WOODWARD, Kathryn. **Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual**. In: SILVA, Tomaz Tadeu (organizador). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes, 2000.

YOUTUBE. (2008, junho 04). **8ª Conferência Nacional de Saúde - Sérgio Arouca - parte 1: março, 1986** [Arquivo de Vídeo]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=ZBhZ_iCufus

ZANDWAIS, Ana. **Contribuições de teorias de vertente marxista para os estudos da linguagem**. In: *Conexão Letras*. Rio Grande do Sul, 2014. v. 09, n. 12, Pp. 51-63.

ZENONI, Alfredo. **Psicanálise e Instituição - A segunda clínica de Lacan.** *Abrecampos*, Belo Horizonte: Instituto Raul Soares - Fundação Hospitalar de Minas Gerais, ano 1, n. 0, 2000.

ZUBEN, Newton Aquiles von. **A questão do inter-humano: uma releitura de Eu e Tu de Martin Buber.** *Síntese*, vol. 35, n. 111, pp. 87-110. 2008.

APÊNDICE A – FOTOGRAFIAS EXTERNAS DO LOCAL DE PESQUISA

Fotografia 1 – Lateral do CAPS-II



Fotografia 2 – Frente do CAPS-II



APÊNDICE B – Fotografias do local de pesquisa (áreas internas do andar térreo).

Fotografia 3 - Recepção



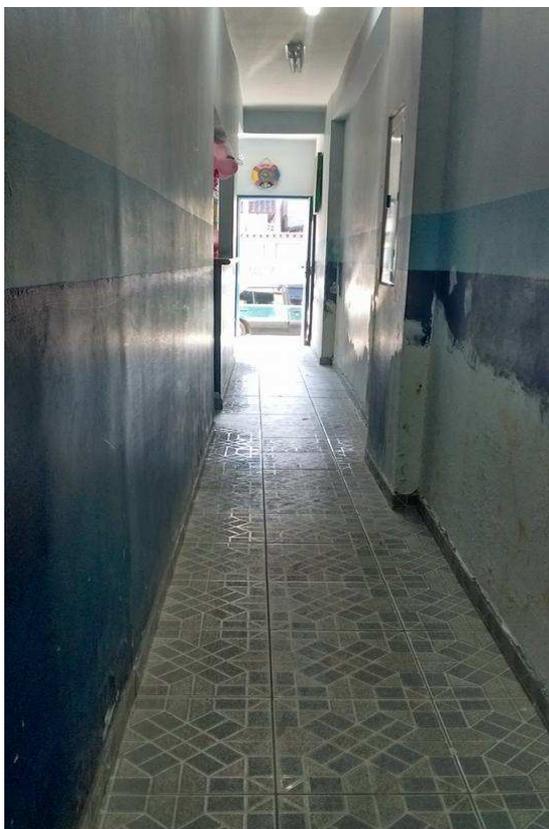
Fotografia 4 – Sala de espera (antigo refeitório)



Fotografia 5 – Sala de espera (antigo refeitório)



