

**Joana Angélica Macedo Oliveira**

**O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA EM  
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DE SERGIPE: UM  
PROBLEMA CLÍNICO-POLÍTICO.**

**Niterói  
2006**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

## SUMÁRIO

|   |            |
|---|------------|
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>2</b>   |
| 1.1. <i>A construção do plano de imanência da pesquisa. ....</i>                      | <b>3</b>   |
| <b>2. NOVOS PERIGOS PÓS-DESOSPITALIZAÇÃO: “CONTROLE A CÉU<br/>ABERTO” .....</b>       | <b>7</b>   |
| <b>3. ANÁLISE DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: UM PROBLEMA<br/>CLÍNICO-POLÍTICO .....</b> | <b>22</b>  |
| 3.1. <i>Experiência clínico-política nos Caps .....</i>                               | <b>22</b>  |
| 3.2. <i>O movimento da Reforma Psiquiátrica para além dos especialismos ...</i>       | <b>39</b>  |
| 3.3. <i>1) As redes .....</i>   | <b>60</b>  |
| 3.4. <i>2) As oficinas .....</i>  | <b>66</b>  |
| 3.5. <i>3) A produção de demanda.....</i>   | <b>80</b>  |
| 3.6. <i>O Caps e o controle a céu aberto.....</i>                                     | <b>86</b>  |
| <b>4. CONCLUSÃO .....</b>   | <b>91</b>  |
| <b>5. REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>99</b>  |
| <b>6. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA .....</b>   | <b>104</b> |

## INTRODUÇÃO

Foucault, em suas densas pesquisas sobre a loucura, mais precisamente em *História da loucura* (1999a), nos ensinou que a desmontagem do saber/poder que se constituiu em torno da loucura não é algo simples. A complexidade do funcionamento dos dispositivos de saber/poder diante da loucura exige que se coloque a problemática da saúde mental frente ao desafio do processo de desinstitucionalização.

Esse desafio, mais do que uma desospitalização, convoca-nos ao trabalho da análise institucional. Essa intercessão coloca a necessidade de uma análise constante das instituições que estão sendo produzidas em determinadas condições históricas. Isso implica em assumir os riscos de por em análise a instituição da loucura e a “instituição manicomial” que são constituídas tanto em formas duras como os hospícios quanto em formas fluídas, diluídas por toda rede social, até mesmo nos novos serviços de saúde mental substitutivos ao manicômio. Convém esclarecer que nesses novos dispositivos de atenção e gestão da saúde há riscos de criação de outras formas de assujeitamento tão perigosas quanto as constituídas nos manicômios.

Minha inserção no processo da Reforma Psiquiátrica se iniciou na tentativa de experimentar e problematizar essas novas formas de atenção e gestão para a saúde mental pública. Tal experimentação começou com o estágio curricular em saúde mental do curso de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe, realizado no Caps “Luz do Sol”. No ano seguinte, já como psicóloga, compus o quadro de Psicólogos deste serviço, tendo permanecido por um ano. Após este período, desliguei-me da função de Psicóloga e, na condição de professora substituta da Universidade Federal de Sergipe (UFS), supervisionei estágio curricular em saúde mental, coordenando um processo de gestão coletiva, neste mesmo Caps.

Em 2003, exerci, durante sete meses, a função de supervisora no Caps Luz do Sol e no Caps Artur Bispo do Rosário, ambos subsidiados pelo Governo do Estado de Sergipe em parceria com a Prefeitura de Aracaju. Durante esse período, pude experimentar várias implicações em um desses serviços substitutivos de saúde mental, passando pela função estagiária, psicóloga, supervisora de estágio e supervisora institucional. Neste sentido, as questões que proponho discutir estão

alicerçadas em experiências que ocorreram nesses dois serviços de saúde mental, no estado de Sergipe entre os anos de 1999 e 2003. Durante o processo de supervisão, constatamos que o imediatismo na criação da rede de serviços substitutivos de saúde mental no município de Aracaju e no Estado de Sergipe produziu uma implantação burocratizada que atropelou os dispositivos de autonomia e participação coletiva. A ausência de discussões mais amplas de políticas de saúde mental pactuadas com os diferentes atores implicados (usuário, profissional e familiar) produziu deformações na própria rede recentemente implantada. Nesse funcionamento atropelado por uma implantação burocrática emergiram algumas questões que nos inquietaram, desafiando-nos a problematizar o processo de desinstitucionalização da loucura nesses dois serviços. Neste sentido, pretendo discutir, como propósito mais geral, os efeitos do processo de desinstitucionalização da loucura, no Caps Luz do Sol e Caps Artur Bispo do Rosário. Em uma perspectiva mais particular, pretendo cartografar o modo de produção de subjetividade nesses dois serviços.

A ação da supervisão implantada, nesses serviços, foi um processo complexo, pois não havia por parte da coordenação de saúde mental e da direção da ONG Luz do Sol a expectativa de que se analisasse e evidenciasse as lutas de forças presentes nesses dois espaços. O processo de mudança em curso nos Caps problematizava práticas já instituídas, malgrado o fato de serem serviços de história tão recente. Dentre estas práticas colocadas em questão pela equipe, podemos destacar a cronificação dos usuários, o funcionamento das oficinas ditas "terapêuticas" e uma produção de demanda em psiquiatria. Esse diagnóstico clínico-institucional nos inquietou, levando-nos a pesquisar os efeitos das práticas produzidas no cotidiano desses serviços.

### ***A construção do plano de imanência da pesquisa.***

Gostaria de afirmar o caráter transdisciplinar da pesquisa, que já se inicia desde suas primeiras páginas, quando propõem a análise do processo de desinstitucionalização da loucura na intercessão entre Reforma Psiquiátrica, Análise Institucional e a Filosofia da Diferença. É a partir de uma perspectiva heterogenética

atravessada por componentes teóricos, tecnológicos, estéticos, éticos, econômicos, políticos e afetivos que situo o plano de emergência dessa pesquisa.

No entanto, cabe esclarecer que não basta anunciar o desejo de heterogênesse sem constituir um plano que dê consistência a esse desejo. Cabe ressaltar que de forma alguma esse plano está dado, mas precisa ser constantemente construído através dos encontros: um plano que produz, ao mesmo tempo, por um efeito de retroação, o pesquisador e a pesquisa, a teoria e a prática, o sujeito e o objeto do sistema teórico conceitual. Neste sentido, vale ressaltar a importância da função intercessora da orientação coletiva para que o plano heterogênico da pesquisa fosse sendo constituído no limiar entre a Reforma Psiquiátrica, a Análise Institucional e a Filosofia da Diferença.

Trata-se de um processo de produção que foi sendo tecido, fio por fio, na experiência coletiva. Um plano de forças impessoal que emergiu nas discussões das disciplinas, dos grupos de estudo, na experiência de participação da supervisão do estágio em clínica transdisciplinar, nas discussões das disciplinas de orientação coletiva. Todos esses processos foram matérias-primas intensivas para a construção deste trabalho numa perspectiva ética de transversalidade.

Gostaria de chamar a atenção, também, para a construção coletiva no processo de qualificação dessa pesquisa, quando assumimos com esse coletivo o desafio de construir uma nova política de narrativa “na” e “da” pesquisa. Nessa nova forma de narrar, tentamos tomar a experiência como norteadora do processo, forçando a própria experiência a falar. Nesse método descritivo e funcional, tentamos cartografar a presença de linhas segmentares, que tendem a sufocar as pequenas fissuras e possíveis linhas de fuga. O estudo dessas linhas fez o próprio corpo da pesquisa ir crescendo por dentro, numa tentativa de colocar nossos operadores analíticos ao lado da experiência, forçando-os a exercer não só a função de intercessor, mas, principalmente, a função de operador articulacional para construção de novos territórios existenciais “na” e “da” pesquisa<sup>1</sup>. Neste sentido, vale enfatizar, que a produção teórica esbarrou, constantemente, com a experimentação prática, o que implicou nas construções de uma teoria e de uma prática que, ao se construírem, criaram a possibilidade de narrativa. As interferências entre Reforma

---

<sup>1</sup> Conceitos trabalhados em comunicação oral por Eduardo Henrique Passos & Regina Benevides de Barros, Subjetividade e Clínica - Mestrado de Psicologia - Universidade Federal Fluminense, 2005.

Psiquiátrica, Análise Institucional e Filosofia da Diferença permitem incluir, nesta experimentação, o processo de produção teórica. Isso implica em dizer, também, que o percurso teórico é um potente intercessor na prática clínico-política. Neste sentido, o corpo da dissertação foi sendo constituído assumindo a forma de dois capítulos.

O desafio de problematizar as práticas de atenção nos serviços substitutivos ao manicômio nos obrigou a construir operadores analíticos que cartografassem os modos de produção de subjetividades assujeitadas no contemporâneo. Neste sentido, a análise das políticas de subjetivação em serviços de saúde mental exigiu um confronto clínico-político com o poder no contemporâneo.

Assim, no primeiro capítulo, tecemos discussões com Foucault, Deleuze, Guattari, Hardt, Negri e Agamben com o objetivo de cartografar as modulações percorridas pelo poder no contemporâneo. Mapeamos com tais autores as transformações político-sociais nas quais o poder assumiu a forma de biopoder, pretendendo capturar a vida. Nessa transformação sofrida pelo poder no contemporâneo, indicamos o perigo de uma modulação da relação de **tutela** operada pelo antigo manicômio para o **controle** cronificado dos serviços ditos “abertos”. A análise dessa forma de captura do viver que o exercício de poder impõe levou à composição de duas séries. Nessa complexa operação articulada pelo exercício de poder no contemporâneo situamos o perigo de modulação da série **doença mental – tutela – manicômio** para outra que pode comportar outros perigos: **doença mental – controle – serviços abertos**.

No segundo capítulo, procuro descrever e analisar as experiências que ocorreram em dois Centros de Atenção Psicossocial (Caps), no Estado de Sergipe, entre 1999 e 2003. Na primeira parte desse capítulo, apresento as razões que justificaram o processo de supervisão nesses dois serviços, ressaltando o efeito clínico-político desse processo. Na segunda parte, questiono a hierarquia verticalizada presente nesses serviços, que acabava comprometendo a dinâmica comunicacional dos mesmos. A hierarquização excessivamente verticalizada exercida nesses serviços constituiu práticas que afetaram o funcionamento de tais serviços. Esse funcionamento foi colocado em análise através do conceito de transversalidade, construído por Guattari (1985), tentando criar possibilidades de transformação na dinâmica dessas instituições. Na terceira parte, apresento um breve percurso pela Reforma Psiquiátrica, ressaltando, por um lado, a singularidade

e complexidade dos processos de desinstitucionalização da loucura, por outro, problematizando a posição central que o conceito de cidadania ocupa no movimento da Reforma Psiquiátrica.

Na quarta parte, coloco em análise as práticas questionadas pela equipe dos Caps durante o processo. Dentre tais práticas, gostaria de chamar a atenção para a cronificação dos usuários, as oficinas terapêuticas e a produção de demanda em psiquiatria.

Na quinta parte, analiso os efeitos que esses três problemas podem estar criando nos Caps a partir de três tipos de cronicidades: a cronicidade dos usuários, a cronicidade dos profissionais e a cronicidade dos dispositivos em saúde mental.

A perspectiva desse trabalho não é, de modo algum, traçar um modelo de intervenção em serviços substitutivos de saúde mental. Realizar tal façanha seria impossível porque cada experiência comporta uma potência que é singular. Neste sentido, o desejo é de olhar criticamente para essa experiência, buscando analisar não só seus pontos frágeis, mas, principalmente, tentando criar operadores analíticos que construam linhas de fuga para continuar o movimento de desinstitucionalização da loucura. Esta é a aposta e o desafio clínico-político que afirmo neste trabalho.



## Capítulo I: NOVOS PERIGOS PÓS-DESOSPITALIZAÇÃO: “CONTROLE A CÉU ABERTO”.

As análises de Deleuze (1992), Guattari (1992), Hardt (2000), Foucault (2002), Agamben (2002) e Negri (2003) revelam que vivemos intensas mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais que vêm produzindo uma nova forma de poder mundial. São transformações de extrema importância para o estudo dos novos processos de produção de subjetividade que vêm sendo constituídos pelo exercício de poder no contemporâneo. Interessa-nos problematizar os efeitos destas transformações no processo de desinstitucionalização da loucura em serviços substitutivos de saúde mental (Caps). A complexidade desta tarefa implica a necessidade de construir operadores que coloquem em análise o poder no contemporâneo. Esse desafio nos impõe uma analítica das tecnologias de poder com as quais nos confrontamos no contemporâneo.

Constatamos, com Foucault (1988), que um dos privilégios característicos do poder do soberano era o direito de vida e morte. Esse princípio derivava do “*patria potestas*” que concedia ao pai de família o direito de dispor da vida de seus filhos e de seus escravos. No entanto, entre soberano e súdito, esse direito não é exercido em termos absolutos e de modo incondicional. Mas é exercido nos casos em que o soberano se encontra exposto em sua existência, isto é, caso ele esteja em perigo. Neste caso, o soberano pode entrar em guerra e pedir a seus súditos que tomem a defesa do Estado. Entretanto, se um dos súditos infringir suas leis, então o soberano pode exercer um poder sobre sua vida: ou seja, matá-lo a título de castigo. Neste sentido, o direito de vida e morte já não é absoluto, mas condicionado à defesa do soberano e à sua sobrevivência. Assim, o soberano só exercia o direito sobre a vida constituindo o direito de matar ou de deixar viver. Ele marca seu poder sobre a vida pela morte que tem condições de exigir. O direito é formulado como o direito de causar “a morte ou deixar viver” (FOUCAULT, 1988, p. 128).

Foi a partir da época clássica da soberania que o ocidente conheceu uma transformação desse exercício de poder. Surgiu uma nova dinâmica de poder destinada a produzir forças, a fazê-las crescer e a ordená-las, ao contrário de querer barrá-las, dobrá-las ou destruí-las. Desse modo, o direito de morte tenderá a se

deslocar, ou, pelo menos, a se apoiar nas exigências de um poder que vai gerir a vida, ordenando-a em função de suas estratégias.

Do ponto de vista das tecnologias do poder, surgiu, nos séculos XVII e XVIII, uma anátomo-política centrada no corpo individual. Tratava-se de procedimentos pelos quais se assegurava a distribuição espacial dos corpos individuais, sua separação através do exercício e do treinamento. Neste sentido, ele se exercia mediante todo um sistema de poder denominado por Foucault (2002) de tecnologia disciplinar do “corpo dócil”.

É bem verdade que, a partir do século XIX, as guerras não se travavam mais em nome de um soberano a ser defendido, mas em nome da existência de todos. Neste momento, populações inteiras foram destruídas mutuamente, em nome da necessidade de viver. O poder de expor uma população à morte geral é o inverso de garantir à outra sua permanência em vida. O princípio do “poder matar para poder viver” tornou-se estratégia entre os Estados; no entanto, a existência em questão já não é jurisdição da soberania, mas biológica, ou seja, de uma população. Se os poderes modernos vão utilizar o genocídio, isto não significa um retorno ao velho direito de matar do soberano, mas, ao contrário, é porque o poder agora vai se exercer no nível da vida, da espécie, da raça e dos fenômenos de população. Vale dizer, então, que o velho direito de “causar a morte” ou “deixar viver” foi substituído por um poder de “causar a vida” ou “deixar morrer”. Nesta perspectiva, é sobre a vida e ao longo do processo do viver que o poder irá estabelecer seus pontos de fixação.

Nesta perspectiva, Foucault (2002) problematiza os processos de produção e captura que têm a vida como alvo. Ele afirma que essa tecnologia de poder se desenvolveu de duas formas que não se opõem, mas que constituem dois pólos de atuação interligados. A primeira delas centrou-se no corpo como uma máquina, adestrando-o, ampliando suas aptidões, extorquindo suas forças, produzindo sua utilidade e docilidade. Engendrados por procedimentos de poder que caracterizam as instituições disciplinares – família, escola, manicômio, prisão –, esses procedimentos asseguravam a distribuição espacial dos corpos, sua colocação em série e vigilância, ou seja, uma anátomo-política do corpo. Já a segunda forma de tecnologia de poder na modernidade se formou um pouco mais tarde, por volta do século XVIII, e se dirige à multiplicidade dos homens na medida em que ela forma uma massa global afetada por processos que são próprios da vida, como o

nascimento, a morte, a doença etc. A segunda forma de poder não é individualizante, mas massificante. Essa outra tecnologia irá, sobretudo, criar mecanismos reguladores na população global, que vão poder fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecendo uma espécie de homeostase da população. Podemos nomeá-la, com Foucault (2002), de uma biopolítica da espécie humana, ou seja, um biopoder. Seu exercício não é mais central, mas disperso. O Estado não ocupa o centro do poder, embora permaneça como referência.

A instalação dessa tecnologia de dupla face, disciplina dos corpos e regulamentação dos processos da vida, caracteriza um poder cuja função já não é a de matar, mas a de incidir sobre a vida, capturando-a. Nesta perspectiva, o poder se realiza de modo microfísico, funcionando de forma capilar através das instituições sociais, diluindo-se por todo tecido da sociedade. Instalou-se uma sociedade de normalização em que se cruzam a norma da disciplina e a norma da regulamentação. Nessa dupla face de articulação, o poder se estende do corpo à população mediante um jogo duplo das tecnologias: disciplinares, de uma parte, e de regulamentação, de outra.

Gostaria de ressaltar que a medicina psiquiátrica foi um saber/poder que se construiu através dessa tecnologia de dupla face. Cabe enfatizar que a psiquiatria se apropriou da loucura, disciplinarizando-a, constituindo-a como “doença mental”. Neste sentido, as pessoas definidas como “doentes mentais” foram consideradas incapazes de se adequar ao funcionamento regulamentador da sociedade. Assim, o processo de manicomialização foi se constituindo, molecularizando sua forma por todo o corpo social. Tratou-se de imprimir as marcas nestes corpos compostos por uma relação manicomial cuja política é inclusão pela via da exclusão.

O saber/poder disciplinar da psiquiatria, por um lado, atuará sobre o corpo “doente mental”, exercendo a tutela através das instituições manicomiais. Por outro, incidirá sobre a população, produzindo não só a normatização da loucura, retirando do convívio social aqueles que forem considerados uma ameaça ao equilíbrio da sociedade, mas também regulamentando e totalizando os corpos que serão modulados e distribuídos em algum lugar nas instituições. Assim, através dessa tecnologia de dupla face, a psiquiatria constitui o saber/poder que irá cuidar, tutelar, encarcerar a loucura, transformando-a em doença mental. Essa operação irá construir a série **doença mental–tutela–manicômio**.

É verdade que quando pensamos o processo de desinstitucionalização da loucura estamos lutando não somente pela implosão dessa série, mas há uma intensa luta pela transformação da relação manicomial entre a loucura e o corpo social. Não se trata apenas de lutar pelo fim dos manicômios, mas, principalmente, de interrogar a vida que foi usurpada por uma relação manicomial. No entanto, a desconstrução dessa relação só será produzida através da eliminação da lógica manicomial, que não se restringe apenas ao manicômio, embora este seja a sua mais expressiva forma de exclusão e isolamento. Há desejo não apenas de derrubar os muros manicomiais, mas de colocar em análise a relação manicomial que se capilarizou por todos os lugares e no cotidiano das relações sociais, tornando-se invisível, inclusive nos espaços ditos “abertos” como é o caso dos serviços substitutivos de saúde mental. Esta lógica se refere ao conjunto de dizeres, olhares, gestos, atitudes, intolerâncias e diferenças produzidas por um determinado saber/poder manicomial. Trata-se de criar estratégias que enfrentem essa lógica manicomial através de um processo crítico sobre os novos serviços de atenção à loucura. Cabe interrogar os modos de subjetivação que estão sendo constituídos nestes serviços. Interessa mapear quais processos estão emergindo nestes novos espaços de atenção à saúde mental (Caps).

Vale ressaltar a importância de estar atento às indicações que o olhar microfísico de Foucault lança quando assinala modulações político-sociais nas quais o exercício de poder se apresenta como biopoder. Sua análise minuciosa indica o surgimento de um novo exercício de poder que não exclui a forma disciplinar, mas opera concomitantemente com ela. Esse novo exercício difuso do poder é não só de outra ordem, mas auxiliado por outros instrumentos. Diferentemente do mecanismo disciplinar, que produz a “domesticação” ou “ortopedia” do corpo através de certas ações, essa tecnologia se dirige à multiplicidade dos homens. O que está em jogo é atingir a massa global afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, como: a proporção dos nascimentos, dos óbitos, da taxa de reprodução, da fecundidade etc. Essa nova tecnologia foi nomeada por Foucault (2002) como uma biopolítica da espécie humana, ou seja, um biopoder. Cabe interrogar do que trata essa biotecnologia e como ela se instalou.

A criação desse novo corpo-população surgirá na Europa durante os séculos XVI e XVIII, a arte de governar. Tal estado será caracterizado por Foucault (1978b) como sendo a passagem de um estado territorial ao estado de população. Essa

transformação aumentou vertiginosamente a importância da vida biológica, da saúde e da nação como um problema do poder soberano, que irá se transformar progressivamente em governo dos homens. No entanto, antes dessa mudança ser operada, a arte de governar servia-se do modelo familiar, a partir da economia entendida como gestão desse núcleo. Nesta transformação, a população aparecerá como sendo irredutível à família. Ela deixa de ser, então, o modelo a ser seguido e se torna um instrumento privilegiado para o governo das populações. Neste sentido, a população aparecerá não só como sujeito das necessidades, mas também objeto nas mãos do governo. Ela será o objeto acerca do qual o governo deverá fazer suas observações, construindo um saber para governar de modo racional e refletido.

Nesta perspectiva, a constituição de um saber de governo torna-se construção de um saber de todos os processos que giram em torno da população. É justamente a multiplicidade de relações entre a população, o território e a riqueza que constituirá uma ciência a qual Foucault (1978b) denominou “economia política”. Entretanto, ao afirmar este acontecimento, isto não implica em dizer que a soberania deixou de exercer um importante papel; ao contrário, ela se desdobrou em uma arte de governar que caracteriza o Estado.

Essa construção soberana, a arte de governar, é definida por Foucault (1978b) a partir de três aspectos. O primeiro diz respeito ao conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas. Tudo isso permite exercer essa forma complexa de poder, que tem como alvo principal a população como forma mais cara de saber e a economia política como seu instrumento essencial. O segundo aspecto refere-se à linha de força que o ocidente não deixou de produzir. Essa linha provocou não só o desenvolvimento de uma série de aparelhos específicos de governo, mas também constituiu a produção de uma série de saberes. Já o terceiro aspecto afirma essa governabilidade como um processo pelo qual a justiça da idade média, no século XV e XVI, antigo estado administrativo, se transforma em estado de “governamentalidade”. Tudo ocorre quando o estado de governo não é mais definido a partir da superfície ocupada, mas pela massa da população que possui seu volume e sua densidade. Esse governo, que se apóia e utiliza a instrumentação do saber econômico, corresponde a uma sociedade eminentemente controlada pelos dispositivos de segurança.

Agamben (2002), ao analisar a problemática contemporânea do controle da vida, afirma que os gregos não possuíam um único termo para exprimir o que nós

significamos pela palavra vida. Eles possuíam, tanto semanticamente quanto morfológicamente, diferentes termos para definir o viver: *zoé*, que exprimia o simples ato de viver, comum a todos seres vivos; e *bios*, que indicava uma maneira de viver própria de um indivíduo ou grupo. Mas o que significa essa maneira própria de viver? De acordo com Agamben (2002), na ética aristotélica, significa uma vida qualificada politicamente, ou seja, uma vida que produzia política na *polis*. Assim, a *bios* é entendida pelos gregos como um modo de vida particular, enquanto a *zoé*, simples vida natural, passa a ser excluída da *polis*, afirmando-se como mera vida reprodutiva. Neste sentido, a vida política não é um atributo do vivente enquanto tal, mas é uma diferença de gênero que se expressa entre *zoé* e *bios*. O exercício político da *bios* humana é singular, diferenciando o homem de outros viventes, porque se constitui através do suplemento ligado à linguagem, sobre uma comunidade de bem e de mal, de justiça e injustiça. Cabe ressaltar tanto a inexistência de participação da *zoé* na *polis* grega quanto a importância política exercida pela *bios* no mundo clássico.

É interessante marcar certa modulação a ser operada na modernidade, que assinala uma mudança nas categorias político-filosóficas do mundo clássico. As análises de Agamben (2002) apontam para a inclusão da *zoé* nos mecanismos do poder estatal, transformando a política em biopolítica. Desde os gregos, o homem foi pensado como um animal vivente que é, além disso, capaz de uma existência política. Entretanto, nessa operatória da modernidade, a política coloca em questão o homem em sua dimensão de simples vivente. A modernidade situa-se num momento em que a espécie e o indivíduo, enquanto *zoé*, tornam-se o alvo e ponto de incidência das estratégias políticas do poder. Esta transformação é de extrema sutileza, porque resulta daí uma espécie de apropriação da “vida nua”, ou seja, da *zoé*. É bem verdade que essa apropriação é posta em prática através das mais sofisticadas técnicas políticas. É diante desse contexto que gostaria de situar a possibilidade de surgimento das ciências humanas e sociais: seja como pretexto de proteger a vida seja como forma de autorizar o holocausto.

É diante da apropriação da vida pelo biopoder que tal autor problematiza a inseparabilidade de dois aspectos do exercício de poder que, por um lado, revela sua face de individualização, ao constituir as tecnologias do “eu”, e, por outro, assume sua forma de totalização, ao emergir como técnicas políticas do Estado. Agamben (2002) defende a tese de integração destas duas formas distintas de

governabilidade que, ao se tocarem, se modulam em uma biopolítica. Trata-se de colocar em questão a vida nua do cidadão. Esse é o novo corpo biopolítico da humanidade. A vida natural começa, por sua vez, a ser incluída nos mecanismos e nos cálculos do poder estatal, e a política se transforma em biopolítica. Procura-se gerir o simples “viver”, e não a vida qualificada politicamente. São as diferenças e as singularidades dos modos de vida que passam a ser controladas por um poder que se torna indiferente aos protestos e aos impasses da vida. Se a vida nua era antes situada à margem do ordenamento político, agora a vida nua vem coincidir com o espaço político. A zoé torna-se sujeito e objeto do ordenamento político e de seus conflitos. Cabe problematizar o que o biopoder ganha quando abre mão de uma ação exclusiva sobre o corpo e passa a incidir em mecanismos de controle da população. O que significa estabelecer um poder de regulamentação da vida?

As análises de Hardt (2000), Agamben (2002) e Negri (2003) indicam que na sociedade mundial de controle o biopoder visa controlar o intervalo de movimento para modular a subjetividade. Trata-se de gerir os movimentos translativos (direito de ir e vir), qualitativos (direito de sentir) e evolutivo (direito de evoluir). Assim, executa-se o imperativo da eficácia, que aniquila qualquer indeterminação subjetiva, ou seja, qualquer possibilidade de hesitação. As tecnologias do controle direcionam os fluxos, colocando-os a favor da lógica do mercado. Nesta axiomática mercadológica, tudo passa a ser transformado em mercadoria: o desejo, o sexo, a saúde etc.

Na concepção de Deleuze (1992), cada sociedade pode corresponder a um tipo de máquina: as máquinas simples para a sociedade de soberania, as máquinas energéticas para as de disciplina, as máquinas cibernéticas e os computadores para as sociedades de controle. Mas trata-se de frisar que as máquinas, sozinhas, não explicam nada; torna-se necessário analisar o efeito de sua produção. Mapear uma certa tendência ao controle não significa dizer que a sociedade disciplinar e de controle não possam coexistir. É preciso estar atento aos possíveis exercícios de controle ao ar livre que substituem os exercícios que operam em regime fechado. Não se trata de comparar qual é o regime mais duro, ou o mais tolerável, porque, em cada um deles, o poder se exerce de uma determinada maneira, produzindo sujeições e perigos diferenciados. Interessa pensar, por exemplo, que se o exercício de poder operado pelo regime manicomial produziu a institucionalização da loucura enquanto doença mental a ser tutelada, seu processo de desinstitucionalização

deve, portanto, por em análise as formas de atenção e gestão que estão emergindo nos serviços “abertos” de cuidado à saúde mental. Vale dizer que, se estas novas formas de atenção e gestão podem marcar, de início, novas “liberdades”, elas também podem se constituir como novos mecanismos de controle, criando outras formas de assujeitamento. Cabe pensar quais os exercícios de poder estão emergindo e como estão se modulando nos serviços de saúde mental. Quais os novos tipos de sanções e tratamentos nos serviços substitutivos de saúde mental?