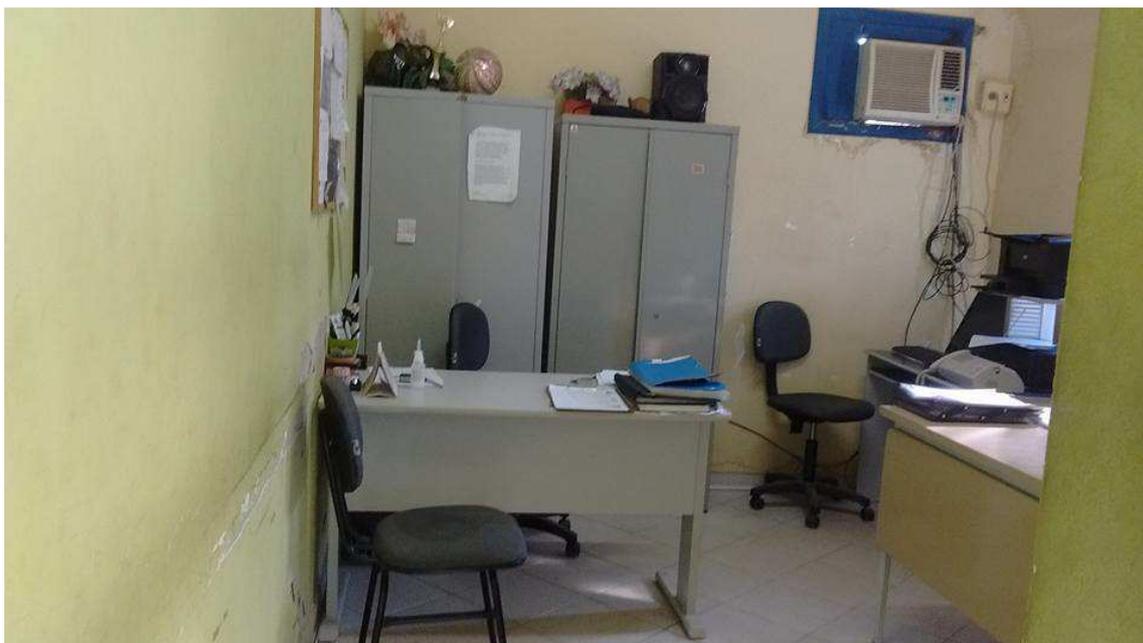
Fotografia 6 – Corredor principal



Fotografia 7 – corredor de acesso à cozinha, banheiro e dispensa de medicamentos.



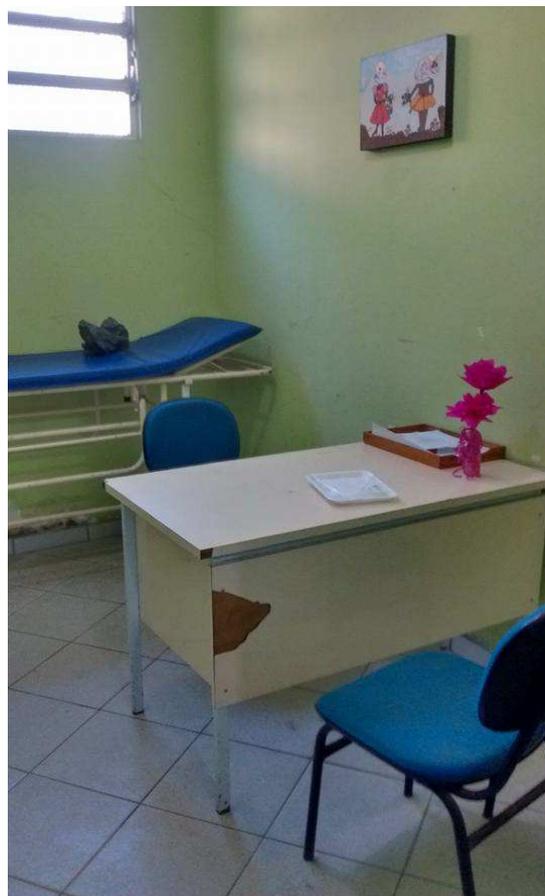
Fotografia 8 – Sala dos funcionários



Fotografia 9 – Consultório de psiquiatria



Fotografia 10 – Consultório de psiquiatria



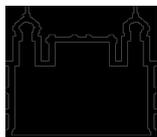
Fotografia 11 – Cozinha



Fotografia 12 – Cozinha



APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **O cuidado em saúde mental: Reflexões psicossocioculturais para uma práxis ético-dialógica**, desenvolvida por Ana Paula Pimentel, discente do Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante.

O objetivo central do estudo é investigar o processo de cuidado a pessoas em sofrimento psíquico no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para identificar e analisar os impasses, bem como as possibilidades de superação destes.

O convite a sua participação se deve ao fato de você fazer parte do quadro de profissionais da instituição de saúde mental estudada nesta pesquisa.

Página 186 de 4

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar. Caso escolha participar, poderá retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Será assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Os dados que possam identificá-lo serão omitidos na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista será realizada somente se houver autorização para gravação. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para a reflexão sobre o processo de cuidado e produção de saúde na atenção em saúde mental.

Você não será remunerado, nem receberá ajuda de custo ou quaisquer tipo de vantagem material por participar desta pesquisa.

A sua participação nesta pesquisa poderá acarretar alguns riscos relacionados à entrevista. Abaixo descrevemos os possíveis riscos e as ações para dirimi-los ou minimizá-los:

a) – Possibilidade de constrangimento ou algum nível de desconforto na exposição ao responder algumas perguntas: para dirimir ou minimizar este risco, a entrevista será realizada em uma sala reservada. Participarão da entrevista somente você e a pesquisadora. Você poderá deixar de responder alguma pergunta, caso assim desejar.

b) – Possibilidade de cansaço ou aborrecimento pelo tempo de duração da entrevista: para dirimir ou minimizar este risco, você poderá interromper a entrevista, caso assim desejar;

c) – Possibilidade de quebra de sigilo: para dirimir ou minimizar este risco as respostas serão confidenciais; Omitiremos quaisquer informações que possam acarretar a sua identificação, para que seja mantido o seu anonimato. As gravações serão armazenadas em um computador sem acesso a internet.

Os resultados da pesquisa serão apresentados por meio da publicação da dissertação, sendo um exemplar entregue à instituição pesquisada (Coordenação do CAPS).

Este termo possui 4 (quatro) páginas. Destas, as três primeiras serão rubricadas e a última será assinada pelo participante desta pesquisa e pelo pesquisador responsável. Este termo possui duas vias; você receberá uma destas vias.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios

éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável (mestranda da ENSP/FIOCRUZ):

Tel: (21) 9.85750162

e-mail: paulinha_pimentel@yahoo.com.br

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2017.

Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**O cuidado em saúde mental: Reflexões psicossocioculturais para uma práxis ético-dialógica**” e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

() Autorizo a gravação da entrevista

() Não autorizo a gravação da entrevista

Nome do participante: _____

APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados (roteiro de entrevista)**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Roteiro para as entrevistas:

EIXO – 1: Sobre o profissional:

- Qual a sua formação profissional?
- Qual o tempo de formação?
- Qual o seu tempo de experiência na área de saúde mental?
- Qual o tipo e tempo de vínculo com o CAPS?
- Qual a sua implicação / motivação para o trabalho em saúde mental?

EIXO – 2: Percepções do profissional sobre o sujeito em sofrimento mental e sua condição de saúde:

- Como você percebe o sujeito em sofrimento mental?
- Como você compreende a condição de saúde do sujeito em sofrimento mental?

EIXO – 3: Percepções sobre o tratamento:

- Qual a função do tratamento dado ao sujeito em sofrimento mental, em sua opinião?
- Em relação ao processo de tratamento, em sua experiência:
 - O que a equipe de trabalho demanda de você?
 - O que tem sido possível fazer?
 - O que é desejável mudar no tratamento?

EIXO – 4: Percepções sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e seu contexto:

- Quais são as principais dificuldades e os pontos fortes do campo de trabalho (em relação à rotina, ao ambiente, à rede de saúde mental, às relações estabelecidas com outros profissionais e com os sujeitos do cuidado)?

APÊNDICE E – Fotografias do local de pesquisa (áreas internas do andar térreo após a reforma).

Fotografia 13 – Recepção



Fotografia 14 – Recepção



Fotografia 15 – Corredor principal



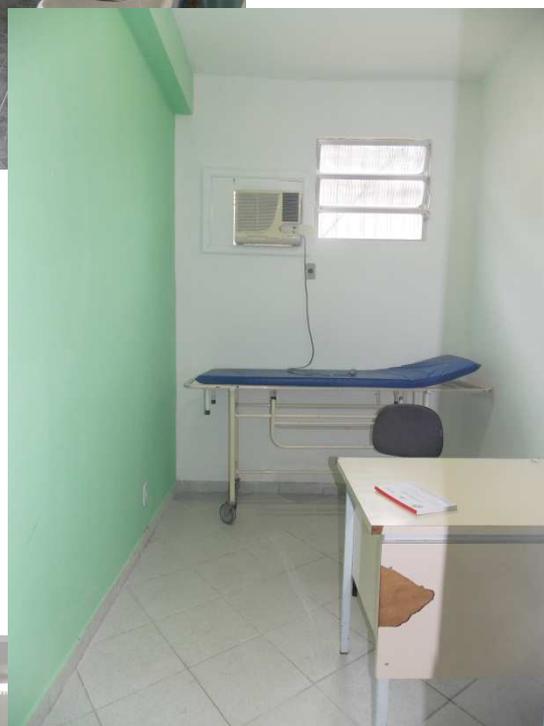
Fotografia 16 – Corredor interno



Fotografia 17 – Sala de espera



Fotografia 18 – Consultório



Fotografia 19 – Cozinha



APÊNDICE F – Fotografias do local de pesquisa (áreas internas do andar superior após a reforma).

Fotografia 20 – Sala de reunião e oficinas



Fotografia 21 – Sala do Polo Infanto-Juvenil



Fotografia 22 – Sala do Polo Infanto-Juvenil