Hardt (2000), ao problematizar a modulação da disciplina para o controle, o faz relacionando tal passagem a fatores que constituem a sociedade contemporânea. Sua discussão prioriza dois processos centrais: o primeiro diz respeito ao enfraquecimento da sociedade civil, o que, assim como a passagem à sociedade de controle, remete ao declínio das funções mediadoras das instituições sociais. Já o segundo se refere à modulação do imperialismo (produzido, inicialmente, pelos Estados-nação europeus) ao império, à nova forma de ordem mundial que se entende hoje em torno dos Estados Unidos, com as instituições transnacionais e o mercado mundial. Em outras palavras, quando Hardt menciona o termo império, define-o como uma forma jurídica e uma forma de poder muito diferente dos velhos imperialismos europeus. Essa nova ordem mundial tem como alvo as forças vitais do viver, portanto, o biopoder. Essa forma de poder constituída no império é a sociedade mundial de controle.

Deve-se, portanto, entender a sociedade mundial de controle como uma sociedade na qual os exercícios de poder se tornam cada vez mais imanentes ao campo social, distribuídos por corpos e cérebros dos cidadãos. Neste sentido, a sociedade de controle pode ser caracterizada por uma intensificação, bem como uma síntese dos aparelhos de normalização da disciplina. Tais aparelhos ainda animam internamente as práticas diárias comuns. Entretanto, ao contrário da disciplina, esse controle se estende para fora das instituições mediante redes flexíveis e flutuantes.

É bem verdade que os efeitos das tecnologias biopolíticas da disciplina ainda eram parciais, porque o ato de disciplinar se desenvolvia de acordo com lógicas fechadas, geométricas e quantitativas. Apesar da disciplina ter fixado os indivíduos dentro das instituições, não chegou a permear inteiramente a consciência e o corpo dos indivíduos a ponto de organizá-los na totalidade de suas atividades. Neste exercício de poder, a relação entre poder e indivíduo permaneceu estável. Em



contrapartida, na sociedade de controle o exercício de poder se torna inteiramente biopolítico: todo o corpo social passa a ser abarcado pela máquina de poder e passa a ser desenvolvido em suas virtualidades. A relação de poder na sociedade de controle é aberta, qualitativa e expressiva. O exercício de poder vai até o átomo da estrutura social. O poder, dessa forma, se expressa como um controle que se estende pelos corpos da população.

Negri e Hardt (2001), em suas análises sobre o poder na sociedade de controle, questionam a natureza do trabalho produtivo e seu desenvolvimento vivo na sociedade. Tais reflexões partem de dois projetos de pesquisa. O primeiro consiste na análise das recentes transformações do trabalho produtivo e sua tendência a se tornar cada vez mais imaterial. Já o segundo constitui a análise da dimensão imediatamente social e comunicativa do trabalho vivo na sociedade contemporânea. Tais autores problematizam as novas configurações subjetivas em seu potencial de exploração e de revolução. Neste sentido, podemos afirmar que as potências industriais e financeiras produzem não apenas mercadorias, mas também criam subjetividades. Tais subjetividades constroem necessidades, relações sociais, ou seja, produzem produtores. Na esfera biopolítica, a vida é levada a trabalhar para a produção e a produção é levada a trabalhar a vida. É interessante pontuar que essa produção biopolítica localiza-se nos nexos industriais da linguagem, da comunicação e do simbólico, que são desenvolvidos pelas indústrias de comunicação. O desenvolvimento destas redes tem relação orgânica com a emergência dessa nova ordem mundial.

Dito de outro modo, a comunicação não apenas expressa o movimento, mas produz e controla o sentido de direção do imaginário que percorre essas conexões comunicativas. Assim, cabe dizer que o exercício de poder na sociedade de controle cria mercadorias, organiza, fala; mas, além disso, produz subjetividades. Põe umas em relação às outras, e as ordena. A ordem imperial aparece como uma ordem de altíssima tecnologia. Essa máquina é virtual, construída para controlar os eventos marginais e, quando necessário, tal máquina é usada para intervir nas avarias do sistema. Seu funcionamento virtual e descontínuo não diminui a eficácia de sua força. Ao contrário, tais características servem para intensificar a eficácia de sua força no contexto histórico contemporâneo.

Observamos que a prática do controle não significa, de forma alguma, o fim da disciplina. Na realidade, o exercício imanente da autodisciplina produz efeitos nas

próprias subjetividades. Tais efeitos tornam-se ainda mais estendidos na sociedade de controle. Mas o que mudou realmente? Nesta transição, a produção de subjetividade não está mais fixada em uma identidade, mas é modulada. Assim, à medida que os muros que definiam as instituições caem, as subjetividades tendem a serem produzidas por numerosas outras instituições em diferentes doses e combinações. A dialética moderna do fora e do dentro foi substituída por um jogo de graus e intensidades, de hibridismo, e artificialidade. Poderíamos dizer, com Negri e Hardt (2001), que os espaços fechados que definiam os limites das instituições estão deixando de existir; no entanto, a lógica que funcionava outrora no interior dos muros institucionais se estende, hoje, por todo o campo social. Assim, a produção de subjetividade na sociedade de controle tende a não se limitar a lugares específicos. De modo que o lugar das instituições sociais é cada vez mais indefinido. Essa não definição do lugar da produção corresponde à indeterminação da forma das subjetividades produzidas. Trata-se, então, de afirmar que a lógica dessas novas instituições sociais do controle é um processo fluido de engendramento e corrupção da subjetividade, que estende seus tentáculos por toda a superfície lisa em forma de fluxos de intensidade.

Nesta perspectiva, Deleuze, ao desenvolver essa tese foucaultiana, problematiza uma idéia que não encontrou expressamente formulada na obra de Foucault: a modulação da sociedade disciplinar para a sociedade de controle. A formulação dessa idéia por Deleuze (1992) está contida densamente em dois textos: “Controle e Devir” e Post-Scriptum – “Sobre as sociedades de controle”. Curioso que um desses textos se intitule justamente “Controle e devir”. Por que devir? Controle do devir?

Nestas discussões, Deleuze constata que as instituições que compõem a sociedade disciplinar estão se esfacelando. Se antes o exercício de poder constituía a sociedade disciplinar – família, escola, hospício, prisão etc –, atualmente tais instituições estão desmoronando de tal maneira que sua lógica disciplinar não se torna ineficaz, mas se encontra generalizada em formas fluidas através de todo o corpo social. Se na sociedade disciplinar o exercício de poder se dá através das instituições (confinamentos) que funcionam como moldagens distintas e descontínuas de produção de subjetividade, na sociedade de controle, ao contrário, o poder incide sobre a modulação dos movimentos. Ele funcionará como uma moldagem auto-deformante que muda continuamente a cada instante.

Nesse artigo, Deleuze nos fornece densas imagens de pensamento para exemplificar a passagem da disciplina para o controle, do molde para a modulação. Uma dessas densas imagens se refere ao regime de produção construído por ambas as sociedades. Assim, verificamos que, enquanto no regime de moldagem disciplinar da fábrica os indivíduos eram constituídos em um só corpo e mantidos sob vigilância do patronato para atingirem o ponto mais alto da produção, em troca dos mais baixos salários possíveis, na modulação do controle a empresa substituirá o regime fabril. Tal empresa funcionará como uma alma, ou seja, um gás néon. Neste sentido, não haverá necessidade de vigilância dos corpos, mas a introdução de uma rivalidade entre os funcionários, que se estabelecerá em um regime de modulação para cada salário, o que gera um estado de metaestabilidade constante, passando por sistemas de desafios, concursos e prêmios. Nesse novo regime, a empresa colocará em cena uma rivalidade que incitará a necessidade constante de superação do outro e de si mesmo. Esse sistema de emulação contrapõe os indivíduos entre si e atravessa cada um, dividindo-os em si mesmos. Nessa operação, o princípio modulador é o “salário por mérito”.

O instrumento utilizado pelo controle é exercido pelo marketing, produzindo um tipo de controle de curto prazo e de rotação rápida, mas também contínuo e ilimitado, ao passo que a disciplina é de longa duração, infinita e descontínua. Deleuze (1992) chama a atenção para a descontinuidade operada pela disciplina em que não se parava de recomeçar, da escola à caserna, da caserna à fábrica, constituindo um processo de segmentação de uma instituição à outra, enquanto no controle a experiência é de nunca se poder terminar nada, criando uma espécie de controle contínuo. No regime dos hospitais: a nova medicina “sem médico e nem doente” que vem resgatando doentes potenciais e sujeitos a risco, de modo algum tem significado um processo de individuação, mas substitui o corpo individual pela cifra de uma matéria “dividual” a ser controlada.

No âmbito da saúde mental, trata-se de ressaltar que, se a luta pela desconstrução da relação tutelar operada pelo manicômio tem exigido a criação de novas instituições que efetivamente substituam as relações manicomiais. Vale ressaltar que o surgimento dos novos serviços territoriais descentralizados, no entanto, não tem significado o fim dessa relação manicomial. Cabe chamar a atenção para o perigo de produção de um movimento de controle contínuo nos serviços substitutivos de saúde mental Caps. Será que a inexistência de um

processo de “alta” dos usuários nesses serviços não pode estar constituindo uma espécie de controle contínuo da loucura a “céu aberto?” E, no que diz respeito a concentração das ações do Caps no interior da instituição, ao invés de está sendo dirigida para seu território, será que não está constituindo uma forma de controle sutil em dispositivos de atenção e gestão que se propõem a desinstitucionalização da loucura? Será que às estratégias políticas de gestão de alocação de seus recursos não estão colocando a atenção à saúde a favor da lógica de mercado? Será que a política de alocação de recursos direcionada aos Caps não está produzindo um número cada vez maior de usuários com o objetivo de garantir a autorização de um alto volume de procedimentos e, conseqüentemente, um alto volume de repasse de verbas oriundas do Ministério da saúde? Em relação às oficinas ditas “terapêuticas”, será que não estão sendo constituídas a partir de uma temporalidade que obedece a uma lógica mercadológica do controle? Quais os processos de criação que estão sendo tecidos pelo dispositivo-oficina nesses serviços de saúde mental? Todas essas interrogações colocam a necessidade de por em análise o processo de produção de subjetividade no Caps Luz do Sol e no Caps Artur Bispo do Rosário.

Trata-se, no contemporâneo, de um homem que não é mais “confinado”, mas “endividado”. O controle se dá ao “ar livre”, não agindo mais sobre o espaço, mas sobre o tempo, apropriando-se da indeterminação subjetiva. A sociedade de controle propõe uma ação eficaz num menor tempo possível. Trata-se, agora, de um ordenamento político-social no qual o poder não está preocupado, apenas, em gerenciar a vida, mas em controlar as potencialidades da vida, como o movimento, o afeto, a hereditariedade, a diferença, a sexualidade, a saúde etc.

De acordo com Hardt (2000), na transformação do molde para a modulação a teoria moderna do construtivismo social é levada ao extremo, e toda subjetividade é reconhecida como artificial. O autor afirma uma relação que não é de oposição, mas de intensificação. Significa dizer que os espaços fechados que definiam os limites das instituições tendem a ir deixando de existir, de forma que a lógica que outrora funcionava, principalmente, no interior dos muros institucionais se estende, hoje, a todo o campo social.

Cabe afirmar que a maquinação da subjetividade na sociedade de controle tende a não se limitar a lugares específicos, embora continuemos ainda em família, na escola, na fábrica etc. Neste colapso generalizado, o funcionamento das

instituições, no controle, torna-se ao mesmo tempo mais intensivo e mais disseminado. Vale dizer que a máquina capitalista funciona se esfacelando. É interessante enfatizar que as lógicas capitalistas percorrem superfícies sociais ondulantes, em ondas de intensidade.

Convém esclarecer que, enquanto na sociedade disciplinar, certamente, cada indivíduo tinha várias identidades, tais identidades eram definidas por diferentes lugares em diferentes épocas da vida: o estudante na escola, o jovem no exercito, o operário na fábrica, o doente mental no asilo. Atualmente, são justamente esses lugares que começam a perder suas definições e suas delimitações. Trata-se de uma subjetividade híbrida, produzida na sociedade de controle que pode não portar a identidade de um estudante, de um operário ou de um doente mental, mas ainda assim pode ser construída simultaneamente por essa lógica. É o jovem fora da família, o estudante fora da escola, o operário que está fora da fábrica, o doente mental que está fora do asilo. Tudo isso ocorrendo simultaneamente, estas subjetividades estão fora das instituições, mas ainda assim são intensamente produzidas e controladas. Trata-se de interrogar como está se dando o processo de produção de subjetividade no regime aberto dos serviços substitutivos de saúde mental, há possibilidade de que o movimento de ruptura das práticas asilares possa se configurar como um momento de construção de novas formas de assujeitamento a se exercer através de práticas que contradizem o movimento de desinstitucionalização da loucura.

Vale ressaltar que alisamento do espaço social não é indício de que as desigualdades e segmentações sociais tenham desaparecido. Ao contrário, em muitos sentidos elas se tornaram mais severas. A exemplo disso, posso citar a política de flexibilização imperial do trabalho, que é orientada para maximizar o lucro econômico e reduzir o preço do trabalho. Assim, a regulamentação da política passa a ser subvertida. E o dia de trabalho passa a ter doze, quatorze, dezesseis horas de duração, sem fins de semana ou férias. É interessante mencionar que os fluxos financeiros e monetários se fixam onde o preço da força de trabalho é mais baixo. Assim, o mercado de ações cai quando caem as taxas de desemprego ou quando sobem a percentagem de trabalhadores que não se tornam flexíveis e móveis. As políticas sociais de um país diminuem quando acatam a ordem imperial de flexibilidade e mobilidade ditada pelas políticas monetárias.

Nestes termos, cabe dizer que, enquanto no regime disciplinar a administração visava à integração linear dos conflitos, no sentido de criar aparelhos que pudessem controlá-los, na sociedade de controle a administração se tornará fractal, almejará também a integração dos conflitos não pela imposição, mas pelo controle das diferenças.

De acordo com as concepções de Deleuze (1992), Hardt (2000) e Negri (2003), a modulação da sociedade disciplinar à sociedade de controle caracteriza-se pelo esfacelamento dos muros que definiam as instituições, desaparecimento dos estados-nação, esvaziamento dos espaços públicos, mudança na lógica de soberania que se torna difusa, passando a se efetuar em conjunção com a lógica do mercado mundial de controle. Neste sentido, a crise claramente definida da modernidade se substitui por uma oni-crise, ou seja, múltiplas crises menores que recobrem localmente a estrutura imperial. Assim, constata-se que o lugar do poder no império é uma utopia, ou seja, um não-lugar. Trata-se de afirmar, então, que, se o império é um *utopos*, um não-lugar, e, por isso mesmo, o espaço da soberania imperial, ao contrário da modernidade, não é o espaço estriado, mas o liso de incidência do poder no contemporâneo. Cabe pensar o que fazer quando o poder incide agora sobre a dimensão do espaço liso da existência. Seu foco não é mais a vida, mas a dimensão pulsional do viver que passa a ser controlada a céu aberto, e, ainda assim, imensamente capturada, segmentada, serializada e cerceada. Nesse novo exercício de poder no contemporâneo, há o perigo de uma modulação da relação de **tutela** operada pelo antigo manicômio para o **controle** cronificado dos serviços ditos “abertos”. Esta é uma problemática que salta aos olhos quando se está implicado com cartografia das novas formas de atenção e gestão constituídas nos serviços abertos de saúde mental. Nesse novo saber/fazer há riscos de modulação da série **doença mental – tutela – manicômio**, para outra que pode comportar outros perigos: **doença mental – controle – serviços abertos**. Tal problemática produz armadilhas, pois a submissão que o controle (Deleuze, 1992) impõe é efetuada no regime das práticas cotidianas, que, embora mais flexíveis, podem criar hierarquias e formas de captura racionais não menos estáveis e brutais.

Na verdade, os muros que definiam as instituições caíram, mas elas devem permanecer, ainda que mais fluídas e flexíveis, em caráter provisório, para que a cidade tenha segurança e serenidade. Neste sentido, os serviços substitutivos, os abrigos, as delegacias, as penas provisórias, os depósitos municipais podem estar a

serviço da lógica do mercado. De acordo com Batista (2004), nesses lugares estrategicamente precários devido à lipoaspiração do Estado que vem, cada vez mais, enxugando gastos, não há intenção de retê-los por muito tempo. No entanto, em algumas experiências de saúde mental, como é o caso dos serviços substitutivos (Caps), a questão do controle e a da retenção parcial são processos bastante complexos que emergem como formas de captura com as quais há o confronto quando se habita a zona de inseparabilidade entre a clínica e a política. Essa interface convoca o questionamento das formas que estão sendo instituídas nas políticas públicas para a saúde mental. Essa ação compromete todos os envolvidos definitivamente com a política, na medida em que são forçados a criar operadores teóricos-práticos para transformar essa realidade.

Vale ressaltar que algumas práticas gestadas nestes serviços substitutivos de atenção à saúde mental, em lugar de desinstitucionalizar a loucura, podem criar existências capturadas a céu aberto que precisarão da infinita tutela dos profissionais do controle. Nesta perspectiva, entendo que problematizar os efeitos produzidos no processo de desinstitucionalização da loucura implica em interrogar como esse processo vêm emergindo nos novos territórios de atenção à saúde mental. Cabe, então, questionar o que está sendo modulado no “espaço liso” dos Caps.

Vale enfatizar que, se por um lado há uma intensa luta por um processo de desconstrução do manicômio e a conseqüente implantação dos serviços “abertos”, por outro, é justamente por essa abertura que as práticas asilares podem se modular para uma nova forma de captura que o contemporâneo nos impõe. O movimento pela desinstitucionalização dos usuários dos serviços substitutivos pode coincidir com o momento de sua captura.

Neste sentido, problematizar as políticas de subjetivação em serviços de saúde mental pressupõe o confronto clínico-político com o biopoder no contemporâneo. Trata-se de problematizar quais modos de subjetivação estão se produzindo nestes Caps e como se está implicado neste processo de produção. Trata-se de pensar as formas de captura que constituem o contemporâneo. Isso nos obriga a pensar alguns vetores que estão constituindo a série **doença mental – controle – serviços abertos**.

## Capítulo II: **ANÁLISE DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: UM PROBLEMA CLÍNICO-POLÍTICO**

### *Experiência clínico-política nos Caps*

As questões que nos propomos discutir estão alicerçadas em experiências que ocorreram no período em que ocupei o cargo de supervisor institucional no Caps Luz do Sol e no Caps Artur Bispo do Rosário, ambos localizados no estado de Sergipe, entre os anos de 1999 e 2003. A supervisão se justificou pelas seguintes razões: 1) pela exigência legal; 2) pela necessidade de capacitação de técnicos; 3) pela relação da universidade com a rede de serviços; 4) pela necessidade de produção de comunicação entre serviço e coordenação de saúde mental; 5) pela necessidade de enfrentar o problema da fragmentação da rede de saúde mental; 6) pela necessidade de corrigir as irregularidades apontadas pelo relatório de inspeção dos Caps.

Pela exigência da portaria MS 336/2002<sup>1</sup>, o Caps deve assumir a organização da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território. Tal exigência coloca para o serviço, sua coordenação e equipe técnica um desafio e um compromisso que devem ser apoiados por um trabalho de análise e questionamento das práticas cotidianas no espaço da supervisão.

Por outro lado, a luta antimanicomial pede não só um reordenamento político-administrativo dos recursos e programas sociais, mas principalmente a presença de atores que se responsabilizem pelas novas tecnologias de cuidado. Neste sentido, a supervisão clínico-institucional deve também enfrentar a inexistência de pessoal qualificado para trabalhar neste novo dispositivo de saúde, tendo como um de seus objetivos preparar as equipes destes serviços para a construção dos dispositivos de atenção à saúde mental preconizados pela Reforma.

Já a terceira razão para a criação da função de supervisor nestes serviços é conseqüência do trabalho realizado pelos alunos do estágio supervisionado em Psicologia Institucional da Universidade Federal de Sergipe nos Caps Luz do Sol e

---

<sup>1</sup> Portaria que estabelece as normas de funcionamento para as modalidades existentes de Caps.



Artur Bispo do Rosário. O estágio teve início em de 1998, no Caps Luz do Sol, sendo estendido ao Caps Artur Bispo do Rosário em 2002. Tal estágio era oferecido aos alunos do 9º período do curso de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe com o objetivo de contribuir com novas formas de atuação dentro da perspectiva da Reforma Psiquiátrica, preparando recursos humanos para trabalhar dentro deste novo modelo de atenção e gestão da saúde mental. Neste sentido, o estágio oferecia experiências clínico-institucionais em serviços substitutivos de saúde mental. As intervenções aconteciam durante todo o período do estágio e, ao final de cada período era apresentado um relatório de devolução às instituições. Tais relatórios foram constituídos a partir de observações participantes nas diversas atividades dessas duas instituições, indicando a necessidade de uma supervisão permanente. A devolução destes relatórios do estágio em Psicologia ressaltou não só a urgência de se criar espaços democráticos de reflexões e problematizações, mas, principalmente, a necessidade de criação de uma supervisão permanente. Os relatórios de estágio produziram alguns desdobramentos no cotidiano desses serviços quando a equipe técnica pede o trabalho de supervisão em ambas instituições. Assim, a administração da ONG aceitou contratar uma supervisão.

A quarta razão por que foi solicitada a supervisão dos Caps diz respeito à necessidade de garantir a comunicação entre a coordenação de saúde mental e a gestão desses dois serviços. Apesar do cargo de coordenador de saúde mental ser exercido pela mesma pessoa que desempenhava a função de presidente da ONG que geria ambos os serviços naquele momento, isso não garantia uma boa comunicação entre a gestão dos serviços e a coordenação de saúde mental. Ao contrário, em muitos momentos esse fato era um vetor de constante tensionamento. Neste sentido, a contratação do supervisor se justificava pela necessidade de interação entre os serviços e a coordenação de saúde mental, o que se esperava que o supervisor garantisse.

A quinta razão se refere a uma ineficiência e fragmentação da rede pública de serviços substitutivos de saúde mental, recentemente implantada. Neste sentido, havia a expectativa de que os Caps fossem preparados para servirem como ponto de referência e ordenadores da rede de saúde mental, tanto a municipal quanto a estadual, e que a supervisão clínico-institucional pudesse ajudar os serviços a realizar esta função.

Já a última razão para o pedido de supervisão diz respeito às irregularidades apontadas pelos relatórios técnicos de inspeção realizados pela Divisão de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe, a partir de sua Assessoria Técnica de Cadastramento dos serviços de Saúde Mental com o objetivo de avaliar o funcionamento, para realizar as mudanças pleiteadas de recadastramento dos respectivos serviços. O Caps Luz do Sol pleiteava o recadastramento enquanto Caps I e o Caps Artur Bispo do Rosário almejava o recadastramento como Caps II. Tais visitas foram realizadas em 11 de julho de 2002, no Caps Luz do Sol e em 23 de outubro de 2002, no Caps Artur Bispo do Rosário. Os relatórios provenientes destas visitas descreviam irregularidades que precisavam ser urgentemente corrigidas sob pena de que, caso tais questões não fossem sanadas, os Caps seriam descredenciados. A encomenda por uma supervisão nos serviços havia sido feita e sua análise fazia aparecer uma demanda multifacetada que envolvia coordenação dos serviços, a Ong, a SES, a equipe de trabalhadores dos Caps, a Universidade e a mim mesma que, de alguma forma, estava em relação com essas diferentes instituições.

De acordo com Barros, R. (2003), a proposta macropolítica para a reorientação assistencial tem como pressupostos básicos a implicação e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. Indica-se também a superação da relação de tutela, fomentando-se, com o processo de desinstitucionalização da loucura, a produção de subjetividades protagonistas de suas vidas. A concretização desse processo exige não só a efetiva superação dos hospitais psiquiátricos, mas também a criação da rede substitutiva de saúde mental que garanta o cuidado, a inclusão, e a autonomização das pessoas que estão em condições de sofrimento. Portanto, a efetivação dessa proposta “deve implicar não apenas o estabelecimento de princípios e diretrizes e ações nesse âmbito, mas deve também se articular com a dimensão micropolítica de produção da subjetividade”. (BARROS, R., 2003, p. 197).

Vale dizer que é justamente nessa tensão entre a perspectiva macropolítica e a dimensão micropolítica que consiste a aposta na indissociabilidade entre a clínica e a política. É esse perspectivismo que deve ser afirmado quando se tem como desafio a produção e a continuidade do movimento de desinstitucionalização da loucura. Há a aposta de que a construção de novas políticas em saúde mental não deve se esgotar na sua formulação, pois a implementação dessas políticas exige

lutas que se efetivam pelas ações dos sujeitos que estão aí implicados. Não basta afirmar no texto da portaria a função reguladora e ordenadora dos Caps na rede de saúde mental. Torna-se necessário que as ações e lutas diárias dos profissionais garantam a efetividade dessa política.

Neste sentido, cabe sempre nos perguntar com qual política se está implicado e qual a clínica essa política produz. Nesta perspectiva, clínica e política são indissociáveis.

Foi assumindo essa perspectiva clínico-política que a supervisão dos Caps Luz do Sol e Artur Bispo do Rosário foi construída. Durante esse processo, problematizei várias práticas. Foi necessário criar dois grupos de trabalho com os funcionários, haja vista que 50% dos profissionais destes Caps eram cedidos pelo Estado ou Prefeitura com o regime de trabalho de seis horas. Neste sentido, foram criados dois grupos de trabalho com o objetivo de alcançar tanto os funcionários do turno da manhã quanto os funcionários do turno da tarde. Nestes encontros, questionava-se o funcionamento das oficinas ditas “terapêuticas”. Tais grupos funcionavam com reuniões semanais de duração de noventa minutos. Na intervenção com o grupo de funcionários do Caps Luz do Sol, surgiram reflexões sobre a forte verticalização do poder exercida pela direção da Ong, dificuldades na condução das oficinas, insatisfação com os critérios de aquisição de privilégios de usuários, funcionários e familiares, dificuldades no trato com usuários etc. Aos poucos, as demandas iam surgindo.

Instituí reuniões técnicas semanais com os profissionais do Caps Luz do Sol, pois o serviço já funcionava há sete anos, sem que houvesse espaços coletivos para discussão dos casos clínicos, criação dos projetos terapêuticos e discussão do funcionamento institucional. A implantação dessa reunião no Caps Luz do sol foi um processo muito delicado porque a equipe não possuía a prática de construção coletiva de saber e a gestão do Caps era excessivamente centralizadora. Cada profissional realizava seu trabalho individualmente, não existindo intercessão entre os saberes. O corpo do usuário era fragmentado pelo olhar multidisciplinar dos especialismos. Havia nesse emaranhado de linhas uma forte verticalização do poder exercida pela gestão administrativa da Ong, que impedia qualquer possibilidade de construção coletiva de saber. Neste sentido, a criação da reunião técnica foi uma tentativa de produção de intercessão entre os especialismos dos profissionais que atuavam no Caps, construindo um modo de atenção a partir do coletivo. Vale

ressaltar que a reunião técnica colocou em análise os processos de triagem, a inexistência de projetos terapêuticos, alguns diagnósticos produzidos pela psiquiatria, a cronificação dos usuários, a restrição imposta pela gestão da Ong de participação dos profissionais de nível médio na reunião. No calor desse movimento momentos difíceis foram experimentados para fazer valer essas discussões e questionamentos.

A presença de uma multiplicidade de profissionais na equipe não garantia por si só a construção de uma transversalidade dos saberes. Como foi mencionado, havia uma hierarquização verticalizada entre os profissionais, que comparecia em todas as atividades do Caps. Vale dizer que essa verticalização foi sendo construída desde a divisão do espaço físico dos Caps. Era visível que a distribuição dos espaços favorecia os setores de Psiquiatria, Psicologia, Enfermagem e Serviço Social. No Caps Luz do Sol este aspecto chegava a ser um ponto de constante tensionamento. O espaço físico desse serviço era dividido em duas casas: os especialistas ficavam com a “casa grande”, como era chamada pelos usuários, restando a parte dos fundos para os profissionais de nível médio e os usuários cujas dependências eram apertadas, sem iluminação e ventilação, com paredes úmidas, infiltração e algumas áreas exalando um forte odor de mofo. Outro aspecto que indicava a presença de uma forte hierarquização do poder era a distribuição de carga horária entre os profissionais, embora a quantidade de técnicos contratados fosse superior ao exigido pela Portaria MS336/2002. Existia uma desigual distribuição de carga horária entre os profissionais, ficando a maior parte das atividades sob a responsabilidade dos profissionais de nível médio chamados de “oficineiros”. Estes ficavam responsáveis por 80% das atividades desenvolvidas com os usuários nas oficinas: de alfabetização, pintura, cerâmica, bordado, braile, papel, teatro, música, dança, horta e culinária, assim como nos momentos de recreação, atividades festivas, passeios, jogos etc. Um outro fator que revelava um baixo coeficiente comunicacional do grupo era o direito de participação nas reuniões de equipe. Este direito era concedido, apenas, aos profissionais de nível superior, excluindo os profissionais de nível médio, as cozinheiras e a equipe de serviços gerais das informações e discussões que deveriam ser gestadas pelo coletivo. Neste sentido, colocava-se a necessidade de enfrentar o desafio de por em análise as formas tradicionais de organização das equipes de trabalho, buscando um aumento

do que Guattari designou como grau de abertura ou coeficiente de transversalidade do grupo.

A produção de um movimento de transversalidade a ser trabalhado com grupos foi iniciada na clínica de La Borde, onde Guattari constituiu a primeira experiência de “psicoterapia institucional” realizada em um estabelecimento privado. Ao analisar a psicoterapia institucional, Guattari sinalizava pontos de ambigüidade desse movimento, na medida em que críticas eram realizadas a modelos instituídos e, no entanto, permanecia intensamente presente uma hierarquia tradicional nas instituições. Seu desejo era romper com esse funcionamento, ultrapassando as relações construídas a partir de uma lógica de verticalidade e de horizontalidade que normalmente constituem as relações de uma instituição. Foi com o afã de romper com essa lógica tradicional de construção das relações institucionais que Guattari criou o conceito de transversalidade (GUATTARI, 1985).

A noção de transversalidade foi uma dimensão criada por Guattari no seio da análise institucional, pretendendo superar os dois impasses de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade. O exercício de transversalidade se realiza quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos. Esse movimento tende a colocar em análise diferentes setores de uma instituição, como a saúde dos pacientes, a saúde dos profissionais, a psiquiatria, a enfermagem, a pedagogia institucional, as relações entre os profissionais etc (ARDOINO; LOURAU, 2003).

Guattari defendia a idéia de que era possível modificar diferentes “coeficientes de transversalidade” inconsciente nos diferentes níveis de uma instituição. No entanto, a dimensão transversal não poderá ser instituída através de uma reforma, pois as boas intenções não garantem acesso algum a essa dimensão da transversalidade. Trata-se de um sujeito da instituição que é inconsciente, por isso mesmo, nunca é dado de uma vez por todas. Neste sentido, é preciso produzi-lo através de uma investigação analítica que, por vezes, implica imensos desvios que poderão levar a colocar em análise os problemas cruciais de nossa época. Tal autor afirma que a análise da instituição consiste em abri-la à vocação de tomar a palavra, toda possibilidade de intervenção criadora vai depender da capacidade de seus iniciadores no sentido de existir no ambiente em que “isso terá podido falar”, ou seja, a capacidade de produzir “o inconsciente institucional”. Vale enfatizar que somente a atualização de um nível maior de transversalidade permitirá que se desencadeie, por

algum tempo, um processo analítico que ofereça aos indivíduos uma possibilidade de se servirem do grupo à afeição de um espelho. Neste sentido, o indivíduo manifestará ao mesmo tempo o grupo e a si mesmo (GUATTARI, 2004).

É justamente a partir da tentativa de modificação dos coeficientes de transversalidade dos grupos, os quais se ocupava na terapêutica institucional, que Guattari propõe a distinção de natureza desses grupos, de acordo com sua posição no processo de assunção da fala/palavra ou de recusa da fala/palavra à linguagem. Nessa perspectiva, o autor distingue dois tipos de grupo. O grupo-sujeito e o grupo-sujeitado. O primeiro se esforça por ter o controle de seu comportamento, tenta elucidar seu objeto, fazendo aflorar uma hierarquização de estruturas que vai lhe permitir abrir-se a um “para além” dos interesses do grupo. O segundo não se presta à ação de uma tal perspectiva, mas passa por uma hierarquização quando se ajusta aos outros grupos. Trata-se de enfatizar que o grupo sujeito sempre enuncia algo, ao passo que, o grupo sujeitado “sua causa é ouvida”, mas não se sabe onde é ouvida, e nem por quem, numa cadeia serial indefinida. Tal autor afirma que embora essa distinção não seja absoluta, ela permitia indexar o tipo de grupo com que lidava em sua prática (GUATTARI, 2004).

Constata-se que o conceito de transversalidade produziu intensas transformações na maneira como as relações institucionais se constituíam não só provocando a crise e a crítica das relações preestabelecidas, mas, principalmente, desafiando os diversos setores de uma instituição ao inventar modalidades de comunicação diferentes daquelas de cunho tradicional. Esse movimento exigia a instauração de relações e intervenções que não se organizassem a partir dos eixos: vertical e horizontal. Tratava-se de superar esses dois eixos: o de uma pura verticalidade, que se encontrava presente nas descrições feitas pelo organograma de uma estrutura piramidal tradicional, e o de uma simples horizontalidade experimentada em uma determinada circunstância em que as coisas e as pessoas se conformavam como podiam na situação em que se encontravam. Neste sentido, a transversalidade é definida como o efeito do rompimento desses dois eixos tradicionais de comunicação experimentados em quaisquer níveis institucionais. (GUATTARI, 1985).

A perspectiva vertical se presentifica nas organizações de cargos em uma empresa, na divisão de setores e nas instituições de departamentos. Já a relação horizontal pressupõe processos informais nos quais as pessoas se agrupam da

maneira que lhes é possível, criando soluções espontâneas para problemas emergenciais. Tais relações podem ser exemplificadas por afetos de amizade, vínculos entre colegas de uma mesma empresa, processos informais de convivência, intrigas de corredor etc.

No funcionamento transversal, podemos dizer que há um corte em uma direção transversal que produz atravessamentos diferenciados, que se dão por entre os pontos demarcados sem obedecer a nenhuma regra, criando desvios e rupturas nunca imagináveis naquilo que está instituído. É verdade que esse modo de funcionar produz transformações contínuas, na medida em que as linhas se atravessam sem cessar, criando efeitos sobre efeitos, interferindo, conectando e deixando suas marcas no modo de funcionar instituído. Tais atravessamentos vão interferir no grau de transversalização que algumas intervenções e práticas podem pôr para funcionar (NEGRELLOS, 2003).

Assim, o objetivo de uma análise de grupo consiste em transformar as estruturas geradoras de hierarquização, fazendo existir uma comunicação máxima nos diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos com o intuito de aumentar o grau de abertura comunicacional nos vários níveis de uma instituição. Cabe ao analisador de grupo o papel de trazer à luz as situações inconscientes e fazer com que o conjunto do grupo não mais possa apropriar-se indevidamente, sem maiores dificuldades, das verdades que tais situações ocultam (GUATTARI, 1985).

Durante o processo de supervisão no Caps Luz do Sol, existiram vários boicotes e resistências da direção da Ong a fim de paralisar o início de um movimento de transversalização experimentado pela equipe. Ficou claro que nas datas previamente marcadas para o encontro da reunião técnica, os profissionais eram designados, pela gestão do Caps com o apoio político da direção da Ong, a participarem de outras atividades do Caps como, por exemplo: atendimento de usuários, participação em cursos, troca momentânea do horário de trabalho etc. Além disso, os profissionais engajados nesse processo sofriam ameaças de demissão por parte da direção da Ong. Nesse percurso houve várias tentativas de impedimento à realização dos encontros coletivos cujos efeitos produzidos, muitas vezes, eram de esvaziamento. Gostaria de citar como exemplo a ausência de alguns profissionais que constantemente faltavam às reuniões como: o psiquiatra, os enfermeiros, a musicoterapeuta, o administrador etc.

Apesar da incidência dessa força centrípeta que barrava os processos de construção coletiva, os encontros continuaram acontecendo, levando todas as pautas que eram discutidas na reunião de técnicos para o fórum da assembléia geral dos funcionários, que era realizado uma vez por mês.

Este processo aconteceu de forma diferenciada no Caps Artur Bispo do Rosário. Lá, a equipe técnica já se reunia uma vez por semana para discussão dos casos clínicos considerados difíceis. Nesta experiência havia a tentativa de construção de uma nova perspectiva de lidar com os usuários, que abandonava o campo técnico/terapêutico tradicional, começando timidamente a construir novas formas de atenção. No entanto, alguns modos de funcionamento da equipe eram, sobretudo, problemáticos e confusos. Essas reuniões eram também restritas aos profissionais de nível superior, como, por exemplo: os psiquiatras, os psicólogos, os assistentes sociais, os enfermeiros e a administração. A presença dos profissionais de nível médio não era valorizada pelos técnicos de nível superior. Existia uma divisão hierárquica de poder bastante verticalizada. Os profissionais de nível superior comportavam-se como “elite intelectual” do primeiro Caps do Município. Acreditavam ser uma espécie de supra-sumo da saúde mental pública do Estado. Cabia-lhes a tarefa de inventar não só novas formas de atenção à saúde mental, mas, principalmente, gerir o funcionamento institucional e da rede de saúde do Município. Entretanto, para a realização de tal façanha, dispensavam a participação dos profissionais de nível médio. Estes eram vistos como trabalhadores braçais pagos para executarem as atividades que os técnicos de nível superior não queriam realizar, como, por exemplo, as oficinas, o acompanhamento terapêutico, as visitas domiciliares etc.

Gostaria de enfatizar mais uma vez que, embora a quantidade de técnicos de nível superior contratado fosse superior ao exigido pela Portaria MS336/2002, existia uma desigual distribuição de carga horária entre os profissionais, ficando a maior parte das atividades sob a responsabilidade dos profissionais de nível médio chamados de “oficineiros”. Estes ficavam responsáveis por 80% das atividades desenvolvidas com os usuários nas oficinas de desenho, bordado e alfabetização, assim como nos momentos de recreação, atividades festivas, passeios, jogos etc.

Desse modo, as reuniões técnicas aconteciam sem a participação dos profissionais de nível médio, havendo uma justificativa bastante plausível para isso. O Caps não podia parar seus procedimentos de atendimento diário, pois qualquer



impossibilidade de funcionamento das oficinas, grupos e ambulatório poderia significar ausência de verbas no final do mês. Tais reuniões eram realizadas com o Caps funcionando, impedindo, assim, a participação dos profissionais de nível médio nestas discussões. Resta um questionamento: o que faziam os profissionais de nível superior já que podiam interromper suas atividades sem que o Caps parasse seus procedimentos? Estes profissionais diziam-se responsáveis por todas as atividades do serviço, embora nem sempre estivessem diretamente realizando-as. Restringiam-se ao atendimento individual e a alguns atendimentos grupais. Nesse contexto, a supervisão enfrentou muitas pressões, boicotes e resistências para realizar encontros com a equipe do Caps, envolvendo todos os profissionais da instituição. Conseguia-se, enfim, interromper por um período os procedimentos rotineiros do Caps a fim de efetuar as discussões com toda a equipe. Tais reuniões eram realizadas uma vez por semana das 7:00 as 12:00 horas. Em um destes encontros foi apresentado um pedido dos profissionais de nível médio, através dos alunos do estágio em psicologia da Universidade Federal de Sergipe, de dividir a reunião em três momentos: o primeiro para trabalho de dinâmica de grupo com os funcionários; o segundo, para debates sobre o funcionamento da instituição, atividades, eventos e cotidiano do serviço e o terceiro, para discussão dos casos clínicos bem como para construção dos projetos terapêuticos. Embora não tivéssemos o objetivo de atender a uma demanda organizacional, havia algumas razões que nos impediam de lutar contra a efetivação dessa proposta. Os dispositivos grupais, realizados com os funcionários pelos estagiários da Universidade Federal de Sergipe, estavam sendo esvaziados. E, essa foi uma estratégia política que os estagiários encontraram para realizar um trabalho com todos os profissionais da instituição. Esse trabalho de dinâmica de grupo seria uma forma deles continuarem com o estágio em saúde mental nessa instituição. Além disso, era preciso construir composições e parcerias com a equipe da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Havia a necessidade de construir agenciamentos espaço-temporais que ajudassem a enfrentar os momentos de tencionamentos que estavam acontecendo. Além disso, a minha implicação enquanto ex-supervisora desse mesmo estágio me impedia de barrar o movimento realizado pelos estagiários. Assim, a proposta apresentada por eles foi votada e aceita pela maioria dos funcionários em Assembléia Geral. Nesses encontros com a equipe técnica, experimentamos momentos de muita intensidade. No entanto, apesar da riqueza das discussões, havia dificuldade do grupo em dar

encaminhamento às propostas que eram discutidas, produzindo um esvaziamento da pauta que estava sendo problematizada.

Durante o processo de supervisão também foram instituídas, em ambas instituições, assembleias gerais mensais com o objetivo de transversalizar os saberes, criar espaços democráticos de problematização do funcionamento da instituição, trocas de experiências etc. Estes lugares coletivos se constituíram como espaço/tempo para troca de dúvidas, incertezas, circulação de informações, transversalização dos saberes e a interação entre eles, discussão de casos clínicos, expressão de angústias e produção de propostas de intervenções afinadas com o ideário do movimento de desinstitucionalização da loucura. No entanto, ventos sudoestes sopravam indicando que a qualquer momento uma tempestade poderia emergir, destruindo todo trabalho até então constituído. Neste caso, o trabalho de supervisão sustentado por uma perspectiva clínico-política exigiu que fossem colocados em análise modos de funcionamento bastante problemáticos em ambas instituições. Vale dizer que a execução desta proposta não foi uma tarefa fácil, pois significou ir de encontro às ordens estabelecidas que se impunham a todo o momento nestas instituições.

Apesar das dificuldades, foram produzidos alguns efeitos na dinâmica institucional do Caps Luz do Sol a partir da experiência com o coletivo nas assembleias. Cabe citar, por exemplo, a mudança no espaço físico do Caps; construção do projeto terapêutico institucional do Caps; conhecimento e discussão do estatuto da Ong; seus recursos financeiros; eleição da nova gestão a partir da assembleia; criação de doze projetos para as oficinas terapêuticas; construção de critérios democráticos para participação de funcionários em capacitações; contratação de recursos humanos; criação da assembleia geral dos usuários e inclusão da gestora na reunião do conselho gestor da rede estadual de saúde mental etc.

Já na experiência do Caps Bispo do Rosário, foi possível também produzir alguns efeitos a partir do coletivo. Vale ressaltar, por exemplo, a eleição da nova gestão; mudança no espaço físico da instituição; criação de novo projeto institucional; criação das mini-equipes para construção dos projetos terapêuticos individuais; constituição de dez projetos para oficinas terapêuticas; construção de critérios democráticos para participação dos funcionários em capacitações e inclusão da gestora na reunião do conselho gestor da rede municipal de saúde mental.

Apesar do coletivo ser produtor desses efeitos em ambas instituições, ele ainda se apresentava com pouca expressividade. Estes profissionais ainda não tinham se apropriado do direito mínimo à palavra. Muitos deles não se responsabilizavam expressivamente nesse espaço de construção coletiva, diminuindo, assim, a autonomia e a força das decisões gestadas pela assembléia geral. É importante mencionar que a maioria dos funcionários cumpria contrato de trabalho com a Ong Luz do Sol, ficando refém da ameaça de serem dispensados a qualquer momento pela gestão da Ong. No transcorrer desse processo, a supervisão sofria os efeitos decorrentes da aposta feita na indissociabilidade entre clínica e política. Comprometida com a inseparabilidade entre atenção e gestão, entre clínica e política, a supervisão clínico-institucional foi constituída para produzir espaços coletivos de acolhimento e problematização dos impasses vividos nos Caps. O dispositivo grupal foi, assim, acionado para por em análise as formas instituídas, potencializando as forças instituintes que atravessavam os atores do Caps (profissionais de saúde, técnicos administrativos, técnicos de apoio da segurança, da limpeza, cozinha, usuários e familiares). Foram feitas alianças com os movimentos instituintes, apostando na força crítica do coletivo e na possibilidade de produção de sujeitos protagonistas e autônomos.

A ação da supervisão foi se tornando cada vez mais difícil, pois não havia, por parte da coordenação de saúde mental e da direção da Ong Luz do Sol, a expectativa de que se analisassem e evidenciassem as lutas de forças presentes nesses dois espaços. A situação foi intensificada quando o coletivo ameaçou destituir a rigidez administrativa da Ong, não cumprindo algumas decisões impostas por essa gestão. Em represália às conquistas constituídas a partir do coletivo, a Ong Luz do Sol iniciou um processo de demissão em ambas as instituições. Afinal, estava claro que a supervisão deveria existir, mas não poderia funcionar. Ela fora constituída para não funcionar. Como realizar uma supervisão sem o mínimo de autonomia? A experiência clínico-política da supervisão enfrentou forças nebulosas que anunciaram tempestades. Diante da impossibilidade de manter a supervisão em sua autonomia e protagonismo, a equipe tomou a decisão de destituí-la na sétima assembléia geral, após sete meses de trabalho. Convém ressaltar que a problematização constante das práticas exercidas no serviço substitutivo de saúde mental deve ser incorporada como uma necessidade imanente ao processo de desinstitucionalização da loucura.

Vale frisar, que a dinâmica comunicacional do Caps Artur Bispo do Rosário era bastante complicada também, pois a equipe não se reunia para discutir os modos de atenção e gestão do serviço. Os critérios de atenção e funcionamento do Caps se existiam, não estavam claros, criando uma verdadeira “Babel” institucionalizada. Constatou-se, por exemplo, que os critérios de admissão dos usuários não estavam definidos: bastava ter mais de 18 anos e se encontrar em uma situação que caracterizasse um processo de desestabilização (ou, por que não dizer, um atendimento psiquiátrico) para que fossem capturados pelas malhas institucionais do saber e do poder. A ausência desses critérios gerou um contingente de usuários superior ao número que o serviço poderia acolher naquele momento. Afinal, o Caps apresentava inicialmente uma estrutura dimensionada para 80 pessoas; entretanto admitia cerca de 240 usuários. A clientela era dividida entre egressos de hospitais psiquiátricos, usuários do DST/AIDS e dependentes químicos. A imprecisão entre os limites do campo da saúde pública e da saúde mental acabou dificultando a criação do projeto clínico-político do serviço substitutivo, inviabilizando a ação de alguns procedimentos do Caps Artur Bispo do Rosário como, por exemplo: 1) a construção dos projetos terapêuticos individuais, fundamentais para o acompanhamento do processo terapêutico do usuário na instituição; 2) as visitas domiciliares, tão importantes para o mapeamento da dinâmica existencial do usuário; 3) a efetivação territorial preconizada pela Reforma Psiquiátrica etc.

É importante frisar que estes três procedimentos são responsáveis pelo trânsito e pela permanência dos usuários no Caps. É justamente com base na análise destes procedimentos que os processos de alta são discutidos, avaliados e viabilizados. Sem esses critérios, fica impossível produzir fluxos de encaminhamentos dos usuários para outros espaços da rede intersetorial.

Os trabalhos grupais produzidos pelo Caps “Artur Bispo do Rosário” eram subdivididos em: DST/AIDS, familiares, alcoolistas, dependentes químicos, assembléia de usuários, cidadania e psicóticos. Tais grupos desenvolviam suas atividades durante uma hora por semana, à exceção do grupo de familiares cuja periodicidade de encontro era quinzenal. Os grupos DST/AIDS, psicóticos e alcoolistas se caracterizavam como um acompanhamento terapêutico, de questões trazidas pelos usuários, a serem conectadas a um fator comum no grupo que neste caso era classificação diagnóstica. A equipe técnica defendia a existência de grupos específicos para os tipos de casos que se apresentavam no Caps, como o de

dependentes químicos, os de HIV, e os de psicóticos. Acreditavam que essa forma de composição grupal ajudava a trabalhar as questões relacionadas a seus integrantes. Na concepção destes profissionais, as experiências individuais trazidas pelos usuários, deveriam ser conectadas a algum fator identitário nos grupos, seja: o alcoolismo, a soropositividade, ou a psicose.

O grupo de alcoolistas e dependentes químicos, por exemplo, contava também com o suporte do AA (alcoólicos anônimos), que comparecia quinzenalmente às reuniões, funcionando como um espaço de esclarecimento a respeito da condição de seus integrantes, com conteúdos trazidos principalmente pelo condutor do grupo.

Constatou-se que nesses grupos existia um forte vetor de composição e designação dos mesmos a partir de um traço identitário, sendo esses, muitas vezes, o diagnóstico psicopatológico de seus integrantes. Questiona-se se essa organização realizada a partir de traço identitário não estaria reproduzindo a lógica manicomial de exclusão que o processo de desinstitucionalização pretende desconstruir. De acordo com Barros, R. (1997, p. 188), “o grupo não deve ser um elo orgânico que une os indivíduos hierarquizados, mas um fator de desindividualização”. Nesse caso, as composições grupais devem produzir a desindividualização, pela multiplicidade, pelo deslocamento e pelo agenciamento de combinações diferentes que é o inverso de uma cristalização identitária.

Vale dizer que os grupos foram construídos obedecendo a um perfil rígido, que se apresentava como propostas distintas de trabalho, tais como: grupos com perspectiva terapêutica, com proposta de esclarecimento/ informação e outros com a perspectiva política. Cabe interrogar se é possível tratar tais questões separadamente, ou seja, se a colocação de uma dessas propostas necessariamente exclui as outras. Ao tomarmos os grupos de cidadania e DST/AIDS, por exemplo, como discutir questões ligadas à AIDS sem necessariamente tocar em questões de cidadania? Como questionar a cidadania para os usuários do Caps sem problematizar o que significa cidadania dentro do próprio Caps e na sociedade de produção capitalista? Não será necessário, para um trabalho realizado em equipe, que cada dispositivo<sup>2</sup> utilizado pelo serviço seja colocado em análise nos espaços

---

<sup>2</sup> O conceito de dispositivo é tomado no sentido que Gilles Deleuze o define no artigo: O que é um dispositivo? Michel Foucault. *Philosophe Rencontre Internationale*. Paris: Deux Travaux seuil. 9,10,11 Janvier, 1988.

coletivos de discussão, produzindo um fazer-saber que se constitui como problematização incessante no coletivo, impedindo que as soluções verticalizadas sejam o único modo operante? Ou, ainda, a ausência de discussão dos dispositivos grupais com o coletivo não acaba constituindo formas de atenção e gestão hierarquizadas que produzem coeficientes de transversalidade cada vez mais baixos?

De acordo com Barros, R. (1997), os trabalhos em grupo devem estabelecer conexões não apenas entre pessoas diferentes, mas também entre modos de existencialização diferentes, outras formas de sentir, de criar, de afetar e de ser afetado. Tal experiência tece questionamentos, confrontos, incertezas, dúvidas, inquietações que produzem fissuras nos territórios dos afetos congelados e das falas cristalizadas, constituindo novas existências. Esses movimentos que se passam na superfície dos encontros podem provocar inquietações que propiciam deslocamento de espaço de vivência das angústias experimentadas como individuais, desconstituindo o modo-indivíduo. Em outras palavras, esse atravessamento múltiplo de forças pode desmanchar as instituições cristalizadas, desnaturalizando não só os modos de viver, mas, principalmente, produzindo a afirmação de outros modos de existência. Há, aqui, a aposta na produção de heterogeneidade no trabalho dos grupos, das oficinas, das reuniões técnicas, das assembléias de usuários e das assembléias de funcionários, dispositivos cada vez mais necessários nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental (Caps). Trata-se de modos de atenção e gestão que constituem um fazer-saber a partir de uma comunidade de experiência, ou seja, de um coletivo.

Em relação às intervenções extra-Caps, vale dizer que são intervenções feitas a partir da própria equipe, fora do serviço, com o objetivo de ampliar as cartografias existenciais dos usuários, visando fortalecer os vínculos com segmentos da sociedade com os quais mantêm contato. Fazem parte desse movimento de expansão: a circulação pela cidade, a visita domiciliar, visitas a outras instituições, fóruns políticos etc.

Nesse aspecto, observou-se que as intervenções realizadas pelo Caps Artur Bispo do Rosário ficavam prejudicadas. A circulação pela cidade quase não existia, os procedimentos de atendimento eram realizados, em sua maioria, dentro dos Caps. As visitas domiciliares e hospitalares quase não aconteciam, comprometendo bastante o atendimento dos usuários. Esse comprometimento era constituído por

uma série de fatores: o elevado número de usuários dos Caps; a rigidez no cumprimento de procedimentos que os profissionais eram obrigados a realizar, impossibilitando seu afastamento da instituição e a delimitação de períodos curtos destinados exclusivamente a esses trabalhos de acompanhamento da rede social dos usuários. Todos esses aspectos tornavam a circulação pela cidade, as visitas domiciliares e hospitalares uma prática extremamente esporádica. Verificou-se que a disponibilização dos profissionais para as atividades realizadas para além do Caps não atendia às necessidades dos usuários, prejudicando a sua autonomia e, conseqüentemente, seu processo de inserção na sociedade. Cabe ressaltar que esse funcionamento indicava o perigo de realização de uma atenção e de uma gestão que, apesar de algumas modulações, revelava outras formas de assujeitamento e captura que podem comportar outros perigos, constituindo um controle “a céu aberto”.

No que se refere às atividades de inserção social, colocam o usuário no território da cidade. Tais atividades exigem estratégias de parceria com outras instituições de saúde, artes, educação (municipais, estaduais, federais e particulares). Essas estratégias devem ser constituídas a partir de um intenso movimento de transversalidade, que cria uma rede intersetorial, conectando-se a outros espaços comuns à comunidade (centros comunitários, clubes, cinemas, igrejas, associação de moradores, museus, galerias de arte etc). Há a necessidade de construção de um trabalho em rede com outras instituições para tornar possível a inserção do usuário no território da cidade. No entanto, como este serviço foi pioneiro em Aracaju, essa rede era inconsistente, precisando ser tecida imediatamente no fiar do desafio.

Nesse momento, vale dizer que a única rede consistente no Estado era a das instituições asilares. Em 1985, quando o Adauto Botelho, hospital psiquiátrico público que acolhia toda a demanda do Estado, foi fechado por falta de condições mínimas de atendimento, seus pacientes foram transferidos para o hospital Garcia Moreno, localizado na periferia de Aracaju. Este hospital funcionava como depósito de pacientes considerados crônicos, irrecuperáveis aos olhos da sociedade, que não queria conviver, nem muito menos dar visibilidade, a esse refugio social. Esses não eram iluminados pela força da Luz do Sol.

Após o fechamento do Adauto Botelho, grande parte do contingente de internação do estado de Sergipe passou a ser dirigido para duas clínicas particulares

existentes em Aracaju, fazendo-as crescer vertiginosamente. Neste contexto manicomial higienista, sabia-se que os destinos das pessoas que se encontravam numa relação de sofrimento com o corpo social estavam novamente selados, seus destinos tinham agora novo endereço fixo. Não havia outras opções. É interessante frisar que a maior parte da clientela destas clínicas é composta por pacientes do SUS, geralmente pessoas pobres advindas não só da periferia da cidade de Aracaju, mas de todo o Estado.

Ainda neste mesmo ano de 1985, o psiquiatra presidente da ONG que geria esses dois Caps foi nomeado para o cargo de coordenador de Saúde Mental, órgão gestor das ações em saúde mental em Sergipe. Após sua nomeação, iniciou-se um processo de construção de vários Caps por todo o estado. Durante a implantação da rede não houve uma discussão mais ampla de políticas de saúde mental pactuadas com os diferentes atores implicados: usuários, profissionais e familiares. Havia uma decisão política da Coordenação de Saúde Mental do Estado de Sergipe de implantar, no menor tempo possível, a rede alternativa de saúde mental. Mas essa rede fora implantada a revelia de qualquer participação e discussão com os atores implicados no processo de desinstitucionalização da loucura. Entretanto, nesse processo forçado pela urgência política, correu-se o perigo de realização de uma implantação burocrática, constituindo serviços sem as condições mínimas determinadas pela portaria MS 336/2002, para seu funcionamento.

No decorrer do processo de implantação da rede de saúde mental, tanto a municipal (Aracaju) quanto a estadual, durante um certo período, o Caps Luz do Sol e o Caps Artur Bispo do Rosário foram tomados como referência no processo da Reforma Psiquiátrica regional por terem sido serviços pioneiros nesta forma de assistência. Nesse momento inicial de constituição do plano da rede pública de saúde mental, algumas questões emergiram, levando a considerar necessária a problematização do processo de desinstitucionalização da loucura nesses dois serviços e na própria rede de saúde mental do Estado.



### ***O movimento da Reforma Psiquiátrica para além dos especialismos***

É bem verdade que os projetos de Reforma Psiquiátrica, ao nível mundial, não podem ser tomados como processos homogêneos. Cada projeto foi constituído de forma diferenciada, dependendo do contexto social, histórico, político e económico de cada região e de cada país. No entanto, há uma questão que atravessa, efetivamente, estas diferentes experiências, demarcando os projetos de Reforma Psiquiátrica. Trata-se da forma como cada realidade lida com o processo prático e teórico da desinstitucionalização, conceito este que sofre derivações importantes.

Verifica-se que as propostas desenvolvidas nos Estados Unidos, França e Inglaterra privilegiaram a criação de serviços assistenciais na comunidade, deslocando o cuidado em saúde mental até então realizado no hospital psiquiátrico. O enfraquecimento da instituição manicomial deveria surgir como consequência obrigatória. Em outras palavras, constata-se que a decisão política de enfrentamento ao processo de Reforma Psiquiátrica produziu efeitos diferenciados, de acordo com as estratégias que foram adotadas para a efetivação prática das questões que envolviam o processo de desinstitucionalização da loucura. (BARROS, D., 1994).

De acordo com Amarante (1996), o discurso da desinstitucionalização da loucura, derivado dos projetos de psiquiatria preventiva e comunitária, realiza uma crítica ao sistema psiquiátrico centrado na assistência hospitalar; entretanto não questiona a natureza do saber psiquiátrico. Na prática, tais experiências continuam a legitimar o paradigma tradicional da psiquiatria, afirmando a validade de seus princípios, ao apoiar-se no pressuposto de que a Reforma implicaria apenas a correta aplicação do saber, bem como das técnicas psiquiátricas. Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica se faria pelo rearranjo de técnicas e condução administrativa.

Os processos de desinstitucionalização derivados das reformas de base preventiva e comunitária consistem, por um lado, em medidas saneadoras e racionalizadoras, tais como na diminuição de leitos e do tempo médio de permanência hospitalar, no aumento do número de altas e na criação de serviços intermediários. Por outro, a desinstitucionalização está aí garantida pela implantação de uma rede de serviços e ações de cunho sanitário e comunitário que deveriam

interceder no desenvolvimento das doenças. Na perspectiva crítica de Amarante (1996), o processo de desinstitucionalização da loucura americano foi dirigido, principalmente, para objetivos administrativos, como a redução de custos de assistência para os cofres públicos, e menos para a transformação da forma de assistência.

A política francesa de Setor, fundamentada teoricamente pela psicoterapia institucional, foi, sem dúvida, a tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio. Influenciada pela psicanálise, procurou organizar o hospital psiquiátrico como um campo de relações significantes, utilizando em um sentido terapêutico os sistemas de intercâmbio existentes no interior da instituição. O movimento da reforma psiquiátrica francesa buscou formas terapêuticas de institucionalização: reinvenção, modificação do manicômio e criação de novas instituições intermediárias, extra-hospitalares, setorizando o território. Havia a necessidade de transformar os asilos em hospitais especializados no atendimento à doença mental, considerando que a hospitalização constituía, apenas, uma etapa do tratamento que deveria continuar nos centros de prevenção e pós-cura. (DESVIAT, 1999).

Criou-se, então, a política de setor com uma área geográfica bem definida (com aproximadamente 70 mil habitantes), que incluía leitos hospitalares (estimados em 3 por cada 1000 habitantes), recursos extra-hospitalares para cada serviço e dispositivos para vários setores: lares de pós-cura, oficinas protegidas, clube terapêutico. No entanto, apesar da experiência francesa de Setor ter criado os serviços externos, ela não conseguia ultrapassar o manicômio na medida em que não problematizava a função institucional da psiquiatria e sua relação dentro-fora da instituição. Em outras palavras, não colocava em análise o que forçava a invenção de novas estratégias que criassem fluxos de passagem nas relações dentro-fora da instituição, não tanto para humanizá-la, mas para suplantá-la e substituí-la por uma organização alternativa de serviços. Assim, as práticas psicanalíticas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao acolhimento dos “normais” e cada vez mais distantes das situações da loucura (AMARANTE, 1996).

Devo dizer que a experiência Inglesa da comunidade Terapêutica foi uma experiência muito importante de modificação dentro do hospital. Buscou-se o aproveitamento deliberado, com fins terapêuticos, de todos os recursos da instituição, entendida pelos técnicos como um conjunto orgânico e não organizado de médicos, auxiliares e pacientes (BASAGLIA, 1970 apud DESVIAT, 1999). Vale

frisar que, embora não exista um modelo único de comunidade terapêutica, é possível resumir como alguns de seus princípios, por exemplo: a democratização das opiniões, a tolerância, a comunhão de intenções, e um confronto com a realidade que marcava seus limites não atuando fora da instituição, fazendo com que seus benefícios se encerrassem quando o paciente saía da comunidade terapêutica.

Cabe esclarecer que a experiência da comunidade terapêutica, apesar de modificar as práticas psiquiátricas, não problematizava a psiquiatria como instituição, e, por isso mesmo, também não colocava em discussão as instituições produzidas pela própria psiquiatria. Esse funcionamento faz pensar que, embora tal experiência tenha criado transformações importantes nas regras manicomiais, ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamentou o próprio hospital psiquiátrico e, portanto, não pôde ir além dele (AMARANTE, 1994).

Em outras palavras, a transformação de atitude, de violência para tolerância, tal como é operada pela comunidade terapêutica, não significou uma transformação na relação manicomial de exclusão social do louco. Sabe-se que tal exclusão, embora sem as características violentas da psiquiatria asilar, pode continuar existindo sob a égide da tolerância, da liberdade, da comunhão de opiniões e da complacência (AMARANTE, 1996).

Não poderia deixar de ressaltar o papel da antipsiquiatria inglesa como um movimento de contestação e reforma que, apesar de suas indiscutíveis contribuições teóricas e sua influência na opinião pública, foi situado fora das reformas psiquiátricas. A antipsiquiatria foi um movimento importante não só porque questionou a própria doença mental e a psiquiatria, mas, principalmente, porque realizou uma crítica global e ideológica desse sistema, delimitando os limites entre a razão e a loucura na consciência de sua época. Ela também evidenciou a importância das contradições sociais na produção da doença mental. Além disso, nesse movimento foram produzidas importantes contribuições teóricas como as realizadas por Basaglia, Maud Manone, Laing, Deleuze & Guattari etc (DESVIAT, 1999).

Partindo de outra perspectiva, os italianos apostaram no questionamento da lógica e do funcionamento do manicômio, criando condições para a sua desmontagem. Tal postura produziu efeitos decisivos na desconstrução do tratamento asilar e, simultaneamente, na construção de serviços substitutivos e

territoriais. Assim, os psiquiatras inovadores italianos enfatizaram que a psiquiatria nascida de reformas realizadas por outros países faliu, seja no objetivo de superar a cronicidade, seja no objetivo de liberar-se de sua função de coação e internação (ROTELLI et al., 1990).

Neste sentido, o primeiro passo da desinstitucionalização italiana foi desmontar a lógica do tratamento em saúde mental assentado na relação problema-solução, renunciando a concentrar seus esforços na busca de solução ou da cura. Rejeitar essa solução convencional possibilitou uma mudança de perspectiva que atinge o conjunto das ações e interações institucionais. Não se trata mais de estar diante de um problema dado em relação ao qual se formulam propostas e buscam-se soluções. Ao contrário, aqui se está implicado com o confronto às respostas científicas, terapêuticas, normativas e organizativas que se autolegitimaram como soluções racionais.

A desinstitucionalização operacionalizada nesse processo desloca o foco de análise da etiologia da doença para analisar as práticas discursivas e não-discursivas em saúde mental em suas formas instituídas e tomadas como “naturais”. Assim, a direção desse processo é uma intervenção prática que remonta à cadeia de determinações normativas através das quais o “doente mental” foi constituído, assumindo a sua atual forma de existência e expressão. Nesta perspectiva, a terapêutica não é experimentada como busca da “cura”, mas como um conjunto de estratégias indiretas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. Se o foco de análise deixa de ser a doença e torna-se a existência das pessoas e sua relação com o corpo social, a desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição.

Na perspectiva de Rotelli et al. (1990), há uma mudança de paradigma na medida em que se produz um desvio da busca da “cura” para a problematização da criação da vida, da sociabilidade, da utilização dos espaços coletivos. No entanto, essa desconstrução só será produzida através da eliminação dos meios de contenção, restabelecimento da relação do indivíduo com seu próprio corpo, reconstrução do direito e da capacidade da palavra, liberação dos sentimentos, restituição dos direitos civis, eliminação da coação, das tutelas jurídicas, eliminação do estatuto da periculosidade. A luta pela efetivação dessas mudanças coloca a desinstitucionalização como um processo crítico, voltado ao reposicionamento

subjetivo de quem tem a sua existência comprometida por uma relação de sofrimento com o corpo social.

As lembranças de Nicácio, Amarante e Barros, D. (2005) ressaltam a importância da influência da Reforma italiana atualizada nas conferências realizadas por Basaglia no Brasil. As discussões suscitadas nestes encontros produziram abertura de caminhos que ajudariam na construção de diretrizes para o nosso processo de Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, para a constituição do movimento de desinstitucionalização no Brasil. A complexidade e densidade de suas proposições convidavam à invenção de diferentes formas para lidar com a experiência das pessoas que estão vivenciando um momento de dificuldade na relação com o corpo social, que é codificado por uma relação de saber/poder a ser posta em questão.

Trata-se de questionar as relações manicomiais de poder e de saber (práticas discursivas e não-discursivas) que não se restringem apenas ao manicômio, mas que são reproduzidas automaticamente com o alibi, muitas vezes, de que estão sendo construídas novas formas de cuidado, quando na realidade estão sendo exercidas outras formas de assujeitamento, custódia, captura e controle. Ao narrar os diversos momentos de sua prática, Basaglia nos propõe uma profunda transformação nas formas de pensar e de agir em relação às pessoas denominadas “loucas”. A análise da realidade manicomial revelou que não existe terapêutica em relações de desigualdade, sem reciprocidade entre os técnicos e as pessoas internadas, entre estas e seus familiares. Por isso, Basaglia (2005) optou pela ruptura dos mecanismos institucionais que podiam continuar a separação e o seqüestro, para fora da vida social, de quem entrasse em contato com a instituição manicomial. Era objetivo prioritário dessa transformação destruir todas as normas que regulamentavam a dependência pessoal do paciente. Tratava-se de reconstruir concretamente essas vidas enquanto pessoa jurídica, recuperar os recursos econômicos indispensáveis para a sua colocação no circuito das trocas sociais, estabelecendo as bases de sua condição de membro do corpo social.

Havia urgência de se criar um novo sentido para o processo de cuidar. Um sentido que significasse “estar com”, “preocupar-se com” e “ocupar-se de”. Tais movimentos só podem ser produzidos a partir de um “encontro”, algo que se passa quando estamos em relação com o “outro”. Em outras palavras, para que houvesse uma transformação nessa relação institucionalizada como produtora da doença

mental, era preciso subverter a relação de tutela por uma relação contratual com o paciente.

A subversão dessa relação ainda exige uma recomposição do saber técnico, que deve ser reconstituído sob várias perspectivas: como necessidade de criação de um novo modelo de gestão institucional, como recomposição de papéis, como análise das várias instituições que constituem a práxis etc. Entretanto, romper vícios constituídos pelo poder técnico implica a opção de agir no arriscado terreno da prática institucional, nos lugares concretos onde produções teóricas e práticas tornam-se critérios de avaliação de técnicas e conhecimentos, expondo-se à crítica de todos os que, a partir de suas próprias necessidades, fundamentam sua existência e seu uso (BASAGLIA, 2005).

São muitas as experiências que vem sendo tecidas no fiar desse desafio; afinal, já se passaram vários anos desde que a publicação da *Instituição Negada* explicitou a crise já em andamento na psiquiatria como “Instituição” e como “Saber”. Nestes atos denunciadores foram envolvidos: o espaço concreto da internação do doente mental, de um lado, e, de outro, a função de um saber abstrato que, embora construído com base no modelo de teorias médicas, desde suas origens estava aliado e comprometido com problemas de ordem pública e do controle do desvio. É sobre essa contradição do tratamento-tutela que o movimento de desinstitucionalização vem trabalhando durante anos, decompondo, peça por peça, as regras e as necessidades da custódia, para que a experiência das pessoas que estão vivenciando um momento de dificuldade não seja codificada como doença por uma relação manicomial de saber/poder.

Basaglia intuía que as contradições constitutivas desse processo só poderiam ganhar uma amplitude concreta se envolvêssemos o território social, tanto como organização do Estado (pela função de separação que a psiquiatria exerce entre normal e anormal) quanto como sociedade dividida em classes (pelo fato de que os internos dos manicômios provinham sempre do proletariado, ou seja, da classe pobre).

Neste caso, o mandato social do técnico se revelou como um ato de separação e de seqüestro de problemas e conflitos sociais. Sua função se esclareceu como controle, para ocultar a realidade política das demandas que se apresentavam. O exercício desse saber ganhou expressão através da aceitação e

exercício de um poder social preciso e real que, ao reconhecer e codificar as diversidades acabava determinando seu destino.

Foi a partir da identificação desse binômio indivisível entre saber e poder, que se pôde afirmar a politicidade direta do trabalho na instituição, não só como denúncia, mas, principalmente, como abertura de novos tensionamentos e áreas de conflito.

No exercício destas transformações, a prática de todos os técnicos, juntamente com seu poder político, foi posta em análise. A própria psiquiatria passou a criticar seus instrumentos e seus respectivos usos numa tentativa de romper com sua função dentro do jogo social. Existiam nesse movimento intensidades que impulsionam a extensão das razões e os conteúdos dessa luta social ao “território”, compreendido, aqui, por todos, como lugar de expressão plena das contradições de classes. Esse território é o espaço da *pólis* em que se está o tempo inteiro tecendo novas alianças, novas composições e novas redes de contato.

Nessa techedura, a experiência tributária dos anos subseqüentes ao trabalho de Gorizia produziu a consciência de não poder prosseguir com o movimento de desinstitucionalização da loucura enquanto existissem pessoas impossibilitadas de ultrapassarem os muros do manicômio, no questionamento de uma instituição que já não era somente o manicômio nem a psiquiatria como ciência, mas tudo o que, partindo do “território”, repelia a doença e a confiava à psiquiatria e à relação manicomial (BASAGLIA, 2005).

A mudança de status jurídico e econômico do interno significou um possível fim do velho tipo de gestão que estava sendo altamente questionado. Havia o desejo dos ex-internos de adquirirem autonomia para administrarem suas próprias existências e vivenciarem o território da cidade como lugar de criação de infinitas possibilidades. Daí a produção de iniciativas que pudessem favorecer a experimentação dos espaços da cidade como dispositivo para a ampliação do universo existencial dessas pessoas. As experiências de Itália e Brasil revelam iniciativas de serviços voltados para o reconhecimento das necessidades de cada singularidade que começava a pulsar. O desafio estava lançado: era preciso continuar o movimento de resistência às antigas e novas instâncias de controle que estão, a todo o momento, emergindo.

No calor desse movimento, Basaglia afirmava a construção de cidadania, autonomia, liberdade, criação de projetos de vida, sem negar as relações de poder e

a necessidade de agir nas contradições do real. Essa alteração na forma de intervenção e viabilização desses processos produziu uma mudança no papel do técnico, criando, nele, a necessidade de transformação social, ou seja, de operar no território e criar instituições que efetivamente possam substituir o manicômio. Desta forma, a desinstitucionalização é um processo prático-crítico complexo que implica a negação das teorias e dos valores que se concretizaram no manicômio e, ao mesmo tempo, a criação de novas realidades. A desinstitucionalização não pode ser pensada senão acoplada ao processo de criação de novas instituições. Neste sentido, a desinstitucionalização só se realiza na relação com os processos de institucionalização.

Em uma atenção territorializada, a situação dita como de “crise” não deve mais ser redirecionada para uma possível interioridade, de cujo mal o sujeito torna-se portador. As situações de conflito reabrem-se, agora, como níveis de poder, entre interesses sociais, entre instituições e níveis institucionais, requerendo por parte do técnico uma mediação radicalmente nova. Trata-se de uma mediação entre o usuário com sua demanda e as necessidades e regras do jogo social. Isso implica modificar o “coeficiente de transversalidade” nos diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos da vida de cada usuário. Em outras palavras, significa colocar em análise a própria organização médico-assistencial, o local de trabalho, a família, a vizinhança, o grupo de amigos etc. Tais vetores podem estar se constituindo como pólos de crise. Neste sentido, a crise perde seu estatuto “privado”, assumindo sua condição “pública” na *pólis*. Essa transformação exige uma mediação direta no “*socius*” onde não há possibilidade de negociação. A assunção de um dos dois interesses em juízo sobre a atribuição desigual de poder produz a opção política para modificá-lo.

Ora, mas se a invalidação das realidades concretas, sobre as quais se baseava a lógica manicomial, provocou a queda desta como sistema de respostas institucionais, o surgimento dos novos serviços territoriais descentralizados não significou, necessariamente, o fim do mandato para a separação e a exorcização das contradições. Vale ressaltar, novamente, que podem estar sendo criadas outras formas de assujeitamento e controle que comportam outros perigos. Não se trata, aqui, de assumir uma visão pessimista diante da prática implementada por estes novos serviços descentralizados. Ao contrário, trata-se de polir novas lentes críticas para afirmar a continuidade do movimento no próprio movimento pela



desinstitucionalização da lógica manicomial. Por isso, cabe afirmar, no território, a luta contra novos funcionamentos que acabam diminuindo a potência da vida. Convém lembrar a necessidade de mediação crítica dos técnicos enquanto produtores de espaços coletivos para colocar em análise as instituições que compõem suas práticas.

Nos encontros do Brasil, Basaglia enfatizava a necessidade de penetrar na cidade, reinscrever os problemas das pessoas internadas em sua dimensão existencial para produzir novas instituições, superando as marcas da violência. A reinscrição do problema da saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica pressupõe, portanto, a aposta em um paradigma ético-estético-político que reorienta a clínica. Segundo Guattari (1990), este paradigma direciona a clínica para a criação de territórios existenciais enquanto outras possibilidades de vida, criando valores implicados com uma relação inédita com o meio ambiente, com o social e com novas maneiras subjetivas de afetar e ser afetado.

No Brasil, o movimento de desinstitucionalização vem proliferando por vários campos do cenário social: o campo teórico-conceitual que engloba a desconstrução da epistemologia psiquiátrica; o campo técnico-assistencial voltado para a criação de serviços e práticas de acolhimento, cuidados, associado também à construção de espaços de sociabilidade; o campo jurídico-político responsável pelo exercício de cidadania dos sujeitos e o campo sociocultural que comporta as noções presentes no imaginário social relacionadas à loucura, buscando transformar, a partir das práticas sociais, a forma de lidar com a diferença (AMARANTE, 1999).

Vale esclarecer que, no novo projeto de Reforma, a noção de cidadania saiu de uma posição relativamente periférica para surgir não só como tema central da reforma, mas, principalmente, como uma condição inerente ao projeto terapêutico. Isto significa dizer que o projeto da reforma passa a se apresentar como um movimento político que, ao lado de outros movimentos, luta pela construção de novas formas de existência cuja proposta de inclusão passa a ser um traço distintivo (BARRETO, 2005).

Entretanto, apesar do conceito de cidadania assumir uma posição valorizada nos textos da reforma psiquiátrica, constata-se que esse conceito carece de uma reflexão cuidadosa. Deve-se esclarecer qual cidadania está sendo afirmada quando tal noção é tomada como base central do movimento da reforma psiquiátrica. Vale dizer que a palavra “cidadania”, provavelmente, tem sido uma das mais utilizadas no

vocabulário corrente, banalizada a ponto de transformar-se num curinga capaz de substituir qualquer outra, que vagamente se refira à suposta condição que facilite o convívio entre as pessoas. Fala-se de cidadania quando se utilizam termos como autonomia, reinserção, contratualidade, *empowerment*, competência social etc. Este uso inflacionário da noção de cidadania provoca esvaecimento do conceito, que acaba sendo apropriado de forma descuidada nas avaliações de qualidade dos serviços (BARRETO, 2005).

É importante dizer que o conceito de cidadania não contém um único significado. Todo conceito tem uma história que confere a ele uma impureza. A história do conceito se faz através da passagem de um plano discursivo a outro. Tal passagem dá-se por devires do conceito, produzindo uma desestabilização que cria a possibilidade de diferenciação do próprio conceito. (DELEUZE; GUATTARI, 2005).

De acordo com Barreto (2005), o plano de extensão do conceito de cidadania pode ser dividido em dois grandes períodos: aquele em que as cidades-estado delineiam o círculo da cidadania, estendendo-se da antiguidade à modernidade; e um outro que tem prosseguimento da Revolução Francesa até a nossa contemporaneidade.

Na República romana legada por Cícero, cidadãos podem ser todos os seres humanos, porque são dotados de razão e nascidos para a justiça. “Porque é recorrendo à razão que a natureza aproxima o homem do homem... e nesse amor à verdade encontramos certo anseio de independência”<sup>3</sup>. Neste sentido, a República Romana expande o círculo da cidadania, deslocando a ênfase da organização física e jurídica da *pólis* para a totalidade dos homens.

Em Santo Agostinho, a cidadania ganha um cunho religioso, apresentando a cidade mística e atemporal perfeitamente harmonizada sob o espírito de paz que é a tranqüilidade da ordem, cuja expressão temporal é a igreja, como alicerce da verdadeira cidadania. Para Tomás de Aquino, a cidade terrena já não significa apenas um lugar de peregrinação e um templo santificação, mas lugar de realizar-se a vida do homem como meta da ordem criada por Deus. (ANDRADE, 2002).

No esplendor do Renascimento, Florença terá sido, provavelmente, a derradeira experiência da *pólis* ressurgir, todavia essa reparação já não comportará o renascimento da *ágora*, já completamente apagada sob os tentáculos do

---

<sup>3</sup> Cf. Cícero, “Dos deveres”, Livro I, IV.

mercantilismo monopolista. Em todo caso, ainda que oligarquicamente dominada pelas corporações das famílias ricas e poderosas, a república florentina do renascimento recupera em sua estrutura política muito do modelo da *res publica* romana, ao mesmo tempo em que dá novo influxo à figura do indivíduo como titular da cidadania.

De Maquiavel à Revolução Francesa, transformações mais radicais são anunciadas. Certamente, influenciado pela dispersão do poder político-administrativo da Itália de sua época e pelo retorno da renascença da idade clássica greco-romana, Maquiavel faz reaparecer o espírito renascentista da *res publica* em suas concepções de análise no campo da teoria política. Entretanto, é a partir da Revolução Francesa que o Estado-nação se constitui como eixo produtor do conceito de cidadania, abrindo caminho para que a cidadania torne-se, de fato, um valor universal associado ao gozo de direitos. Tal construção cria um liame entre cidadania e indivíduo, produzindo como efeito um crescente deslocamento do exercício de governo a uma determinada classe política (BARRETO, 2005).

Verifica-se que uma das promessas da democracia moderna foi radicar a autoridade política na esfera do povo, sendo o Estado a expressão da garantia máxima dessa vontade. No entanto, entre as promessas que a moderna democracia deixou de cumprir está a incapacidade real e crescente do povo resistir à supremacia de grupos, organizações, corporações, sindicatos, associações etc. Observa-se, no campo político decisório, a persistência de elites oligárquicas que representam mais os interesses privados do que os fins da cidadania.

Além disso, há a presença de núcleos de poder invisível que detêm o poder dos “estados” dentro do estado, bem como processo de educação para a cidadania que vem produzindo uma apatia eleitoral. Todos esses fatores chamam a atenção para a colonização do espaço político pela economia mundial, colocando um questionamento: Qual tipo de cidadania esta sendo possível experimentar na atual conjuntura da economia política mundial?

Na realidade brasileira, é possível afirmar que jamais se pôde sequer ter a oportunidade de sonhar com uma experiência parecida com a idéia original de cidadania. Descoberto quando a política se tornara mero instrumento de domínio a serviço do crescente capitalismo, desde o início, o Brasil cultivou a cidadania como uma miragem que prometia maiores possibilidades de ingresso no círculo dos negócios que regulam a vida em sociedade. A emergência desse modelo de

cidadania transformou tal processo em um fenômeno complexo que pode ser desdobrado em cidadania dos direitos políticos, civis e sociais, cuja evolução não se deu sincrônica e harmonicamente.

Nesse desdobramento, a perspectiva de cidadania dos direitos políticos é a que mais se aproxima da noção grega de cidadania, tendo em vista que essa garante a efetiva participação no governo. Já cidadania civil diz respeito não só ao direito de propriedade e trabalho, mas também penetra na esfera da política, assegurando liberdade de pensamento, de expressão e organização. Além disso, garante o direito fundamental à vida e à defesa contra a condenação sem processo legal regular. Por fim, a cidadania social refere-se a direitos relacionados à antiga família, tais como: habitação, saúde, educação etc. Trata-se de direitos que se aproximam da esfera social e que são reunidos sob o princípio da justiça social. (BARRETO, 2005).

Vale dizer que no Brasil o Estado se constituiu como um poder decisório afastado da nação. Neste sentido, se impôs sobre a nação, adotando estratégias de relação com a sociedade de cunho autoritário e clientelístico. Por isso, a maior parte das lutas pelos direitos, desde o início, concentrou-se no âmbito dos direitos sociais, produzindo efeitos diferentes do que aconteceu em outros países. Significa dizer que o processo de cidadania constituído no Brasil pela reforma psiquiátrica não deve ser semelhante aos processos criados por países como Inglaterra, França, Itália entre outros.

Na verdade, ainda se é tributário de um passado recente, cujas marcas ainda estão ativas, produzindo efeitos intensos desde o início da articulação entre a psiquiatria e a medicina legal. Com essa articulação, tais disciplinas assumem o cumprimento de seu estranho papel de dar o aval científico e racional àqueles considerados “aptos” ao exercício da cidadania, distinguindo “aptos” dos indivíduos cuja inferioridade biológico-moral condena à tutela carcerária. Nesse clima intelectual positivista, surgiu um grande projeto de civilização nacional reunindo médicos, juristas, cientistas e educadores em torno de programas profiláticos cujo ideário era eugenia, entre os quais está a célebre Liga de Higiene Mental (COSTA, 1989).

Tais referências reforçam a tese de que no Brasil a cidadania esteve mais ligada ao aspecto social que ao Estado propriamente dito. Isso implica em dizer que o Estado se constituiu como um regime autoritário que se manteve distante das lutas

pelos direitos políticos sociais, caracterizando um processo que Carvalho (2002) denominou de “estadania”, por oposição à cidadania. De acordo com este autor, a “estadania” se define pela concentração de poderes nas mãos do executivo, produzindo cultura política estatal de opressão e dependência. Apenas na história mais recente a luta pelos direitos políticos ganhou expressividade, iniciando-se nas lutas contra o regime autoritário, seguido pelas eleições diretas nos últimos anos do regime militar e pela formação da Assembléia Nacional Constituinte, da qual surgiu a Constituição de 1988, em que o objetivo principal era a garantia dos direitos do cidadão, tais como: restauração do direito ao voto universal, direito facultativo ao voto dos analfabetos, extensão do direito de voto ao eleitor a partir dos 16 anos de idade etc.

Alverga & Dimenstein (2005) consideram primordiais para o processo de desinstitucionalização tanto a proposta dos projetos terapêuticos ancorados na idéia de cidadania e autonomia do louco, quanto o deslocamento do modelo de atenção centrado no manicômio para dispositivos territoriais e substitutivos de atenção à saúde mental. Esta também é a posição de Leal (2001) que situa a autonomia como um vetor de destaque para a Reforma Psiquiátrica. A produção de autonomia substitui, no contexto da Reforma, a antiga noção de cura, sendo considerada o aspecto mais importante que o tratamento deve construir.

É importante frisar que, no projeto da modernidade, a emergência de um sujeito autônomo estava condicionada à constituição de um pensamento regido por leis racionais que, paradoxalmente, definia como incapaz os desviantes desse projeto, enclausurando sob a égide do especialismo as vítimas da desrazão, consideradas impossibilitadas de julgar ou de escolher. Cabe, portanto, interrogar de que cidadania e de que autonomia está se falando quando se colocam tais conceitos como metas para o processo de desinstitucionalização da loucura. Na concepção dos autores citados, trata-se de uma luta pela emancipação pessoal, social e cultural. Nenhum desses aspectos, no entanto, está garantido de saída. Essas lutas são efeito de um processo de produção de subjetividades criadoras de novas formas de viver, em que a loucura deixa de ser um fenômeno totalmente exterior a todos. Por isso, ao invés de tomar como eixo central do movimento de desinstitucionalização da loucura os conceitos de “cidadania” e “autonomia”, tal como eles se apresentam em sua versão moderna, industrial e capitalística, prefiro

pensar a criação de processos de “autonomização” como forma de resistência a esse modo de subjetivação dominante que o capital nos impõe.

Quando se pensa a criação de processos de autonomização como processos de produção de subjetividade na contemporaneidade, torna-se imprescindível problematizar a relação entre subjetividade e capitalismo. Tal modo de produção constitui uma subjetividade serializada, fabricada, normalizada e sobrecodificada por leis que vão igualar tudo através de categorias centralizadoras e unificadoras, segundo as quais os modos de relações humanas também são produzidos. Guattari & Rolnik (1996, p 42) afirmam que:

[...] a ordem capitalística é projetada na realidade do mundo e na realidade psíquica, produzindo os modos como se trabalha, como se é ensinado, como se ama, como se trepa, como se fala, etc. Ela incide nos esquemas de conduta, de ação dos gestos, de pensamento, de sentimento, de afeto, etc. Atua nas montagens de percepção e da memorização etc. Ela fabrica a relação com a produção, com a natureza, com os fatos, com o movimento, com o corpo, com a alimentação, com o presente, com o passado, e com o futuro, etc. Fabrica a relação do homem com o mundo e consigo mesmo.

Se, na maioria das vezes, se aceita esse propósito, é porque se acredita que ele seja a ordem natural do mundo, impossível de ser transformada. Entretanto, vale dizer que, da mesma forma como surge esse processo de serialização mundial da subjetividade, também emergem focos de resistência que funcionam como movimentos disruptores desses mecanismos de controle social. Trata-se de processos de diferenciação permanente que Guattari definiu como autonomização. Tais vetores resistem ao processo de serialização da subjetividade, criando condições inéditas não só de uma vida coletiva, mas também de gestação da vida para si próprio, tanto em seus aspectos materiais quanto subjetivos.

Neste sentido, o termo “autonomização”, utilizado por Guattari & Rolnik (1996), é usado para designar os processos disruptores no campo do desejo, sendo estes desvios de toda espécie, capazes de dar expressão a outros modos de existência que não são hegemônicos, dentre os quais cabe citar os movimentos sociais, as lutas minoritárias no campo do desejo, onde, entendo, está situado o movimento da Reforma Psiquiátrica. Trata-se de ressaltar, no entanto, que, quando um movimento de autonomização é disparado, o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, criando a capacidade de operar seus próprios tipos

de referências práticas e teóricas sem ficar numa posição de dependência em relação ao poder econômico global. Isso implica em operar seu próprio trabalho de semiotização da realidade, de se inserir em níveis de relação de forças locais, de fazer e desfazer alianças, ou seja, de criar um sistema automodelador de seus próprios sistemas de referência. Convém esclarecer que existem outros termos que designam esses mesmos processos, tais como: singularização, revolução molecular, minorização etc.

Guattari & Rolnik (1996), afirmam que estes movimentos: “São movimentos de protesto do inconsciente contra a subjetividade capitalística, através da afirmação de outras maneiras de ser, outra sensibilidade, outra percepção, etc”.

Ora, mas disparar processos de autonomização que fujam da significação dominante é uma tarefa extremamente complexa, seja em práticas de saúde mental, na educação das crianças, na escrita, ou, na vida como um todo. Isto porque as percepções e os valores dos modos de subjetivação que diferem do esquema de significação dominante são vistos, na maioria das vezes, como caóticos e inconsistentes. Mas, na verdade, são outros modos de significação do mundo extremamente importantes para as pessoas que deles se servem para criar outras formas de existência. Esse é um desafio do qual não se tem como escapar quando se acredita que toda prática, de saída, é política, mesmo que ela seja produzida no âmbito molecular.

É, justamente, nessas dimensões moleculares que podem ser criadas linhas de fugas que escapem a esse modo de subjetivação dominante. No entanto, para inventar linhas de fuga que rompam com esse sistema de captura dominante da vida, torna-se necessário construir novos modos de referência, novas cartografias, novas práxis que façam brechas nesse sistema de subjetivação dominante. Isso implica em gestar novas percepções do mundo, novas formas de afetar e ser afetado, novas formas de produzir, novas formas de se relacionar com o consumo, com o lazer, com a cultura, com os meios de comunicação, com a vida amorosa, com a vida doméstica, com a vida profissional, com a vizinhança, em fim, com o cosmos. Essa capacidade vai garantir um mínimo de possibilidade de construção de um processo de autonomia que, antes de tudo, se constitui como criação de autonomização permanente da vida.

Vale frisar que conceber a vida como um processo de autonomização permanente convoca a função intercessora da análise institucional. Nos termos em

que Deleuze (1992) definiu a idéia de intercessor como uma espécie de linhas, estrangeiras umas às outras, que não cessam de interferir entre si, produzindo relações de interferências, ruptura e, conseqüentemente, fazendo diferir. A interferência da análise institucional exige a análise constante das instituições que estão sendo produzidas em determinadas condições históricas.

Lourau (2004), afirma que a instituição não é um nível a mais, mas uma dimensão contraditória que atravessa todas as instâncias em que a realidade é recortada: a da organização, a do grupo, a da relação. Trata-se de um processo permanente pelo qual as forças sociais produzem, reproduzem, e transformam as formas sociais nos três momentos (instituído-instituente e institucionalização). Refere-se a um movimento pelo qual as forças sociais se materializam em formas sociais. Neste sentido, o autor situa a instituição em sua fase de virtualidade, imaterialidade jamais passível de ser apreendida diretamente, só podendo ser localizada através dos efeitos de sentido dos quais a análise buscará produzir e elaborar (ARDOINO; LOURAU, 2003).

Em suas reflexões acerca do conceito de instituição, Rodrigues (1987) define a instituição como relações sociais, tomadas como gerais, que se instrumentam nas organizações e nas técnicas, sendo nelas produzidas, reproduzidas e subvertidas. Nesta concepção, a noção de instituição comporta atividade, maquinação, ou seja, potência de movimento e produção da máquina social. Por isso, de saída, gostaria de afirmar que a instituição não é uma natureza, mas diz respeito a certas práticas tomadas como universais que precisam ser interrogadas em relação às condições históricas de sua produção e reprodução. Essa dimensão, muitas vezes invisível, é o objeto privilegiado de análise e intervenção da Análise Institucional. Trata-se do inconsciente político, criador de novas realidades que se transformam incessantemente.

Neste sentido, é necessário enfatizar que o objetivo da Análise Institucional é revelar a tensão existente entre instituente-instituído apresentada como forma geral que se instrumenta na história. É importante ressaltar que essa tensão produz como ponto de intercessão o processo de institucionalização. Esse processo é construído como produto desse jogo de tensão entre o instituente e o instituído, uma luta permanente entre as instituições e as forças de autodissolução (LOURAU, 1993).

A institucionalização da doença mental é efeito desse processo instituente construído em um determinado momento da história, cuja produção é o



enclausuramento da loucura. O ato de instituir a doença mental enquanto uma patologia que precisa ser cuidada e tutelada cria a separação–exclusão entre os “doentes” e as pessoas ditas “normais”, os incapacitados e os capacitados. De maneira que é impossível pensar a desinstitucionalização da loucura, se não problematizarmos as organizações através das quais esse processo se produz e se instrumenta, como é o caso dos hospitais psiquiátricos e dos Caps, dos lares abrigados, hospitais–dia etc.

É neste sentido que afirmo a transformação de uma abordagem sintomatológica da doença mental para uma atitude clínico-política de transdisciplinaridade. Não se trata, aqui, de mais um tipo de especialismo do campo da clínica, mas de um modo de designar o estatuto da experimentação clínica que se dá a partir de uma “atitude limite”, onde já não se pode separá-la da política, da arte e da filosofia, da ética, da economia, da estética etc.

Cabe realizar a experimentação clínico-política em sua dupla face: exercício crítico do instituído e experiência de crise (BARROS, R; PASSOS, 2001). Em uma primeira acepção, a análise crítica do instituído revela a dimensão política da clínica, na medida em que desnaturaliza os eventos, fazendo aparecer o processo de produção que constitui a realidade. É necessário dizer que o acesso a este plano se faz através de um “*ethos*” que Foucault (2000) designa de “atitude limite” ou “experiência limite”: uma atitude crítica em relação a nós mesmos, ou seja, àquilo que nos constituiu a partir do que pensamos, dizemos e fazemos.

Em sua segunda acepção, enquanto experiência de crise, a prática clínico-política se dá como um efeito produzido pela força da intervenção. A crise é a ruptura das cadeias do hábito que força um processo de diferenciação de si e conseqüentemente, de criação de novos territórios existenciais. Neste sentido, não cabe, aqui, defender uma nova especialidade de clínica para a saúde mental pública, mas um “*ethos*” que deve colocar em questão, inclusive, o lugar em que os “especialistas” estão instituídos para que um processo de produção de subjetividade possa ser atizado. Essa atitude convoca a equivococar o poder dos especialismos e seu controle na produção de subjetividade no contemporâneo. Não adianta operar em espaços ditos “abertos” quando os profissionais não experimentam colocar em análise o lugar que ocupam na trama dos serviços.

Verifica-se que a noção de especialismo deriva de uma tradição filosófica da metafísica da consciência que compreende o sujeito com uma suposta natureza

humana enclausurada no interior do corpo. Essa ontologia constitui um campo epistemológico sustentado em primados positivistas e universais, funcionando como estruturas imutáveis que operam através de funções constantes. Nesse campo, sujeito e objeto se opõem como pólos opostos e independentes. Tal pressuposto afirma o limite entre as disciplinas, constituindo os especialismos. Entretanto, essa forma de fazer ciência vem sendo cada vez mais questionada, na contemporaneidade, por uma nova atitude teórica e prática da ciência moderna.

As análises de Neves et al. (1996) revelam que, nas últimas três décadas, existiram debates sobre o papel dos especialismos. Em tais debates, chamou-se a atenção para o isolamento em que muitas disciplinas caíram, dificultando, assim, a compreensão dos problemas vividos pelo homem contemporâneo. Neste sentido, foram criadas experiências de articulação entre as disciplinas com o objetivo de romper esse isolamento. Construíram-se, assim, as perspectivas: multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar.

Em relação à multidisciplinaridade, vale dizer que é uma tentativa de conjugar várias disciplinas, ou seja, várias análises de especialistas sobre um determinado caso ou tema onde cada especialista emite seu parecer. O efeito produzido nessas intervenções é um aglomerado de informações fragmentadas sobre o objeto. Nessa dimensão, apesar da visão do objeto tornar-se fracionada, bem como multifacetada pelo olhar especialista, constata-se que as fronteiras entre as disciplinas são conservadas e afirmadas, não existindo a produção de uma perspectiva singular.

Por outro lado, a interdisciplinaridade tentou realizar trocas entre os saberes, embora conservando a unidade e natureza do objeto que se manteve inalterado frente à mudança de regime discursivo. O efeito produzido nesse movimento foi a criação de uma outra disciplina, como aconteceu na relação entre a psicologia e sociologia, formando a psicossociologia. Na conjugação desses dois domínios, houve a constituição de um terceiro, o qual pode ser definido como objeto próprio, existindo, portanto, a criação de uma nova identidade. Constata-se que, tanto no âmbito da multidisciplinaridade quanto no âmbito da interdisciplinaridade, mantiveram-se as fronteiras entre as disciplinas dos objetos e os sujeitos desses saberes (BARROS, R.; PASSOS, 2000).

Do ponto de vista da transdisciplinaridade, coloca-se em questão a própria noção de disciplina. Trata-se de desnaturalizar as disciplinas, trazendo para o campo de análise sua história, seu caráter transitório e parcial. Essa perspectiva

desestabiliza a noção de campo epistemológico, rompendo com as dicotomias: sujeito-objeto, individual-coletivo, natureza-cultura, indivíduo-sociedade etc.

Neste sentido, Barros, R. & Passos (2000), ao invés de pensarem a construção de um campo epistemológico, formulam a noção de plano de constituições ou de emergências, a partir do qual a realidade se constrói num regime de forças, afastando-se, assim, de qualquer ponto fixo ou base de sustentação da experiência. Tais autores, ao desenvolverem a noção de transdisciplinaridade, afirmam que:

Problematizar os limites de cada disciplina é argüi-la em seus pontos de congelamento e universalidade. Tratar-se-ia nesta perspectiva transdisciplinar, de nomadizar as fronteiras, tornando-as instáveis. Caotizar os campos, desestabilizando-os a ponto de fazer deles planos de criação de outros objetos-sujeitos (BARROS, R.; PASSOS, 2000, p. 20)<sup>4</sup>.

O objetivo dessa perspectiva é traçar as circunstâncias em que os modos de subjetivação se constituem e quais os efeitos estão sendo produzidos.

De acordo com Passos (1995), há certas questões que a contemporaneidade nos impõe como problemas que não poderiam ser apreendidos sem que houvesse uma variação de esquemas teóricos a partir do atravessamento de diferentes saberes. Constitui-se, dessa forma, um plano em que se atravessam componentes teóricos, tecnológicos, políticos, éticos, econômicos, sociais, artísticos etc. Nesse plano, sujeito e objeto se constituem por efeito de retroação, pois não se está mais imune ao que se conhece.

A relação que se estabelece entre os vetores é de intercessão<sup>5</sup>, de perturbação, de empréstimos não autorizados entre os diferentes campos. Trata-se de um atravessamento intercessor de um domínio sobre o outro, seja filosófico, ético, clínico, sócio-político etc. Nessa intercessão, a teoria não traduz uma prática, ela, por si só, já é uma prática, interferindo e produzindo desvios. Deleuze e Guattari (1996) afirmam que a prática não vem após a instalação dos termos e de suas relações, mas participa ativamente do traçado das linhas. O que está em jogo é

---

<sup>4</sup> BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 16, n. 1, p. 071-080, 2000.

<sup>5</sup> O conceito de intercessor é tomado no sentido que Gilles Deleuze afirma no artigo: "Os intercessores", In: *Conversações*, Rio de Janeiro, ed: 34, 1992.

interrogar as redes de articulação que estabelecem entre si, questionando quais campos de saber/poder se diagramatizam por essas articulações.

É diante desse construtivismo intercessor, atravessado pela reforma psiquiátrica, pela análise institucional, pela clínica transdisciplinar e pela filosofia da diferença, que afirmo a implicação da minha experiência profissional em Caps. Coube o desafio de colocar em análise o funcionamento dos especialismos constituídos nesses serviços, quais efeitos instauraram. Nessa cartografia, tentou-se abrir as disciplinas a outras conexões, onde o critério não foi, de modo algum, a verdade, mas o modo como elas estão servindo. Cabe afirmar a transdisciplinaridade como estratégia da Reforma Psiquiátrica para combater práticas hospitalocêntricas e medicocêntricas. Trata-se, nessa intervenção, de produzir intercessores que provoquem movimentos de disrupção, constituindo modos de atenção e gestão da saúde pública que afirmam novos modos de existência.

Diante desta perspectiva, gostaria de evocar o “ethos” de transversalidade, com sua potência, para indicar o “coeficiente de transversalidade”, ou seja, o grau de abertura ou fechamento comunicacional presente nos diferentes níveis institucionais, podendo provocar, assim, transformações nas práticas dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). O objetivo foi constituir uma espécie de zona de mistura ou plano de indeterminação heterogenético nos diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos dessas instituições.

Coube interrogar o poder exercido pelo especialismo fortemente presente nestes espaços de produção de saúde. Tratou-se de conjurar, em nós, as forças que impediam a produção de um processo de diferenciação que se deu a partir de um coletivo. No entanto, esse não foi um projeto simples, mas um desafio-problema que foi enfrentado pela opção de consistir na zona limiar entre a clínica e a política. O desejo de consistir nessa zona de intercessão exigiu o desafio de apostar no “ethos” transdisciplinar de atenção e gestão para os serviços substitutivos de saúde mental.

Devo esclarecer que, para que a atitude terapêutica do serviço substitutivo não seja baseada na tutela, mas em estratégias de contrato, cuidado e acolhimento, é preciso que a atividade clínica e os processos de gestão de trabalho também sejam pensados inseparavelmente. Uma nova atitude clínica com os usuários não pode se realizar se os profissionais, em suas práticas, não experimentam também mais autonomia, capacidade de articulação para romperem com seus especialismos.

Esse foi um dos desafios que a III Conferência de Saúde Mental nos impôs. No entanto, essa não é uma tarefa trivial, pois exige um “ethos” transdisciplinar, ou seja, uma atitude que convoca a “cuidar” da loucura desnaturalizando os limites dos especialismos, fazendo conexões que ultrapassam os limites tradicionais de cada disciplina. “Tais fronteiras se tornam invisíveis, levando à produção de regimes híbridos bem diferentes das disciplinas instituídas” (NEVES et al., 1996, p. 178).

Trata-se de um construtivismo criativo que, ao se constituir, produz como efeito tanto os usuários quanto os profissionais e o meio. Neste sentido, o trabalho clínico não é apenas uma especialidade profissional, mas uma prática processual que deve ser construída e gerida coletivamente. É diante desse criacionismo, construído pela invenção de diferentes linhas de ação, que consiste a aposta na atitude de transversalidade das equipes dos serviços substitutivos de saúde mental. Gostaria de enfatizar que o trânsito e a discussão entre os vários saberes e práticas produzem rupturas que afirmam a continuidade do movimento de desinstitucionalização da loucura. “É na tensão entre a força do trabalho vivo e a força conservadora da estabilização dos modelos e da cristalização dos processos de trabalho que é traçado o percurso do movimento da Reforma Psiquiátrica” (BARROS, R., 2003, p.201).

Vale ressaltar que a necessidade de produzir a análise de determinada situação desafia a atenção para a emergência dos analisadores que podem surgir em um processo de intervenção. O analisador produz como efeito à revelação de algo que permanecia escondido, desorganizando o que estava anteriormente institucionalizado. Nessa perspectiva ele produz, muitas vezes, um sentido inteiramente diferente a fatos já conhecidos. Na concepção de Lourau (1975), o analisador é àquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocando-a, forçando-a a falar. Tal autor cita como exemplo de analisador um líder dissidente que serve de porta-voz, ou seja, de pessoa que concede a palavra, ou se coloca como caixa de ressonância aos outros membros do grupo. Lorau (2004, p. 70) afirma que “Não se trata de interpretar, neste primeiro nível, mas de decompor o corpo [...] Não se trata de construir um discurso explicativo, mas de trazer à luz os elementos que compõem o conjunto”.

O processo de mudança em curso nos Caps problematizava práticas já instituídas, malgrado o fato de serem serviços de história tão recente. Dentre estas práticas colocadas em questão pela equipe, cabe destacar a cronificação dos

usuários, o funcionamento das oficinas ditas “terapêuticas” e uma produção de demanda em psiquiatria. Tal diagnóstico clínico-institucional colocou o desafio de analisar os efeitos das práticas produzidas no cotidiano desses serviços.

### **1) As redes**

A supervisão se deparou com a inexistência de um processo de “alta” dos usuários, o que produzia um estranho efeito cronificador lá onde os esforços crítico-clínicos deveriam buscar a direção da desinstitucionalização. A maioria dos usuários permanecia há mais de oito anos em um destes serviços, embora vários já pudessem ter sido encaminhados para outros dispositivos da rede. Estes usuários, tendo sido absolvidos pelo serviço em regime predominantemente intensivo e semi-intensivo, o projeto terapêutico deveria ajudá-los a constituir sua própria autonomia, levando-os a demandar cada vez menos do serviço, passando progressivamente do regime intensivo para o não intensivo. No entanto, para que existisse encaminhamento destas pessoas para outros serviços da comunidade, havia necessidade de que estes Caps estivessem integrados a uma rede descentralizada e com alto grau de conectividade, pulsando em movimento de produção permanente. É o tema da rede de atenção à saúde presente também no discurso teórico-prático da reforma Psiquiátrica.

A aposta na criação de uma rede de atenção à saúde mental exige a problematização das modulações produzidas pelo capitalismo contemporâneo, que se constitui também como uma dinâmica em forma de redes frias do capital. Tais redes são efeitos de modulação de um regime de produção que, na sua expressão contemporânea, visa ultrapassar todos os limites, criando um efeito de intensificação do neoliberalismo. Barros, R. & Passos (2004) chamam a atenção para esse impulso planetarizante do capitalismo contemporâneo que, ao se atualizar em forma de redes paradoxais, comporta, ao mesmo tempo, esperança e perigo. Cabe discutir por que tais autores sinalizam a presença desse paradoxo na dinâmica das redes do capital.

É importante frisar que se experimenta uma modulação do exercício de poder no contemporâneo. Guattari (1985) afirma o fim dos capitalismo territorializados e

imperialismos expansionistas, anunciando a transição para imperialismos desterritorializados e intensivos. Essa transição marca a necessidade de recomposição das bases do capital para manter-se no controle do *socius*. Cabe dizer que o capital, em seu impulso expansionista e ilimitado, atingiu quase todas as superfícies economicamente exploráveis do globo terrestre. Este efeito de cerco, ou seja, de mundialização de seu campo de ação obriga-o a uma mudança de registro, levando-o à recomposição incessante de seus espaços econômicos, formas de controle e de sujeição social. O capitalismo, em seu afã de expandir-se sobre si mesmo, foi levado a se desterritorializar-se para se reinventar nos mesmos espaços intensiva e incessantemente.

Em outras palavras, não há mais a experiência do movimento expansionista do capital que partia de um centro homologador de poder com o objetivo de conquistar novos mercados para integrá-los à metrópole. A expansão do capitalismo intensivo ocorre de forma diferente, na medida em que se realiza por reestruturação das relações sociais e por criação de mercados cada vez mais artificiais, não só de bens materiais, mas também por produção de informações e de afetos. De acordo com Barros, R. & Passos (2004), “esse sentido de integração desterritorializada é uma operação de constante remodelagem do sentido e da existência das coisas para garantir novas formas de segregação”.

Essa versão intensiva do capital se constitui por uma operação de enfraquecimento dos territórios nacionais, produzindo uma homogeneização do *socius* sem o exercício de controle central, mas efetuando controles parciais instáveis, cujo funcionamento se dá em forma de rede. Tal funcionamento gera um modo de segmentar a realidade que não se efetua mais através de grandes blocos molares, mas se realiza com o controle da força coletiva do trabalho, fazendo coexistir, lado a lado, zonas de extrema riqueza e de miséria intensa. A máquina capitalística em sua expressão de máxima concretude acaba com a idéia de exterioridade, operando pela inclusão do “fora”. Esse efeito de fagocitose intensiva cria a coexistência do “dentro” e do “fora” no mesmo lugar, produzindo um efeito de múltiplas estratificações do *socius*, ou seja, gerando uma estranha segmentarização do *socius* que se dá por multiplicação de intralutas que coabitam o mesmo espaço/tempo.

Tem-se coexistindo, em um mesmo espaço compacto, lutas de classes que comportam outras tantas lutas transversais, como, por exemplo, as lutas do

homossexual, do negro, da mulher, do jovem, do pobre, do índio, da criança etc. Barros, R. & Passos (2004) ressaltam que:

[...] a geologia política se complexifica por fragmentação de segmentações molares, gerando, portanto, estas figuras intramolares ou de molaridades embutidas e integradas [...] são níveis de existência mesmo no lugar ou uma segmentarização do socius por multiplicação de intralutas.

O funcionamento dessa máquina intensiva garante que a lógica de equivalência do capital se exerça em todos os níveis da existência, de modo que os princípios de segmentação, da exploração e da segregação sejam encontrados nos níveis mais fragmentários e moleculares da vida.

Vale esclarecer que a forma como o exercício de poder se apresenta no contemporâneo inclui a coexistência de um estranho paradoxo, onde o lugar de incidência do poder seja também o lugar de resistência e intervenção da clínica. Mas quais são os novos perigos que essa estranha constatação coloca? Curioso afirmar que a luta pela derrubada e esvaziamento dos manicômios pode está servindo para criação de serviços abertos de saúde mental onde não será mais necessário excluir, prender, trancar, tutelar, mas produzir o controle da potência e dos afetos em um regime “a céu aberto”. Gostaria de chamar a atenção para o processo de cronificação de usuários nos serviços substitutivos de saúde mental. Tais processos são identificados pela: inexistência de dispositivos de “alta” ou encaminhamento dos usuários a outros espaços da rede intersetorial; concentração das ações do Caps no interior da instituição, ao invés de está sendo dirigida para o território e pela forma de alocação de recursos cujo repasse de verbas oriundas do Ministério da Saúde depende do volume de procedimentos realizados pelo serviço de saúde mental.

A pergunta que continua ecoando, incessantemente, nas problematizações desses autores implicados com a produção de subjetividades resistentes às redes frias do capital, que tudo anexam para fagocitar, diz respeito a como resistir diante dessa forma de captura que o capitalismo contemporâneo nos impõe. Tal questionamento situa a produção de subjetividade como um processo emergente de um plano heterogênico que se constitui na sua inseparabilidade com a política, com a filosofia, com a arte, com a ciência etc. É justamente da tecedura desse plano autopoiético, ou seja, autocriativo, que se constituem os modos de criação de si e do mundo, em devir constante de forças. Significa dizer que a subjetividade é apenas



um efeito parcial de um processo de produção, sendo, portanto, inacabada, incompleta, não podendo ser compreendida fora do plano de engendramento que a constituiu. Vale afirmar com isso que a subjetividade como produto resultante desse funcionamento não pode ser separada do plano coletivo de subjetivação que a gerou. Tal plano é acêntrico, polifônico, composto de elementos heteróclitos cuja energia potencial de criação de formas nunca será esgotada.

Assim, conceber a subjetividade como um efeito inseparável de seu plano de produção coletivo nos coloca em uma zona de inseparabilidade entre clínica e política. Consistir nesse lugar de limite significa produzir intervenções que desestabilizem essas formas instituídas pelas modulações do capitalismo para fazer surgir seu processo de produção.

Tais intervenções incidem sobre uma realidade que, aparentemente, se apresenta como “natural”, produzindo uma desestabilização das formas, fazendo aparecer o plano de forças do qual toda realidade emergiu. Essa operação é um processo complexo, se constituindo em um plano de luta: agonística, indeterminação, inquietação e desassossego. No entanto, trata-se de um desafio que se deve afirmar quando se deseja criar resistências às novas capturas impostas pela modulação do capital.

O que está emergindo como efeito desse processo de modulação do capitalismo é uma separação entre produto e produção, ou seja, entre a subjetividade e seu plano de produção, construindo um tipo de realidade capturada, engessada, concebida como uma forma dada, ou seja, “natural”, a ser consumida como modos de vida descartáveis que obedecem às tendências de mercado. A separação da subjetividade do plano coletivo que a gerou provoca efeitos sintomáticos que devem ser postos em análise através da desestabilização dessas formas instituídas, fazendo emergir o plano de forças que constituiu essa realidade.

As experimentações que se realizam em intervenções clínico-políticas são processos que visam abertura, lateralidade e ampliação da subjetividade para o plano coletivo com o qual se constituiu. Trata-se, portanto:

[...] de uma experiência de devolução do ‘sujeito’ ao plano de subjetivação, ao plano que é o plano do coletivo [...] Coletivo aqui não reduzido a uma soma de indivíduos ou resultado de um contrato que os indivíduos fazem entre si [...] coletivo como multidão, composição potencialmente ilimitada de seres tomados na proliferação de forças (BARROS, R.; PASSOS, 2004, p.169).

Vale dizer que esse território coletivo ao qual tais autores se referem é compreendido como a dimensão de funcionamento das redes no contemporâneo. Tem-se, na dinâmica dessas redes, um sentido ambíguo e paradoxal na medida em que elas comportam, ao mesmo tempo, linhas de abertura, ou seja, linhas de fuga criadoras de novas realidades e linhas de perigo, ou seja, linhas de captura que aprisionam, constituindo formas sintomáticas de experimentar, onde o produto se separa de seu processo de produção. O efeito desse processo é a construção de corpos que se encontram separados daquilo que eles podem. Trata-se de uma rede paradoxal, ambivalente, porque compõe um funcionamento quente e um funcionamento frio.

Quando coloco em análise a cronificação dos usuários produzida nesses dois Caps, estou tentando chamar a atenção para os perigos de captura dessa rede de saúde mental que, malgrado esteja ainda em fase de implantação, já comporta sinais claros do esfriamento de sua dinâmica. Diante dessa constatação problemática, cabe questionar qual seria a função dos Caps e da própria rede para produzir efeitos de heteroginização? Não há interesse em fornecer respostas rápidas ou modelos de intervenção para saúde mental. Mas trata-se de colocar em análise um exercício de poder que está emergindo nos Caps, na rede de saúde mental e nas várias redes que constituem o contemporâneo. Essa é uma tarefa da qual não se pode fugir quando se faz a aposta de resistência a partir da inseparabilidade entre o produto e o processo de produção que o constituiu, entre a atenção e a gestão, entre a macropolítica e a micropolítica, entre a clínica e a política.

Barros, R. & Passos (2004), ao comentarem uma matéria de Luís Fernando Veríssimo em defesa do I fórum mundial de Porto Alegre, afirmam que este definiu tal experiência como um “Davos quente”, ou seja, uma espécie de “globalização invertida” que se daria de baixo para cima. É importante ressaltar que a dinâmica de funcionamento dessa rede se torna quente porque opera por conexão, criando efeitos de diferenciação contínua. Em outras palavras, esse processo é produtor de heterogênese, na medida em que ele é gerador de efeitos de multiplicidade. Afirma-se a experiência do coletivo como constituinte de novas formas de existência. Esse plano de produção heterogênico cria uma política de resistência aos efeitos de serialização e homogeneização característicos do capitalismo.

Já o esfriamento da rede comporta um outro tipo de funcionamento. Na dinâmica fria da rede, existe uma operação de gestão dos fluxos caracterizada pelo surgimento de uma função de centro que opera por segmentação, exploração e segregação, capturando o movimento reticular da rede. Tal centro se apresenta em seu caráter virtual, não se atualizando em territórios geopolíticos, mas se espalhando pelo globo em regime de serialização. A realidade dessa nova axiomática capitalística não se apresenta mais em sua função real enquanto moeda, mas se exerce como uma função vazia ou como equivalente universal. A partir desse centro homologador de poder vazio, são criados axiomas que vão serializando e dando sentido à realidade. De modo que toda realidade passa a ser “friamente” determinada por esse centro que exerce a função de equivalente universal.

Assim, verifica-se que a homogeneização e equalização da existência são efeitos produzidos por uma rede fria que funciona de cima para baixo, operando através da lógica do capital enquanto princípio universal organizador da realidade. Já a rede quente funciona por conexão com o plano do coletivo, visando efeitos de diferença no plano de subjetivação. Em outras palavras, proposta que insisto em afirmar como forma de resistência à incidência da modulação do exercício de poder no contemporâneo.

A criação de formas de resistência força a pensar: Como criar redes quentes investindo em um funcionamento descentrado na saúde mental? Como construir redes conectivas nos Caps que não exerçam a função de centralização, mas que produzam efeitos de concentração, criando dispositivos de contágio para outros espaços do território social? Como manter a característica reticular de passagem na rede da saúde mental? Tem-se que problematizar qual o estatuto dessa rede. Quais efeitos ela vem produzindo? Que política implica? Que clínica institui? O que se constitui quando essa rede não se tece ou quando o Caps exerce a função de centro homologador na dinâmica da rede? Verifica-se que, quando esse efeito surge, há um esgotamento político da rede, produzindo um esfriamento na sua dinâmica. A função de ordenador da rede exercida pelo Caps, muitas vezes, bloqueia a capacidade de movimento, paralisando a sua potência de diferir. Desse modo, a rede torna-se um conjunto de pontos ligados, burocraticamente, com baixo potencial de contágio e sem capacidade de manter-se em movimento.

Neste sentido, concordo com a indicação dos autores acima mencionados, quando estes apresentam a dinâmica das redes contemporâneas em seu aspecto paradoxal de esperança e perigo. Em sua dinâmica quente, a rede de saúde mental comporta linhas de fuga quando coloca em análise não só a retenção dos usuários nos Caps, mas principalmente a função destes serviços como centralizadores e ordenadores dos serviços de saúde mental. Em outras palavras, a rede experimenta uma dinâmica quente quando existe uma implicação clínico-política com produção do movimento no próprio movimento. Sem perder de vista a inquietação de estar sempre se refazendo de outra maneira, diferindo sempre do que já existe como forma instituída. Já em sua dinâmica de esfriamento, coloca-se o perigo de captura da rede quando ela congela seu movimento, perdendo a potência de experimentação e de conexão, tornando-se um conjunto de pontos isolados com baixo grau de contágio e mínimos efeitos de heteroginização.

## **2) As oficinas**

Outro aspecto a ser analisado diz respeito ao funcionamento das “oficinas terapêuticas”. Havia, nos dois serviços analisados, modos de funcionamento das oficinas bastante complicados do ponto de vista clínico-político. O modo como essas oficinas estavam sendo realizadas causava um misto de estranheza, perplexidade, dúvidas e indignação. Era preciso colocar em análise a que, de fato, esses espaços estavam servindo. No Caps Luz do Sol havia oficinas de teatro, dança, música, coral, reforço escolar e alfabetização, recreação e esporte, horta, bordado, artesanato, marcenaria e trabalhos com argila. Um dos aspectos geradores de tensão no funcionamento dessas oficinas era o fato de os usuários não poderem escolher a atividade que gostariam de participar. Existia uma escala diária, rígida, que os obrigava a passarem por algumas oficinas daquele dia. Tais escalas eram construídas pela gestão do Caps juntamente com o psiquiatra. Entretanto, as oficinas de reforço escolar, artesanato e música eram compostas por um grupo fechado. Cada oficina durava noventa minutos, contendo em torno de vinte usuários por oficina. Não era permitido, em hipótese alguma, sair dessas oficinas antes do seu término. E, se por descuido, algum deles conseguisse evadir-se da sala, existiam sempre funcionários a postos, prontos para reconduzi-lo de volta à oficina, muitas vezes, de uma maneira não muito agradável.

Em uma das assembléias gerais, uma cena emergiu, estava começando a listar os pontos de pautas a serem discutidos naquele encontro, quando um dos oficinairos, com a fala sussurrante, pediu a palavra para expor algumas questões que o incomodavam em relação à dinâmica das oficinas. Tratava-se de usuários que estavam sendo excluídos de algumas oficinas por não se adaptarem a elas. O monitor, em seu sussurro estranho, gaguejante e emocionado, afirmava que não fazia sentido obrigá-los a desenvolver atividades que não desejavam. Aqueles que participavam das oficinas contra a sua vontade ficavam agressivos, desenvolvendo um comportamento estereotipado, inviabilizando o trabalho de todo o grupo. O oficinairo questionava a forma como essas oficinas estavam sendo constituídas, alegando que, se as preferências dos usuários tivessem sido respeitadas, algumas dessas oficinas, certamente, teriam sido extintas. Imediatamente, a assistente pediu a palavra, de forma enfurecida, esclarecendo que embora os usuários tivessem sido consultados em suas preferências, não foram colocados, apenas, nas oficinas que gostariam. Ela perguntava se a dificuldade do funcionário era com a escala das oficinas, ou se ele estava tendo dificuldades de controlar os usuários nas oficinas. Nesse momento a psicóloga (gestora do Caps) tomou a palavra com um sorriso entre os lábios, e um tom ameaçador, enfatizando a dificuldade que alguns monitores das oficinas estavam tendo para conduzir seus “alunos” para as atividades. Ela ressaltava que a supervisão deveria realizar algum trabalho para otimizar o desempenho desses profissionais no controle dos usuários. Na presentificação dessa cena, observa claramente qual a concepção de clínica que estava em jogo na composição dessas oficinas. Qual processo de produção de subjetividade estava sendo constituído naqueles espaços.

As oficinas no Caps “Luz do Sol” eram divididas em atividades superiores e inferiores. Faziam parte das atividades superiores a oficina de teatro, dança, música, coral. Tais oficinas funcionavam como uma espécie de “fabrica de artistas”, ou seja, uma espécie de “caça talentos”. O objetivo central desses espaços era criar a cena perfeita, o movimento perfeito, a batida perfeita, a entonação perfeita. As diferenças de gestos, a dessimetria de movimentos e a dissonância de sons não eram aceitas, pois mostravam o horror da diferença concebida como anormalidade. Tratava-se de normalizar tais usuários, harmonizando-os, mostrando para a sociedade que eles não eram tão loucos assim. Afinal, a cidadania tinha um preço, era necessário tornar-se um artista para adquiri-la, ainda que o contrapelo fosse contraído, algum quadro

nosológico que garantisse a cidadania do “artista-louco” ou do “louco-artista”. Ora, um eventual diagnóstico de esquizofrenia tampouco importava, o que eles realmente almejavam era conquistar uma “certa cidadania”. Mas essa tal cidadania custava-lhes ensaios diários intensos, bem como uma agenda de apresentações semanais bastante congestionada. Nessa vida de artista nem tudo era experimentado com “glamour” e “aplausos”, pois viajavam em péssimas condições, amontoavam-se junto aos instrumentos de música e dormiam em alojamentos precários. Além disso, esses artistas anônimos não recebiam pelas as apresentações que faziam pelo Brasil afora. Toda a renda arrecadada com tais apresentações era revertida para o Caps, mesmo assim, orgulhavam-se por serem representantes autênticos do sucesso terapêutico daquela instituição.

Quanto aos usuários que não conseguissem acompanhar o ritmo de aprendizagem imposto nessas oficinas, eram designados para as atividades produtivas consideradas inferiores. Faziam parte dessas atividades as oficinas de: artesanato, marcenaria e trabalhos com argila. Essas atividades possuíam um ritmo fabril intenso. Nelas, eram fabricadas as peças que seriam comercializadas na exposição anual de um bazar promovido pelo Caps. Nos meses que antecederiam tal exposição, o ritmo de produção alcançava sua potência máxima, provocando insatisfação, cansaço e apatia, não só nos usuários, mas também nos oficinheiros que se sentiam explorados na execução dessas atividades. “Era necessário produzir em quantidade, mas sem abrir mão da qualidade”. Esse era o lema desses espaços de produção. Tarefa angustiante para esses usuários que mais se aproximavam da temporalidade das tartarugas cinzas. Assim, os usuários e funcionários que, por qualquer motivo, não cumprissem as exigências determinadas pelas oficinas de produção artesanal eram taxados de preguiçosos e deturpadores da boa ordem institucional. Afinal, para manter o bom desenvolvimento da linha de produção artesanal era preciso criar grande quantidade de peças num curtíssimo espaço de tempo. Ora, mas esse esforço coletivo valeria a pena porque todos, no final, seriam “intensamente recompensados”, pois toda renda obtida com a venda dos objetos seria revertida para o Caps. A justificativa oferecida pela gestão do Caps para tal investimento era a necessidade de compra de material para a continuidade das oficinas. Dessa forma, o lucro obtido com a venda do artesanato seria revertido na compra de matéria-prima para as oficinas.

Verificou-se que a maioria das oficinas funcionava com o objetivo de controlar os usuários, desenvolvendo habilidades produtivas e normalizadoras. As oficinas classificadas como superiores (música, teatro e dança) funcionavam de forma fechada. Os usuários dessas eram escolhidos a dedo pela equipe técnica. A forma como essas oficinas estavam sendo constituídas permitia a composição de grupos homogêneos, criando guetos, ou seja, grupos fechados, agrupados pelo vetor identitário. Neste sentido, os considerados quase “normais”, ou que possuíssem alguma habilidade artística, participavam das “oficinas superiores”. Já aqueles que, por algum motivo, fossem considerados “anormais”, ou que não possuíssem habilidades artísticas, eram destinados para “oficinas inferiores”, designadas como oficinas de produção. Assim, existiam algumas oficinas formadas somente por pessoas designadas como: deficientes mentais, psicóticos e pessoas consideradas desamparadas socialmente. Esse funcionamento verticalizado das oficinas produzia constantes tensionamentos entre os usuários,icineiros, equipe técnica e a gestão desse serviço.

Rocha (1997), autora que estuda as propostas de oficina na clínica “psi”, divide o projeto de oficinas de saúde mental em três grupos. O primeiro é aquele em que há, na oficina, a produção de objetos destinados ao mercado, identificando-se com “o processo industrial”. No segundo grupo, cria-se o fazer artístico: existe o ensino de técnicas com o objetivo de produzir artistas para o mercado das artes. Nesse tipo de oficina, a produção de artistas destina-se à comercialização. E, por último, um terceiro grupo que a autora considera diferente dos anteriores, haja vista que não existe preocupação com o produto, tampouco com o valor de troca dos mesmos. O enfoque nesse tipo de oficina está na relação doicineiro e do usuário com o material utilizado.

Rocha, nessa mesma pesquisa, problematiza a relação entre trabalho, arte e terapia nas oficinas, tomando como analisador a supremacia da terapia em relação a outros campos, quando aqueles são utilizados na clínica como instrumentos terapêuticos. Tal autora afirma que a proposta desse tipo de intervenção, ao tratar a doença, não faz outra coisa senão conduzir o usuário a um suposto estado de normalidade. Em sua problematização acerca das oficinas, a autora objetiva retirar-lhes o estatuto de terapia, considerando que nessa função, mais facilmente encontrada nos serviços de saúde mental, esse dispositivo não se apresenta com seu potencial disruptivo, mas reproduz os procedimentos que justamente se quer

desconstituir no movimento de desinstitucionalização da loucura. A autora defende uma posição estratégica de intervenção, distinta da terapia no campo da saúde mental, afirmando que, se houver o abandono da prática excessivamente terapêutica, quebrar-se-á o elo entre a clínica, a enfermidade e a norma. Neste sentido, haverá produção de linhas de fuga para criação de outros modos de existência.

Durante a supervisão, ficou evidente que, apesar de as oficinas ocuparem um grande espaço-tempo no cotidiano desses serviços, tais atividades eram consideradas irrelevantes do ponto de vista tanto clínico quanto político, isto é, enquanto ação sobre os territórios. As oficinas funcionavam como preenchedoras de um tempo vazio e mortificado. Experimentava-se uma temporalidade que obedecia a uma lógica mercadológica de produtividade serial de objetos a serem comercializados. Cabe então interrogar que tipos de criação estavam sendo tecidos pelo dispositivo-oficina? Quais sentimentos, idéias e afetos foram se constituindo nestes e a partir destes dispositivos? Sem dúvida alguma, há criação de muitas coisas nestes espaços, podendo, inclusive, estar criando servidão, impotência, desprazer, tédio, tristeza, dependência, injustiças, controle, rotina. Vale sinalizar que estes dispositivos são capazes de produzir capturas no processo de criação de novas formas de afetar, ser afetado e estar no mundo. Também considero que nestes e a partir destes dispositivos podem ser engendradas composições de outros territórios existenciais.

Essa reflexão parece ser importante para a desnaturalização de alguns procedimentos, dispositivos e sentidos que se instalam no cotidiano desses serviços, de forma definitiva e muito pouco reflexiva. Os profissionais que trabalham com essas novas formas de atenção e gestão em saúde mental sabem como esse trabalho é sempre atravessado por inúmeras dificuldades que envolvem a todos, obrigando-os a repensá-lo incessantemente. Mas há possibilidade de suportar as dificuldades caso não haja uma acomodação em fazer apenas o que resta a fazer.

Foucault (2003a) chama a atenção para a importância de se romper com as evidências sobre as quais se apóiam os saberes e as práticas. Ele afirma que todo seu trabalho de pesquisa sobre as instituições disciplinares foi motivado por um desejo de derrubar “algumas evidências” e lugares-comuns presentes nas práticas, dentro das instituições. Para este autor, se muitas vezes não está claro o que se deve fazer é porque não se deve limitar a fazer o que resta a fazer. E, na verdade, o



que há a fazer deve ser sempre um processo de análise e, sobretudo, de exercício de crítica, quando se trata da problematização de dispositivos que são considerados fundamentais nestes serviços substitutivos de atenção à saúde mental, como é o caso das oficinas terapêuticas.

Em um texto denominado “Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas”, Rauter (2000) questiona qual o sentido das oficinas terapêuticas. A autora problematiza o objetivo das oficinas ditas “terapêuticas” de adaptar os “usuários psiquiátricos” ao mundo, mediante ações que passam por sua inserção no trabalho e atividades artísticas. A autora interroga sobre o que se obtém, do ponto de vista do fortalecimento e expansão da vida, com esse tipo de adaptação. E mais, interroga: “Em qual mundo se quer inserir os usuários psiquiátricos?” (Rauter, 2000, p. 268). Consta-se que o trabalho no sistema capitalista não é criador de novos territórios existenciais, ao contrário, funciona como forma, por excelência, de assujeitamento e de controle do tempo, de disciplina das existências, de docilização dos corpos.

Em contrapartida, a criação artística se caracteriza como um trabalho que problematiza seu próprio lugar no mundo contemporâneo, oferecendo, assim, uma boa indicação como alternativa de resistência às formas de dominação que o contemporâneo nos impõe. Concordo com Rauter quanto à necessidade da reflexão acerca dos modos de trabalhar no capitalismo, quando se realizam as ditas “oficinas terapêuticas”. O intuito é constituir aproximações entre trabalho, criação e arte. Convém frisar, lembra a autora, que, na maioria das vezes, os profissionais que produzem oficinas não se questionam acerca do “porquê” e do “para quê” atuam em oficinas. Cabe, então, interrogar: que tipos de criação estão sendo tecidos pelo dispositivo-oficina?

Ainda seguindo Rauter (1997), cabe ressaltar que, quando a arte contemporânea afirma o primado da criação de objetos autônomos, não é de objetos úteis do mundo da produção industrial que se fala. Na arte, o primado da criação deve prevalecer sobre todos os outros aspectos. Neste sentido, o que se tem visto é a utilização do trabalho no tratamento com psicóticos, situando-o sobre uma das duas vertentes: uma que aponta para a tentação de tornar os loucos adaptados e produtivos e outra que potencializa, neles, sua capacidade de criação, qualquer que seja o resultado, útil ou não. Afinal, uma das questões mais vicerias de nossa

contemporaneidade é a de poder fazer prevalecer o aspecto da produção desejante sobre os objetivos do progresso tecnológico do capitalismo.

É necessário frisar que havia vários obstáculos no funcionamento dessas oficinas, ditas “terapêuticas”. Não havia clareza do que se deveria fazer para tornar essa prática criadora de processos de diferenciação permanente. Constatava-se que as atividades e os objetivos das oficinas eram definidos pela equipe de técnicos, apesar desses profissionais não realizarem diretamente as atividades. Tal equipe entendia que cabia aos oficinairos acatar orientações designadas por eles, procurando prontamente executá-las sem questionamentos. Acreditavam que dessa forma estariam ajudando os oficinairos a “lidar” com os usuários, resgatando-lhes a cidadania através da adaptação em alguma atividade produtiva.

As determinações realizadas pela equipe técnica eram consideradas incontestáveis. Afinal, eles se sentiam representantes legítimos de um “saber superior”. Durante o processo de supervisão, ficava claro que, por um lado, os profissionais de nível superior tinham dificuldade em desconstruir os papéis absolutos que exerciam, na medida em que eram geralmente fiéis às suas especialidades e isso os impedia de ajudar os oficinairos na fabricação de um novo “fazer” para realizar as oficinas. Por outro lado, os oficinairos possuíam um saber construído na experiência com os usuários, do qual, em muitas ocasiões, não conseguiam se apropriar porque eram obrigados a ouvir a voz dos especialistas.

Existiram momentos de bastante tensionamento nas assembléias: havia muitas reclamações do mau comportamento dos usuários nas oficinas. Os oficinairos ainda tinham receios em expressar suas opiniões, dúvidas e críticas em relação ao funcionamento institucional. Mas, no decorrer dos encontros, tais dificuldades iam sendo superadas, o gelo do silêncio estava sendo dissolvido, aos poucos, pelo calor do coletivo. E eles, finalmente, começavam a expressar as insatisfações, os receios e as críticas em relação à dinâmica institucional do Caps. A gestão também se mostrava insatisfeita com os resultados obtidos nas oficinas. Alguns familiares afirmavam que seus filhos já não queriam mais participar das oficinas. Em uma das visitas de supervisão, um usuário me interrogou dizendo:

Por que não posso ir para a oficina de música?... Sou louco, mas também sou gente. Não sou nenhum Roberto Carlos, mas adoro cantar... Isso aqui só existe porque agente vem. Se ninguém vier mais, isso aqui vai fechar e vocês não vão ter mais onde trabalhar e

vão ficar loucos como agente... E aí, doutora, desenganche! Ou tire essa com um gancho?...

Aquelas palavras produziram em mim uma sensação de enganchamento. Afinal, o processo de supervisão havia enganchado? Se assim fosse, precisávamos lançar mão não de apenas de um gancho, mas necessitávamos de vários ganchos para produzir rupturas, linhas de fuga e desvios nessa forma de compor e conduzir as oficinas terapêuticas.

Após alguns encontros em assembléia, foi decidida a construção de dois grupos semanais com osicineiros, para pensar/discutir o funcionamento dessas oficinas. Nesses espaços, foram experimentados momentos de problematização, de dúvida, de incerteza, de esvaziamento de angústias, de troca de saberes, de discussão e de construção de novas propostas. Osicineiros sentiam-se despotencializados e indignados com o funcionamento que foi se constituindo, por muito tempo, nessas oficinas. Não concordavam com o sentido que era imposto para o funcionamento dessas oficinas. Desse modo, interrogava-se: quais novos sentidos poderiam ser criados para as oficinas? Elas deveriam fazer sentido para quem? Apenas a produção de saúde dos usuários deveria ser posta em análise? Como conceber uma instituição que afirmava o discurso a favor da desinstitucionalização da loucura, quando se encontrava em sua dinâmica a presença de vários vetores iatrogênicos?

Em uma das oficinas, ocorreu uma situação analisadora. O usuário encaminhou o monitor da oficina para o ambulatório de psiquiatria, dizendo que não ia assumir, sozinho, a responsabilidade de cuidar doicineiro. Era preciso o apoio da medicação! Ele estava avisando e a equipe tinha que ser mobilizada. Ele descobrira que oicineiro estava usando grandes doses de antidepressivos. Essa situação provocou risos, brincadeiras e algumas ironias, mas revelou quais efeitos estavam sendo produzidos em algumas dessas oficinas, emergindo enquanto potência analisadora.

Convém frisar que as oficinas não são meros instrumentos a serviço de um objetivo, há uma aposta na sua força de dispositivo disruptivo. Barros, R. (1997, p. 189) “afirma que o dispositivo se caracteriza por sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra bloqueado de criar [...] o dispositivo tensiona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca outros agenciamentos”. Não resta dúvida de que as

oficinas podem construir modos de existencialização diferentes, constituindo outras maneiras de experimentar afetos, sons, percepções, sensações, outros devires.

Na intervenção junto às oficinas, acreditava que era preciso criar atividades que fizessem sentido tanto para os usuários quanto para osicineiros. Havia uma pista: a oficina de horta era um motivo de alegria, prazer, dedicação, tanto para os usuários quanto para osicineiros. Nessa oficina, os usuários aprendiam a adubar a terra, preparar as mudas de hortaliças e verduras, plantá-las, regá-las e, principalmente, colhê-las no tempo certo.

Vale dizer que essa atividade fazia sentido para todos que estavam ali, pois a clientela desse serviço pertencia à zona rural. Era importante para aquelas pessoas aprender a mexer com a terra, aproveitando as possibilidades de recursos disponíveis no próprio ambiente. A maioria tinha um pequeno quintal em sua casa, onde foi criada uma horta. Essa experiência melhorou o cotidiano daquelas pessoas, aumentando, inclusive, suas condições de subsistência. Rauter (2000) ressalta que no trabalho com usuários de psiquiatria, trata-se de reinventar a vida em seus aspectos cotidianos, pois são de experiências cotidianas que se encontram privadas essas pessoas que estão em relação de sofrimento com o corpo social.

A partir dessa experiência realizada com a oficina de horta, o coletivo decidiu realizar a primeira assembléia com todos os usuários, a fim de consultá-los a respeito de suas preferências na composição de novas oficinas. Essa assembléia foi um acontecimento inédito e intenso, pois eles tinham outras questões a serem problematizadas em relação ao funcionamento do Caps, como, por exemplo, à qualidade das refeições oferecidas no Caps, a distribuição do espaço físico da instituição, a manutenção da limpeza, bem como críticas ao comportamento de alguns funcionários. Durante a assembléia, ficou claro que os usuários desejavam acabar com o funcionamento normalizador e fabril das oficinas, criando atividades que os ajudassem a melhorar a qualidade de suas vidas. Após várias discussões em assembléia, foram selecionadas sugestões para a criação de novos projetos para as oficinas. Nesse processo foram criados dez novos projetos para as oficinas de alfabetização, culinária, música, teatro, dança, fantoche, ritmos afro, braile, bordado e libras. Cada projeto possuía justificativa e objetivos claros para sua realização, respeitando as singularidades de cada usuário.

Vale enfatizar que, anteriormente, se as perspectivas clínicas e políticas da atenção e da gestão se aproximavam, durante o processo de discussão em

assembléias tais perspectivas começaram a se diferenciar, instaurando uma dicotomia entre atenção e gestão. A equipe técnica era favorável à implantação de um novo funcionamento para as oficinas, enquanto a gestão defendia a permanência da antiga proposta, barrando qualquer possibilidade de mudança nas oficinas.

É importante afirmar, com Barros, R. (2003), que a construção de novas políticas de saúde pública não pode de esgotar em sua formulação. Não há dúvida de que o momento de implantação constitui um processo intenso de lutas entre os diferentes atores sociais para a afirmação de seus interesses e desejos. Essa construção não pode existir sem a dimensão micropolítica da subjetividade. Neste sentido, a construção de novas políticas se efetiva pela ação e na ação diária dos atores sociais nesses serviços. A implantação das novas oficinas no Caps “Luz do Sol” foi um processo intenso de luta, avanços e retrocessos, pressões, incertezas e desejo de mudanças.

No Caps “Artur Bispo do Rosário”, existia uma situação diferenciada no que diz respeito ao funcionamento das oficinas, mas que também produzia alguns efeitos que chamavam a atenção. Lá, a equipe técnica tinha mais força política para enfrentar as diretrizes de atenção e gestão impostas pela Ong Luz do sol. Apesar disso, o funcionamento das oficinas terapêuticas também causava uma sensação de estranhamento, provocando alguns questionamentos. Nesse serviço, existiam três tipos oficinas: desenho, bordado e alfabetização. Nas oficinas de desenho e bordado, os usuários não eram obrigados a participar, tampouco existiam escalas a serem cumpridas. Mas existia, nesses dois espaços, a presença de um tempo vazio, tedioso e mortificado. As expressões gélidas e os gestos mecânicos dos participantes denunciavam uma presença ausente. Havia, ali, uma temporalidade congelada que produzia sono, irritabilidade, impaciência, tristeza, lentificação, morbidez e, algumas vezes, agressividade. Curioso afirmar que tais oficinas não tinham como objetivo específico a aprendizagem de um ofício ou mesmo o simples direito ao lazer, mas a intencionalidade de criar convivência entre os usuários. Estava posta a situação paradoxal: a valorização da convivência em detrimento da aprendizagem ou do lazer estava produzindo, muitas vezes, atividades mecânicas, empobrecidas de desejo e de afeto.

Nas oficinas de desenho os usuários coloriam gravuras de flores, casas e animais cujos desenhos eram produzidos pelo monitores. Tais usuários sentiam-se

infantilizados na execução de atividades que não viam sentido em realizar. Observava-se que os desenhos eram destinados ao lixo no final de cada oficina. Essa atividade mecânica repetia-se todos os dias, variando apenas o monitor que cumpria resignadamente seu horário de trabalho, controlado por um relógio de ponto instalado na entrada Caps. A convivência, justificativa principal para a existência dessas oficinas, reduzia-se, apenas, ao compartilhamento do espaço físico.

Já nas oficinas de bordado, o domínio da destreza artesanal era condição essencial para a inclusão. Os bordados que fugissem ao padrão definido pelo monitor eram desmanchados e tinham que ser reconstruídos repetidamente pelo usuário até ficarem semelhantes ao modelo. Os moldes, os desenhos, a cor da linha, a forma do tecido, a disposição dos usuários no espaço, as músicas cantadas, as conversas, as estereotípias. Tudo era encenado da mesma maneira todo o dia, nada rompia a temporalidade daquele tempo batido. A cena encarnada, diariamente, nessa oficina, sempre me levava para o chá da rainha de *Alice no País das Maravilhas*. Como fazer para criar outras temporalidades naquela oficina?

A oficina de alfabetização também produzia algumas interrogações. Tal oficina possuía um funcionamento semelhante ao de uma escola tradicional, com direito a avaliações mensais, recreio e castigo para os “alunos” indisciplinados. Os usuários daquela oficina não se comunicavam com o restante do Caps, pois a “sala de aula” obedecia a um regime fechado, ou seja, ninguém entrava e ninguém saía. Em seu funcionamento, a “escolinha” não exercia acolhimento ao humor, ao riso, à alegria, à brincadeira, à espontaneidade, à diferença, à improvisação, à experimentação etc. Afinal, a professora sentia-se na obrigação de cumprir seu papel de pedagoga, alfabetizando com rigor aquelas pessoas que, segundo ela, almejavam um lugar no “mercado de trabalho”. Independentemente do anseio de conquistar algum “lugar ao sol”, o que tais “alunos” queriam saber era quando iam ter férias daquelas atividades cansativas, que, muitas vezes, lhes rendiam alguns latejos na cabeça durante o dia. A professora, por sua vez, respondia, impaciente, aos “alunos” indisciplinados, que era preciso um grande esforço para ser “alguém na vida”. Assim, tal professora seguia resignada, realizando o projeto de escolarização daqueles usuários. Vale questionar: quais efeitos a oficina de alfabetização estava produzindo no cotidiano daquelas pessoas? Qual o sentido de introduzir uma oficina com um funcionamento escolar num Caps?

Uma situação analisadora emergiu quando a pedagoga, monitora dessa oficina, entrou de férias. Durante sua ausência a “escolinha” ficou fechada e seus “alunos” não conseguiam participar de outras atividades do Caps. A sensação experimentada por eles foi de abandono, tristeza e confusão. Ficaram completamente perdidos, muitos, inclusive, tiveram suas situações existenciais alteradas, tendo que serem intensivamente medicados durante esse período.

Em uma pesquisa sobre as oficinas, Galletti (2004) considera que estas não são meros instrumentos aplicáveis a serviço de um projeto, mas um espaço que mobiliza novas práticas e outras formas de organização. Neste sentido, a autora afirma que o trabalho nas oficinas exige, em primeiro lugar, a produção de sentido. Trata-se de uma produção que singularize existências, permitindo o surgimento de processos criativos que legitimem a expansão da vida.

Concordo com a autora quando ela situa as oficinas como lugar de intercessão entre outros saberes. Entendo a idéia de intercessor não como forma de capturar os saberes vizinhos, mas, ao contrário, como um modo de estabelecer relações de ressonância mútua, ou seja, de troca entre os domínios (DELEUZE, 1992). A condição de intercessor desloca a oficina da posição de instrumento terapêutico para afirmá-la como um potente dispositivo que entra em relação com outros domínios sem submetê-los à condição de instrumentos terapêuticos.

Diante dessa perspectiva, gostaria de ressaltar que a função intercessora das oficinas de desenho, bordado e de alfabetização, no Caps “Artur Bispo do Rosário”, estava capturada, ou, melhor dizendo, nunca havia existido. Tratava-se, ali, da utilização do desenho para simplesmente ocupar o tempo, constituindo uma atividade sem sentido. Não deveria ser tarefa da oficina de bordado transformar os usuários em bordadores profissionais, nem muito menos de preencher aquele tempo como uma atividade rotineira que comportava um “fazer” vazio de sentido. Não cabia também à oficina de alfabetização transformar os usuários em “alunos” disciplinados e subservientes, mas, ao contrário, a potência do desenhar, de bordar, de ler e escrever deveria servir como vetor de existencialização, funcionando como um espaço de experimentação, de diferenciação e de expansão do “viver” no cotidiano daquelas pessoas.

Os efeitos que emergiam naquele modo de realizar as oficinas colocavam a necessidade de criar linhas de fuga que rompessem com aquele funcionamento, inventando novos ritmos maquínicos, novas temporalidades, novos sentidos para

aqueles espaços. Trata-se de apostar nas oficinas como dispositivos políticos da clínica de saúde mental em que o termo político é entendido como um campo de encontros de alteridade marcado por processos ininterruptos de diferenciação (ROLNIK, 1995).

Acreditando na possibilidade de transformação desses espaços e a partir da experimentação que estava sendo realizada com o grupo de oficinairos do Caps “Luz do Sol”, investi na problematização do funcionamento das oficinas. Foram constituídos dois grupos de trabalho com os oficinairos, a fim de construir novas paisagens subjetivas nas oficinas. Após um processo intenso de trabalho que incluía discussões, troca de saberes, incertezas, dúvidas e receios, novas experimentações foram criadas: a oficina de saúde, produzida pelo grupo de enfermagem; a oficina do corpo e do som; a oficina de educação física; a oficina de esportes; a oficina de danças folclóricas; a oficina de brinquedos; a oficina de culinária; a oficina de glicerina e parafina; a oficina de contos e a oficina de teatro. Vale frisar que tais oficinas foram construídas pelo grupo de oficinairos, levando em consideração as preferências dos usuários, discutidas e votadas em assembléia dos mesmos.

Durante esse processo, pequenas rupturas foram produzidas no funcionamento de algumas oficinas, revelando a potência disruptiva e criativa que esses espaços poderiam instituir. As oficinas de teatro, contos, danças folclóricas, esportes, educação física, glicerina e parafina não se fixaram no Caps; tomaram outros rumos, invadiram e transitaram por outros territórios da cidade, da arte, do trabalho, não só colocando os usuários em contato com a vida que existia para além dos muros do Caps, mas, principalmente, provocando o contato da clínica com o não clínico ou com sua própria exterioridade. Neste sentido, tais oficinas foram vividas como potentes intercessores da clínica na experimentação da transdisciplinaridade, entendendo tais práticas como experiências que se dão nas bordas, no limite, ou seja, em zonas de indeterminação criadoras de outras formas de subjetividade.

A efetivação dessa experiência clínico-política nas oficinas criou uma luta de forças entre a gestão da Ong “Luz do Sol” e a equipe técnica do Caps. A gestão da Ong entendia que a abertura das oficinas rumo ao território da cidade estava esvaziando o Caps de sua proposta terapêutica, que era de atendê-los ali. Tal administração não respeitava as decisões tomadas pelo coletivo em assembléia, exigindo que todas as atividades fossem realizadas no espaço circunscrito do Caps. Sem dúvida alguma, as determinações da diretoria da Ong anunciavam que tempos



de rigidez estavam por vir. Em uma das últimas assembleias, o presidente da Ong "Luz do sol" afirmara que "O serviço era substitutivo porque as pessoas eram substituíveis", iniciando, imediatamente, um processo coletivo de demissões. Nessa mesma semana, foi instalado um relógio de ponto na entrada do Caps para o controle efetivo dos funcionários que não se adaptassem às determinações impostas pela administração da Ong. Os funcionários que não respeitassem tais determinações teriam o salário descontado e receberiam o aviso prévio.

Tratava-se de um processo complexo, porque 50% dos funcionários do Caps eram cedidos pelo Estado e os outros 50% contratados pela Ong. Ambos sentiam os efeitos das ameaças produzidas por essa administração. Por um lado, os funcionários estatutários, apesar de não sofrerem iminências de demissões, tinham receios de serem transferidos do Caps para setores da saúde em que não gostariam de trabalhar, como, por exemplo, o manicômio judiciário. Por outro, os funcionários contratados sofriam com iminência de demissões anunciadas pela gestão da Ong. Apesar da equipe ter produzido algumas mudanças na forma de atenção concebida, principalmente na criação de outras formas de realizar as oficinas, o coletivo ainda era pouco expressivo para enfrentar as forças que impediam o movimento de desinstitucionalização da loucura nesse serviço.

A supervisão enfrentou uma parada de processo: não havia condição de continuar fingindo existir um processo de supervisão. Na última assembleia, realizou-se um abaixo assinado, tentando negociar a retirada do relógio de ponto do Caps. A tentativa foi frustrada, pois os momentos de endurecimento da gestão da Ong emergiam com força total. A tempestade tinha chegado, assolando tudo que encontrava pela frente. Diante da impossibilidade de manter a supervisão em sua autonomia, a equipe tomou a decisão de destituí-la na sétima assembleia geral. Durante essa mesma assembleia alguns profissionais da equipe técnica anunciaram o pedido de demissão.

É importante ressaltar que o fato de uma experiência ter sido interrompida pela violência de uma rigidez administrativa ou por fracasso próprio não elimina a possibilidade de olhar criticamente tal experiência, tentando problematizar não só seus pontos frágeis, mas, principalmente, tentando criar operadores analíticos que construam linhas de fuga para continuar o movimento de desinstitucionalização da loucura.

### **3) A produção de demanda**

Em relação à produção de demanda em psiquiatria, já foi mencionado que os dois Caps em questão se localizam em áreas de extrema pobreza, tanto do sertão sergipano, quanto da periferia de Aracaju. Por isso, gostaria de chamar a atenção para o perigo destes serviços terem se constituído, ao longo desses anos, como grandes atrativos, na medida em que ofereciam alimentação, medicação, atendimentos psiquiátricos, psicológicos, sociais, pedagógico, além de disporem de oficinas de teatro, coral, música, dança, argila, pintura, papel, desenho. Por outro lado, cabe frisar que esta questão também se torna extremamente problemática quando se coloca em análise o sistema de subsídio financeiro ao qual os Caps estão submetidos para subsistirem.

De acordo com os estudos realizados por Ugá (1992; 1994), os métodos de repasses financeiros a unidades de assistência à saúde classificam-se em dois grupos denominados ex-ante e ex-post. Freire, Ugá & Amarante (2004), ao considerarem essa classificação, estabelecem uma interlocução entre a economia e a saúde com o objetivo de problematizar os efeitos do sistema de alocação de recursos utilizado pelo SUS no modelo assistencial dos Centros de Atenção Psicossocial. Em sua pesquisa, definem o sistema ex-ante como uma transferência de recursos realizada previamente à prestação de serviços, classificando esse modelo de repasse financeiro em duas formas de pagamento: a) orçamento global e b) capitação.

A forma de alocação por orçamento global caracteriza-se por repasses periódicos de um montante de recursos, definido através de um planejamento orçamentário elaborado pela unidade de saúde para o período correspondente e acordado com o órgão negociador.

Já a alocação por capitação consiste na existência de um valor per capita multiplicado pelo tamanho da população a qual está vinculado o serviço. Ugá (1994) define esse valor através de um instrumento de cálculo com base nas probabilidades de que a população, subdividida por sexo e idade, utilize os serviços médico-assistenciais. Dessa forma, o valor per capita leva em consideração a probabilidade de utilização e o custo médio de cada serviço de saúde. Significa dizer que o repasse a ser efetuado a cada unidade equivale ao produto desse valor pelo

tamanho da população a ela adstrita. Neste sentido, o sistema de alocação por capitação está intimamente relacionado à cobertura populacional. Esse sistema está, portanto, pautado nos princípios de regionalização e hierarquização, tendo em vista que cada unidade será relacionada a uma população definida previamente.

Constata-se que, tanto na locação por planejamento global quanto por regime de capitação, o volume de recursos é alocado de acordo com a capacidade instalada e/ou cobertura do serviço. Tais formas de pagamento não estão relacionadas à quantidade de serviços prestados pela unidade, mas à capacidade de produção e à responsabilidade assumida pela clientela adstrita. O prestador recebe do órgão financiador um montante de recurso para custear suas despesas em um período acordado, geralmente por um mês, funcionando como um pré-pagamento. Esse sistema de pagamento permite que o prestador de serviço tenha mais autonomia não só para gerenciar seus recursos, mas também maior flexibilidade para construir suas ações assistenciais, as características de seu território e, conseqüentemente, o perfil da unidade de saúde (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 120).

A outra modalidade de repasse financeiro, ex-post, se refere à transferência de recursos realizada posteriormente à prestação de serviços. Tal modalidade é classificada por Freire, Ugá & Amarante (2004) em três formas de pagamento: a) diária hospitalar; b) sistema de pagamento itemizado ou por unidade de serviço; c) sistema de pagamento prospectivo por procedimento. O sistema de repasse por diária hospitalar corresponde ao número de diárias realizadas no mês, multiplicado pelo valor atribuído a cada diária. Nesse modo de alocação, leva-se em conta o tempo de permanência do paciente no hospital, ou seja, o custo de cada paciente refere-se ao número de dias que ele permaneceu internado, multiplicado pelo valor correspondente à diária. Essa diária diz respeito aos serviços que o hospital oferece por dia. Tais serviços envolvem atendimento médico, de enfermagem, exames diagnósticos, consultas etc. É interessante frisar que esse tipo de repasse financeiro produz o aumento do tempo de permanência dos pacientes internados. Um exemplo claro dessa elasticidade do tempo é verificado nas longas internações psiquiátricas. Esse fato ganha maior visibilidade nos hospitais conveniados com o SUS, onde o custo médio da internação é bastante inferior ao valor pago pela AIH (Autorização de Internação Hospitalar).

Em relação ao sistema de pagamento itemizado, trata-se da remuneração unitária de cada intervenção médica. O repasse financeiro é calculado pelo somatório dos serviços que constituem o tratamento, tais como exames, medicamentos, curativos, anestesia, alimentação etc. Esse sistema foi utilizado durante muitos anos no Brasil pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Ao final do tratamento, os hospitais apresentavam a fatura ao INAMPS, na qual eram registradas todas as ações definidas como unidades de serviço (US) que teriam sido utilizados no tratamento hospitalar. Esse sistema gerou muitos problemas, inclusive, promovendo a utilização abusiva de serviços com o objetivo de produção de um superfaturamento. Tal procedimento produziu corrupção, colocando em risco a saúde do paciente em benefício do superfaturamento.

No que diz respeito ao sistema de pagamento prospectivo por procedimento, o pagamento é efetuado de acordo com a quantidade e o tipo de procedimentos previamente utilizados pelo serviço de saúde. Assim, o órgão financiador, após um período acordado (geralmente de um mês), repassa ao prestador o valor que corresponde ao somatório do volume de cada procedimento, multiplicado pela quantidade efetuada naquele período. Para que o Caps seja remunerado, vincula-se a cada usuário uma autorização de procedimento de alta complexidade/custo denominada APAC. Vale esclarecer que para cada autorização de pagamento é necessária a emissão de um laudo contendo o diagnóstico do usuário. Este é o sistema que prevalece no Brasil, vigorando tanto para pagamento em hospital, seja ele público ou privado, quanto para ações de atenção básica. Convém enfatizar que essas formas de distribuição de recursos ex-post estão relacionadas à quantidade de procedimentos efetivamente prestados por cada unidade de saúde, constituindo uma relação de compra e venda dos serviços assistenciais em saúde. Neste caso, constata-se que a unidade prestadora recebe recurso financeiro em função dos procedimentos que foram previamente executados, constituindo uma relação mercadológica onde o tratamento de saúde passa a pertencer à lógica de mercado, transformando-se em objeto a ser comercializado. Nesta perspectiva, os agenciamentos promotores de saúde parecem não fazer mais sentido e a lógica de faturamento vincula-se totalmente à noção de doença.

Diante desse fato, não resta dúvida de que modos de alocação de recursos produzem efeitos nas formas de atenção à saúde e, em especial, à saúde mental,

sendo assim, torna-se extremamente importante problematizar o modo utilizado pelo SUS para financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

Neste sentido, cabe ressaltar que quando o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), promulgou uma nova normatização dos Caps, através da portaria 336/02, classificando tais serviços em CAPS I, CAPS II E CAPS III, também criou um novo modelo de financiamento para esses serviços, incorporando-os nas ações estratégicas do Ministério da Saúde. Assim, a remuneração passou a ser efetuada através do sistema de APAC/SIA (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/custo), sendo inseridos na relação de procedimentos do SUS e financiados com os recursos das Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Nesta forma de financiamento, o principal órgão financiador passa a ser o gestor Federal. No entanto, a operacionalidade desse modo de financiamento se dá através da verba alocada em conta específica do município. Assim, tais serviços apresentam ao SUS a fatura correspondente à produção de atendimentos realizados aos seus usuários no final do mês e o Ministério da Saúde repassa, diretamente, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual, o valor equivalente a sua produção mensal. Esse modelo de remuneração foi descrito pela portaria 189/02<sup>6</sup>.

Gostaria de afirmar, com Freire, Ugá & Amarante (2005), que, diante destes três modelos de alocação de recursos ex-post, a forma de alocação que mais se aproxima da assistência dos serviços de atenção psicossocial é uma variação do pagamento por diária hospitalar, muito embora não se trate, especificamente, de uma assistência hospitalar. No entanto, se convencionou definir esse tipo de alocação, de “diária psicossocial”<sup>7</sup>. Os procedimentos incluídos nesta diária e descritos pela 336/02 para a assistência prestada aos usuários são: atendimentos individuais, grupais, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família

---

<sup>6</sup> A portaria 189/02 determina três tipos de procedimentos (intensivo, semi-intensivo e não intensivo), que são descritos pela portaria 336/02, delimitando as seguintes categorias. Caracteriza-se como atendimento intensivo, aquele que é destinado aos usuários que, em função da complexidade de seu quadro clínico atual, necessitam de acompanhamento diário; o semi-intensivo diz respeito ao tratamento destinado aos usuários que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisando estar diariamente no Caps; o não-intensivo é o acolhimento que em função da estabilização do quadro clínico pode exercer uma freqüência menor no serviço.

<sup>7</sup> O termo “diária psicossocial” foi sugerido em comunicação oral por Rosemary Correa, do LAPS/ENSP/FIOCRUZ.

como também atividades comunitárias com o objetivo de inserção familiar e social do usuário. Tal pagamento será o somatório das diárias utilizadas pelo usuário no período de um mês. Neste sentido, constata-se que o sistema de alocação utilizado pelo Caps é ex-post, não só porque o pagamento é feito a posteriori, mas também porque é contabilizado o número de diárias que corresponde a cada tratamento individual, variando caso a caso (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005, p. 131).

A introdução do sistema de Apac no modelo de alocação de recursos do SUS ao Caps, afirmado pelas portarias 336/02 e 189/02, indica apenas uma mudança na forma de financiamento cujos recursos passam a ser repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual e Municipal. Isso implica dizer que os Caps continuam sendo subsidiados, obedecendo à lógica da produtividade mercadológica. Cabe chamar, aqui, a atenção para o perigo de captura e incidência do capitalismo globalizante e intensivo nas estratégias políticas de gestão de alocação desses recursos. Tal perigo se configura quando a atenção à saúde é colocada a favor da lógica de mercado. Trata-se, portanto, de estar atento para os efeitos que estão sendo produzidos nestas novas formas de atenção e gestão à saúde.

A primeira questão que salta aos olhos é a definição do cuidado à saúde como tratamento curativo da “doença”. Verifica-se que uma estranha economia é montada quando há inversão do foco da promoção da saúde para tratamento da doença. Amarante (2003) sinaliza o perigo dos Caps, como serviços integrantes do SUS, estarem sendo capturados pela lógica da “inampsição”, ou seja, cooptados por uma lógica que transforma a saúde em uma mercadoria de alta cotação no mercado. De acordo com este autor:

O modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida à doença, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido a assistência médico-curativa [...] há um risco de um processo de Capsização da reforma psiquiátrica, ao mesmo tempo em que pode haver uma inampsição dos CAPS. (AMARANTE, 2003, p. 62-63).

Isso implica dizer que quanto menos o serviço estiver criando novas formas de atenção à saúde, mais ele vai estar voltado para o tratamento da doença mental. E, conseqüentemente, mais ele será recompensado financeiramente. Há, aqui, uma incompatibilidade entre a atenção à saúde e a gestão de recursos. Esse modo de

alocação de recursos implementado pelo SUS separa radicalmente a gestão e a atenção à saúde. E, ao separar, cria uma lógica de remuneração preponderantemente dirigida à doença, que compromete a criação de novos agenciamentos de produção de saúde. Neste sentido, para que os recursos cheguem aos Caps, é necessária, obrigatoriamente, a emissão de um laudo contendo o diagnóstico do usuário.

Cabe interrogar como desmontar a relação manicomial, deslocando o foco da doença para a existência das pessoas e sua relação com o corpo social, quando a sustentação financeira do serviço depende da emissão de um laudo patológico para garantir sua sobrevivência.

Outro aspecto complicado, derivado desse modo de funcionamento, é a concentração das ações do Caps no interior da instituição, e não em seu território. Neste caso, o Caps, como uma alternativa de atenção diária, passa a ser utilizado como um serviço de semi-internação, com funções análogas às do hospital-dia, uma vez que o usuário também é atendido durante o dia, retornando apenas à noite, à sua casa, chegando-se ao extremo, em muitos desses serviços, de exigir que o usuário “assine o ponto”. Neste modo de experimentação de atenção à saúde, podemos estar confirmando a funcionalidade do Caps como o serviço de semi-internação onde o que parece estar em cena é a questão do controle, exercido de uma forma sutil, por isso mesmo, um controle perigoso, porque captura sem precisar de muros, de celas ou de choques elétricos. Assim, com o alibi de cuidadores e agentes do processo de desinstitucionalização da loucura, corre-se o risco de estar exercendo o controle do tempo, dos afetos, da vida dessas pessoas já tão constituídas por modos de existência desérticos e capturados.

Vale ressaltar que o atual modelo de gestão de recursos que o SUS direciona aos Caps, sob forma de diária psicossocial, torna-se incompatível com a estratégia de intervenção dos serviços substitutivos de atenção psicossocial, cuja base é estritamente territorial. A intervenção territorial produz não só a inserção do usuário em seu contexto social, mas também transforma os preconceitos sociais em relação à loucura. Trata-se de criar estratégias de financiamento para que cada serviço possa realizar intervenções compatíveis com a necessidade de seu território, separando o financiamento da relação de compra e venda de procedimentos, bem como da categoria de doença.

Há uma aposta de intervenção da clínica a partir da intercessão entre a atenção e a gestão, entre serviços de assistência em saúde e políticas de saúde, entre os vetores instituintes e instituídos, entre micropolítica e macropolítica, entre clínica e política. É na zona de tensionamento entre tais vetores que consiste a força de resistência para a continuidade do movimento de desinstitucionalização da loucura. Não adianta criar modos flexíveis de atenção à saúde se não houver uma transformação nas formas “duras” de gestão. Trata-se de colocar em análise as práticas de atenção e de gestão com o objetivo de liberar linhas que continuem o movimento de desinstitucionalização da loucura.

Cabe dizer, então, que na organização das práticas de atenção e de gestão dos Caps há perigo de produção de demanda em saúde mental, sob dois aspectos. Por um lado, a demanda pode ser forjada pela própria condição de miséria e exploração da população atendida. Por outro, essa demanda também pode ser produzida pelos próprios modos de alocação de recursos, na medida em que a atenção e a gestão produzem um número cada vez maior de usuários com o objetivo de garantir a autorização de um alto volume de procedimentos e, conseqüentemente, um alto volume de repasse de verbas oriundas do Ministério da Saúde para esses serviços.

Cabe questionar o processo de construção de uma demanda serial do “corpo-usuário”, apesar de se assumir um discurso a favor do processo de desinstitucionalização da loucura. E mais, será que está havendo desconstrução da relação manicomial ou apenas uma modulação da relação de **tutela** para o **controle** da doença mental, agora efetuado em regime “aberto”? Vale ressaltar que nestes novos dispositivos de atenção em saúde mental há riscos de produção de outros perigos que não irão incidir apenas na vida, mas na potência do viver dos corpos. É preciso considerar que determinada prática, em lugar de desinstitucionalizar a loucura, pode criar existências capturadas “a céu aberto”, que precisarão da infinita tutela dos profissionais do controle da loucura.

### ***O Caps e o controle a céu aberto***

É importante dizer que, de um lado, se os Caps têm funcionado como uma das portas de entrada na rede de saúde mental, garantindo sua legitimidade como



serviço territorial extra-hospitalar, por outro, há o risco de cair em uma nova institucionalização que produz como efeito a cronificação, da qual se quer, justamente, fugir. Será que está existindo a criação de fluxos de encaminhamento para aqueles usuários que não precisariam do Caps, ou para os quais o projeto do Caps não seria mais indicado? Esta questão se desdobra na indicação de um processo que Amarante (2003) definiu como “Capsização”, ou seja, o perigo de uma possível cronificação dos serviços substitutivos de saúde mental.

Cabe sinalizar o perigo desta forma de atenção e gestão à loucura estar capturada por modulações contemporâneas de um poder que Foucault (1978a; 1978b), Deleuze (1992), Guattari (1990; 1992), Negri & Hardt (2001), Agamben (2002) denominaram de biopoder. Há, como já foi mencionado anteriormente, o perigo de uma modulação da relação de **tutela** operada pelo antigo manicômio para o **controle** cronificado dos serviços ditos “abertos”. Existem sinais visíveis de modulação da série: **doença mental – tutela – manicômio** para outra que pode constituir outros perigos: **doença mental – controle – serviços abertos**. A nova série comporta novos perigos, pois a submissão que o controle (DELEUZE, 1992) impõe é efetuada no regime das práticas cotidianas que, embora mais flexíveis, podem criar hierarquias racionais não menos estáveis e brutais. Vale dizer que, por um lado, se há uma intensa luta pelo esvaziamento processual dos manicômios e a conseqüente implantação dos serviços “abertos”, por outro é justamente pela existência de “muros invisíveis” nesses serviços que pode está sendo constituída uma nova forma de captura que o contemporâneo nos impõe. O movimento pela autonomia dos usuários dos serviços substitutivos pode coincidir com o momento de sua captura.

Tal modulação nos dá pistas para colocar em análise três tipos de cronicidades que vêm sendo constituídas nesta nova forma de atenção à loucura: 1) cronicidade dos usuários que são retidos nos muros invisíveis dos Caps; 2) cronicidade dos profissionais que não colocam em análise os modos de atenção e de gestão, muito menos as instituições que estão sendo produzidas e reproduzidas nestas organizações; 3) cronicidade dos dispositivos em saúde mental, produzida pela inexistência ou fragilidade da rede de atenção em saúde, que não amplia nem conecta os diferentes serviços, garantindo uma efetiva abertura dos Caps que tendem a possuir porta de entrada, mas muitas vezes não possuem porta de saída.

Em relação à cronicidade dos usuários, gostaria de chamar a atenção para o risco de criação de uma certa dependência dos usuários em relação aos serviços substitutivos. Tais usuários são acolhidos e ficam, por muitos anos, nos Caps, tornando-se parte destes serviços, chegando, às vezes, a se orgulharem de ocupar esta condição de antigos usuários. É bem verdade que a forma de cuidado realizada nestes serviços é bastante diferente daquela efetuada nos manicômios. No entanto, cabe ficar atento para não estar criando outros tipos de cronicidade que ultrapassam a forma de segmentação asilar. Afinal, a retenção dos usuários nos Caps, a produção de uma certa dependência dos mesmos frente aos cuidados dos especialistas e o aumento da demanda ambulatorial também podem se configurar como outras formas de cronicidade.

De acordo com Desviat (1999), os serviços alternativos de saúde mental também criam efeitos de cronicidade, na medida em que seu cotidiano converte-se em uma atuação ritualizada com conteúdo estereotipado e frequência inalterada. Neste caso, há necessidade de colocar em análise o aprisionamento dessas pessoas a esta rotina que acaba ficando interminável. Torna-se necessário uma constante avaliação do projeto terapêutico individual de cada usuário. Trata-se de construir não só fluxos de encaminhamentos para outros serviços da rede, mas, principalmente, criar projetos de vida que não, necessariamente, passem, exclusivamente, pelos Caps, mas que refiram a uma rede intersetorial.

Já no que diz respeito à cronicidade dos profissionais, é preciso pontuar uma certa dificuldade dos mesmos de relacionar a discussão clínica com os processos de gestão de trabalho, como se estas atividades fossem eminentemente atividades estanques. É importante frisar, mais uma vez, com Barros, R. (2003), que a clínica nos Caps não pode ser pensada separada dos processos de gestão de trabalho que estão se constituindo nestes espaços. Não há possibilidade de construção de novos modos de atenção se os profissionais não experimentarem mais autonomia nos processos de gestão desses cuidados. Torna-se imprescindível para a afirmação da loucura como um modo de subjetivação, que os profissionais também possam se subjetivar nesse processo, participando da construção do seu próprio “trabalho de clinicar”. Essa atitude exige que a atenção, ou seja, a prática clínica exercida não se restrinja, apenas, a uma mera especialidade a ser ofertada ao serviço, mas consista em um processo de trabalho interminável a ser construído e gerido coletivamente.

Vale esclarecer com isso que a construção de uma nova forma de cuidado nestes serviços não pode se concretizar enquanto os profissionais também não experimentarem mais autonomia para modificar os modelos rígidos de gestão e as práticas segmentadas pelos especialismos. Isso coloca uma outra dificuldade, efeito da formação segmentarizada que muitas vezes se presentifica fortemente nos profissionais, mesmo naqueles que estão afinados com o processo de desinstitucionalização da loucura. O desafio, então, é manter a tensão entre a atividade clínica e a gestão da atividade, o que requer experimentar a prática clínica como um exercício que se constitui para além de qualquer especialidade profissional, devendo ser vivida como um trabalho diário que precisa ser não só incessantemente construído na interface com outras disciplinas, mas também gerido de modo co-responsável nos coletivos. É justamente na tensão entre o trabalho vivo e o trabalho instituído como burocrático, que inéditas formas de cuidado e gestão podem efetivamente emergir. (BARROS, R., 2003).

A última forma de cronicidade se refere àquela que é produzida pela fragilidade da rede, ou, melhor dizendo, pela dinâmica de esfriamento da rede de atenção em saúde mental. Torna-se importante reafirmar, com Barros, R. & Passos (2004), a existência de uma dimensão paradoxal, de esperança e perigo, presente nas redes que compõe o contemporâneo. Tais autores ressaltam o sentido ambivalente que tais redes comportam, produzindo um funcionamento quente e, um outro, frio.

Em sua dinâmica quente, a rede opera de modo descentralizado, movimentando-se com uma alta potência de conectividade que é geradora de efeitos de diferenciação contínua. Tal conexão cria um plano híbrido, constituinte de novas possibilidades de existência. Há uma aposta na construção desse plano heterogêneo como uma política de resistência aos efeitos de serialização e homogeneização da existência produzidos pelo Capitalismo Mundial Integrado.

Há emergência de uma dinâmica de esfriamento da rede de saúde mental, quando existem várias e desordenadas portas de entrada sem nenhuma porta de saída. Os usuários chegam, são acolhidos, ficando por longos anos, apesar de não necessitarem de atenção diária e integral. Constata-se que muitos destes usuários demandam atendimento imediato ou apresentam uma relação de sofrimento com o corpo social. Mas não restam dúvidas de que eles poderiam estar sendo acolhidos

em outros equipamentos não só da rede de saúde, mas, principalmente, da rede intersetorial que precisa ser continuamente tecida.

Convém dizer que os usuários são acolhidos porque, muitas vezes, não existem perspectivas para onde encaminhá-los. Identifica-se, aqui, uma ausência de movimento da rede, produzindo um baixo grau de conectividade quando a rede não se tece. Essa ausência de conexão e movimento da rede cria uma dinâmica de esfriamento caracterizada pela função de segmentação, exploração e segregação, que fagocita seu próprio movimento reticular. Coloca-se, então, o perigo de captura da rede quando o Caps, no papel de ordenador e organizador dessa mesma rede, acaba exercendo a função de centro homologador da dinâmica da rede, extinguindo não só sua capacidade de conectividade, mas, principalmente, perdendo sua potência para continuar diferindo.

A necessidade de um movimento reticular põe em questão a função da rede em seu caráter de acentralidade e de alta conectividade. Como havia mencionado anteriormente, nessa experiência de supervisão, a rede de saúde mental já apresentava sinais visíveis de captura e segmentação, apesar de estar ainda em face de implantação. O que existe, efetivamente funcionando, são serviços ainda sem a articulação, a conectividade e a sinergia que se espera do funcionamento de uma rede heterogenética e acêntrica.

## CONCLUSÃO

Problematizar as práticas de atenção nos serviços substitutivos ao manicômio nos obrigou a analisar este contexto mais amplo no qual as políticas públicas de saúde se articulam com as políticas de subjetivação no contemporâneo. As discussões de autores como Foucault, Deleuze, Guattari, Hardt, Negri, Agamben, entre outros, ressaltam modulações contemporâneas de um poder que se capilarizou, produzindo não só o alisamento do *socius*, mas, principalmente, controlando os fluxos e colocando-os a favor da lógica de mercado. Como efeito desta axiomática mercadológica do Capitalismo Mundial Integrado, foram identificados processos complexos de produção da realidade objetiva e subjetiva.

Interessou destacar, no contexto da pesquisa, a produção de subjetividades assujeitadas, isto é, serializadas, standartizadas e segmentadas. Os autores citados problematizam transformações político-sociais nas quais o poder assume sua forma biopolítica, pretendendo capturar a “vida nua” (AGAMBEN, 2002) com o objetivo de assumir o controle do viver no vivo. Neste sentido, problematizar as políticas de subjetivação em serviços de saúde mental pressupôs o confronto clínico-político com o biopoder no contemporâneo.

No cotidiano dos serviços, foram encontradas determinadas formas de atenção e gestão em saúde mental a que estão articulados diferentes engajamentos dos atores envolvidos. Daí a importância de refletir sobre elas em sua amplitude psicossocial. Quando se afirma que o Caps tem uma ação psicossocial é porque o cuidado se dá neste limite entre o individual e o coletivo. Foi nesta experiência-limite que o movimento da Reforma Psiquiátrica fez a sua aposta e é aí que os serviços substitutivos devem afinar os seus dispositivos de intervenção. Se, ao narrar uma experiência clínica no limite entre o individual e coletivo, se insiste na afirmação de que estes termos se distinguem, mas não se separam, é porque outras relações de inseparabilidade também se colocam: aquela entre atenção e gestão, entre macro e micropolítica, entre clínica e política. Neste sentido, a clínica da Reforma Psiquiátrica não pode ser definida como o domínio do individual, do íntimo ou privado e diferente e separada da política, entendida esta como domínio do público (*pólis*). Sendo sempre pública e coletiva, para realizar a sua tarefa, a clínica da Reforma deve estar, permanentemente, neste movimento de ampliação dos seus próprios limites, fazendo a crítica de sua própria institucionalização, colocando-se em análise.

Ousar propor a inseparabilidade entre atenção e gestão, entre macro e micropolítica, entre clínica e política, não é uma tarefa simples, mas um desafio que convoca a uma experimentação no limite, na zona de indeterminação onde se dão os processos de mudança. É apostando na hibridização coletiva dessa zona que Barros, R. & Passos (2001) afirmam que o exercício clínico é sempre uma prática clínico-política, havendo apenas um caráter de distinção parcial entre esses regimes que se atravessam, se interferem, provocando um processo de diferenciação contínua, que não é de separação, mas de distinção. Deve-se admitir que a criação de novas formas de atenção à loucura exige que os profissionais também possam se subjetivar nesse processo, participando intensamente de seu trabalho de clinicar, a ser construído e gerido coletivamente. Não há como pensar a formulação de políticas públicas de saúde mental se não houver lutas diárias para a implementação dessas políticas, lutas essas que se efetivem pelas ações dos diferentes atores sociais na afirmação de seus desejos e interesses. (BARROS, R., 2003). Nessa perspectiva, as dicotomias estabelecidas entre o individual e o coletivo, a atenção e a gestão, a macropolítica e micropolítica, a clínica e a política, são tributárias de uma política cognitiva comprometida com o poder no contemporâneo. Não se trata de negar que existam diferenças entre esses regimes, mas de afirmar uma zona de indeterminação em que eles se tornam inseparáveis, portanto indissociáveis. Foi levando ao limite a indissociabilidade entre tais regimes que coube discutir questões que estão alicerçadas em experiências que ocorreram em dois serviços de saúde mental, no Estado de Sergipe, entre os anos de 1999 e 2003. Tais experiências fizeram parte de um período em que ocupamos o cargo de supervisora institucional no Caps “Luz do Sol” e no Caps “Artur Bispo do Rosário”.

Vale ressaltar que, apesar desses serviços serem atravessados por diferentes linhas, identificou-se a presença de uma dinâmica comunicacional bastante complicada, existente em ambos. As equipes não se reuniam para discutirem os modos de atenção e gestão do serviço. Os critérios de atenção e funcionamento desses serviços se existiam, não estavam claros, constituindo práticas que comprometiam a saúde de usuários, funcionários e familiares. Além disso, havia uma hierarquização vertical entre os profissionais, que comparecia em todas as atividades do Caps. Trata-se de evidenciar que, no âmbito mundial, o processo de desinstitucionalização foi constituído de forma diferenciada, dependendo do contexto social, histórico, político e econômico de cada região e de cada país. A intervenção

italiana optou pela ruptura dos mecanismos institucionais que separavam e seqüestravam, para fora da vida social, quem entrasse em contato com a instituição manicomial. Era objetivo prioritário dessa transformação destruir todas as normas que regulamentavam a dependência pessoal do paciente (BASAGLIA, 2005).

Havia urgência em produzir transformações no papel do trabalhador de saúde mental, construindo, nele, a necessidade de transformação social, ou seja, de operar no território e criar novas instituições que efetivamente substituíssem as relações manicomial. Ora, mas se a invalidação das realidades concretas sobre as quais se baseava a lógica manicomial provocou a queda desta como sistema de respostas institucionais, o surgimento dos novos serviços territoriais descentralizados, no entanto, não significou o fim da relação manicomial com o corpo social. Cabe, portanto, ficar atento às práticas exercidas nos novos serviços territoriais descentralizados, para que elas não se configurem em novas formas de segmentação, captura e controle. Não se está, em hipótese alguma, imune a esses efeitos que constituem outras formas de perigo. Não se trata de atacar as práticas implementadas por esses novos serviços descentralizados e, muito menos, essa rede de saúde mental que, apesar da sua fragilidade, comporta muitas potencialidades. Ao contrário, há uma intensa afetação pela inspiração deleuziana (DELEUZE, 1996) na tentativa esculpir com limas finas novas ferramentas críticas para afirmar a continuidade do movimento no próprio movimento de desinstitucionalização da loucura.

Dentre estas práticas colocadas em análise pela equipe, destaco a inexistência de um processo de “alta” dos usuários, o funcionamento das oficinas “terapêuticas” e uma produção de demanda em psiquiatria. Tal diagnóstico colocou o desafio de analisar os efeitos das práticas produzidas no cotidiano desses serviços.

A inexistência desse processo de alta dos usuários e o aumento vertiginoso do número de usuários denunciavam a ausência de encaminhamento dos usuários para outros espaços da rede e, conseqüentemente, sua parada de movimento. Além disso, a função de centro homologador da rede exercida por tais serviços estava produzindo não só o esfriamento da própria rede, mas, principalmente, bloqueando sua capacidade de diferir e de manter-se em movimento. Tal constatação força a criação de redes conectivas nos Caps que não exerçam a função de centralização, mas que produzam dispositivos de contágio para outros espaços da sociedade.

Nas oficinas terapêuticas, foram encontrados modos de funcionamento produtores de exclusão, exploração, dependência, captura e controle. No entanto, esse modo de realizar as oficinas não impediu, mesmo que fosse em momentos fugazes e passageiros, a emergência de uma experiência disruptiva e criadora. Vale repetir que as oficinas terapêuticas são dispositivos criadores de modos de existencialização diferentes, que constituem outras maneiras de experimentar afetos, sons, percepções, sensações; enfim, outros devires.

Nessa experiência, o processo de supervisão se deparou com uma produção de demanda em psiquiatria, que foi constituída por dois aspectos extremamente complexos. De um lado, a função atrativa que esses serviços exerciam por se localizarem em áreas de extrema pobreza, do sertão sergipano e da periferia de Aracaju. Do outro, o modelo de gestão de recurso implementado pelo SUS para os Centros de Atenção Psicossocial induzia à produção crescente de demanda psiquiátrica. Convém frisar que a composição desses dois aspectos produziu uma estranha economia, onde o tratamento de saúde passou a pertencer à lógica de mercado, transformando-se em objeto de alta rentabilidade na cotação do mercado a ser comercializado.

Há, nessa estranha economia, uma incompatibilidade entre a atenção à saúde e a gestão de recursos. Constata-se que o atual modelo de gestão de recursos que o SUS direciona aos Caps, sob forma de diária psicossocial, torna-se incompatível com a estratégia de intervenção dos serviços substitutivos de atenção psicossocial, cuja base é estritamente territorial. Deve-se, portanto, lutar pela criação de novas estratégias de financiamento, para que cada serviço possa realizar intervenções compatíveis com a necessidade de seu território, separando o financiamento da relação de compra e venda de procedimentos, bem como da categoria de doença. Gostaria de enfatizar que é na intercessão entre a gestão e a atenção, entre a prática de assistência em saúde e as políticas de saúde, entre os vetores instituintes e os instituídos, entre a macro e a micropolítica, que há possibilidades de produzir transformações para continuar o movimento de desinstitucionalização da loucura.

Nessa zona de experimentação limiar entre a clínica e as políticas, existem dois questionamentos que sempre retornam, produzindo novas problematizações e diferenças. Interroga-se sobre qual clínica essa política põe para funcionar, e, conseqüentemente, que política essa clínica implica, pois, tais vetores, como já foi



mencionado anteriormente, são impossíveis de serem dissociados. É justamente na perspectiva de habitar essa zona de indiscernibilidade entre clínica e política que reafirmo a aposta na dimensão transdisciplinar da clínica.

Neste sentido, o método transdisciplinar problematiza os limites entre as disciplinas, produzindo não só a invisibilidade de tais fronteiras, mas também levando à criação de um regime discursivo híbrido bem diferente das disciplinas instituídas. Este construtivismo se dá pela reinvenção permanente das linhas que se atravessam, em transversalidade, entre a arte, a ética, a política, a estética, a tecnologia, a filosofia, a economia, a ciência etc (BARROS, R; PASSOS, 2000).

Nesta perspectiva, Neves et al. (1996, p.180) indicam que, na atitude transdisciplinar, “trata-se de desnaturalizar os especialismos não com pretensão de negá-los, mas com o intuito de pensar sobre seu funcionamento sobre que práticas têm implementado”. Desse modo, deve-se ocupar o lugar do especialista para constantemente desmontá-lo e colocá-lo em análise. Nessa desmontagem, o único princípio norteador deve ser o de que os saberes e as práticas possam produzir acontecimentos, transformações, movimento.

Neste caso, torna-se necessário colocar as formas de atenção e gestão em análise para que esses dispositivos não sejam capturados pelas linhas duras dos especialismos. Cabe abrir tais especialismos a outros contágios, onde o que interessa não é o critério de fidedignidade dessas disciplinas, mas como tais saberes estão sendo utilizados, quais movimentos de ruptura, de construção coletiva e de afirmação da vida estão instaurando. Essa pragmática ajuda a acompanhar os segmentos duros, as linhas flexíveis e as linhas de fuga presentes nas instituições públicas de saúde mental. Trata-se de cartografar o percurso de tais linhas para, ali, produzir desvios e criar resistências. É justamente nas práticas locais que o poder incide, capturando e sobrecodificando as experiências inovadoras de atenção e gestão constituídas nos serviços substitutivos de saúde mental.

Por isso, coube realizar uma cartografia desses serviços de saúde mental, acompanhando o traçado das linhas, seus movimentos de expansão e retração da vida e as formas de captura e assujeitamento que aí se dão. A esse propósito, vale ressaltar a importância de potencializar a presença do coletivo nesses espaços, fazendo do público um coletivo, transformando a instituição em pontos de agenciamentos locais, cujos indivíduos tornam-se pontos de intercessão dessa rede,

por onde passam movimentos de mudança, de criação e de desindividualização (Neves et al, 1996, p.184).

De acordo com Barros, R. & Passos (2000), no método transdisciplinar o limite entre disciplinas é perturbado, criando uma perspectiva histórica de construção do objeto do conhecimento. Dessa maneira, os autores se distanciam do conceito de campo epistemológico para afirmar um plano de constituições, ou de emergências, a partir do qual toda realidade se constrói, desfazendo qualquer ponto fixo ou base de sustentação da experiência. Tais autores afirmam a potência de variação de um domínio por interferência de outro. Nessa operação, a relação que se estabelece não é de troca de conteúdos, mas de intercessão, constituindo movimentos de perturbação, criadores de zonas de indiscernibilidade e indeterminação.

Esse potencial intercessor é efeito do atravessamento de um domínio sobre o outro, que, ao entrarem em relação de interferência, aproveitam a potência de diferir da outra disciplina para expressar sua própria diferença. Neste sentido, Barros, R. & Passos (2000, p.77) afirmam que “não se trata de abandonar o movimento criador de cada disciplina, mas de fazer série, agenciar, interferir”. Estes autores ressaltam a importância de traçar as circunstâncias em que modos de subjetivação se compõem, quais forças se atravessam e quais efeitos estão sendo produzidos.

Não se está afirmando uma opção apaixonada por uma nova escola, pois a clínica transdisciplinar não é uma escola, mas um modo de designar o estatuto da experimentação. Trata-se de uma condição limite que aposta na dimensão de acolhimento e produção do desvio clâmico<sup>8</sup>. A desestabilização das disciplinas permite-nos habitar uma zona de inespecificidade que se atualiza como uma experiência limiar (BARROS, R.; PASSOS, 2001).

Barros, R. & Passos<sup>9</sup> defendem a idéia de que a clínica opera sempre na mistura com o não-clâmico, na relação com seus múltiplos intercessores. Tal mistura produz um quantum de transversalização que será tanto maior quanto maior for seu grau de abertura, funcionando em um duplo registro: tanto a abertura da clínica ao não clâmico (política, arte, filosofia), quanto acolhimento de um processo de subjetivação que comporta um grau de abertura ou afetabilidade. Nessa dimensão

---

<sup>8</sup> O Conceito de Desvio Clâmico é tomado no sentido que Eduardo Passos & Regina Benevides (2001), o definem no artigo: Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo.

<sup>9</sup> Conceitos trabalhados em comunicação oral por Eduardo Passos & Regina Benevides de Barros, na disciplina, Subjetividade e Clínica/Mestrado de Psicologia/Universidade Federal Fluminense, 2005.

de duplo registro, a clínica assume sua função de crítica e clínica. Essa função intercessora da clínica comporta um compromisso crítico na dupla acepção da palavra: crítico porque põe em análise as práticas instituídas, e crítico porque produz crise, criando um efeito de desestabilização dessas mesmas práticas (BARROS, R.; PASSOS, 2001).

Clínica reafirmada por Barros, R. & Passos (2003) como uma experiência em dupla face: clínica como resolução de problemas e clínica como plano de problematização. Em um primeiro plano, a clínica assume sua função enquanto dimensão técnica de solução de problemas, chamada para construir estratégias que equacionem saídas. Já em um segundo plano, a clínica produz sua face de problematização, convocado ao exercício de criação de novos problemas, o que faz dela um plano constante de invenção de novos modos de existência.

E por que há a insistência em destacar a dimensão política da clínica da Reforma Psiquiátrica no Brasil? Em primeiro lugar, porque o próprio movimento da Reforma emerge a partir de implicações políticas como aquelas das mudanças legislativas da lei Paulo Delgado ou das intervenções realizadas em antigos asilos psiquiátricos, mas, sobretudo, porque a construção dessas políticas se efetiva pela micropolítica, ou seja, pela luta diária que tem que ser tecida nas ações dos sujeitos para criação de novos modos de experimentação da realidade. Conseqüentemente, afirmar a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que haja o risco da experimentação, a um só tempo, da crítica e da análise, constituindo uma experiência crítico-analítica das formas instituídas, o que nos compromete politicamente.

Neste caso, faz sentido interrogar: qual política esse método de conceber o estatuto da experiência clínica implica? Seguindo a inspiração de Barros, R. & Passos,<sup>10</sup> devo ressaltar que a política é sempre uma intervenção sobre as formas para acionar o que se encontra nas bordas, apostando no processo de produção das formas. Trata-se de um processo de produção que se configura como impessoal e coletivo, que insiste menos como realidade e mais como plano de forças, ou seja, plano do intempestivo. Mas de qual política se está falando? Certamente não é uma forma de pensar a política como um movimento majoritário de um ideal revolucionário que está por vir. Experimentar essa estranha política na clínica é

---

<sup>10</sup> Conceitos trabalhados em comunicação oral por Eduardo Passos & Regina Benevides, na disciplina Subjetividade e Clínica/mestrado de psicologia/Universidade Federal Fluminense, 2005.

operar com os devires, ou seja, com movimentos minoritários, encarnando uma certa posição transversal em relação à forma centrípeta com que o *socius* está organizado (DELEUZE; GUATTARI, 1997).

Neste sentido, não há revolução alguma a ser planejada, mas sim vinculada à consistência de um devir. Por isso, essa micropolítica necessita do engendramento de seu próprio plano. Tal plano de consistência de forma alguma está dado, mas deve ser incansavelmente construído. Mas, como criar esse plano político? Tal plano se tece através dos agenciamentos espaço-temporais, dos contágios, das intercessões de catalizações múltiplas. Esse é o plano que deve ser acionado para não interromper o movimento de desinstitucionalização da loucura nos serviços substitutivos de saúde mental.

## REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer: O poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

ALVERGA Alex, R.; DIMENSTEIN, Magda. A loucura Interrompida nas malhas da Subjetividade. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Ed. Nau, 2005. p. 45-64.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Reforma social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-83.

\_\_\_\_\_. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

\_\_\_\_\_. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: ASSUMPÇÃO, Fernandes Maria Inês; SCARCELLI, Lanne Régia; COSTA, Eliane Silva (Org.). *Fim do século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP, 1999. p. 47-52.

\_\_\_\_\_. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE P. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Ed. Nau, 2003. p. 45-63.

ANDRADE, Regis Stephan de Castro. O Indivíduo e o Cidadão na História das Idéias. *Lua nova, Revolução de cultura e política*, (CEDEC), n. 57, p. 33-71, 2002.

ARDOINO, Jacques; LOURAU, René. *As Pedagogias Institucionais*. São Carlos, SP: Rima, 2003.

BARRETO, Jubel. *O Umbigo da Reforma Psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental*. Juiz de Fora, MG: Ufjf, 2005.

BARROS, Denise Dias. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 171-193.

BARROS, Regina Benevides de. Dispositivos em ação: o grupo. In: SILVA, André do Eirado et al (Org.). *Saúde e Loucura - Subjetividade: questões contemporâneas*. São Paulo: Hucitec, 1997. n. 6.

BARROS, Regina Benevides de. Reforma Psiquiátrica Brasileira: Resistências e capturas em tempos neoliberais. Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes. *Revista do Conselho Federal de Psicologia*, Brasília, v. 3, n. 3, p.201, 2003. Casa do Psicólogo.

BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 16, n. 1, p. 071- 080, 2000.

\_\_\_\_\_. A Instituição e a sua Borda. In: FONSECA, Tânia Galli (Org.). *Cartografias e Devires: a construção do presente*. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2003. p. 341-356.

\_\_\_\_\_. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa* (PUC/RJ), Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.

\_\_\_\_\_. Clínica, Política e as modulações do capitalismo. *Revista Lugar Comum*, Rio de Janeiro, n. 19-20, p.150-171, 2004.

BASAGLIA, Franco. *Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. In: AMARANTE, Paulo (Org.). Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BATISTA Luis. Antonio. Contatos Urbanos: A Cidade como Território de Criação. In: GUARESCHI, N. (Org.). *Estratégias de invenção do presente – a Psicologia Social no contemporâneo*. Porto Alegre: Edipucrs, 2004. p. 18-26.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. *Legislação em saúde mental*. 3. ed. Revista atualizada, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CARROLL, L. *Alice no país das maravilhas*. Tradução: Rosaura Eichenberg. Porto Alegre: L & PM., 1998. Original publicado em 1845.

CÍCERO. *Dos Deveres*. São Paulo: Martin Claret, 2002.

COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Xanon, 1989.

DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

\_\_\_\_\_. O que é um dispositivo? Michel Foucault. *Philosophe Rencontre Internationale*. Paris: Deux Travaux Seuil, 1988. 9,10,11 janv

DELEUZE, Gilles; GUATTARI Félix. O que é a filosofia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2005.

\_\_\_\_\_. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34,1997. v. 4.

\_\_\_\_\_. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. v. 3.

DESVIAT, Manuel. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FOUCAULT, M. 1978a. A Sociedade Disciplinar em Crise, pp. In MB. Motta (org). *Ditos & Escritos IV. Estratégia Poder-Saber*. Rio de Janeiro. Editora: Forense Universitária, 2003.

\_\_\_\_\_. 1978b. A Governamentalidade, pp.281-305. In MB. Motta (org). *Ditos & Escritos IV. Estratégia Poder-Saber*. Rio de Janeiro. Editora: Forense Universitária, 2003.

\_\_\_\_\_. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. O que são as Luzes? In: MOTTA, Manoel Barros (Org.). *Ditos e Escritos II*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. P. 335-351.

\_\_\_\_\_. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1999.

\_\_\_\_\_. *História da Sexualidade 1 – Vontade de saber*. Rio de Janeiro: Gradil, 1988.

FREIRE, Flávia Helena; UGÁ, Maria Alicia; AMARANTE, Paulo. Os centros de atenção psicossocial e o impacto no modelo assistencial. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, 2*. Rio de Janeiro: Ed. Nau, 2005.

GALLETTI, Maria Cecília. *Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: UCG, 2004.

GUATTARI, Félix. *Revolução Molecular: Pulsações Políticas do Desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

\_\_\_\_\_. *As Três Ecologias*. Campinas: Papyrus, 1990.

GUATTARI, Félix. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34 1992.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. *Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Vozes, 1996.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. *Psicanálise e Transversalidade: ensaios de análise institucional*. Aparecida: Idéias & Letras, 2004.

HARDT, Michael. A Sociedade Mundial de Controle. In: ALLIEZ, Éric. (Org.). *Gilles Deleuze: uma vida filosófica*. São Paulo: Ed. 34, 2000. p. 357-372.

LEAL, Erotildes Maria. Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica brasileira. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina; CAVALCANTI, Maria Travares (Org.). *A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização – Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: IMPUB/CUCA, 2001. p. 69-83.

LOURAU, René. *Analista Institucional em Tempo Integral*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. *Análise institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. Universidade do Rio de Janeiro (UERJ), 1993.

\_\_\_\_\_. *A análise institucional*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1975.

NEGRELLOS, Andréa Cristina Carneiro. *Transdisciplinaridade e Transversalidade: interferências nos estudos da subjetividade e na clínica*. 2003. Dissertação (Mestrado)-Programa de Estudos da Subjetividade do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2003.

NEGRI, Antonio. *Cinco lições sobre Império*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

NEGRI Antonio; HARDT, Michael. *O Império*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

NEVES, Claudia Abbês Baeta; RAUTER, Cristina; PASSOS, Eduardo; JOSEPHSON, Silva Carvalho. Teorias e práticas em instituições em instituições públicas: Uma abordagem transdisciplinar da clínica. *Cadernos de Subjetividade*, São Paulo, nº 4, p. 2, 1996. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

NICÁCIO, Fernanda; AMARANTE, Paulo; BARROS, Denise. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Ed. Nau, 2005. p. 195-212.



PASSOS, Eduardo. Pensando a subjetividade com conceitos híbridos: a psicologia em interface com a filosofia e a biologia. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, v. 7, nº 2-3, p. 26, maio/dez 1995.

RAUTER, Cristina. Subjetividade, Arte, Clínica. In: SILVA, André do Eirado et al (Org.). *Saúde e Loucura - Subjetividade: questões contemporâneas*. São Paulo: Hucitec, 1997. n. 6, p.109-119.

\_\_\_\_\_. Oficinas para quê? Uma proposta Ético-Estético-Política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 267-276.

ROCHA, R, Silvia. *Intervenção como produção: estudo sobre a Oficina de Expressão do SPA da UFF*. 1997. Monografia de (Especialização)-Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1997.

RODRIGUES, Heliana Conde. A análise Institucional e a Profissionalização do Psicólogo. In: SAIDON, Osvaldo; KANKHAGI, Vida Raquel (Org.). *Análise Institucional no Brasil: Favela, Hospício, Escola, FUNABEM*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

ROLNIK, Suely. À sombra de cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia. In: MAGALHAES, Maria C. R. (Org.). *Na sombra da cidade*. São Paulo: Escuta, 1995. p. 40.

ROTELLI, F. et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: NICÁCIO, Maria Fernanda (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 27-59.

UGÁ, Maria Alicia Dominguez. *Sistemas de repasses financeiros a hospitais: o método de pós-pagamento prospectivo e sua aplicação através dos sistemas SIA e SIH/SUS*. 1992. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Economia Industrial da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

\_\_\_\_\_. Sistemas de repasses financeiros a unidades de assistência à saúde: uma proposta para a rede pública Brasileira. In: *O Financiamento da Saúde no Brasil*, Brasília, nº 4, p. 48, 1994. OPAS, Escritório Regional da OMS. Série Economia e Financiamento. Representação do Brasil, Brasília.

**BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

ARAÚJO, Márcio Loyola de. Biopolítica e Biopsiquiatria no controle da vida. 2003. Dissertação (Mestrado)–Programa de Estudos da Subjetividade do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2003.

BASAGLIA, Franco. et. al. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1985.

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS; COSTA (Org.). *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes; Abrasco, 1987. p. 56 -62.

GUERRA, A M. C. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA; FIGUEIREDO, A C. (Org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental – sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 38.

NICÁCIO, M. F. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições, e cultura*. 1994. Dissertação (Mestrado)–Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1990, Caracas. *Declaração de Caracas*. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas: OMS/OPAS, 1990.

PELBART P. Manicômio Mental: a outra face da loucura. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde e Loucura*. São Paulo: Hucitec, 1991. n. 2, p. 44.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica na Itália e no Brasil. In: BEZERRA, B.; AMARANTE P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 66-72.

\_\_\_\_\_. Empresa Social: Construindo Sujeitos e direitos. In: AMARANTE. P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 301.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, PRÓ-REITORIA de PESQUISA e PÓS-GRADUAÇÃO. *Apresentação de Trabalhos Monográficos de Conclusão de Curso*, 8 ed. Niterói: Eduff, 2005.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)